

**KÖRPERLICHE BEHINDERUNG:  
AUSWIRKUNGEN AUF DAS KÖRPERBILD  
UND DAS SELBSTBILD DES MENSCHEN**

EINE VERGLEICHENDE UNTERSUCHUNG ZUM KÖRPER-  
UND SELBSTBILD KÖRPERBEHINDERTER UND  
NICHTBEHINDERTER MENSCHEN

vorgelegt von

Anke S. Kampmeier

als Dissertation zur Erlangung des Grades  
einer Doktorin der Erziehungswissenschaft (Dr. paed.)  
im Fachbereich Sondererziehung und Rehabilitation  
der Universität Dortmund

Dortmund, Juli 1997

Betreuer:

Prof. Dr. Christoph Leyendecker

Prof. Dr. Hans Stadler

<b>DANKSAGUNG .....</b>	<b>5</b>
-------------------------	----------

<b>EINLEITUNG.....</b>	<b>6</b>
------------------------	----------

## **THEORETISCHE GRUNDLEGUNG**

<b>1. PÄDAGOGISCH-ANTHROPOLOGISCHE GRUNDLAGEN .....</b>	<b>8</b>
---	----------

1.1. WAS IST DER MENSCH ?.....	8
--------------------------------	---

1.2. DAS HEILPÄDAGOGISCHE MENSCHENBILD NACH SIEGENTHALER .....	11
--	----

1.3. DAS HEILPÄDAGOGISCHE MENSCHENBILD NACH U. HAEBERLIN .....	18
--	----

1.4. DISKUSSION DER ANTHROPOLOGISCHEN ANSÄTZE VON SIEGENTHALER UND U. HAEBERLIN .....	22
--	----

1.5. ZUSAMMENFASSUNG.....	24
---------------------------	----

<b>2. KÖRPERLICHE BEHINDERUNG .....</b>	<b>26</b>
---	-----------

2.1. DEFINITIONEN VON BEHINDERUNG .....	27
---	----

2.2. DEFINITIONEN VON KÖRPERBEHINDERUNG .....	36
---	----

2.3. KÖRPERLICHE BEHINDERUNGEN IN IHREM SOZIALEN KONTEXT .....	40
--	----

2.4. ZUSAMMENFASSUNG.....	49
---------------------------	----

<b>3. DAS KÖRPERBILD .....</b>	<b>50</b>
--------------------------------	-----------

3.1. BEGRIFFLICHE KLÄRUNG .....	50
---------------------------------	----

3.2. ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGISCHE ASPEKTE DER KÖRPERERFAHRUNG .....	58
---	----

3.3. QUALITÄTEN DES KÖRPERBILDES .....	60
--	----

3.3.1. Körperbewußtsein und Körperbewußtheit .....	60
--	----

3.3.2. Körperausgrenzung .....	63
--------------------------------	----

3.3.3. Körpereinstellung .....	66
--------------------------------	----

3.3.4. Eigenschaften der Körperbild-Qualitäten .....	69
--	----

3.4. KÖRPERBILD UND KÖRPERBEHINDERUNG.....	71
--	----

3.4.1. Senso- und Psychomotorik.....	71
--------------------------------------	----

3.4.2. Soziale Umwelt .....	80
-----------------------------	----

3.5. ZUSAMMENFASSUNG.....	88
---------------------------	----

<b>4. DAS SELBSTBILD .....</b>	<b>90</b>
4.1. THEORETISCHE GRUNDLEGUNG .....	91
4.2. ENTSTEHUNG DES SELBSTBILDES.....	92
4.3. DIE POSTULATE DES SELBSTBILDES.....	94
4.4. SELBSTBILD UND UMWELT .....	100
4.5. SELBSTBILD UND KÖRPERBEHINDERUNG .....	106
4.5.1. Neuropsychologische Aspekte.....	107
4.5.2. Selbstfindung unter der Bedingung einer körperlichen Behinderung.....	110
4.6. EXKURS: ERFAHRUNGEN EINER EIGENEN BETROFFENHEIT .....	124
4.6.1. Konfrontation mit der sozialen Umwelt.....	125
4.6.2. Auseinandersetzung mit der körperlichen Auffälligkeit.....	129
4.7. ZUSAMMENFASSUNG.....	137

## **DAS FORSCHUNGSVORHABEN**

<b>5. STAND DER FORSCHUNG .....</b>	<b>140</b>
5.1. DARSTELLUNG RELEVANTER UNTERSUCHUNGEN .....	140
5.2. ZUSAMMENFASSUNG.....	147
<b>6. FRAGESTELLUNGEN UND METHODEN DER UNTERSUCHUNG .....</b>	<b>149</b>
6.1. FRAGESTELLUNGEN .....	149
6.2. METHODEN.....	149
6.2.1. Fragebogenerhebung.....	150
6.2.2. Experimentelles Verfahren zur Personenwahrnehmung - Blickbewegungsaufzeichnungen .....	158
6.3. UNTERSUCHUNGSDESIGN .....	172
6.4. ARBEITSHYPOTHESEN.....	173
6.5. ZUSAMMENFASSUNG.....	175
<b>7. DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG .....</b>	<b>177</b>
7.1. DATENERHEBUNG .....	178
7.2. STICHPROBE DER UNTERSUCHUNG.....	181

---

<b>8. DARSTELLUNG DER UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE.....</b>	<b>185</b>
8.1. ERGEBNISSE DER FRAGEBOGENERHEBUNG .....	185
8.1.1. Prüfung der Hypothesen .....	188
8.1.2. Kurzinterpretation .....	192
8.2. ERGEBNISSE DER BLICKBEWEGUNGSaufzeichnungen.....	194
8.2.1. Prüfung der Hypothesen .....	200
8.2.2. Kurzinterpretation .....	217
8.3. ZUSAMMENFASSUNG .....	221
<b>9. DISKUSSION DER UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE .....</b>	<b>224</b>
9.1. ALLGEMEINE ERKENNTNISSE .....	224
9.2. UNTERSCHIEDE ZWISCHEN DEN STICHPROBENGRUPPEN .....	227
9.3. VALIDITÄT DER UNTERSUCHUNGSMETHODEN .....	234
9.4. ZUSAMMENFASSUNG.....	236
<b>10. SCHLUBBETRACHTUNG UND AUSBLICK.....</b>	<b>238</b>
<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>239</b>
<b>ANHANG .....</b>	<b>265</b>

## **DANKSAGUNG**

Es gibt eine große Anzahl von Menschen, die mich bei dem Prozeß dieser Arbeit begleitet haben und denen ich gerne danken möchte.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Christoph Leyendecker für seine umfangreiche und konstruktive Unterstützung. Herrn Prof. Dr. Hans Stadler danke ich ebenfalls für seine kritischen Rückmeldungen und Anregungen.

Frau Kristine Heuwinkel und Frau Simone Tatka standen mir bei der Durchführung der Untersuchung zur Seite. Sie haben mich in vielen Gesprächen ermutigt und angeregt und haben darüberhinaus bei der Erstellung des Typoskripts mitgewirkt. Dafür danke ich ihnen.

Außerdem möchte ich all den Menschen danken, die sich an der Vor- und Hauptuntersuchung beteiligt haben. Gleichermäßen danke ich Herrn Helmut Schlüter und Herrn Thomas Thäle für ihre Unterstützung in den Bereichen Technik und Software.

Mein Dank gilt weiterhin den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Statistischen Beratungs- und Analyse-Zentrums der Universität Dortmund, die bei der Auswertung der Daten geholfen haben.

Für ihre geduldige Durchsicht des Typoskripts und die kritischen und anregenden Rückmeldungen danke ich Frau Dr. Barbara Tillmann, Herrn Bernd Fuhrmann, Herrn Rolf Tymm, Frau Sabine Hartenstein und Herrn Sven Sievers.

Ferner danke ich all den Menschen, die mir gegenüber stets offen für Hilfestellungen, Gespräche und Diskussionen waren.

Nicht zuletzt danke ich meinen Eltern, die es mir ermöglicht haben, diesen Weg einzuschlagen.

## **EINLEITUNG**

Der Ausgangspunkt der vorliegenden Überlegungen gründet auf der Überzeugung, daß der Körper für den Menschen von fundamentaler Bedeutung ist. Diese Bedeutung kann in dreierlei Hinsicht konkretisiert werden:

1. Der Körper ist das erste und wichtigste, das ein Mensch besitzt.
2. Der Körper ist das äußere Erscheinungsbild des Menschen und - im ganzheitlichen Sinne des Leibes - die Erscheinungsform seiner Persönlichkeit.
3. Der Körper stellt für den Menschen das Medium zur Interaktion und Kommunikation dar.

VLADIMIR ILJINE (1965) schreibt:

>>Habe ich meinen Körper verloren, so habe ich mich selbst verloren.

Finde ich meinen Körper, so finde ich mich selbst.

Bewege ich mich, so lebe ich und bewege die Welt.

Ohne diesen Leib bin ich nicht, und als mein Leib bin ich.

Nur in der Bewegung aber erfahre ich mich als mein Leib, erfährt sich mein Leib, erfahre ich mich.

Mein Leib ist die Koinzidenz von Sein und Erkenntnis, von Subjekt und Objekt.

Er ist der Ausgangspunkt und das Ende meiner Existenz.<<

Es ergibt sich die Frage, in welcher Weise sich unterschiedliche körperliche Situationen, wie z.B. körperliche Behinderungen, auf den betroffenen Menschen auswirken. Wie entwickelt sich das Körperbild eines Menschen unter der Voraussetzung einer körperlichen Behinderung und welchen Einfluß hat dieses wiederum auf die Entwicklung des Selbstbildes?

Ziel dieser Arbeit ist es, Einblicke in die Bedingungen des Lebens mit einer körperlichen Behinderung in Bezug auf das Körperbild und Selbstbild des betroffenen Menschen zu erhalten sowie zu weiteren Kenntnissen über Möglichkeiten der Auseinandersetzung mit einer Behinderung zu gelangen.

Dieses Ziel wird in zwei Phasen verfolgt:

1. in einer theoretischen Grundlegung findet die Auseinandersetzung mit den zentralen Elementen des Themas statt: pädagogisch-anthropologische Einordnung, körperliche Behinderung, Körperbild, Selbstbild;
2. der zweite Teil enthält die Beschreibung des Forschungsvorhabens, mit dem versucht wird, die Auswirkungen körperlicher Behinderungen auf das jeweilige Körper- und Selbstbild der betroffenen Menschen empirisch zu prüfen.

Hierzu werden zwei Methoden eingesetzt:

- eine Fragebogenerhebung zu Aspekten des Körper- und Selbstbildes und
- ein experimentelles Verfahren zur Erfassung von visuellen Wahrnehmungsprozessen bei der Betrachtung von Personendarstellungen.

Es liegen bislang nur vereinzelte Untersuchungen vor, die sich mit vergleichbaren Fragestellungen, Stichproben und Forschungsmethoden beschäftigen. Die in dieser Arbeit gewonnenen Erkenntnissen können somit einen Beitrag zur Grundlagenforschung leisten.

# 1. PÄDAGOGISCH-ANTHROPOLOGISCHE GRUNDLAGEN

Zu Beginn wird zunächst das dieser Arbeit zugrunde liegende Verständnis des Menschen dargestellt. Dazu werden exemplarisch zum einen das heilpädagogische Menschenbild nach SIEGENTHALER (1993) und zum anderen das heilpädagogische Menschenbild nach U. HAEBERLIN (1978, 1985) herangezogen. Ähnliche Ansätze finden sich u.a. bei BLEIDICK (1994), BOLLNOW (1965), MEINBERG (1988), MOOR (1965, 1967<sup>3</sup>, 1974<sup>3</sup>) und ROTH (1971<sup>3</sup>, 1971).

Im Zusammenhang mit dem Begriff „Heilpädagogik“ ist darauf hinzuweisen, daß in Fachkreisen ebenfalls die Begriffe „Sonderpädagogik“, „Behindertenpädagogik“ und „Rehabilitationspädagogik“ verwendet werden, ohne daß diese einvernehmlich definiert bzw. voneinander abgegrenzt sind. Zur Vereinheitlichung wird in dieser Arbeit im allgemeinen der Begriff „Sonderpädagogik“ verwendet, es sei denn, es handelt sich um Aussagen einzelner Autorinnen und Autoren, wie es bei SIEGENTHALER (1993) und U. HAEBERLIN (1978, 1985) der Fall ist.

## 1.1. WAS IST DER MENSCH ?

Das Körperbild und das Selbstbild des Menschen sind zwei der bedeutsamen, wenn nicht die bedeutsamsten Momente menschlichen Seins. Bevor jedoch diese Momente einzeln betrachtet werden, ist es notwendig, sich zunächst mit der Ganzheit des Menschseins zu beschäftigen und die Fragen zu stellen "Was ist der Mensch?", "Was macht den Menschen aus?". Antworten finden diese Fragen unter anderem in verschiedenen Menschenbildern.

Das Menschenbild unserer Zeit - ebenso wie das früherer Zeiten - ist das des leistungsfähigen, autonomen, gesunden und schönen Menschen.

>>Es ist auf Anhieb sichtbar, daß dieses Menschenbild vom Ideal des Gesunden, Schönen, Tüchtigen, Intakten,



Erfolgreichen bestimmt wird. Das Menschenbild atmet den Zeitgeist der modernen Welt. Es blickt von jeder Litfaßsäule herab und leuchtet in Reklamespots allabendlich über die Mattscheibe.<< (BLEIDICK 1994, 8 f).

Doch wo findet sich in diesem Menschenbild der körperbehinderte Mensch wieder, der dem gängigen Schönheitsideal nicht entspricht und dessen Leistungsfähigkeit den wirtschaftlichen Ansprüchen nicht genügt? Und wie wird ein körperbehinderter Mensch von seinen nichtbehinderten, den gesellschaftlichen Normen und Werten eher entsprechenden Mitmenschen gesehen?

Im Bereich der Sonderpädagogik stößt die Beantwortung dieser Fragestellungen immer wieder an besondere Herausforderungen. Jeglicher Umgang mit behinderten Menschen, sei es im Bereich der Erziehung, der Bildung oder in sonstigen allgemeinen zwischenmenschlichen Interaktionen, ist mehr oder weniger bewußt an einem bestimmten Menschenbild orientiert.

SIEGENTHALER (1993) formuliert zu Beginn seiner Auseinandersetzung mit dem Menschenbild fünf Fragen, denen sich jeder Mensch, der sich mit behinderten Menschen beschäftigt, stellen muß:

- >>1. Warum gibt es Behinderungen im Bereich des Menschen?
2. Ist es zutreffend, sie mit "Leiden" gleichzusetzen?
3. Welches ist der Sinn eines menschlichen Lebens, in dessen Verwirklichung dem Aussenstehenden nichts entgegenzukommen scheint, was als Ausdruck einer "Lebensqualität" gedeutet werden könnte?
4. Und falls es diesen Sinn gibt: Wo wäre er zu finden?
5. Worin besteht zudem die "Menschlichkeit" dieses behinderten Menschen - und die meinige, die gefordert ist, wenn ich den fördernden Umgang mit ihm beruflich ausübe?<< (SIEGENTHALER 1993, 11).

Diese Fragen sind insbesondere im Hinblick auf die tiefgreifenden naturwissenschaftlichen und medizinischen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte und die damit verbundenen Veränderungen des Weltbildes und des Menschenbildes von großer Bedeutung. Beispielhaft genannt seien hier die pränatale Diagnostik und die damit verbundene legale Abtreibung behinderter Foeten und Embryonen, die breitgefächerte Diskussion um Euthanasie und Sterbehilfe, Eugenik und Gentechnologie (vgl. hierzu BLEIDICK 1994, BUNDESVERBAND FÜR SPASTISCH GELÄHMTE UND ANDERE KÖRPERBEHINDERTE 1992, LEYEN-DECKER / SEIFERT / STADLER 1991, STADLER 1992, 1993).

Fragen nach dem Sinn und Wert menschlichen Lebens können allein auf einer rationalen Ebene nicht beantwortet werden. Viele Situationen und Bereiche menschlichen Lebens sind verstandesmäßig nicht erklärbar und verstehbar. Dieses wird insbesondere deutlich, wenn es um das „Verstehen“ von Menschen mit schwersten geistigen und körperlichen Behinderungen geht, um das „Verstehen“ von Menschen an der >>Grenzzone menschlicher Existenz<<, wie es SIEGENTHALER (1993, 18) provokant formuliert. Für eine Auseinandersetzung mit dem Menschen und dem Menschenbild müssen daher neben wissenschaftlich-rationalen Erklärungsversuchen auch phänomenologische Verstehensweisen miteinbezogen werden.

So beschreibt PLESSNER (1953), Vertreter der phänomenologischen Anthropologie, den Menschen als eine >>offene Frage<<, als ein >>unergründliches Wesen<< (vgl. auch BOLLNOW 1965, BLEIDICK 1994). PLESSNER (1953) grenzt sich damit ab von Anthropologien, die einzelne Merkmale, durch die Menschsein zu definieren sei, hervorheben: der Mensch als Mängelwesen (GEHLEN 1966<sup>8</sup>), der Mensch als erziehungsbedürftiges und erziehbares Wesen (LANGEVELD 1966<sup>6</sup>, ROTH 1971<sup>3</sup>, 1971), der Mensch als Geistwesen (DESCARTES) und als emanzipiertes Vernunftswesen (HABERMAS 1973<sup>2</sup>), der Mensch als

soziales Wesen (DAHRENDORF 1973<sup>12</sup>) u.s.w. Bei solchen Kategorisierungen besteht die Gefahr, den Menschen auf ein eingegrenztes Bild zu fixieren. Die Konsequenz der phänomenologischen Anthropologie ist jedoch, daß es letztlich unmöglich und unangemessen ist, ein Bild des Menschen zu entwickeln.

>>Nur in der Anerkennung dieser vollen Bildlosigkeit kann sich der Mensch für die unabsehbaren neuen Möglichkeiten seines Lebens offenhalten.<< (BOLLNOW 1965, 53).

>>Somit gilt auch für die Sonderpädagogik das Gebot "Du sollst Dir kein Bild vom Behinderten machen" ...<< (BLEIDICK 1994, 11).

Der Forderung nach der Bildlosigkeit des Menschen steht jedoch das Bedürfnis des Menschen nach Orientierung gegenüber. Jedes Reden und Handeln in Bezug auf den Menschen beruht auf einem Menschenbild. Dieses Dilemma versucht SIEGENTHALER (1993) mit seinem heilpädagogischen Menschenbild aufzulösen. SIEGENTHALERs Ansatz wird im folgenden Kapitel ausgeführt.

## **1.2. DAS HEILPÄDAGOGISCHE MENSCHENBILD NACH SIEGENTHALER**

Der Problematik der wesenhaften Bildlosigkeit des Menschen einerseits und dem menschlichen Bedürfnis nach Denkstrukturen andererseits begegnet SIEGENTHALER (1993), indem er ein "richtiges Umgehen" mit einem Menschenbild fordert und zwei Bedingungen an ein heilpädagogisches Menschenbild stellt (SIEGENTHALER 1993, 73 f):

1. Das Menschenbild muß als ein dynamisches verstanden werden. Jedem Menschenbild müssen die Elemente "Gegenwärtigkeit", "Veränderbarkeit" und "Wandelbarkeit" innewohnen, es muß ein dynamisches Menschenbild sein. Jeder Begriff, der zur Beschreibung des Wesens eines Menschen verwendet wird, muß so verstanden werden, daß das, was bezeichnet wird, nicht konstant, sondern stets wandelbar und veränderbar ist.

>>Jeder Begriff ist gleichsam nur die Momentaufnahme eines Verwandlungsprozesses. ... Es bedeutet zum Beispiel, dass wir Begriffe, die wir für die psychologische Diagnose verwenden, in ihrer andauernden Vorläufigkeit auffassen. Ferner dürfen wir auch den Begriff "Behinderung" nicht zur Bezeichnung eines Zustandes gebrauchen oder gar zur Abgrenzung einer Menschengruppe von einer anderen, sondern er bezeichnet etwas, das grundsätzlich verwandelbar und veränderbar ist. Diese Haltung ist das Kennzeichen eines dynamischen Menschenbildes, welches Grundlage jeglicher Erziehung sein muss.<< (SIEGENTHALER 1993, 73).

2. Es gibt unveränderliche Grundstrukturen des Menschseins.

Die Dynamik ist - so SIEGENTHALER (1993) - jedoch nur dann "auszuhalten", wenn in ihr etwas einigermaßen Stabiles und für alle Menschen Gültiges angenommen werden kann. Diese für alle Menschen gültigen und unveränderlichen Qualitäten sieht SIEGENTHALER in der >>... Leiblichkeit des Menschen, in seiner Empfindung für die Ganzheit und im Angewiesensein auf den Mitmenschen ...<< (SIEGENTHALER 1993, 73 f).

Mit dem Begriff „Leiblichkeit“ als erster Qualität stellt SIEGENTHALER (1993) das ganzheitliche Verständnis seines Menschenbildes dar. In Abgrenzung zu dem cartesianischen Leib-Seele-Dualismus wird der Mensch hier als eine Einheit aus Körper und Geist, Leib und Seele verstanden. Der Körper ist das materiell sichtbare und rational faßbare Moment. Er ist das äußere Erscheinungsbild des Menschen, die >>Erscheinungsform eines minimal verstandenen Dinges<< (P.

HÄBERLIN 1923, 137) oder - nach DESCARTES (1596 - 1650) - die „res extensa“. Der Leib dahingegen umfaßt mehr: er ist der >>Inbegriff der gesamten Körperlichkeit eines maximal verstandenen Wesens, also die Erscheinungsform einer Persönlichkeit<< (P. HÄBERLIN 1923, 137).

Somit ist der Körper das, was der Mensch hat, und der Leib ist das, was der Mensch ist (vgl. MERLEAU-PONTY 1966). Der Leib ist das zentrale und verbindende Phänomen menschlichen Seins, während Geist und Seele die abstrakten Momente des Leibes bzw. des Seins darstellen (MERLEAU-PONTY 1966, 131, 198). Durch das Verständnis des Leibes als die Erscheinungsform der Persönlichkeit wird die Subjekt-Objekt-Spaltung des cartesianischen Dualismus aufgehoben. So schreibt LEYENDECKER (1985):

>>In der Selbstbegegnung mit dem Leib, der ich einerseits bin, und den ich andererseits, wenn ich ihn reflektierend betrachte, als Körper auch haben kann, in dieser Begegnung wird die Subjekt-Objekt-Spaltung überwunden und ganzheitlich vereint.<< (LEYENDECKER 1985, 3).

In der Bewußtheit der Leiblichkeit ist die Empfindung für die Ganzheit des Menschen - zweite Qualität - enthalten, bzw. das Empfinden der Ganzheit impliziert die Bewußtheit der Leiblichkeit.

Als dritte Qualität, die für alle Menschen gültig ist, nennt SIEGENTHALER (1993) das Angewiesensein auf den Mitmenschen.

Durch das Bewußtsein dieser drei allgemeingültigen Qualitäten menschlichen Seins wird - so SIEGENTHALER (1993) - ein Gefühl von Gemeinsamkeit und die Chance zu einer allumfassenden Integration ermöglicht.

Neben der Forderung eines prinzipiell wandelbaren Verständnisses des Menschen und des Menschenbildes hat insbesondere die von SIEGENTHALER (1993) geforderte Grundhaltung der allen Menschen gemeinsamen Grundstrukturen für ein heilpädagogisches Menschenbild maßgebliche Konsequenzen: ein heilpädagogisches Menschenbild muß so ausgeweitet sein, daß alle Menschen, wie schwer behindert sie auch

sind, einbezogen werden, und es muß grundsätzlich offen sein auch für die rational nicht verstehbaren Aspekte menschlichen Seins, um somit der Ganzheit des Menschen Rechnung zu tragen. Im folgenden werden diese drei Konsequenzen kurz erläutert.

#### 1. Grundsätzliche Einbeziehung aller Menschen in das Menschenbild

Mit der Formulierung der für alle Menschen gültigen Grundstrukturen menschlichen Seins - Leiblichkeit, Ganzheit, Angewiesenheit auf den Mitmenschen - erreicht SIEGENTHALER (1993) eine Einbeziehung aller Menschen in das Menschenbild. Im Hinblick auf die Sonderpädagogik stellt das Wissen um das Angewiesensein auf mitmenschliche Zuwendung und die Fähigkeit, dieses Bedürfnis befriedigen zu können, für SIEGENTHALER (1993) die letztgültige Grundlage eines Menschenbildes dar (vgl. SIEGENTHALER 1993, 74).

Der Ausgangspunkt des Denkens ist das Bewußtsein der allen Menschen gemeinsamen Qualitäten der sozialen Angewiesenheit, der Zuwendungsbedürftigkeit und der Zuwendungsfähigkeit. Damit wendet sich SIEGENTHALER (1993) gegen Ansätze, die Merkmale menschlichen Lebens, wie Denkvermögen und Intelligenz, Sprache, Handlungskompetenz etc. in den Mittelpunkt ihrer Anthropologie stellen. Er spricht sich gegen die in der heutigen Zeit als essentiell für den Menschen proklamierten Merkmale „Autonomie“, „Selbstbestimmung“ und „Unabhängigkeit“ aus.

>>Anstelle dieser Schlagworte tritt die bescheidene Erkenntnis, dass ich auf den anderen angewiesen bin - darauf angewiesen, dass er sich mir in Echtheit zuwende, und gleichzeitig darauf angewiesen, dass ich mich ihm in Echtheit zuwenden kann.<< (SIEGENTHALER 1993, 75).

Damit erwirkt SIEGENTHALER (1993) eine Ausweitung des Menschenbildes, eine >>radikale Umwertung unseres Denkens<< (SIEGENTHALER 1993, 74); alle Menschen werden einbezogen, und kein Mensch, wie behindert oder „anders“ er auch ist, wird ausgeschlossen.

## 2. Offenheit des Menschenbildes

Wie für PLESSNER (1953), BOLLNOW (1965) und BLEIDICK (1994) stellt auch für SIEGENTHALER (1993) das eingangs beschriebene Verständnis des Menschen als "offene Frage" die Voraussetzung seines Menschenbildes dar. Offenheit ist seiner Meinung nach die positive Formulierung der Begriffe Unfertigkeit, Nichtabgeschlossenheit und Bildlosigkeit (SIEGENTHALER 1993, 75).

Die Offenheit des Menschen ist sowohl nach außen (Weltoffenheit) als auch nach innen (Denken, Fühlen, Wollen) zu verstehen. Dabei stößt der Mensch auf eine unermeßliche Fülle von Lebensqualitäten und Belastungen. Ebenso stößt er an die Grenze zwischen dem rational Faßbaren und dem „Geheimnisvollen“, zu dem er in eine lebendige Beziehung treten kann, ohne die Geheimnisse dauernd rational erklären zu müssen.

Die Offenheit des Menschen bedeutet gleichzeitig, daß der Mensch seine Eindrücke ordnen und Zusammenhänge herstellen muß, um die Flut der Eindrücke und Erfahrungen bewältigen zu können. Seine Offenheit bewirkt, daß der Mensch zu einem handelnden Wesen wird. Die Handlungsfähigkeit drückt sich in jeder Reaktion des Menschen aus, auch in den kleinsten Handlungen eines schwerstbehinderten Menschen (vgl. SIEGENTHALER 1993, 76).

## 3. Ganzheit des Menschenbildes

Im Wechselspiel zwischen Innen- und Außenwelt sowie in den Geheimnissen, die dem Menschen an der Erkenntnisgrenze begegnen, drückt sich die Ganzheit des Menschen aus. Trotz aller widersprüchlichen Erfahrungen existiert im Menschen ein sicheres Empfinden:

>>Ich selbst bin es als einheitliche Person, die dies alles zusammenhält.<< (SIEGENTHALER 1993, 76).

Die Ganzheit des Menschen ist als eine Qualität aufzufassen; sie ist nicht quantitativ die Summe einzelner Teile oder Dimensionen, also nicht die Summe aus Körper und Geist, sondern mehr. Das Charakteristikum des Menschseins ist die Vielfalt seiner Daseinsformen; Behindertsein stellt eine mögliche Daseinsform dar (STADLER 1996, 170). Die Ganzheit des Menschen umfaßt stets alle menschlichen Bedingungen; sie schließt Gesundheit und Krankheit, Behinderung und Nichtbehinderung, Leben und Sterben ein. STADLER (1996) verdeutlicht diesen Zusammenhang durch eine Ableitung des Behinderungsverständnisses nach BLEIDICK (1977) (vgl. Kapitel 2.1.):

>>Wenn Behindertsein bedeutet, bestimmte Lebensvollzüge nicht oder nur unter erschwerten Bedingungen ausführen zu können, so ist es eine Existenzweise, die jeden Menschen im Laufe seines Lebens erfaßt. In diesem Verständnis sind Menschsein und Behinderung ein Korrelat: Sie stehen in einem wechselseitigen Verhältnis zueinander und kennzeichnen die menschliche Existenz. Behinderung ist keine „Minus-Variante des Normalen“, denn das „Normale“ an sich gibt es gar nicht; es ist nur als Bandbreite von Verhaltensweisen real, die von einer statistischen Mehrheit repräsentiert werden.<< (STADLER 1996, 168).

Diese Ganzheit zu erfassen und zu respektieren, erfordert eine Wahrnehmung, die über das Verstehen hinausgeht. Ein Wahrnehmen des Menschen mit seinen Geheimnissen, mit dem Nichtverstehbaren, erfordert ein Verinnerlichen des anderen; BUBER (1962) spricht von "personaler Vergegenwärtigung". Für die Sonderpädagogik ist dieses Verständnis von elementarer Bedeutung:

>>Diese Haltung wird einen behinderten Menschen nie aufgeben. Denn ihr gelingt es, selbst an der Grenze des



Menschseins, dort, wo alles zerstört und geschädigt erscheint, eine Fülle von offengebliebenen Möglichkeiten zu entdecken, die es wert sind, geliebt, gepflegt und gefördert zu werden.<< (SIEGENTHALER 1993, 77).

SIEGENTHALERs Forderungen und die sich daraus ableitenden Konsequenzen für ein heilpädagogisches Menschenbild stellen einen hohen Anspruch an den einzelnen Menschen, vor allem im Hinblick auf den Umgang mit behinderten und schwerstmehrfachbehinderten Menschen. Die grundsätzliche Offenheit des Menschenbildes führt im alltäglichen Leben zu ständigen Verunsicherungen; die Routine des täglichen Lebens stört oft die Wahrnehmung der übergeordneten Grundstrukturen und Gemeinsamkeiten der Menschen. Außerdem sind die Grundstrukturen nicht beweisbar.

>>Es ist letztlich eine ganz persönliche Entscheidung, deren Inhalt ich nicht herleiten, nicht beweisen, sondern zu der ich mich bloss bekennen kann.<< (SIEGENTHALER 1993, 79).

Das bedeutet, daß jeder Mensch dieses Menschenbild durch den praktischen Umgang mit seinen Mitmenschen, insbesondere mit seinen behinderten Mitmenschen, erfahren muß. SIEGENTHALER (1993) warnt davor, das von ihm beschriebene Menschenbild zu einem theoretischen Konstrukt werden zu lassen. Jede und jeder sonderpädagogisch Tätige muß zu ihrem bzw. seinem eigenen persönlichen Menschenbild gelangen, das in seiner Entfaltung nie abgeschlossen, sondern stetig im Werden ist (SIEGENTHALER 1993, 80; vgl. auch MOOR 1967<sup>3</sup>, 1974<sup>3</sup>).

### **1.3. DAS HEILPÄDAGOGISCHE MENSCHENBILD NACH U. HAEBERLIN**

Im Unterschied zu dem phänomenologischen Ansatz von SIEGENTHALER (1993) wird im folgenden das wissenschaftlich-rational orientierte Menschenbild nach U. HAEBERLIN (1978, 1985) beschrieben. U. HAEBERLIN (1978, 1985) entwickelt sein heilpädagogisches Menschenbild in Anlehnung an die kritisch-interaktionistische Sozialisationstheorie und an die Arbeit von PESTALOZZI (1797) zur sittlich-religiösen Identität. Für U. HAEBERLIN (1978) ist Behinderung und die Identität behinderter Menschen vordringlich ein Problem der gelungenen Identität nichtbehinderter Menschen (U. HAEBERLIN 1978, 735) - ein Verständnis, das der Forderung SIEGENTHALERs (1993) nach einem jeweils individuellen und offenen Menschenbild nicht fern liegt, jedoch eine gänzlich andere Herleitung erfährt. Im Anschluß an die Beschreibung des Ansatzes von U. HAEBERLIN (1978, 1985) erfolgt eine vergleichende Diskussion mit SIEGENTHALERs heilpädagogischem Menschenbild (1993).

Im Unterschied zu psychologisch bzw. soziologisch ausgerichteten Arbeiten, die bei jeweils einem der Aspekte ihren Schwerpunkt setzen und entsprechend von primär personalbestimmten bzw. sozialbestimmten Identitäten ausgehen, integriert U. HAEBERLIN in seinem an der kritisch-interaktionistischen Sozialisationstheorie angelehnten heilpädagogischen Menschenbild beide Gesichtspunkte (U. HAEBERLIN 1978, 723 ff).

Die kritisch-interaktionistische Sozialisationstheorie versteht die Gesellschaft als ein dynamisches System, das durch eine kritische Distanz des Individuums veränderbar ist. Die kritische Distanz des Individuums drückt sich aus durch einen kritischen Umgang mit den gesellschaftlichen Werten und Normen und dem entsprechenden Verhalten. Somit stellt sich in der kritisch-interaktionistischen Sozialisationstheorie die individuelle Identität als eine Autonomie des Subjekts dar.

Das Verständnis der kritisch-interaktionistischen Sozialisationstheorie unterscheidet sich von anderen Sozialisationstheorien, die Identität nahezu ausschließlich als gesellschaftlich determiniert ansehen. Struktur-

funktionalistische Theorien verstehen Sozialisation als eine Einordnung des Individuums in die bestehenden sozialen Strukturen, und historisch-materialistische Theorien sprechen anstelle von individueller Identität von Gruppenidentität, da davon ausgegangen wird, daß sich das Individuum den Normen „antikapitalistischer Gruppensolidarität“ unterordnet (U. HAEBERLIN 1978, 730).

>>Nur der kritisch-interaktionistische Typ von Sozialisations-  
theorie versucht, Identität aus dem Spannungsverhältnis von  
Sozialbestimmtheit und Personalbestimmtheit zu begreifen,  
ohne dieses Spannungsverhältnis zugunsten eines der beiden  
Pole aufzuheben. Das Akzeptieren dieses Spannungsverhält-  
nisses ist der erste Schritt zur gelungenen Identität des  
Individuums.<< (U. HAEBERLIN 1978, 732).

Das Erreichen von Identität wird in der kritisch-interaktionistischen  
Sozialisierungstheorie als eine einseitig kognitive Leistung beschrieben (U.  
HAEBERLIN 1978, 732). Diese Sichtweise ist für den Bereich der Sonder-  
pädagogik zu eng gefaßt, da mit der Hervorhebung rational-kognitiver  
Fähigkeiten und der Vernachlässigung emotionaler Faktoren der Identität  
eine Ausgrenzung von Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen  
erfolgt. Ihre Identität wird nicht berücksichtigt - eine Kritik, die auch  
SIEGENTHALER (1993) anführt (vgl. Kapitel 1.2.).

U. HAEBERLIN (1978, 1985) begegnet diesem Problem mit einer Ergän-  
zung der emotionalen Komponenten:

>>Wenn jedem Menschen Identität im kritisch-interaktio-  
nistischen Sinn gelingen soll, dann ist deren emotionale Veran-  
kerung gleichgewichtig zu behandeln wie die erforderlichen  
argumentativ-kritischen Fähigkeiten ...<< (U. HAEBERLIN  
1978, 732).

>>Erst wenn ich annehme, dass die Psyche des Menschen  
nicht nur mit reflektiver Intelligenz, sondern auch mit der  
Möglichkeit der emotionalen Hingabe ausgerüstet ist, kann ich

auch verstehen, warum sich Menschen auf die Sisyphosarbeit einlassen können, für die Realisierung und Erhaltung eines demokratischen Zustandes zu kämpfen, ohne zu resignieren.<< (U. HAEBERLIN 1985, 74).

Die Autonomie des Subjekts wird von U. HAEBERLIN (1978, 1985) unter Hinzuziehung des anthropologischen Ansatzes von PESTALOZZI (1797) weiter differenziert und auf die Sonderpädagogik übertragen. PESTALOZZI (1797) vertritt die Annahme, daß von einer gelungenen Identität erst dann die Rede sein kann, wenn die gesellschaftlich bestimmte Identität durch eine sittlich-religiöse Identität überlagert wird. PESTALOZZI (1797) läßt - so U. HAEBERLIN (1978, 1985) - jedoch auch nicht außer Acht, daß der Mensch immer auch ein Wesen mit einer biologischen und einer sozialen (und sozial determinierten) Identität ist und bleibt. Bestandteile der sittlich-religiösen Identität sind nach U. HAEBERLIN eine für Ideale eingesetzte reflexive Intelligenz, eine grundsätzliche Entscheidung für das Ideal der Demokratie und ein grundsätzlicher Glaube an das Ideal der Nächstenliebe mit der übergeordneten Idee der gleichen Würde und der gleichen Rechte aller Menschen (U. HAEBERLIN 1978, 733; 1985, 74 ff).

Durch die Prämisse der gleichen Würde und der gleichen Rechte aller Menschen erhält U. HAEBERLINS Modell eine hohe gesellschaftliche und gesellschaftspolitische Bedeutung. Die gesellschaftliche Relevanz wird u.a. deutlich im Hinblick auf das Leben körperbehinderter Menschen. Die soziale Identität, das Fremdbild, das durch die Typisierung und Zuschreibung von Attributen durch die jeweilige soziale Gruppe entsteht, stellt insbesondere für Menschen mit körperlichen Behinderungen ein großes Problem dar. Die Stigma-Theorie von GOFFMAN (1967) läßt erkennbar werden, daß sich allen Menschen mit Behinderungen das gemeinsame Problem stellt, sich auf ein gesellschaftlich institutionalisiertes Stigma, das - so GOFFMAN (1967) - zu einer beschädigten Identität führt, einstellen zu müssen. Behindert-Sein hat unweigerlich zur Folge, daß sich der betroffene Mensch kontinuierlich intensiv mit seiner sozialen Identität auseinandersetzen muß, wenn er zu einer gelungenen Identität finden will. U. HAEBERLIN (1978) formuliert treffend:

>>Behindertsein heißt: viel Energie aufwenden für das Stigma-management.<< (U. HAEBERLIN 1978, 728).

Dieses gesellschaftliche Problem läßt sich nach U. HAEBERLIN (1978, 1985) nur auf der Grundlage der sittlich-religiösen Identität lösen. Denn nur auf dieser Ebene begegnen sich Menschen als gleichberechtigte Partner, als Subjekte, die sich Dank ihrer reflexiven Intelligenz und ihrer Entscheidung für die gleiche Würde und die gleichen Rechte aller Menschen nicht durch unterschiedliche Machtverteilungen und aussonderndes Verhalten zu Objekten degradieren. Für U. HAEBERLIN (1978) ist Behinderung und die Identität behinderter Menschen vordringlich ein Problem der gelungenen Identität nichtbehinderter Menschen (U. HAEBERLIN 1978, 735). Er zitiert in diesem Zusammenhang MOOR (1965), der eindringlich auf die Funktion der sonderpädagogisch tätigen Menschen hinweist:

>>„Darum muß alles Reden von der Erziehung des entwicklungsgehemmten Kindes immer und in allem zugleich ein Appell an die Selbsterziehung des Erziehers sein“ ...<< (U. HAEBERLIN 1978, 735).

#### **1.4. DISKUSSION DER ANTHROPOLOGISCHEN ANSÄTZE VON SIEGENTHALER UND U. HAEBERLIN**

Mit der Forderung eines reflexiv-offenen Bewußtseins des Menschen - insbesondere des Menschen im Umgang mit behinderten Mitmenschen - treffen sich die anthropologischen Ansätze von U. HAEBERLIN (1978, 1985) und SIEGENTHALER (1993). Eine weitere Überschneidung findet sich im Bereich der „übergeordneten Idee der gleichen Würde und der gleichen Rechte aller Menschen“ (U. HAEBERLIN 1978, 733; 1985, 11) und der „unveränderlichen, allgemeingültigen Grundstrukturen des Menschseins“ (SIEGENTHALER 1993, 73 f). Gemeinsam ist ihnen auch der stets deutlich werdende praktische Bezug ihrer Menschenbilder. Auf die notwendige praktische Relevanz weist auch STADLER (1996) hin, indem er herausstellt, daß die Würde des Menschen bzw. die menschlichen Grundstrukturen erst durch eine gelebte Ethik Anerkennung und Respekt finden (STADLER 1996, 171). Mit der Ausdifferenzierung dieser menschlichen Gemeinsamkeiten erfolgt dann jedoch eine Trennung beider Ansätze in die eher kognitiv-reflexive Sichtweise von U. HAEBERLIN (1978, 1985) und die emotional-reflexive Sichtweise von SIEGENTHALER (1993).

Wenngleich U. HAEBERLIN (1978, 1985) die emotionale Verankerung der personellen Identität in sein Menschenbild miteinschließt (U. HAEBERLIN 1978, 732; 1985, 74 ff), so sind es für ihn in erster Linie die rational-kognitiven Fähigkeiten, die seine Anthropologie kennzeichnen. U. HAEBERLIN (1978, 1985) fordert eine sittlich-religiöse Identität als den charakteristischen Wesenszug des Menschen. Die Elemente der sittlich-religiösen Identität lassen die Notwendigkeit kognitiv-rationaler Fähigkeiten deutlich werden: eine für Ideale eingesetzte reflexive Intelligenz, eine grundlegende Entscheidung für das Ideal der Demokratie und ein grundsätzlicher Glaube an das Ideal der Nächstenliebe mit der übergeordneten Idee der gleichen Würde und der gleichen Rechte aller Menschen (U. HAEBERLIN 1978, 733; 1985, 74 ff). Angewandt auf die Sonderpädagogik bedeutet dieses, daß der Mensch ohne Behinderung den Menschen mit Behinderung durch seine reflexive sittlich-religiöse Identität

in die Gemeinschaft miteinbezieht. Zu kritisieren ist bei diesem Verständnis, daß der nichtbehinderte Mensch als „Wohltäter“ des in die passive Rolle gedrängten behinderten Menschen auftritt.

Im Gegensatz dazu versucht SIEGENTHALER (1993) durch das Herausstellen der allen Menschen gemeinsamen Grundstrukturen eine Integration a priori zu erwirken. Dieses Ziel erfordert eine Abkehr von kognitiv-rationalen Fähigkeiten zugunsten einer Hinwendung zu emotional-ganzheitlichen Bedingungen des Menschseins: Leiblichkeit, Ganzheit und Angewiesenheit auf den Mitmenschen (SIEGENTHALER 1993, 73 f). SIEGENTHALERs anthropologisches Verständnis dringt tiefer in die Grundsätzlichkeiten des Menschseins ein als der Ansatz von U. HAEBERLIN (1978, 1985) und wird damit gleichzeitig schwerer vermittelbar. Im folgenden Zitat wird diese Tiefe ausgedrückt:

>>Es ist letztlich eine ganz persönliche Entscheidung, deren Inhalt ich nicht herleiten, nicht beweisen, sondern zu der ich mich bloss bekennen kann. Ich meine damit die Entscheidung, dass in diesem geschilderten Augenblick (der Interaktion mit einem schwerstbehinderten Kind, Anm. d. Verf.) meine eigene Mitte angerührt worden sei - dass auch die Mitte des andern davon angerührt worden sei und dass diese Mitte letztlich das Unverletzbare, trotz aller Behinderung und Schädigung Zuverlässige sei, welches mich in dieser Situation berührt hat. Ich kann diese Mitte nicht beweisen - ich kann nur von Erfahrungen sprechen, die meine Annahme und mein Bekenntnis zu ihr stützen. Und die Erfahrung sagt mir bloss, dass von ihr Energien ausgehen, welche hinter der Verwandelbarkeit steckt und die Offenheit mit der damit verbundenen Unsicherheit aushält.<< (SIEGENTHALER 1993, 79).

Der Schwierigkeit des Verständnisses und insbesondere der Umsetzung von SIEGENTHALERs Anthropologie kann durch die Hinzuziehung des durch seine Rationalität konkreteren Ansatzes von U. HAEBERLIN (1978, 1985) begegnet werden. Ein sonderpädagogisches Menschenbild sollte jedoch über eine kognitiv orientierte Anthropologie hinausgehen und

versuchen, sich auch den rational nicht faßbaren Bedingungen menschlichen Seins zu widmen.

Darüberhinaus wird durch die Offenheit des Menschenbildes, wie sie sowohl von SIEGENTHALER (1993) als auch von U. HAEBERLIN (1978, 1985) beschrieben wird, eine Trennung zwischen sonderpädagogischer Anthropologie und allgemein-pädagogischer Anthropologie ad absurdum geführt.

## 1.5. ZUSAMMENFASSUNG

Vor der Erörterung des Körperbildes und des Selbstbildes des Menschen als den vielleicht bedeutsamsten Momenten menschlichen Seins erfolgt eine grundsätzliche anthropologische Einordnung. Die Frage nach den Kennzeichen menschlichen Seins stößt im Bereich der Sonderpädagogik, und hier besonders unter Beachtung der tiefgreifenden naturwissenschaftlichen und medizinischen Entwicklungen der letzten Jahrzehnte, immer wieder an besondere Herausforderungen. Das gängige, oftmals unreflektierte Menschenbild des leistungsfähigen, autonomen, gesunden und schönen Menschen ist zu eng gefaßt und schließt diejenigen Menschen aus, auf die die genannten Attribute nicht zutreffen.

Ausgehend von der phänomenologischen Anthropologie, die den Menschen als eine >>offene Frage<<, als >>unergründliches Wesen<< (PLESSNER 1953) versteht, wird versucht, einen Zugang zu einem offenen Menschenbild zu finden. Hierzu werden exemplarisch die Ansätze eines heilpädagogischen Menschenbildes von SIEGENTHALER (1993) und U. HAEBERLIN (1978, 1985) herangezogen und abschließend vergleichend diskutiert.

Die beiden anthropologischen Ansätze überschneiden sich in den Forderungen nach einem reflexiv-offenen Bewußtsein des Menschen, in der Grundthese einer übergeordneten Gemeinsamkeit aller Menschen und in der Bedeutung der praktischen Umsetzung. Sie unterscheiden sich jedoch in ihrer Herleitung: die eher kognitiv-reflexive Sichtweise U.



HAEBERLINS (1978, 1985) und die emotional-reflexive Sichtweise SIEGENTHALERs (1993). Durch die Hinwendung SIEGENTHALERs zu den emotional-ganzheitlichen Bedingungen des Menschseins, Leiblichkeit, Ganzheit und Angewiesenheit auf den Mitmenschen, deren Existenz nicht beweisbar und theoretisch nur schwer vermittelbar ist, stellt seine Anthropologie einen hohen Anspruch an den einzelnen Menschen, vor allem im Hinblick auf den alltäglichen, routinierten Umgang mit behinderten und insbesondere mit schwerstmehrfachbehinderten Menschen. Der Schwierigkeit des Verständnisses und der Umsetzung von SIEGENTHALERs Anthropologie kann durch die Hinzuziehung des durch seine Rationalität konkreteren Ansatzes von U. HAEBERLIN (1978, 1985) begegnet werden. Die von ihm geforderte sittlich-religiöse Identität beinhaltet folgende rational faßbaren Elemente: eine für Ideale eingesetzte reflexive Intelligenz, eine grundlegende Entscheidung für das Ideal der Demokratie und ein grundsätzlicher Glaube an das Ideal der Nächstenliebe mit der übergeordneten Idee der gleichen Würde und der gleichen Rechte aller Menschen. Ein sonderpädagogisches Menschenbild sollte jedoch über eine kognitiv orientierte Anthropologie hinausgehen und versuchen, sich auch den rational nicht faßbaren Bedingungen menschlichen Seins zu widmen. Gleichzeitig wird mit der grundsätzlichen Offenheit des Menschenbildes die Trennung zwischen sonderpädagogischer Anthropologie und allgemein-pädagogischer Anthropologie aufgehoben.

## 2. KÖRPERLICHE BEHINDERUNG

Im Anschluß an die pädagogisch-anthropologische Einordnung soll nun eine Klärung des Verständnisses von körperlicher Behinderung vorgenommen werden.

Dazu wird zunächst der Begriff „Behinderung“ erörtert; anschließend erfolgt eine Bestimmung des Begriffs „Körperbehinderung“.

Auf eine medizinische Beschreibung einzelner Behinderungsarten wird verzichtet. (Körperliche) Behinderungen werden nicht monokausal im Sinne des individualtheoretischen Erklärungsmodells als individuelle, medizinisch zu erklärende Gegebenheiten einzelner Menschen verstanden. Andere monokausale Erklärungsansätze, wie das interaktionstheoretische Erklärungsmodell, das systemtheoretische Erklärungsmodell und das gesellschaftstheoretische Erklärungsmodell (vgl. BLEIDICK 1976), finden ebensowenig Verwendung. Vielmehr wird unter Bezug auf die eingangs beschriebene ganzheitliche anthropologische Grundhaltung (körperliche) Behinderung als eine Ausdrucksform menschlichen Seins verstanden (vgl. SIEGENTHALER 1993, STADLER 1996). Gleichermaßen stellt Behinderung einen gesellschaftlichen Wert dar, indem sie eine durch Irritationen der Individuum-Umwelt-Beziehung häufig erschwerte Lebenssituationen bedingt. Diese These wird unter Bezug auf den ökologischen Ansatz der Sonderpädagogik begründet (vgl. BRONFENBRENNER 1981, CLOERKES 1988, HENSLE 1994<sup>5</sup>, SCHÖNBERGER 1982, SPECK 1987, THEUNISSEN 1992).

## 2.1. DEFINITIONEN VON BEHINDERUNG

In der Literatur findet sich kein einheitliches Verständnis von Behinderung. Je nach Ausgangspunkt und Sichtweise werden verschiedene Akzentuierungen gesetzt.

Eine Übersicht über die Vielfältigkeit definitorischer Bestimmungen von Behinderung findet sich bei BLEIDICK (1976). Auf der Grundlage der verschiedenen Verständnisse von Behinderung stellt BLEIDICK (1976) vier metatheoretische Paradigmen des "Phänomens Behinderung" zusammen:

### 1. Das individualtheoretische Paradigma

Behinderung wird hier über einen medizinisch faßbaren Sachverhalt definiert. Sie ist die Folge einer organischen Schädigung. Soziale Aspekte werden bei diesem Verständnis nicht berücksichtigt. Die Behinderung ist das persönliche Schicksal des betroffenen Menschen.

### 2. Das interaktionstheoretische Paradigma

Nach diesem Ansatz wird Behinderung als das Ergebnis der Zuschreibung sozialer Erwartungshaltungen verstanden. Der Mensch mit einer Behinderung weicht von der Norm ab und wird von der Gesellschaft mit dem Etikett „behindert“ versehen. Behinderung ist demzufolge das Ergebnis von Etikettierung und Stigmatisierung (vgl. Goffman 1967). Zu beachten ist in diesem Kontext das Phänomen der sich selbst erfüllenden Prophezeiungen: aus den ständig zugeschriebenen negativen Erwartungen kann tatsächliches Verhalten werden.

### 3. Das systemtheoretische Paradigma

Behinderung wird hier durch die leistungsorientierte Ausdifferenzierung der Erziehungs-, Bildungs- und Ausbildungssysteme determiniert. Der Qualifikations- und Selektionsfunktion der Schule wird in diesem Ansatz die größte Bedeutung beigemessen. Demnach wird Behinderung durch das Schulsystem produziert.

#### 4. Das gesellschaftstheoretische Paradigma

Diese Theorie basiert auf dem politökonomischen Ansatz. Behinderung wird als das Resultat von Produktions- und Klassenverhältnissen der Gesellschaft angesehen und als typisch für kapitalistische Gesellschaftssysteme beschrieben. Menschen mit Behinderungen werden gemäß diesem Verständnis von den entsprechenden Institutionen für schlecht bezahlte Tätigkeiten ausgebildet.

Alle genannten Erklärungsansätze sind monokausal ausgerichtet. Es ist jeweils der historische Kontext zu beachten, aus dem heraus sie entstanden sind. Keiner der Erklärungsansätze deckt den Begriff und das Verständnis von Behinderung in seiner ganzen Breite ab und ist daher niemals als absolut und allein gültig anzusehen. Für die pädagogische Förderung von Menschen mit Behinderungen ist in jedem Fall ein mehrperspektivisches Verständnis von Behinderung anzuwenden (vgl. BLEIDICK 1976).

Einen solchen mehrperspektivischen Ansatz versucht BLEIDICK (1977a), indem er "Behinderung" folgendermaßen definiert:

>>Als behindert gelten Personen, die infolge einer Schädigung in ihrer körperlichen, geistigen oder seelischen Funktion soweit beeinträchtigt sind, daß ihre unmittelbaren Lebensverrichtungen oder ihre Teilhabe am Leben der Gesellschaft erschwert wird.<< (BLEIDICK 1977a, 9).

BLEIDICK (1977a) fügt die individuellen Schädigungen mit den Erschwernissen bei den unmittelbaren Lebensverrichtungen und der Teilnahme am öffentlich-gesellschaftlichen Leben zusammen. Somit erwirkt er eine Kombination des individualtheoretischen Paradigmas mit Aspekten, die der Begriff „Handicap“ (gem. WELTGESUNDHEITSORGANISATION (WHO) 1980, 181 ff und ICDH 1995, 389 ff) umschreibt (Erschwerenis unmittelbarer Lebensverrichtungen und der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben). BLEIDICKs Definition folgt einer linearen Denkweise:

eine individuelle Schädigung löst Erschwernisse im Leben der betroffenen Person aus. Auf die Ursachen bzw. Bedingungen der Erschwernis der unmittelbaren Lebensverrichtungen und der Teilhabe am öffentlichen Leben geht BLEIDICK (1977a) mit seiner Definition nicht differenzierter ein.

Der Forderung einer differenzierteren Betrachtung der Erschwernisse des Lebens betroffener Menschen kommt die Definition von Behinderung der WHO (1980) nach, die seit 1995 in überarbeiteter und deutscher Fassung vorliegt (ICIDH 1995). Die WHO beschreibt Behinderung als einen komplexen Prozeß einer Gesundheitsstörung, als ein Krankheitsfolgenmodell (vgl. SCHUNTERMANN 1996). Die Intention der WHO liegt darin, aus den phänomenologischen Beschreibungen Interventionsmöglichkeiten abzuleiten. Die WHO untergliedert Behinderung in drei Dimensionen (ICIDH 1995, 243 ff):

#### 1. Schädigung (Impairment)

Schädigung bezeichnet einen beliebigen Verlust oder eine Normabweichung in der psychischen, physiologischen oder anatomischen Struktur oder Funktion, z.B. eine Querschnittlähmung infolge einer Rückenmarksverletzung.

#### 2. Fähigkeitsstörung (Disability)

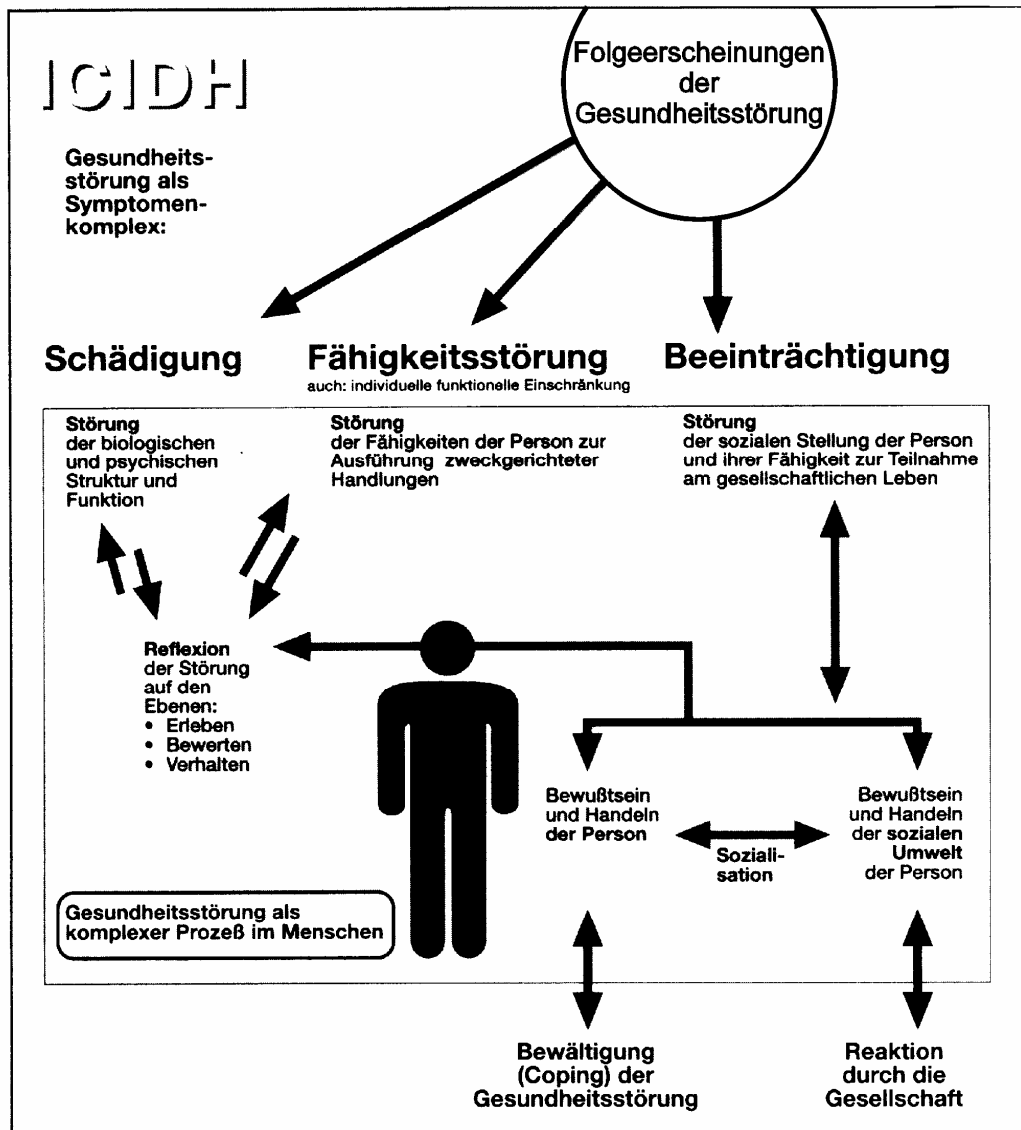
Eine Fähigkeitsstörung ist jede Einschränkung oder jeder Verlust der Fähigkeit (als Folge einer Schädigung), Aktivitäten in der Art und Weise oder in dem Umfang auszuführen, die für einen Menschen als „normal“ gelten, z.B. Schwierigkeiten bei der Fortbewegung oder Schwierigkeiten bei der Kommunikation.

### 3. Beeinträchtigung (Handicap)

Mit Beeinträchtigung wird eine sich aus einer Schädigung oder Fähigkeitsstörung ergebende Benachteiligung des betroffenen Menschen bezeichnet, die die Erfüllung einer Rolle einschränkt oder verhindert, die (abhängig von Geschlecht, Lebensalter sowie sozialen und kulturellen Faktoren) für diesen Menschen als „normal“ gilt. Diese Dimension wird geprägt durch zwei wesentliche Aspekte, die sich wechselseitig beeinflussen: die Reflexion der Störung im Erleben, Bewerten und Verhalten der betroffenen Person (Coping) und die Reflexion der Störung im Erleben, Bewerten und Verhalten der sozialen Umwelt.

Wenngleich auch diese Definition linear ausgerichtet scheint, eröffnet sie bei der näheren Betrachtung ein komplexes Beziehungsgeflecht. Das folgende Schaubild soll dieses verdeutlichen (vgl. ICDH 1995, 7). Zu beachten ist, daß die Dimensionen „Fähigkeitsstörung“ und „Beeinträchtigung“ nicht zwangsläufig sind. Ein Kind mit der Gesundheitsstörung Zöliakie hat eine Schädigung, die sich aber nicht auf seine Fähigkeiten und Aktivitäten und auf die Erfüllung seiner Rolle im sozialen Umgang auswirken muß. Ebenso kann eine Gesundheitsstörung in Form einer ästhetischen Auffälligkeit zu einer Beeinträchtigung führen, ohne eine Fähigkeitsstörung auszulösen.

Abbildung 1: Beziehungsgeflecht der Dimensionen von Behinderung gemäß ICDH 1995, 7 (verkürzte Version)



Der große Wert dieser Konzeption liegt darin, daß sie Möglichkeiten der Einflußnahme - in positiver sowie in negativer Richtung - verdeutlicht. Nachteilig ist jedoch ihre Bindung an das individuelle Merkmal „Gesundheitsstörung“, das als Auslöser des Folgekomplexes wirkt.

Im folgenden soll daher eine weitere Sichtweise von Behinderung vorgestellt werden: Das ökologische Verständnis von Behinderung nach SPECK (1987).

SPECK (1987) erklärt den Begriff „Behinderung“ zunächst als nicht eindeutig definierbar, da er eine Vielfalt von Bedeutungen hat. Jeder Mensch kann in irgendeiner Hinsicht behindert sein; sei es im Hinblick auf besondere Fähigkeiten (Klavierspielen, handwerkliches Können, Sozialkompetenz) oder im Hinblick auf ein gewünschtes Berufsziel. Außerdem kann jemand „objektiv“ behindert sein, z.B. gehbehindert, sich aber nicht behindert fühlen. Behinderung ist damit relativ und ist als Abweichungsbegriff im Sinne von Zuschreibung, Etikettierung und Stigmatisierung von der jeweiligen definierenden Person abhängig (vgl. SPECK 1987, 103 ff). SPECK (1987) weist damit eindringlich auf die systemische Komponente von Behinderung hin:

>>Er (der Begriff „Behinderung“, Anm. d. Verf.) ist ein normativer Begriff. Als solcher wird er in verschiedenen sozialen Systemen und wissenschaftlichen Disziplinen benutzt. Seine Verwendung sowohl im pädagogischen, psychologischen, soziologischen wie rechtlichen Anwendungsbereich weisen ihn als normativen Begriff, als Leit- und Orientierungsbegriff zur Kennzeichnung besonderer, vom „Normalen“ abweichender Bewertungs- und Handlungswirklichkeit aus.<< (SPECK 1987, 103).

Die Kontextabhängigkeit von Behinderung führt dazu, daß es letztendlich keine klare, objektive, verbindliche Abgrenzung zwischen behindert und nicht-behindert gibt; was Behinderung ist, wird stets eine anthropologisch offene Frage bleiben (SPECK 1987, 112).

SPECK fordert daher ein ökologisches Verständnis von Behinderung und vertritt einen ökologischen Ansatz der Heilpädagogik (SPECK 1987; vgl. auch BRONFENBRENNER 1981, CLOERKES 1988, HENSLE 1994<sup>5</sup>, SCHÖNBERGER 1982, THEUNISSEN 1992). Nach diesem Verständnis hat sich die (Sonder-)Pädagogik nicht mit Grenzen, sondern mit



Übergängen und Zwischenbereichen des gesellschaftlichen Gesamtgefüges zu beschäftigen.

>>Nicht die umschriebenen Defekte konstituieren Erziehung in ihrer Besonderung, sondern das umzuorganisierende Verhalten und die Gesamtbefindlichkeit des im Erziehungsprozeß Stehenden und dessen soziale Bedingungen.<< (SPECK 1987, 112).

Ein ökologischer (sonder-)pädagogischer Ansatz geht über die im systemischen Ansatz hervorgehobenen Komponenten der Interaktion und Kommunikation hinaus, indem er zusätzlich die Interdependenz unterschiedlicher Lebensbereiche und Umweltfaktoren involviert (THEUNISSEN 1992, 63). Entwicklung vollzieht sich stets in einem fortschreitenden Anpassungsprozeß >>... zwischen dem aktiven, sich entwickelnden Menschen und den wechselnden Eigenschaften seiner unmittelbaren Lebensbereiche.<< (BRONFENBRENNER 1981, 37). Die Beziehungen der Lebensbereiche untereinander und die übergeordneten Kontexte beeinflussen diesen Prozeß gleichermaßen.

Die genannten Lebensbereiche werden im folgenden nach BRONFENBRENNER (1981) kurz beschrieben.

BRONFENBRENNER (1981) untergliedert die Umwelt in vier Lebensbereiche, die ineinandergeschachtelt und konzentrisch angeordnet sind:

1. Das Mikrosystem. Es bezeichnet unmittelbare Lebensräume, in denen sich der Mensch zu bestimmten Zeiten aufhält, wie z.B. Familie, Spielgruppe, Nachbarschaft und Arbeitsplatz. Elemente oder Bausteine des Mikrosystems sind Tätigkeit oder Aktivität, die Einnahme von Rollen und zwischenmenschliche Beziehungen (BRONFENBRENNER 1981, 38).
2. Das Mesosystem. Dieses System umfaßt die Wechselwirkungen zwischen den Mikrosystemen, d.h. die Interaktionen zwischen der Familie und dem Kindergarten, der Nachbarschaft, der Arbeit u.s.w. Durch die Interdependenz und Vernetzung des Mesosystems wird die Persönlichkeitsentfaltung des Einzelnen gesichert.

3. Das Exosystem. Mit Exosystem werden die Lebensbereiche bezeichnet, zu denen der einzelne Mensch keinen direkten Kontakt unterhält, die jedoch indirekt Einfluß ausüben. Beispiele für Exosysteme sind für das Kind die Arbeitsstelle des Vaters, der Bekanntenkreis der Eltern etc.. Auch gesellschaftliche Institutionen, wie die Polizei, Massenmedien und soziale Netzwerke bilden Exosysteme; sie sind beteiligt an der Bestimmung und Gestaltung des individuellen Lebens (vgl. auch THEUNISSEN 1992, 74). Sobald ein Exosystem von dem Individuum direkt in Anspruch genommen wird, wird es zum Mesosystem.
4. Das Makrosystem. Es stellt den gesellschaftlichen Überbau dar und strukturiert die untergeordneten Systeme. Das Makrosystem umfaßt die kulturellen, weltanschaulichen, politischen und ökonomischen Normen, Werte und Ideologien.

Nach BRONFENBRENNERs Modell (1981) wird der Mensch mit einer Behinderung in seiner Lebenswelt zum Adressaten bzw. zur Adressatin der Pädagogik. THEUNISSEN (1992) beschreibt die pädagogische Aufgabe folgendermaßen:

>>Will man das Verhalten und Erleben eines verhaltensauffälligen Kindes oder Jugendlichen verstehen, darf man sich nicht auf personinhärente Aspekte fixieren, sondern muß den gesamten ökologischen Kontext betrachten. ... Das impliziert, daß jede Verhaltensform auf ihre strukturellen Bedingungen hin analysiert werden muß und nicht nur auf ihre individualpsychologisch-psychodynamischen oder interaktionistischen Bedingungen ...<< (THEUNISSEN 1992, 75).

THEUNISSENs Beitrag (1992) bezieht sich auf den Bereich des pädagogischen Umgangs mit verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen; er läßt sich jedoch auf den gesamten Bereich der Sonderpädagogik übertragen.

Behinderungen - verstanden als menschliche Bedingungen bzw. Situationen - entwickeln sich stets aus einer Wechselwirkung des Individuums mit den Gegebenheiten der ökologischen Systeme und deren Wechselwirkungen.

Der ökologische Ansatz basiert also auf einer normativen Dialektik, einem >>Fließgleichgewicht zwischen Autonomie und Heteronomie<< (SPECK 1987, 248). Wesentliche gesellschaftliche Orientierungswerte dieses Ansatzes sind die Selbstverwirklichung und Gemeinschaft, die Autonomie und soziale Teilhabe, die Identität und Solidarität (personale und soziale Integration) und die komplementäre Ergänzung von behindertem und nichtbehindertem Leben (SPECK 1987, 248 f).

Die Problematik einer Behinderung erwächst nie aus einer „Störung“ der „auffälligen“ Person, sondern jeweils aus einer Störung in der Beziehung zwischen Individuum und Umwelt (THEUNISSEN 1992, 75). Eine ökologisch orientierte Bestimmung des Begriffs „Behinderung“ könnte demzufolge lauten:

Behinderung bezeichnet eine menschliche Lebenssituation, die durch Irritationen der Individuum-Umwelt-Beziehung nicht selten erschwert ist.

Behinderung wird somit zu einem gesellschaftlichen Wert. Eine Veränderung der aktuellen Situation behinderter Menschen, die nach wie vor stark durch Ausgrenzung gekennzeichnet ist, erfordert entsprechend ein wechselseitiges, gleichberechtigtes Handeln behinderter und nicht behinderter Menschen.

>>Soziale Integration kann nämlich nicht als einseitige, eindimensionale Anpassungs- und Eingliederungsstrategie verstanden werden, sondern beinhaltet ein wechselseitiges, emanzipatorisches und solidarisches Verändern des bisherigen Zustands durch Behinderte wie Nichtbehinderte. Soziale Integration heißt Kommunikation und Interaktion, bedeutet Entstig-

matisierung und Identitätsfindung behinderter Menschen ...<<  
(CLOERKES 1988, 92).

Auf der Grundlage der Überlegungen zu einer begrifflichen Bestimmung von "Behinderung" und der Favorisierung des ökologischen Behinderungsverständnisses soll es im weiteren um eine Klärung des Begriffs "Körperbehinderung" gehen.

## **2.2. DEFINITIONEN VON KÖRPERBEHINDERUNG**

Die wohl bekannteste Definition von Körperbehinderung findet sich im BUNDESSOZIALHILFEGESETZ (BSHG), § 39 (Eingliederungshilfe für Behinderte), bzw. in § 47 BSHG (Bestimmungen für die Durchführung der Hilfe) und der entsprechenden Eingliederungshilfe-Verordnung gem. § 47 BSHG. SCHÖNBERGER (1974) faßt die dort aufgeführten Personenkreisbeschreibungen zusammen:

>>Jene Personen sind körperbehindert, die in ihrer Bewegungsfähigkeit durch eine Beeinträchtigung ihres Stütz- und Bewegungssystems nicht nur vorübergehend wesentlich behindert sind oder bei denen wesentliche Spaltbildungen des Gesichtes oder des Rumpfes bestehen<< (SCHÖNBERGER 1974, 200).

Diese Definition des BSHGs ist im Sinne des individualtheoretischen Paradigmas am Individuum und seinen körperlichen Schädigungen orientiert; die Körperbehinderung wird als ein fest-stehender Defekt des Menschen interpretiert.

Unter anderen kritisiert schon KUNERT (1973) die Begriffserklärung des BSHGs:

>>Diese Definition ist zu eng gefaßt, weil sie alle psychologischen und sozialpsychologischen Folgen bestimmter Behinderungsformen außer acht läßt, die unter Umständen für die Entwicklung eines behinderten Kindes von größerer Bedeutung sein können als die Behinderung selbst.<< (KUNERT 1973, 10).

Sie schlägt daher folgende Definition vor:

>>Als körperbehindert sind Kinder zu bezeichnen, die angeborene oder erworbene Beeinträchtigungen ihrer Bewegungsfähigkeit, verbunden mit sichtbaren Abweichungen ihres äußeren Erscheinungsbildes, aufweisen.<< (KUNERT 1973, 10).

KUNERT (1973) kritisiert zunächst die mangelnde Berücksichtigung der psychologischen und sozialpsychologischen Folgen bestimmter Behinderungen. In ihrer Definition versucht sie, diesem Anspruch durch den Passus "verbunden mit sichtbaren Abweichungen ihres äußeren Erscheinungsbildes" gerecht zu werden.

Die Ergänzung der Bewegungsbeeinträchtigung durch sichtbare Abweichungen des äußeren Erscheinungsbildes stellt eine bedeutungsvolle Erweiterung des Verständnisses von Körperbehinderung dar. Die psychologischen und sozialpsychologischen Komponenten einer Körperbehinderung werden dadurch jedoch nicht ausreichend berücksichtigt.

Die sozialpsychologische Bedeutung einer Körperbehinderung wird in einer anderen Definition deutlicher erfaßt. SCHÖNBERGER (1974) weist insbesondere dem sozialen Aspekt einer körperlichen Behinderung eine bedeutungsvolle Rolle zu.

SCHÖNBERGER (1974) definiert Körperbehinderung folgendermaßen:

>>Körperbehindert ist, wer infolge einer Schädigung der Stütz- und Bewegungsorgane in seiner Daseinsgestaltung so stark

beeinträchtigt ist, daß er jene Verhaltensweisen, die von Mitgliedern seiner wichtigsten Bezugsgruppen in der Regel erwartet werden, nicht oder nur unter außergewöhnlichen individuellen und sozialen Bedingungen erlernen bzw. zeigen kann und daher zu einer langfristigen schädigungsspezifisch-individuellen Interpretation wichtiger sozialer Rollen finden muß.<< (SCHÖNBERGER 1974, 209).

SCHÖNBERGER (1974) erwähnt hier zwar die anatomisch-morphologischen Besonderheiten, sieht jedoch als das wesentliche Kriterium einer körperlichen Behinderung die Beeinträchtigung der Daseinsgestaltung an. In Anlehnung an das interaktionstheoretische Erklärungsmodell (vgl. BLEIDICK 1976) macht er die Daseinsgestaltung abhängig von der Durchführbarkeit von Verhaltensweisen, die die Mitglieder der wichtigsten Bezugsgruppe von dem oder der Betroffenen erwarten.

Auch für SCHÖNBERGER (1974) ist eine körperliche Behinderung sozial bedingt und relativ (vgl. SPECK 1987). Denn inwieweit ein Mensch mit einer körperlichen Behinderung >>... behindert ist, läßt sich medizinisch allein nicht voll bestimmen. Erhält doch die motorisch-statische Behinderung als funktionelle Beeinträchtigung ihre subjektive wie objektive Relevanz erst durch den Bezug auf die psycho-soziale Gesamtsituation des Geschädigten.<< (SCHÖNBERGER 1974, 210).

Darüberhinaus fügt SCHÖNBERGER (1974) seiner Definition einen Handlungsaspekt hinzu. Der oder die Betroffene muß zu einer „langfristigen schädigungsspezifisch-individuellen Interpretation“ seiner bzw.

ihrer sozialen Rolle finden. Trotz der Herausstellung der sozialpsychologischen Bedingungsfaktoren wird bei SCHÖNBERGER (1974) die zentrale Stellung der individuellen körperlichen Besonderheit, die als Auslöser des Prozesses wirkt, deutlich (vgl. ICIDH 1995).

Stärker psychosozial ausgerichtet ist die Definition von LEYENDECKER (1992a), in der er den durch die physischen Beeinträchtigungen erwachsenden psychosozialen Faktor der Selbstverwirklichung in sozialer Interaktion hervorhebt.

LEYENDECKER (1992a) definiert folgendermaßen:

>>Körperbehindert ist jemand, der infolge einer Schädigung des Stütz- und Bewegungssystems, einer anderen organischen Schädigung oder einer chronischen Krankheit so in seiner Bewegungsfähigkeit und dem äußeren Erscheinungsbild beeinträchtigt ist, daß die Selbstverwirklichung in sozialer Interaktion erschwert ist.<< (LEYENDECKER 1992a, 96).

Für LEYENDECKER (1992a) stellt die Selbstverwirklichung bzw. deren Erschwerung ein zentrales Element von Körperbehinderung dar. Die Selbstverwirklichung ist sicherlich vergleichbar mit der Daseinsgestaltung, die von SCHÖNBERGER (1974) genannt wird. LEYENDECKERs Terminus macht allerdings die individuell-psychische Bedeutung für die Persönlichkeit des Einzelnen konkret. Neben diesem psychischen Aspekt steht der psychosoziale Aspekt, die Selbstverwirklichung in sozialen Bezügen. Hierdurch stellt LEYENDECKER (1992a) eine Verbindung zu dem ökologisch orientierten Verständnis von Behinderung her (vgl. Kapitel 2.1.). Wie SCHÖNBERGER (1974) beschreibt aber auch LEYENDECKER (1992a) das individuelle Merkmal der körperlichen Schädigung als Auslöser. Die Verbindung zu dem ökologischen Verständnis von Behinderung wird hier unterbrochen.

Ein ökologisches Verständnis von (Körper-)Behinderung erfordert eine Relativierung der Begriffsbestimmung, eine Abkehr von einer objektiven, verbindlichen Abgrenzung zwischen behindert und nicht behindert (vgl.

SPECK 1987, 112). Die körperliche Auffälligkeit steht in einem ökologischen Verständnis nicht im Zentrum oder am Anfang eines Prozesses, sondern als gleichberechtigtes Glied in einem Kreislauf. In Anlehnung an die ökologisch orientierte Bestimmung des Begriffs „Behinderung“ (Kapitel 2.1.) lautet eine ökologische Definition von Körperbehinderung folgendermaßen:

Körperbehinderung bezeichnet eine menschliche Lebenssituation, die durch Irritationen der Individuum-Umwelt-Beziehung nicht selten erschwert ist.

Im folgenden soll auf die Irritationen der Individuum-Umwelt-Beziehung näher eingegangen werden.

### **2.3. KÖRPERLICHE BEHINDERUNGEN IN IHREM SOZIALEN KONTEXT**

In einer Gesellschaft existieren bestimmte Regeln für die Akzeptanz bzw. Nicht-Akzeptanz von Eigenschaften, Handlungs- und Verhaltensweisen: Werte und Normen. Sie dienen der Strukturierung des gesellschaftlichen Gefüges und der Orientierung des Einzelnen in seiner Umwelt. Sozialpsychologisch lassen sich Werte als erstrebenswerte Zustände des gesellschaftlichen Lebens, als faktische Bevorzugungen von Einstellungen und Verhaltensweisen beschreiben. Normen dagegen legen fest, welche Einstellungen und Verhaltensweisen als relativ verpflichtend gelten. CLOERKES (1997) beschreibt Normen als >>generalisierte Verhaltenserwartungen von unterschiedlicher Verbindlichkeit<< (CLOERKES 1997, 136). Normen können Werte, die in einer Gesellschaft anerkannt sind, z.B. durch Rechtsprechung, Satzungen etc. fixieren und bekräftigen. Es ist zu beachten, daß es neben den geschriebenen Gesetzen (Normen) eine Fülle ungeschriebener Gebote gibt und daß nicht



jedes Gesetz als verbindlich erlebt wird. (Vgl. SPIESS 1985; BRANDSTÄTTER 1983, 58 ff; BÜHLER 1975, 35 ff).

Es wird zwischen logischen, ethischen und ästhetischen Normen unterschieden.

Werte und Normen werden von den einzelnen Menschen als unterschiedlich verbindlich angesehen. Dennoch besteht in einer Gesellschaft gleichwohl ein gewisser Konsens über geltende Werte und Normen, d.h. die meisten Mitglieder sind sich darüber einig - bzw. sie nehmen an, daß sie sich einig sind - welche sozialen Zustände (Freiheit, Gerechtigkeit, ...) erstrebenswert und welche Verhaltensweisen erlaubt, erwünscht oder geboten sind (BRANDSTÄTTER 1983, 58 f). Die Mitglieder einer Gesellschaft sind stets Einflüssen ausgesetzt, die eine allzu große Diskrepanz zwischen den allgemeingültigen Werten und Normen und denjenigen, die das einzelne Individuum für sich als verbindlich anerkennt, verhindern sollen (Sozialisierung). Die Einhaltung sozialer Normen wird belohnt, ihre Übertretung bestraft.

Soziale Werte und Normen stehen in einem engen Zusammenhang mit den ökologischen Gegebenheiten einer Gesellschaft, da durch sie bestimmte soziale Werte und Normen festgelegt werden (vgl. BRONFENBRENNER 1981, CLOERKES 1988, HENSLE 1994<sup>5</sup>, SCHÖNBERGER 1982, SPECK 1987, THEUNISSEN 1992).

Eine spezielle Form sozialer Normen sind soziale Rollen. Sie sind die Summe der Verhaltensweisen, die von einem Individuum von den Mitgliedern seiner Gesellschaftsgruppe erwartet werden (vgl. Definition von Körperbehinderung nach SCHÖNBERGER 1974). Soziale Rollen vermitteln den Gruppenmitgliedern Orientierung und Sicherheit. Wird ein Gruppenmitglied seiner sozialen Rolle nicht gerecht, trägt es zur Verunsicherung der Gruppe bei. Die Gruppe reagiert mit gesellschaftlichen Sanktionen - Ausgrenzungen -, um ihr soziales Gefüge wiederherzustellen.

Zu Werten und Normen als von der überwiegend nichtbehinderten Gesellschaft vorgegebenen Einstellungs- und Verhaltensweisen äußern

sich unter anderen SAAL (1992) und KNOP (1988<sup>3</sup>), die selbst beide körperbehindert sind.

SAAL (1992, 166 f) kritisiert grundsätzlich die Existenz allgemeingültiger Normen.

>>Über menschliches Dasein, wie es sich außerhalb meiner eigenen Existenz manifestiert, kann ich so gut wie nichts Gesichertes aussagen. Ich weiß schlechterdings nichts darüber und kann auch nichts wissen, weil mir die Möglichkeit fehlt, konkret in die Existenz des anderen hineinzufahren.<< (SAAL 1992, 16).

Daher kann es - so SAAL (1992) - nur „individuelle Normen“ geben:

>>... es gibt einzig und allein die Norm dessen, was ich selbst bin.<< (SAAL 1992, 166).

Hinsichtlich dieser Äußerung ist SAAL (1992) zweierlei vorzuwerfen. Zum einen erinnert seine Feststellung an die solipsistische Denkweise, die nur das eigene Ich des Menschen als das einzig Wirkliche gelten läßt. Zum anderen birgt die Forderung nach „individuellen Normen“ einen Widerspruch, da Normen per definitionem sozial determiniert sind. Den weiteren Ausführungen SAALs (1992) ist jedoch zu entnehmen, daß es ihm um eine Relativierung existierender Normen geht bzw. um eine Ausweitung, die eine Einbindung aller Menschen zuläßt (vgl. SIEGENTHALER 1993; U. HAEBERLIN 1978, 1985).

Zur Veranschaulichung der „individuellen Werte und Normen“ führt SAAL (1992) an, daß der behinderte Mensch nichtbehinderte Menschen als „unnormale“ bezeichnen könnte, da sie von seiner Norm, seiner Einschätzung von Normalität, abweichen. SAAL (1992) ist sich bewußt, daß dieses aufgrund der zahlenmäßigen Unterrepräsentation nicht geschieht und daß eine Gesellschaft, die ausschließlich aus Menschen mit Behinderungen besteht, voraussichtlich nicht überlebensfähig ist. Dies ändert für ihn jedoch nichts an seiner prinzipiellen Ablehnung allgemeingültiger Normen. Die Etikettierung eines Menschen mit einer Behinderung als „unnormale“

bezeichnet SAAL als >>Vergewaltigung des anderen<< (SAAL 1992, 167).

Auch KNOP (1988<sup>3</sup>) kritisiert die herrschende Allgemeingültigkeit der Werte und Normen der nichtbehinderten Gesellschaft.

Als Kind ist für ihn seine Körperlichkeit „normal“. Daß sie anders ist als die Körperlichkeit der anderen Menschen, wird ihm erst bewußt, als er durch Verwandte, Bekannte und Freunde - wenn auch unbewußt - darauf aufmerksam gemacht wird, daß sie ihm körperlich überlegen sind. Erst dieses Bewußtsein macht ihn zum Außenseiter, zum Behinderten (KNOP 1988<sup>3</sup>, 7).

KNOP (1988<sup>3</sup>) bezeichnet heute, als erwachsener Mensch, seine Behinderung als „seine Normalität“, als das, was für ihn sein Leben ausmacht. Er will sich nicht an den Normen der Menschen ohne Behinderungen orientieren - körperlich muß er ihnen zwangsläufig unterliegen -, er will mit seinem So-Sein von anderen Menschen so angenommen werden, wie er sich selbst annimmt.

Wie SAAL (1992) fordert KNOP (1988<sup>3</sup>) ein stärkeres gesellschaftliches Bewußtsein und eine größere Offenheit und Akzeptanz für unterschiedliche Normalitäten.

Das Bewußtsein, daß es keine allgemeingültigen Normen geben kann bzw. daß Normen so ausgeweitet sein müssen, daß sie alle Menschen einbeziehen, stellt einen Zugang für die Lösung des Problems des Verstehens und der Akzeptanz von (Körper-)Behinderung dar.

Werte und Normen, über die in der Gesellschaft relativer Konsens besteht, sind in dem Sinne berechtigt, daß sie zur Strukturierung der Gesellschaft und für den Einzelnen zur Orientierung in seiner Umwelt beitragen. Menschen, die die Werte ihrer Gesellschaft akzeptieren und ihre Normen einhalten, werden in der Regel ungefragt akzeptiert und integriert.

Mit einer Ausweitung geltender gesellschaftlicher Werte und Normen und mit einem stärkeren Bewußtsein für die Existenz individueller Werte erscheint es möglich, die Schwierigkeiten der gegenseitigen Akzeptanz, die die Ursache der psychischen und psychosozialen Probleme von

Menschen mit (Körper-) Behinderungen (Etikettierung, Stigmatisierung, Diskriminierung, Aussonderung) darstellen, wenn nicht aufzulösen, so zumindest zu verringern.

Auf diesen Aspekt geht auch CLOERKES (1988) mit seiner ökologisch orientierten Betrachtungsweise der gesellschaftlichen Integration behinderter Menschen ein. Er beschreibt die gesellschaftliche Wertestruktur und deren Dynamik und Veränderbarkeit als grundlegende kulturelle Elemente der sozialen Reaktion auf Menschen mit Behinderungen (CLOERKES 1988, 92). Versuche zur Veränderung der Situation behinderter Menschen haben - so CLOERKES (1988, 95) - ohne Berücksichtigung der vorgegebenen Werte- und Normenstruktur keine Chance. Seiner Meinung nach finden jedoch Änderungen, z.B. in der Gesetzgebung im Bereich der Sozialisationsinhalte und -praktiken, zu wenig Beachtung. Dennoch hält CLOERKES (1988) Normen und Werte als dem sozialen Wandel unterworfenen Strukturen für prinzipiell veränderbar und hält langfristig eine Relativierung des Leistungsprinzips und der damit verbundenen Werte für durchaus möglich (CLOERKES 1988, 95). Andere soziale Werte und Normen, wie z.B. Gesundheit, Schönheit (vgl. BLEIDICK 1994), spricht CLOERKES (1988) nicht an. Um einen sozialen Werte- und Normenwandel zu erreichen, fordert CLOERKES (1988, 95 ff) eine politische Emanzipation behinderter Menschen:

>> Sozialer Wandel über Verschiebungen in der gesellschaftlichen Wertestruktur ist prinzipiell möglich. Er kann durch aktives Engagement im Sinne einer *emanzipatorischen und solidarischen Bewegung behinderter Menschen* gefördert werden. Er wird auf jeden Fall eher durch Aktivitäten der Betroffenen gefördert als durch die mittlerweile sattsam bekannten Hinhaltetaktiken und Partnerschaftssprüche der Nichtbehinderten, weil deren Motivation und Interessenlage eher der Bewahrung des „status quo“ entspricht; eine wachsende Zahl von Nichtbehinderten verdankt ja der Existenz

von hilfsbedürftigen Behinderten sogar ihren beruflichen und sozialen Status.<< (CLOERKES 1988, 95 f).

Durch Aktivitäten innerhalb des Mikro-, Meso- und Exosystems, wie z.B. durch die von CLOERKES (1988, 95) geforderte emanzipatorische und solidarische Bewegung behinderter Menschen, können Veränderungen des Makrosystems, das die kulturellen, weltanschaulichen, politischen und ökonomischen Normen, Werte und Ideologien umfaßt, erzielt werden. Veränderungen des Makrosystems führen wiederum zu einer Veränderung der untergeordneten Systeme (Mikro-, Meso- und Exosystem), da sie durch das Makrosystem strukturiert werden. Normative Veränderungen im Hinblick auf eine größere Integration behinderter Menschen wirken sich also auf Institutionen wie Familie, Kindergarten, Schule etc. (Mikrosystem) und auf deren Interaktion und Vernetzung (Mesosystem) aus und führen so zu einer Verbesserung aller Bedingungen der Persönlichkeitsentwicklung und Sozialisation behinderter Menschen.

Ein anschauliches und aktuelles Beispiel für die Vernetzung der ökologischen Systeme stellt die Änderung des § 3 des BSHGs (Faktor des Makrosystems) durch die Hinzufügung des § 3a (1984) dar. Der § 3 BSHG beinhaltet die „Sozialhilfe nach der Besonderung des Einzelfalles“ und weist auf die Gestaltung der Hilfe und die institutionelle Zuordnung hin. Bis 1984 werden umfassende Hilfeleistungen für Menschen mit Behinderungen hauptsächlich in Heimen oder ähnlichen Institutionen gewährt. Für pflegeabhängige Menschen hat dies oftmals eine Heimunterbringung zur Folge. Durch Verfassungsklagen betroffener Menschen (Mitglieder des Mikro- und Mesosystems) gegen diese Regelung, die sich - so der Vorwurf - gegen die Menschenwürde richtet, wird 1984 der § 3a hinzugefügt. In diesem ist der „Vorrang der offenen Hilfe“ festgeschrieben.

>>Der Träger der Sozialhilfe soll darauf hinwirken, daß die erforderliche Hilfe soweit wie möglich außerhalb von Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen gewährt werden kann.<< (§ 3a BSHG).

Diese Gesetzesneuregelung hat weitreichende positive Auswirkungen für die Lebenssituation behinderter Menschen. Seit 1984 wird pflegeabhängigen Menschen umfassende ambulante Hilfe gewährt. Behinderte Frauen haben ein Recht auf weibliche Pflegekräfte und Einrichtungen des betreuten Wohnens werden über die Sozialhilfe finanziert.

Am 01.08.1996 wird im Rahmen der Sparbeschlüsse der Bundesregierung der § 3a BSHG dahingehend novelliert, daß zukünftig ambulante bzw. offene Hilfe nur dann gewährt werden soll, wenn diese im Vergleich zu stationären Hilfen nicht mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist bzw. wenn stationäre Hilfe nicht zumutbar ist.

>>Die erforderliche Hilfe ist soweit wie möglich außerhalb von Anstalten, Heimen oder gleichartigen Einrichtungen zu gewähren. Dies gilt nicht, wenn eine geeignete stationäre Hilfe zumutbar und eine ambulante Hilfe mit unverhältnismäßigen Mehrkosten verbunden ist. Bei der Prüfung der Zumutbarkeit sind die persönlichen, familiären und örtlichen Umstände angemessen zu berücksichtigen.<< (§ 3a BSHG, gültig ab 01.08.1996).

Diese makrosystemische Änderung bedeutet für die betroffenen Menschen als Mitglieder des Mikro- und Mesosystems wieder eine Verschlechterung ihrer Lebenssituation: Bei der bestehenden Finanzsituation der Sozialhilfeträger kann nicht davon ausgegangen werden, daß der Passus „unverhältnismäßige Mehrkosten“ großzügig zum Wohle der betroffenen Menschen ausgelegt wird.

Ein weiteres Beispiel für die Vernetzung der ökologischen Systeme bietet die Aufnahme des Verbotes der Benachteiligung behinderter Menschen in das Grundgesetz, die 1994 erfolgt. Diese Gesetzesänderung ist ebenfalls Folge des massiven Protestes behinderter Menschen.

>> Niemand darf wegen seiner Behinderung benachteiligt werden.<< (Artikel 3 Absatz 3 Satz 2 GRUNDGESETZ).

Inwieweit sich jedoch die Lebenssituation behinderter Menschen durch diesen Grundgesetzartikel konkret verbessert, z.B. hinsichtlich der Ausbildungs-, Wohn- und Arbeitssituationen, wird die zukünftige Praxis zeigen.

Die sozialpsychologische oder normorientierte Bedeutung einer körperlichen Behinderung ist keine neue Erkenntnis. Dies wird durch ein Gedicht des deutschen Dichters CHRISTIAN FÜRCHTEGOTT GELLERT (1780), das hier abschließend zitiert sei, deutlich. Das Gedicht spiegelt die sozial-psychologische Bedingtheit einer körperlichen (und sprachlichen) Behinderung sehr anschaulich wider.

## &gt;&gt; DAS LAND DER HINKENDEN

Vor Zeiten gab's ein kleines Land,  
worin man keinen Menschen fand,  
der nicht gestottert, wenn er redte,  
Nicht, wenn er gieng, gehinket hätte,  
Denn beydes hielt man für galant.

Ein Fremder sah den Übelstand,  
hier dacht' er, wird man dich  
im gehn bewundern müssen,  
und gieng einher mit steifen Füßen.

Er gieng, ein jeder sah in an,  
und alle lachten, die ihn sahn,  
und jeder blieb vor lachen stehen,  
und schrie:  
lehrt doch den Fremden gehen.

Der Fremde hielt's für seine Pflicht,  
den Vorwurf von sich abzulehnen.  
Ihr, rief er, hinkt. Ich aber nicht,  
den Gang müsst ihr euch abgewöhnen.

Das Lärmen wird noch mehr vermehrt,  
Da man den Fremden sprechen hört.  
Er stammelt nicht, genug zur Schande,  
Man spottet sein im ganzen Lande. <<

(Niedersächsisches Wochenblatt für Kinder, 3. Theil, Bremen, 1780, zit.  
nach SBH 1992, 1)



## 2.4. ZUSAMMENFASSUNG

Für die Bestimmung körperlicher Behinderungen erfolgt zunächst eine Klärung des allgemeinen Begriffes „Behinderung“. In der Gesetzgebung und Fachliteratur findet sich kein einheitliches Verständnis von Behinderung. Das Verständnis von Behinderung ist jeweils abhängig von dem theoretischen Blickwinkel. Dieses wird deutlich in der Zusammenstellung der vier Paradigmen von Behinderung von BLEIDICK (1976). Für ein Verständnis von Menschen mit Behinderungen ist in jedem Fall eine mehrperspektivische Interpretation von Behinderung notwendig. Eine solche ermöglicht die Definition der WHO (1980; ICDH 1995) mit ihrer dreigliedrigen Klassifikation der Folgeerscheinungen von Gesundheitsstörungen - Schädigung, Fähigkeitsstörung, Beeinträchtigung. Eine umfassendere, interdependente Beschreibung liefert allerdings das ökologische Verständnis von Behinderung. Dieses wird anschließend ebenfalls auf körperliche Behinderungen übertragen. Die ökologische Sichtweise verdeutlicht die Relativität einer (körperlichen) Behinderung. Eine (körperliche) Besonderheit ist in den Individuum-Umwelt-Kreislauf einbezogen und steht nicht als Auslöser im Zentrum oder außerhalb des Kreislaufs.

Die Relativität von körperlicher Behinderung wird abschließend unter Bezugnahme auf eine mögliche Ausweitung gesellschaftlicher Normen verdeutlicht.

### 3. DAS KÖRPERBILD

Zunächst erfolgt eine Klärung des Begriffes „Körperbild“ und eine Abgrenzung zu dem Begriff „Körperschema“; dies geschieht unter Rückbezug zu der Begriffsgeschichte.

Nach einer Beschreibung entwicklungspsychologischer Aspekte des Körperbildes werden anschließend die drei Qualitäten des Körperbildes dargestellt: Körperbewußtsein und Körperbewußtheit, Körperausgrenzung und Körpereinstellung.

Zuletzt wird die Beziehung zwischen dem Körperbild und einer körperlichen Behinderung unter den Aspekten „Sensomotorik“ und „soziale Umwelt“ beleuchtet.

#### 3.1. BEGRIFFLICHE KLÄRUNG

In der Persönlichkeitsforschung existiert eine Fülle von Begriffen, die versuchen, die Komponenten der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper zu benennen. Neben „Körperbild“ und „Körperschema“ finden in der Literatur vor allem die Begriffe „Körper-Ich“, „Körper-Selbst“, „Körper-Bewußtheit“, „Körper-Imago“, „körperliches Selbst“, „Leiberleben“, „body-image“ und „body-concept“ Anwendung (vgl. u.a. HEAD 1920, BISHOP 1966, JORASCHKY 1983, SCHILDER 1950<sup>2</sup>). Darüberhinaus werden denselben Begriffen oftmals verschiedene Bedeutungen zugeschrieben, je nach psychologischem, medizinischem, anthropologischem, philosophischem, pädagogischem oder therapeutischem Ansatz.

In dieser Arbeit werden auf der Grundlage der historischen Entwicklung die Begriffe „Körperschema“ und „Körperbild“ und der übergeordnete Begriff der „Körpererfahrung“ (vgl. BIELEFELD 1986) verwendet. Der Begriff „Körper“ wird ganzheitlich im Sinne des Leibes verstanden (vgl. Kapitel 1.2., P. HÄBERLIN 1923, MERLEAU-PONTY 1966, LEYEN-

DECKER 1985). Im Anschluß an die historische Herleitung und die Grundlagen der Körpererfahrung erfolgt eine Focussierung auf das Körperbild und seine Qualitäten.

Im folgenden werden die drei historisch bedeutsamsten Ansätze vorgestellt (HEAD 1920, PICK 1922, SCHILDER 1923, 1950<sup>2</sup>), und es wird in Anlehnung an BIELEFELD (1986) eine Systematisierung verschiedener Komponenten der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper herausgearbeitet.

Der Neurophysiologe HEAD (1920) führt als erster den Begriff "Körperschema" ein. Im Rahmen seiner Arbeit zu Sensibilitätsstörungen bei hirnerkrankten Patienten findet er heraus, daß die Lage- und Bewegungsempfindungen einzelner Körperteile im Gehirn nicht regellos nebeneinander gespeichert werden, sondern daß sie in einem Gesamtbild des Körpers geordnet sind.

Durch dauernde Lageveränderungen und die Rückmeldungen innerer und äußerer Wahrnehmungsreize (Intero- und Exteroceptoren) baut der Mensch - so HEAD (1920) - fortwährend ein sich stetig wandelndes Modell seiner Körperhaltung auf. Durch die Tätigkeit der Hirnrinde wird jede neue Gruppe von Empfindungen zu diesem Modell (Gesamtbild) in Beziehung gesetzt und eingeordnet. Ist diese Beziehung hergestellt, erfolgt die Lagewahrnehmung.

Das körperliche Gesamtbild nennt HEAD (1920) "Körperschema".

>>... the image, whether it be visual or motor, is not the fundamental standard against which all postural changes are measured. Every recognisable change enters into consciousness already charged with its relation to something that has gone before, just as on a taximeter the distance is presented to us already transformed into shillings and pence.

So the final product of the tests for the appreciation of posture or passive movement rises into consciousness as a measured postural change. For this combined standard, against which all subsequent changes of posture are measured before they

enter consciousness, we propose the word „schema“. << (HEAD 1920, 605).

Die einzelnen Lage- und Bewegungseindrücke werden in der Hirnrinde gespeichert. Sie sind als „Modelle von uns selbst“, als sogenannte (Einzel-)Schemata, unbewußt vorhanden, können aber auch als „Bilder“ bewußt werden. Diese einzelnen Körperschemata modifizieren die wahrgenommenen Eindrücke so, daß die dem Individuum schließlich bewußt werdenden Empfindungen immer in Beziehung zu bereits Bekanntem stehen. In dieser Weise orientiert sich der Mensch in und an seinem Körper.

HEAD (1920) geht davon aus, daß die Körperschemata in ihren Strukturelementen vorbewußt und vor jeder ersten taktilen oder kinästhetischen Erfahrung im Organismus angelegt sind.

Das Körperschema als Gesamtheit der Körperschemata ist somit nach HEAD (1920) ein perzeptiv-kognitives Konstrukt.

Ebenfalls perzeptiv-kognitiv versteht PICK (1922) das Körperschema bzw. die Körperschemata.

Im Unterschied zu HEAD (1920), der die taktilen und kinästhetischen Empfindungen als maßgeblich für das Körperschema ansieht, sind es für PICK (1922) die optischen Wahrnehmungen, die vorwiegend der Orientierung am eigenen Körper dienen. Das optische Vorstellungsbild ist jenes, >>... das allmählich an die Stelle des aus den taktilen und kinästhetischen Empfindungen des Kindes erwachsenden Empfindungskomplexes desselben tritt.<< (PICK 1922, 310). Die optischen Eindrücke verknüpfen sich miteinander zu optischen Schemata und werden ergänzt durch taktile und kinästhetische Schemata, d.h. durch Erfahrungen aus den Bewegungsempfindungen der Muskeln bei Reflexbewegungen und aus den Berührungen der Körperteile, die durch diese Bewegungen in Kontakt kommen.

PICK (1922) spricht daher anstatt von „Körperschemata“ auch von den „Raumbildern des Körpers“.

Nach PICK (1922) konstituieren die Körperschemata ein Gerüst, das von der Summe der Empfindungen der einzelnen Sinnesorgane, im besonderen des optischen Sinnes, ausgefüllt wird. Die Summe der sensorischen Empfindungen bezeichnet PICK (1922) als den Habitualzustand.

PICKs Verständnis unterscheidet sich demnach nicht wesentlich von der Auffassung HEADs (1920). Für beide Autoren ist die Wahrnehmung des eigenen Körpers und die Orientierung an demselben die Grundlage ihres Verständnisses eines Körperschemas.

Im Gegensatz zu dem kognitiv-perzeptiven Verständnis des Körperschemas von HEAD (1920) und PICK (1922) akzentuiert SCHILDER (1923, 1950<sup>2</sup>) den emotional-affektiven Aspekt des Konstruktes „Körperschema“ und die Beziehung zwischen Körper und Geist und Leib und Seele.

>>I have always believed that there is no gap between the organic and the functional. Mind and personality are efficient entities as well as the organism.<< (SCHILDER 1950<sup>2</sup>, 7).

SCHILDER (1923, 1950<sup>2</sup>) bezieht außerdem die räumliche und emotionale Beziehung zu Interaktionspartnerinnen und -partnern als eine entscheidende konstituierende Komponente zur Bildung und Modifizierung des Körperschemas mit ein.

SCHILDER (1923) differenziert die von ihm untersuchten Phänomene in den „Körperraum“, der dem Raumbild nach PICK (1922) gleichzusetzen ist, und das „Körperschema“, das - so SCHILDER - über die Verwertung des Körperraumes hinausgeht (SCHILDER 1923, 76) und für ihn das primäre Forschungsfeld darstellt. Das Körperschema enthält in SCHILDERs Verständnis emotional-affektive Anteile, die er jedoch nicht weiter differenziert. Recht allgemein beschreibt er die Persönlichkeit des Menschen als ein bedeutungsvolles Element bei der Wahrnehmung und der Strukturierung des Wahrgenommenen und der Bildung bzw. Festigung des Körperschemas.

>>When we perceive or imagine an object, or when we build up the perception of an object, we do not act merely as a perceptive apparatus. There is always a personality that experiences the perception. The perception is always our own mode of perceiving. We feel inclined to answer with an action or actually do so. We are, in other words, emotional beings, personalities. And personality is a system of actions and tendencies to such. ... The topography of the postural model of the body will be the basis of emotional attitudes towards the body.<< (SCHILDER 1950<sup>2</sup>, 15).

Desweiteren spricht SCHILDER (1923) von einem Bedürfnis des Menschen, das Bild des eigenen Körpers von der Umwelt abzugrenzen, um eine größere Freiheit des Handelns zu gewinnen (SCHILDER 1923, 87).

Insgesamt stellt das Körperschema nach SCHILDER (1923, 1950<sup>2</sup>) die Vereinigung aller taktilen, kinästhetischen und optischen Eindrücke dar. Mittels dieses Gesamtbildes können neue Einzelerlebnisse in das Gesamtkonzept eingeordnet werden.

>>So wird eine einfache Empfindung ebenso zum Körperschema in Beziehung gesetzt wie die einfachste Bewegung.<< (SCHILDER 1923, 87).

SCHILDER (1923, 1950<sup>2</sup>) nimmt weiterhin an, daß die einzelnen Teile des Körpers und ihre gegenseitige räumliche Beziehung zueinander in dem Körperschema enthalten sind und daß zwischen diesem Schema des Körpers und der Wahrnehmung oder Vorstellung des Außenraumes eine Relation besteht. In diesem Zusammenhang spielen die von ihm erwähnten räumlichen und emotionalen Beziehungen zu Interaktionspartnerinnen und -partnern eine entscheidende Rolle.

In dieser psychologisch-anthropologischen Sichtweise SCHILDERs (1923, 1950<sup>2</sup>) mit ihrer schwerpunkthaften Beachtung der menschlichen Persön-

lichkeit in Relation zu ihrer Umwelt liegt der wesentliche Unterschied zu den neurophysiologisch orientierten Sichtweisen von HEAD (1920) und PICK (1922).

Die Abgrenzung seines Verständnisses von „Körperschema“ wird bei SCHILDER durch die Einführung des Begriffes „Körperbild“ („body-image“) deutlich (SCHILDER 1950<sup>2</sup>).

Für eine weitergehende Beschäftigung mit dieser Thematik sei u.a. verwiesen auf die Arbeiten von BUYTENDIJK (1956), FISHER und CLEVELAND (1968<sup>2</sup>) und SHONTZ (1969, 1975).

Eine Diskussion der verschiedenen Ansätze zu dem „Phänomen Körperschema/Körperbild“ findet sich bei BIELEFELD (1986). BIELEFELD (1986) beschäftigt sich mit der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper, die er als Körpererfahrung bezeichnet. In den Gesamtkomplex der Körpererfahrung fügt er die Erörterung der unterschiedlichen Ansätze und deren Strukturierung ein.

Die Qualitäten der Körpererfahrung sind sowohl die Wahrnehmung des eigenen Körpers und deren rationale Verarbeitung (vgl. HEAD 1920 und PICK 1922), als auch die mit der Wahrnehmung verbundenen Empfindungen und Erlebnisqualitäten (vgl. SCHILDER 1923, 1950<sup>2</sup>).

BIELEFELD (1986) definiert den Gesamtkomplex der Körpererfahrung folgendermaßen:

>> Körpererfahrung (Body Experience) = die Gesamtheit aller im Verlauf der individuellen wie gesellschaftlichen Entwicklung erworbenen Erfahrungen mit dem eigenen Körper, die sowohl kognitiv wie affektiv, bewußt wie unbewußt sein können.<<  
(BIELEFELD 1986, 17).

Den Gesamtkomplex der Körpererfahrung untergliedert BIELEFELD (1986) in zwei Säulen:

1. die perzeptiv-kognitiven Aspekte der Körpererfahrung, das Körperschema im Sinne von HEAD (1920) und PICK (1922) und
2. die emotional-affektiven Aspekte der Körpererfahrung, das Körperbild im Sinne SCHILDERS (1923, 1950<sup>2</sup>).

Diese beiden Säulen der Körpererfahrung untergliedert BIELEFELD in weitere Phänomene wie Körperorientierung, Körperbewußtsein, Körper-einstellung etc. (vgl. Abbildung 2).



**Abbildung 2:** Gesamtkomplex der Körpererfahrungen, aufgeteilt nach BIELEFELD (1986, 17):

<p style="text-align: center;"><b>KÖRPERSCHEMA</b></p> <p>Dieser Teilbereich bezieht sich auf <b>neurophysiologische Aspekte</b> und umfaßt alle <b>perzeptiv-kognitiven Leistungen</b> des Individuums bezüglich des eigenen Körpers</p>	<p style="text-align: center;"><b>KÖRPERBILD</b></p> <p>Dieser Teilbereich bezieht sich auf <b>psychologisch-phänomenologische Aspekte</b> und umfaßt alle <b>emotional-affektiven Leistungen</b> des Individuums bezüglich des eigenen Körpers</p>
<p><b>Körperorientierung</b></p> <p>Die Orientierung am eigenen Körper mittels der Extero- und Interoceptoren, d.h. mittels der Oberflächen- und Tiefensensibilität, insbesondere der kinästhetischen Wahrnehmung</p>	<p><b>Körperbewußtsein/-bewußtheit</b></p> <p>Die auf den eigenen Körper gerichtete Aufmerksamkeit, d.h. die psychische Repräsentation des eigenen Körpers oder seiner Teile im Bewußtsein des Individuums</p>
<p><b>Körperausdehnung</b></p> <p>Das Einschätzen der räumlichen Ausdehnung des eigenen Körpers und der Größenverhältnisse</p>	<p><b>Körperausgrenzung</b></p> <p>Das Erleben der Körpergrenzen, die deutliche Abgrenzung zur Außenwelt</p>
<p><b>Körperkenntnis/-begriff/-vorstellung/-wahrnehmung</b></p> <p>Das Wissen um den Bau und die Funktionen des eigenen Körpers und seiner Teile, einschließlich der Rechts-Links-Unterscheidung</p>	<p><b>Körpereinstellung</b></p> <p>Die Gesamtheit der auf den eigenen Körper gerichteten Einstellungen, insbesondere auf dessen Aussehen, und die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper</p>

BIELEFELD (1986) betont, daß die Grenzen sowohl in horizontaler als auch in vertikaler Richtung fließend sind und daß es zwischen den einzelnen Qualitäten Überschneidungen gibt.

Die für diese Arbeit bedeutsamen Qualitäten des Körperbildes werden in Anlehnung an BIELEFELD (1986) in Kapitel 3.3. ausgeführt.

Zunächst sollen jedoch einige entwicklungspsychologische Aspekte der Körpererfahrung dargestellt werden.

### **3.2. ENTWICKLUNGSPSYCHOLOGISCHE ASPEKTE DER KÖRPERERFAHRUNG**

Das erste und wichtigste, das ein Kind besitzt, ist sein Körper. Mittels seines Körpers kann das Kind sich selbst und seine Umwelt kennenlernen, erfahren, begreifen und so seine emotionalen und kognitiven Fähigkeiten entwickeln.

>>Körpererfahrungen sind im Leben eines Menschen die allerersten Erfahrungen, die er macht. Durch sie wird das ganze Leben geprägt.<< (LEYENDECKER 1985, 3).

Dem menschlichen Körper kommt in der Persönlichkeitsentwicklung in zweifacher Hinsicht eine zentrale Bedeutung zu. Zum einen findet die frühe Persönlichkeitsentwicklung in einem körpernahen Dialog statt. Die meisten der frühen Beziehungen zwischen dem Kind und seinen nahen Bezugspersonen sind unmittelbar auf den Körper gerichtet oder schließen ihn direkt mit ein: Befriedigung körperlicher Bedürfnisse, Anteilnahme und Zuneigung durch Körperkontakt, Sauberkeitserziehung. Zum anderen stellt der eigene Körper für das Kind das einzige Objekt dar, das für es sein „Ich“ oder „Selbst“ greifbar und erfahrbar macht (vgl. PAULUS 1982, 49).

Die kindliche Entwicklung beruht auf Wahrnehmung und Bewegung. Diese beiden Momente sind engstens miteinander verknüpft und bedingen sich gegenseitig; man spricht daher von der Sensomotorik. Darüberhinaus ist Bewegung stets mit inneren Erlebnissen, Gefühlen und Gedanken - Emotionen und Kognitionen - verbunden. Dieser Zusammenhang wird durch den Begriff „Psychomotorik“ gekennzeichnet (vgl. KIPHARD 1990<sup>3</sup>, ZIMMER / CICURS 1993<sup>3</sup>). Eine ganzheitliche Sichtweise des Menschen setzt voraus, daß senso- und psychomotorische Leistungen als Einheit verstanden werden, daß also Sensorik, Motorik und Psyche bei allen menschlichen Handlungen jederzeit gemeinsam involviert sind.

Vielseitige Bewegungs- und Wahrnehmungserfahrungen bilden die Grundlage für eine harmonische Persönlichkeitsentwicklung. Durch die senso- und psychomotorischen Leistungen stellt das Kind einen Bezug zu sich selbst und zunächst zu seiner nahen, später zu seiner fernen (Um-)Welt her. Anschließend lernt es, Einfluß auf die Welt zu nehmen.

Für PIAGET (1975) ist die sensomotorische Entwicklung in den ersten zwei Lebensjahren die Grundlage für die kognitive Entfaltung. Die Intelligenz des Säuglings zeigt sich in seinen sensorischen Wahrnehmungen und in seiner motorischen Aktivität. Unter Beachtung der zuvor dargestellten untrennbaren Zusammenhänge von Motorik, Wahrnehmung, Emotionalität und Kognition ist zu ergänzen, daß die Sensomotorik über ihre Bedeutung für die kognitive Entwicklung hinaus die Grundlage für die gesamte Persönlichkeitsentwicklung bildet.

Ein wesentlicher Entwicklungsschritt, der von PIAGET (1975) herausgestellt wird und der für die Beschäftigung mit dem Körperbild von besonderer Bedeutung ist, ist das Wissen um die Objektpermanenz, das die Bildung eines Objektbegriffs ermöglicht. Diese Leistung, die zwischen dem 8. und 12. Lebensmonat erfolgt, ist der Beginn des Denkens in Konstrukten. Eine zweite wesentliche Fähigkeit der sensomotorischen Entwicklung ist die geistige Repräsentation des Selbst und der Umwelt durch das Kind, die zwischen dem 18. und 24. Lebensmonat erlangt wird. Durch die geistige Repräsentation ist das Kind dazu in der Lage, auch seinen Körper subjektiv als ein unabhängiges, von unbelebten Objekten

und anderen Personen abgesondertes Objekt zu erleben (vgl. JORASCHKY 1983, 154).

AYRES (1992<sup>2</sup>, 16 ff) beschreibt die ersten sieben Lebensjahre des Kindes als diejenigen, in denen das Kind seinen Körper und seine (nahe) Umwelt kennenlernt und lernt, sinnvoll mit ihnen umzugehen. Es lernt, sich zu bewegen, es lernt die Bedeutung unterschiedlicher Geräusche und der Sprache, und es lernt den sinnvollen Umgang mit Gegenständen seiner Umwelt (Kleidung, Möbel, Eßutensilien, Spielzeug, Stifte u.s.w.) kennen.

Im folgenden werden nun die einzelnen Qualitäten der Körpererfahrung nach BIELEFELD (1986) behandelt: Körperbewußtsein und Körperbewußtheit, Körperausgrenzung und KörperEinstellung.

### **3.3. QUALITÄTEN DES KÖRPERBILDES**

#### **3.3.1. Körperbewußtsein und Körperbewußtheit**

Mit dem Bewußtsein und der Bewußtheit des eigenen Körpers werden die anschaulich-erlebten und die unanschaulich-antizipatorischen körperbezogenen Empfindungen, Gefühle und Vorstellungen eines Individuums erfaßt (vgl. BIELEFELD 1986, 24). Im angloamerikanischen Sprachraum werden die Begriffe „body consciousness“ (Körperbewußtsein) und „body awareness“ (Körperbewußtheit) verwendet.

Unter **Körperbewußtsein** wird das Maß der Aufmerksamkeit verstanden, das eine Person ihrem Körper in Relation zu der Aufmerksamkeit zuwendet, die sie körperfremden Objekten beimißt. Demgemäß messen Menschen mit einem ausgeprägten Körperbewußtsein körperlichen Eigenschaften und Empfindungen eine große Bedeutung zu, während

Menschen mit einem wenig ausgeprägten Körperbewußtsein ihre Aufmerksamkeit deutlich stärker ihrer Umwelt zuwenden.

Darüberhinaus wird der Grad des Körperbewußtseins auch in der unterschiedlichen Konzentration auf bestimmte Körperteile deutlich. FISHER (1970) geht z.B. davon aus, daß eine solche körperbereichsspezifische Konzentration tiefenpsychologische Ursachen hat, indem die Konzentration auf einzelne Körperteile durch eine unbewußte Übertragung sinnbildlicher Bedeutungen geschieht, deren Ursache psychische Konflikte sind.

Mit **Körperbewußtheit** wird die Aufmerksamkeit beschrieben, die mittels des Körpers auf das Wahrnehmen und Erleben des Körpers gerichtet ist. Es ist damit die Fähigkeit zu beobachten und zu spüren gemeint, daß und in welcher Weise Körperbewegungen und -haltungen mit dem Menschen als Ganzheit, mit seinem Selbst zu tun haben; es ist die Fähigkeit gemeint, zu spüren, daß eine enge Beziehung zwischen dem Körper und den Gefühlen und Gedanken des Menschen besteht. Die Körperbewußtheit ist prozeßhaft und stets auf das Hier und Jetzt gerichtet. Dem Menschen wird durch die Körperbewußtheit sein Körper als sein Leib gegenwärtig (vgl. P. HÄBERLIN 1923, MERLEAU-PONTY 1966, LEYENDECKER 1985).

Als neutraler Aufmerksamkeitsprozeß ohne die Funktionen des Beurteilens und Bewertens stellt die Körperbewußtheit die grundlegende Qualität des Körperbildes und der Körpererfahrung dar.

FELDENKRAIS (1978) definiert Bewußtheit im Vergleich zu Bewußtsein folgendermaßen:

>>Bewußtheit ist Bewußtsein und das Erkennen dessen, was im Bewußtsein vor sich geht, oder dessen, was in uns vor sich geht, während wir bei Bewußtsein sind.<< (zit. n. BIELEFELD 1986, 26).

Das Bewußtsein ist das Feld, in dem Bewußtheit existiert; es erweitert sich durch die Ausdehnung der Bewußtheit.

Bewußtheit ist die maßgebende Fähigkeit zu menschlicher Entfaltung. PETER-BOLAENDER (1986) verweist in diesem Zusammenhang auf FEUERBACH (1980), der fünf Bewußtheitsfelder formuliert: Wahrnehmung, Gefühl, Gedanke, Absicht/Wunsch und Handlung. Wenn sich der Mensch in einer Situation aller fünf Bewußtheitsfelder bewußt ist, so befindet er sich in wirklicher Übereinstimmung mit sich selbst (PETER-BOLAENDER 1986, 254).

Die Bewußtheit und das Bewußtsein des Körpers geht der Bewußtheit und dem Bewußtsein des Selbst voraus. Die Informationsquellen für die Körperbewußtheit und das Körperbewußtsein sind die Körpersinne, die dem Menschen Wahrnehmungen und Gefühle vermitteln; diese wiederum regen den Menschen zu Gedanken und handlungsweisenden Absichten an.

PETER-BOLAENDER (1986, 264) formuliert sechs Teilbereiche der auf den Körper gerichteten Aufmerksamkeit. Wenngleich diese Teilbereiche von der Autorin in einem anderen Zusammenhang genannt werden (als Teilziele in der Tanzerziehung), so veranschaulichen sie für unseren Zusammenhang die Inhalte der Körperbewußtheit und des Körperbewußtseins und sollen daher hier abschließend angeführt werden. Die Bereiche der Aufmerksamkeit sind:

- das Wahrnehmen der Teile des menschlichen Körpers und deren Bewegungsmöglichkeiten,
- das Wahrnehmen des Körpers in Ruhe und Bewegung zwischen Anspannung und Entspannung,
- das Wahrnehmen des Körpers und seiner Bewegung im Raum,
- das Wahrnehmen des Körpers und seiner Bewegung in der Zeit,
- das Wahrnehmen des Körpers und seiner Bewegung als Kontaktmedium und Kommunikationsmittel,
- das Wissen um den Körper und seiner Bewegung als Medium der Selbstwahrnehmung in der Interaktion.

### 3.3.2. Körperausgrenzung

Der Begriff „Körperausgrenzung“, kurz „Körpergrenzen“, umschreibt das Erleben der Körpergrenzen, die persönliche Wahrnehmung der Abgrenzung zwischen sich selbst und der Außenwelt. Das Erleben der Körpergrenzen stellt einen wesentlichen Bestandteil der Körpererfahrung, des Ich- bzw. Selbst-Erlebens und der eigenen Identität dar. In der Regel ist die Körperausgrenzung dem Menschen nicht bewußt; ihre Thematisierung liegt vor allem im klinisch-pathologischen Bereich (z.B. Phantomglied-Phänomene, Störungen bei schizophrenen oder drogenabhängigen Menschen).

Unabhängig von der klinisch-pathologischen Bedeutung lassen sich jedoch auch nicht krankhafte und (entwicklungs-)psychologisch bedeutsame individuelle Unterschiede im Erleben der Körpergrenzen nachweisen.

Kleinkinder z.B. zeigen eine noch nicht voll entwickelte Körperausgrenzung; bei der Erforschung von Gegenständen ihrer Umwelt und dem noch unkoordinierten Umgang mit ihnen ist zu beobachten, daß sie sowohl auf Grenzbereiche ihres Körpers als auch auf körperfremde Objekte schlagen. Sie sind noch nicht in der Lage, zwischen sich selbst und dem anderen zu differenzieren (vgl. BIELEFELD 1986, 26).

Bei Menschen mit Körperbehinderungen sind Verschiebungen im Hinblick auf Dezimierungen ihrer Körpergrenzen festzustellen. So ist es z.B. möglich, daß Menschen mit einer Paraplegie ihre gelähmten Körperteile

nicht als zu ihnen zugehörig erleben. Dieses kann sich in der Nichtbeachtung und mangelnden Sorge um die betroffenen Körperteile äußern. Dekubitalgeschwüre können die Folge sein. (Vgl. auch STURM 1979). Andererseits kann es auch zu Erweiterungen der Körperausgrenzung kommen, indem z.B. Menschen, die ganz auf einen Rollstuhl angewiesen sind, diesen mit in ihre Körpergrenzen einbeziehen, oder indem sich z.B. ein Tennis-Spieler der Leistungsklasse mit seinem Tennis-Racket „verwachsen“ fühlt.

Mit dem Phänomen der Körperausgrenzung beschäftigen sich vor allem FISHER (1970, 1973a, 1973b) und FISHER und CLEVELAND (1965, 1968<sup>2</sup>). Bei PAULUS (1982, 1986), der hier herangezogen wird, findet sich eine kritische Erörterung dieser Arbeiten. Wenngleich die Arbeiten und Testergebnisse von FISHER und CLEVELAND (1965, 1968<sup>2</sup>) nicht widerspruchsfrei und unumstritten sind, sollen einige der für wesentlich befundenen grundlegenden Aspekte hier überblickartig und kritisch aufgeführt werden.

Für FISHER und CLEVELAND (1968<sup>2</sup>) sind nicht die körperlichen Erfahrungen, sondern die Qualität des Erziehungsgefüges, die ein Kind erfährt, das konstituierende Element der Ausbildung der Körpergrenzen. Angelehnt an die Persönlichkeitstheoretischen Ansätze von FREUD (1949) und MEAD (1968) vertreten die Autoren die grundsätzliche Auffassung, daß sich die Persönlichkeit eines Menschen, deren wesentliches Moment die Körperausgrenzung ist, in erster Linie durch die Internalisation der Beziehungsverhältnisse ausbildet, denen ein Kind ausgesetzt ist.

>>Beziehungsverhältnisse, die sich dadurch auszeichnen, daß sie in ihrer formalen Struktur klare, eindeutige, in ihren Grenzen deutlich definierte Transaktionen ermöglichen, sind die notwendigen Voraussetzungen für die Ausbildung einer ausgeprägten Körperausgrenzung.<< (PAULUS 1986, 103).



An einem anderen Ort weist PAULUS (1982, 49) jedoch auf die für diesen Zusammenhang zentrale Bedeutung der Körpererfahrungen hin, indem er beschreibt, daß bei fast jeder Interaktion mit Säuglingen und Kleinkindern der Körper im Mittelpunkt steht (Befriedigung körperlicher Bedürfnisse, Zeigen von Zuneigung, Sauberkeitserziehung) und daß der Körper für den Säugling und das Kleinkind das einzige Objekt für die Erfahrung seines Selbst ist.

Ausgehend von der Internalisation frühester Umwelterfahrungen verstehen FISHER und CLEVELAND (1968<sup>2</sup>) die Körperausgrenzung als ein stabiles und situationsunabhängiges Phänomen. Dieses Verständnis widerspricht jedoch situativen Veränderungen der Körperausgrenzung kurz vor dem Einschlafen oder kurz nach dem morgendlichen Aufwachen, Veränderungen unter Hypnose und Drogeneinfluß, wie sie in anderen Forschungen beschrieben werden (vgl. PAULUS 1982, 51 ff).

Unter Berufung auf FISHER (1970) beschreibt PAULUS (1982) die erlebte körperliche Ausgrenzung als grundlegend für den Menschen:

>>... die erlebte körperliche Ausgrenzung (verleiht) dem Individuum fundamentale Sicherheit, Vertrauen in den eigenen Körper, Integrität und basale personale Identität ..., die eine bleibende Grundlage später sich entwickelnder umfassender Konzepte - wie Selbstsicherheit, Selbstvertrauen, Identität etc. - darstellt.<< (PAULUS 1982, 54).

Fehlt die Erfahrung einer deutlichen Körperausgrenzung, wird der Körper als vage, schwach und fragil erlebt.

Der Grad der Körperausgrenzung hat bestimmte Verhaltens-, Handlungs- und Orientierungsweisen zur Folge. Nach FISHER und CLEVELAND (1968<sup>2</sup>) besteht erstens ein Zusammenhang zu körperlichen Erkrankungen (psychosomatische u.a.) und zu physiologischen Parametern wie Herzschlagfrequenz und Hautwiderstand. Zweitens sehen sie einen

Zusammenhang zu dem Grad des „selbstgesteuerten Verhaltens“ (self-steering-behaviour) (nach PAULUS 1982, 55). Personen mit einem deutlichen Erleben ihrer Körperausgrenzung zeichnen sich durch einen hohen Grad an selbstgesteuertem Verhalten aus, d.h. sie sind unabhängig, haben klare Zielvorstellungen und Wertmaßstäbe, handeln aktiv und passen die Umwelt ihren eigenen Bedürfnissen und Vorstellungen an (vgl. PAULUS 1982, 1986).

Abschließend seien die für eine pädagogische Betrachtung bedeutsamen Zusammenhänge noch einmal aufgelistet.

- Grundsätzlich stellt das Erleben der eigenen Körpergrenzen einen wesentlichen Bestandteil der Körper- und Selbsterfahrung in Abgrenzung zur Umwelt dar.
- Es bestehen individuelle Unterschiede im Erleben der Körpergrenzen, in dem Erleben und Fühlen, „was gehört zu mir“ und „was bin ich“.
- Die Körperausgrenzung entwickelt sich aus einem Bedingungsgefüge von eigenen körperlichen Erfahrungen und dem erlebten Umgang des Individuums durch nahe Bezugspersonen.
- Die Körperausgrenzung hat einen stabilen und einen situationsvarianten Anteil.
- Das Erleben einer deutlichen Körperausgrenzung verleiht dem Individuum eine fundamentale Selbstsicherheit. Diese Selbstsicherheit ist die Basis für die Fähigkeit zu einem selbstgesteuerten Verhalten.

### **3.3.3. Körpereinstellung**

Während das Bewußtsein und die Bewußtheit des Körpers und die Körperausgrenzung auf die Aufmerksamkeit und die Wahrnehmung des eigenen Körpers ausgerichtet sind, betrifft die Körpereinstellung die Beziehung, die ein Mensch zu seinem Körper hat. Anschaulich werden diese Einstellungen durch die Attribute, die eine Person ihrem Körper

zuschreibt; ob sie ihn als angenehm, attraktiv, sportlich etc. oder als belastend, häßlich, kränklich etc. empfindet.

Einstellungen sind grundsätzlich für den Menschen von großer Bedeutung zur Orientierung in seiner materiellen, immateriellen und sozialen Umwelt. Einstellungen sind zu beschreiben als seelische Haltungen gegenüber einer Person, einer Idee oder einer Sache, verbunden mit Wertungen oder Erwartungen (vgl. auch Kapitel 2.3.).

MRAZEK (1986, 225) formuliert drei Komponenten, die in Einstellungen zum Tragen kommen:

1. eine kognitive Komponente: bestimmte Vorstellungen oder Kenntnisse über einen materiellen oder immateriellen Gegenstand;
2. eine affektive Komponente: bestimmte Emotionen und Wertungen in Bezug auf Personen, Objekte oder Sachverhalte;
3. eine konative Komponente: eine Disposition zu bestimmten Handlungen.

Der wertenden Komponente der Einstellung wird i.d.R. die größte Bedeutung beigemessen (MRAZEK 1986, 225). Einstellungen zum eigenen Körper konstituieren und repräsentieren die vielseitigen subjektiven Beziehungen des Menschen zu seinem Körper und leisten damit einen zentralen Beitrag zum Selbstbild (vgl. BIELEFELD 1986, 28). Als kennzeichnender Aspekt der Körpereinstellung wird die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, mit seinem Aussehen und seinen Funktionen beschrieben. Als empirisch gesichert gilt der Zusammenhang zwischen der Akzeptanz des eigenen Körpers und der positiven Selbstwertschätzung. Die Selbstwertschätzung stellt einen bedeutungsvollen Bestandteil des Selbstbildes dar (vgl. FILIPP 1984<sup>2</sup>).

Einstellungen zum eigenen Körper sind abhängig von verschiedenen Faktoren. MRAZEK (1986, 229 ff) führt fünf Aspekte an:

### 1. Globalität versus Spezifität

Menschen können ihren Körper sowohl global als Ganzheit beurteilen, als auch spezifiziert auf einzelne Bereiche, wie z.B. einzelne Körperteile, Körperfunktionen (Verdauung etc.), Körpermerkmale (Gewicht, Größe etc.) oder körperliche Fähigkeiten (Kraft etc.).

### 2. Stabilität versus Variabilität

Einerseits sollte die Einstellung zu dem eigenen Körper relativ stabil sein. Nur so erlangt der Mensch ein positives Selbstwertgefühl und die Selbstsicherheit, die er für ein angstfreies Leben benötigt (vgl. MRAZEK 1986, 242). Andererseits wird der Körper in verschiedenen Situationen unterschiedlich wahrgenommen und bewertet (z.B. nach dem morgendlichen Aufstehen, nach dem Mittagessen, bei einem körperlichen Leistungsvergleich).

### 3. Realität versus Ideal

In der Regel beziehen sich die Körpereinstellungen eines Menschen auf seinen tatsächlichen Zustand. Allerdings wird der eigene Körper häufig mit der Durchschnittsnorm (Norm des statistischen Durchschnitts) und der gesellschaftlichen Idealnorm verglichen und an diesen Maßstäben gemessen. Somit enthält die Bewertung des eigenen Körpers (Körpereinstellung) - das Realbild - eine relationale Komponente hinsichtlich des Vergleichs mit der Durchschnittsnorm und der Idealnorm.

### 4. Entwicklungsbedingte Unterschiede

Neben der situationsspezifischen Variabilität fließen auch langfristige körperliche Veränderungen, wie sie vom Säuglingsalter bis ins hohe Alter erfolgen, in die Körpereinstellungen mit ein. Im Laufe des menschlichen Lebens verändern sich das Ausmaß, die Art und der Bewußtheitsgrad der Körpererfahrungen.

## 5. Gruppenspezifische Unterschiede

Da Einstellungen eng mit sozialen Normen verknüpft sind (vgl. Durchschnittsnorm und Idealnorm), unterscheiden sich verschiedene soziale Gruppen von vornherein hinsichtlich ihrer Körper Einstellungen. Es finden sich Unterschiede zwischen Geschlechtern und Altersgruppen, zwischen verschiedenen Bevölkerungsschichten und verschiedenen ethnischen Gruppen.

### **3.3.4. Eigenschaften der Körperbild-Qualitäten**

#### 3.3.4.1. Interdependenz

Zwischen allen Qualitäten des Körperbildes bestehen Wechselwirkungen. Ist die erlebte Körperausgrenzung eines Individuums gering und undeutlich, werden auch das Körperbewußtsein und die Körperbewußtheit unspezifisch sein, und die Einstellung zu dem eigenen Körper wird sich als undifferenziert und bei einer reflexiven Betrachtung eher negativ darstellen. Spürt ein Mensch umgekehrt seinen Körper sehr deutlich und ist er sich seiner Präsenz und Funktionalität bewußt, wird die Einstellung zu seinem Körper wenn nicht unbedingt positiver, so aber doch differenzierter, deutlicher und im Sinne einer Handlungsorientierung greifbarer.

#### 3.3.4.2. Stabilität und Variabilität

Alle Qualitäten des Körperbildes sind sowohl stabil als auch variabel. In ihrer elementaren Struktur sind sie beständig und vermitteln dem Menschen ein grundsätzliches Bild seines Körpers. Der Mensch erlangt so

Stabilität, Sicherheit und die Fähigkeit zur Orientierung im Umgang mit sich selbst und seiner Umwelt.

Das grundlegende Körperbild bildet sich in der frühkindlichen und kindlichen Entwicklung heraus. Hierbei sind zum einen die körpereigenen Erfahrungen (Senso- und Psychomotorik) konstituierend, zum anderen die Eindrücke, die das Kind in Interaktion mit seinen nahen Bezugspersonen erfährt (vgl. Kapitel 3.2.).

Das Körperbild ist jedoch auch veränderlich (im passiven Sinn) und veränderbar (im aktiven Sinn).

Durch eine erworbene körperliche Behinderung, wie z.B. eine Querschnittslähmung, können sich alle drei Körperbild-Qualitäten drastisch verändern. Das Körperbewußtsein und die Körperbewußtheit können sich verändern, indem Teile des Körpers durch Sensibilitätsausfälle nicht mehr gespürt werden können und/oder durch Funktionsausfälle für den betroffenen Menschen an Bedeutung verlieren. Teile des Körpers können nicht mehr mit allen Sinnen wahrgenommen werden und es ist möglich, daß sie dem Bewußtsein und der Bewußtheit des Körpers „verloren gehen“. Durch die Sensibilitäts- und Funktionsausfälle verändert sich außerdem die Wahrnehmung der Körperausgrenzung; Menschen mit Tetraplegien erleben sich oftmals in Verminderung ihrer Körperausgrenzungen als „lebendige Büsten“ (STURM 1979, 139); die gelähmten Körperteile werden als dinghaft und nicht zum Leib gehörend erlebt. Schließlich kann sich auch die Körpereinstellung durch eine negative Bewertung und körperliche Unzufriedenheit verändern.

Im aktiven Sinn sind das Körperbild und seine Elemente veränderbar, indem der Mensch seine Aufmerksamkeit stärker auf seinen Körper lenkt. Durch „Körperarbeit“, sei es im Bereich des Sports oder der Körpertherapien (Entspannungstechniken, Bioenergetik etc.; vgl. PETZOLD 1980<sup>2</sup>), werden der Körper und seine Teile in seiner/ihrer Erscheinung und Funktionalität stärker in das Bewußtsein gerückt, das Körpererleben (Körperbewußtheit und Körperausgrenzung) intensiviert sich und die Körpereinstellung differenziert sich. An dieser aktiv veränderbaren Komponente des Körperbildes greift die pädagogische Einflußnahme.

Nachdem das Körperbild mit seinen drei Qualitäten und deren Eigenschaften ausführlich beschrieben ist, wird nun auf die Beziehung zwischen Körperbild und Körperbehinderung eingegangen.

### **3.4. KÖRPERBILD UND KÖRPERBEHINDERUNG**

Die Entwicklung, Stabilität und Variabilität des Körperbildes ist, wie in Kapitel 3.3. beschrieben wird, sowohl im Hinblick auf körpereigene Erfahrungen als auch im Hinblick auf Umwelterfahrungen abhängig von der Qualität und Quantität der frühkindlichen, kindlichen und weiteren Bedingungen der Persönlichkeitsentwicklung. Entsprechend wird das Körperbild durch die besondere Situation einer körperlichen Behinderung in entwicklungspsychologischer, sozialpsychologischer und soziologischer Hinsicht beeinflusst (vgl. auch Kapitel 2.3.).

In Kapitel 3.3. werden bereits einige Zusammenhänge zwischen dem Körperbild und körperlichen Behinderungen genannt. Diese Beziehungen sollen unter den Aspekten „Senso- und Psychomotorik“ und „soziale Umwelt“ weiter erörtert werden.

#### **3.4.1. Senso- und Psychomotorik**

Die Begriffe „Sensomotorik“ und „Psychomotorik“ beschreiben die enge Interdependenz zwischen der sensorischen Wahrnehmung und den Bewegungen des Körpers (Sensomotorik) und zwischen dem inneren Erleben, Fühlen und Denken eines Individuums und seinen körperlichen Bewegungen (Psychomotorik). Wie in Kapitel 3.2. betont wird, wirken bei allen menschlichen Handlungen stets senso- und psychomotorische Leistungen zusammen.

Diese körpereigenen Gegebenheiten sind neben den Umwelterfahrungen eine der Informationsquellen für das Körperbild des Menschen. Sie sollen im folgenden im Hinblick auf die Situation von Menschen mit körperlichen Behinderungen beschrieben werden. Dabei wird zunächst auf somatische Erfahrungen eingegangen, anschließend auf motorische Erfahrungen, und zuletzt wird die Problematik der Stagnation und Progressivität von körperlichen Behinderungen erörtert.

#### 3.4.1.1. Somatische Erfahrungen

Die körpereigene Informationsquelle für das Körperbild ist durch Sensibilitätsausfälle reduziert, wie sie z.B. bei Menschen mit Spina bifida (angeborene Querschnittlähmung) und erworbenen Querschnittlähmungen vorkommen. Von den betroffenen Körperregionen können somatische Informationen nicht (komplette Lähmung) oder nur teilweise (partielle Lähmung) wahrgenommen werden.

Insbesondere bei Menschen mit einer angeborenen oder frühkindlich erworbenen Querschnittlähmung hat das zur Folge, daß sich die Körperausgrenzung und die Körperbewußtheit zunächst nur auf die spürbaren Körperregionen beziehen können und sich das Körperbewußtsein ebenfalls nur auf diese richtet. Der betroffene Mensch ist sich vorerst nur eines begrenzten Teiles seines Leibes bewußt; er erlebt seine gelähmten Körperteile als dinghaft und fremd (vgl. HORSTMANN 1983, 122; STURM 1979, 148). STURM (1979) beschreibt eine ebensolche Problematik bei Menschen mit einer später erworbenen Querschnittlähmung. Obwohl diese Menschen über prätraumatische, ganzkörperbezogene Erfahrungen verfügen, die durch die Rückenmarksverletzung primär unbeeinflusst bleiben, stellt für sie die fehlende somatische Wahrnehmung eine große Belastung dar. Menschen mit einer später erworbenen Querschnittlähmung müssen zu einer neuen Zugangsweise für die Wahrnehmung der betroffenen Körperteile gelangen.

Das Erleben von Dinghaftigkeit und Körperfremdheit wird z.B. in einem sorglosen und nachlässigen Umgang mit den betroffenen Körperpartien



sichtbar, den manche Betroffene zeigen (mangelnde Verletzungsvorsorge, mangelnde Sorge im hygienischen Bereich, modischer Bekleidung wird weniger Bedeutung beigemessen).

Aufgrund der Begrenzung der Körperbewußtheit, des Körperbewußtseins und des Erlebens der Körpergrenzen ist es möglich, daß sich die Körper-einstellung zu den nicht spürbaren Körperbereichen und zu dem Körper als Ganzheit nicht differenzieren und positiv ausrichten kann.

Ein besonderes Problem der somatischen Erfahrungen bei Menschen mit körperlichen Behinderungen stellt das Schmerzerleben dar.

Bei Menschen mit erworbenen Querschnittlähmungen kommt es in den betroffenen Körperteilen häufig zu unangenehmen Gefühlsempfindungen oder zu z.T. starken chronischen Schmerzen (BURKE / MURRAY 1979, 53 f; GERNER 1992, 128 ff). Bei den Mißempfindungen und Schmerzen handelt es sich nach Ätiologie und Charakter um weitgehend ungeklärte Phänomene. Es kann zwischen peripheren Schmerzen, zentralen Schmerzen, viszeralen Schmerzen, mechanischen Schmerzen und psychisch bedingten Schmerzen unterschieden werden; jeweils mehrere Schmerztypen können gleichzeitig auftreten (GERNER 1992, 129). Aufgrund der Ungeklärtheit und Multikausalität der Empfindungen konnte bisher keine befriedigende, symptombefreiende Behandlung gefunden werden (vgl. auch JORASCHKY 1983, 62 f). Manche Schmerztypen sind vergleichbar mit den Phantomschmerzen nach Amputationen (GERNER 1992, 128). Phantomschmerzen bzw. allgemeine Phantomempfindungen stehen in einem engen Zusammenhang mit dem Körperbild des Menschen. Bei Phantomempfindungen handelt es sich um psychophysische, an das zentrale Nervensystem gebundene Phänomene (JORASCHKY 1983, 65 f; vgl. auch PARKES 1973). JORASCHKY (1983) resümiert seine Ausführungen zu dem Phantombild bei Menschen mit Amputationen folgendermaßen:

>>Zusammengefaßt handelt es sich beim Phantombild um eine Wahrnehmungsleistung, die bei Amputation der Extremitäten konstant auftritt, bedingt durch die Eigenschaft des neurophysiologischen Körperschemas, sich dieser Veränderung nicht

sofort anzupassen, sondern über einen gewissen Zeitraum zu persistieren. Die enge Verbindung der phänomenalen Körperlichkeit, des Körper-Ichs, nicht mit der morphologischen Körpergestalt, sondern mit deren zentralen Repräsentanz, dem Körperschema (und dem Körperbild, Anm. d. Verf.), kommt in der ausgesprochenen Variabilität der Phantomwahrnehmung, der Phantomempfindungen, insbesondere des Phantomschmerzes, der Individualität der Phantomrückbildung bzw. -persistenz wie auch bei der Reaktivierung der archaischen Schemata bei den seltenen Fällen der Phantome bei angeborenem Gliedmaßenmangel zum Ausdruck.<< (JORASCHKY 1983, 67).

Auch andere Körperbehinderungen, wie z.B. Cerebralparesen, Rheuma und Multiple Sklerose, können durch Hypertonien der Muskulatur, Skelettdeformationen, entzündliche Prozesse und zentralnervöse Störungen zu z.T. starken Schmerzen für die betroffenen Menschen führen. Diese Schmerzempfindungen sind jedoch im Unterschied zu den Phantomschmerzen medikamentös relativ befriedigend beeinflussbar.

Das Schmerzempfinden kann sich, wenn es als negativ bewertet wird, nachhaltig auf das Körperbild auswirken. Der betroffene Mensch steht vor dem Problem, ein oftmals nur begrenzt veränderbares negatives Gefühl in sein Körperbild zu integrieren.

Andererseits ist es möglich, daß das Bewußtsein und die Bewußtheit des Körpers bzw. einzelner Körperteile oftmals erst im schmerzhaften Empfinden ermöglicht wird.

>>Im Alltag sind wir uns unseres Körpers zumeist nicht bewußt, zumindest solange er problemlos funktioniert. Erst wenn er krank wird, eine Leistung nicht erbringen kann oder anders unangenehm auffällt, z.B. durch sein Aussehen oder unkontrollierte Reaktionen, richten wir unsere Aufmerksamkeit auf ihn.<< (MRAZEK 1986, 228).

Schmerzempfindungen können somit auch eine andere, nicht ausschließlich negative Bedeutung haben. Sie ermöglichen die Wahrnehmung des Körpers bzw. die Wahrnehmung einzelner Körperteile, die sonst aus dem Bewußtsein und der Bewußtheit ausgeschlossen sind. Für Menschen mit Querschnittlähmungen z.B. kann das bedeuten, daß sie durch Schmerzempfindungen ihre sensibel gelähmten Körperteile in ihr Bewußtsein und ihre Bewußtheit (wieder) aufnehmen können und zu einem ganzheitlichen Körperbild finden.

#### 3.4.1.2. Motorische Erfahrungen

Auch veränderte Bewegungsmöglichkeiten, die sich z.B. durch Cerebralparesen, Querschnittlähmungen, Muskelerkrankungen oder rheumatische Erkrankungen herausbilden, beeinflussen das Körpererleben.

Im Rahmen der kindlichen Entwicklung kommt der Erfahrung der Schwerkraft eine elementare Bedeutung zu. AYRES (1992<sup>2</sup>, 108) geht davon aus, daß die Erfahrung der Beziehung zwischen dem eigenen Körper und dem Schwerkraftfeld der Erde noch grundlegender ist als die Mutter-Kind-Bindung. Das Kind erfährt die Schwerkraft durch aktives und passives Bewegen.

>>... Kinder verwenden viel Zeit, um ihre Beziehung zur Schwerkraft zu entwickeln. Als erstes hebt das Neugeborene seinen Kopf an und stellt dabei fest, daß die Schwerkraft diesen Kopf schwer macht. Mit jeder neuen Bewegung stellt es fest, was die Schwerkraft vermag und was es selbst tun kann.<< (AYRES 1992<sup>2</sup>, 108).

Auf diese Weise bilden Kinder ihr Gleichgewichtssystem aus, das für die Haltung und Orientierung im Raum bestimmend ist. Durch stetiges Ausprobieren und Üben von Bewegungen (Aufstehen, Klettern, Schaukeln, Rutschen etc.) kommen Kinder ihrem inneren Bedürfnis zur

Erforschung der Schwerkraft nach. Mit der Zeit entwickelt ein Kind das Vertrauen, daß es fest mit der Erde verbunden ist und jederzeit einen sicheren Stand hat (Schwerkraftsicherheit). Die Schwerkraftsicherheit bildet das Fundament für alle weiteren Beziehungen des Individuums: die Beziehung zu seinem Körper, zu seinem Selbst und zu anderen Menschen.

Motorische Einschränkungen körperbehinderter Kinder können dazu führen, daß sie wichtige motorische bzw. sensomotorische Erfahrungen nicht oder nicht in ausreichendem Maße machen können und sie somit keine umfassende Schwerkraftsicherheit ausbilden (Schwerkraftunsicherheit). Eben solche Wirkungen können Sensibilitätseinschränkungen haben, indem sie das Spüren des ganzen Körpers im Raum verändern und das Halten des Gleichgewichtes erschweren. Am Beispiel der Schwerkraftsicherheit wird das Zusammenwirken motorischer und sensorischer Erfahrungen deutlich.

Die Schwerkraftunsicherheit führt zu einer grundsätzlichen Angst (Uranst) und zu ängstlichem und fahrigem Verhalten der betroffenen Menschen, vor allem wenn sie sich in unbekanntem Situationen befinden (AYRES 1992<sup>2</sup>, 120 ff).

In den vorausgehenden Ausführungen wird bereits mehrmals auf die Bedeutung der Bewegung für die Ausbildung der Körperbild-Qualitäten eingegangen. Mangelnde Bewegungsmöglichkeiten können bei dem Menschen dazu führen, daß die Körperbewußtheit, das Spüren des Körpers und seiner Bewegungen sowie das Erleben der Körperausgrenzung nicht allumfänglich ausgebildet wird.

Ebenso kann die Einstellung zum eigenen Körper durch verringerte Bewegungsmöglichkeiten nachhaltig beeinträchtigt werden, indem der Mensch nicht in der Weise handlungs- und leistungsfähig sein kann, wie er vielleicht gerne möchte. Sein behinderter Körper kann den Menschen in dieser Weise an seiner Selbstverwirklichung hindern und als störend und negativ erlebt werden.

In diesem Zusammenhang sei an die kognitiven, affektiven und sozialen Bedingungsfaktoren von Einstellungen erinnert (vgl. Kapitel 2.3. und

3.3.3.). Für Vorschulkinder mit körperlichen Behinderungen stellen die Bewegungsbeeinträchtigungen zunächst keine Erschwernis ihrer selbst-bezogenen positiven Einstellung dar. Erst durch die sich entwickelnde Fähigkeit zur Reflexion und durch den Vergleich mit nichtbehinderten Menschen hinsichtlich der körperlichen Leistungsfähigkeit wird die Einstellung zu ihrem Körper problematisiert (vgl. KNOP 1988<sup>3</sup>, 7).

#### 3.4.1.3. Stagnation und Progressivität körperlicher Behinderungen

Die Stagnation bzw. Progressivität von körperlichen Behinderungen wirkt sich besonders auf die Körpereinstellung aus.

Das Erleben, daß sich der körperliche Zustand nicht „zum Besseren“ verändert, sondern gleichbleibt, stellt für viele Betroffene eine Desillusionierung und Frustrierung dar. Körperbehinderte Kinder haben oftmals die Vorstellung, daß sie, wenn sie groß sind, nicht mehr behindert sind. Der Umgang mit (fast) ausschließlich nichtbehinderten Erwachsenen verleitet sie zu der Ansicht, daß ihre Situation eine vorübergehende ist. Wenn ihnen mit zunehmender intellektueller Reife bewußt wird, daß ihre körperliche Behinderung unabänderlich ist, führt dies nicht selten zu Verunsicherung, Wut, Trauer und Aggressivität gegenüber sich selbst und anderen.

Entsprechend verhält es sich mit Menschen, die durch traumatische oder pathogene Ereignisse eine körperliche Behinderung erworben haben. Das Erleben, daß sich zum einen der Zustand ihres Körpers, wie er ihnen bekannt, vertraut und sicher war, z.T. drastisch verändert hat und daß zum anderen nach einem gewissen Rehabilitationsabschnitt ihr neuer körperlicher Zustand voraussichtlich stabil bleiben wird, stellt grundsätzlich einen krassen Einschnitt in ihrem Leben dar. Der schwere Prozeß der Um- und Neuorientierung, der Auseinandersetzung mit ihrer Behinderung, beinhaltet ebenfalls Gefühle wie Verunsicherung, Wut, Trauer, Depressivität, Aggressivität etc., die eine positive Einstellung zu dem eigenen Körper erschweren bzw. verhindern können.

Einige Behinderungsformen, wie z.B. Muskelatrophie und -dystrophie, Multiple Sklerose und einige Stoffwechselstörungen, sind progressiv, d.h. der körperliche Zustand verschlechtert sich zunehmend. Besonders schwerwiegend ist dies bei der Muskeldystrophie Typ Duchenne. Hierbei handelt es sich um eine vererbte, chronisch degenerative Erkrankung der Skelettmuskulatur; es kommt zu einer Atrophie der Muskulatur. Die Behinderung manifestiert sich bereits im frühen Kindesalter und nimmt stetig zu. Die Lebenserwartung der Betroffenen liegt i.d.R. bei maximal 25 Jahren.

Das Erleben der zunehmenden körperlichen Schwäche, besonders im Vergleich zu Altersgenossen, deren körperliche Fähigkeiten stetig wachsen, stellt für die Betroffenen ein großes Problem für eine positive Auseinandersetzung mit ihrer Körperlichkeit und für eine positive Einstellung zu ihrem Körper dar.

#### 3.4.1.4. Pädagogische und therapeutische Einflußnahmen

Gemäß der in Kapitel 3.3.4.2. dargestellten Variabilität der Körperbild-Qualitäten können pädagogische und therapeutische Maßnahmen sowie eine eigene Wahrnehmungs-, Bewußtseins- und Bewußtheitsschulung die Erschwernisse, die durch die somatischen und motorischen Erfahrungen und durch die Stagnation oder Progressivität von körperlichen Behinderungen entstehen, fördernd beeinflussen.

Hinsichtlich der beschriebenen Einschränkungen der somatischen Erfahrungen gilt es, dem betroffenen Menschen seine nicht fühlbaren Körperteile auf eine andere Weise spürbar und bewußt zu machen, so daß er zu einem ganzheitlichen Körperbild gelangen kann. Wichtige Erfahrungsquellen sind hier der vestibuläre Sinn - das Spüren von Gleichgewicht und Ungleichgewicht in verschiedenen Lagepositionen - (vgl. auch Schwerkraftsicherheit, Kapitel 3.4.1.2.), der taktil-haptische Sinn - das Berühren mit den Händen -, der optische Sinn - das visuelle Wahrnehmen - und kognitive Prozesse. Letztere stellen jedoch nur einen geringen Teilbereich dar, denn eine verstandesmäßige Auseinandersetzung allein kann ein ganzheitliches Bewußtsein und eine ganzheitliche Bewußtheit der Leiblichkeit, die stark emotional geprägt ist, nicht erwirken (vgl. Kapitel 1.2.).

Die Förderung motorischer Erfahrungen geschieht durch personelle sowie durch technische Hilfen. Pädagogische Maßnahmen, wie Mobilitätstraining und Sport im Sinne eines an individuellen Leistungsmöglichkeiten ansetzenden, erfahrungsorientierten Bewegungsangebotes, und physio- und ergotherapeutische Behandlungsformen wirken auf eine qualitative und quantitative Ausweitung der Bewegungsfähigkeit hin. Ebenso vergrößern technische Hilfsmittel, wie Rollstühle, Rollatoren, spezielle Fahrräder etc., das motorische Erfahrungsfeld. Auf diese Weise werden das Bewußtsein und die Bewußtheit des Körpers, die Körperausgrenzung und die KörperEinstellung positiv beeinflusst. Darüberhinaus ist es im Hinblick auf die soziale Bedingtheit der KörperEinstellung wichtig, dem betroffenen Menschen nicht mit einer defizitären Sichtweise zu begegnen, sondern ihn in seinem So-Sein zu akzeptieren und seine Bewegungsmöglichkeiten zu erkennen.

Für eine förderliche Einflußnahme hinsichtlich der Problematik von Stagnation und Progressivität körperlicher Behinderungen sind pädagogische und therapeutische Hilfen, die sich durch ein hohes Maß an Empathie auszeichnen, von besonderer Wichtigkeit.

Dem betroffenen Menschen muß Verständnis und Akzeptanz für seine physische und psychische Situation vermittelt werden. Darüberhinaus müssen ihm aber auch Wege für eine positive Auseinandersetzung mit seiner Behinderung, seiner nicht veränderbaren Körperlichkeit, aufgezeigt werden. Dieses kann z.B. durch Gespräche, u.a. mit Gleichbetroffenen (vgl. auch Kapitel 3.4.2.3.), und durch das Finden befriedigender Lebensinhalte (z.B. Hobbies) erreicht werden. Es muß versucht werden, daß die Behinderung des Körpers und die Auseinandersetzung mit ihr eine zufriedenstellende Daseinsgestaltung und Selbstverwirklichung des betroffenen Menschen nicht verhindert.

### **3.4.2. Soziale Umwelt**

Die zweite wichtige Informationsquelle neben den senso- und psychomotorischen Erfahrungen stellt die soziale Umwelt eines Menschen dar. Die soziale Umwelt differenziert sich in die nahe soziale Umwelt, die durch die engen Bezugspersonen (Eltern, Freunde) gebildet wird, und die weite soziale Umwelt, die Gesellschaft.

Für die kindliche Entwicklung ist vor allem der Einfluß der nahen sozialen Umwelt von maßgebender Bedeutung. Die Familienmitglieder, insbesondere die Eltern, geben dem Kind Zuneigung und Wärme und vermitteln ihm Geborgenheit und Sicherheit. Durch sie lernt das Kind eine grundsätzliche Ordnung und Struktur sowie eine Sichtweise zu sich selbst und zur Welt.

Ab einer bestimmten menschlichen Reife gewinnt die weite soziale Umwelt zunehmend an Bedeutung. Jugendliche orientieren sich mehr an den Sicht- und Verhaltensweisen ihrer Altersgruppe (peer-group) und an



Trends, die von den Medien vermittelt werden. Auch erwachsene Menschen orientieren sich z.T. sehr stark an Vorgaben der weiten sozialen Umwelt (Normen) und versuchen, diese mit eigenen Einstellungen und Verhaltensweisen in Übereinstimmung zu bringen.

Im folgenden soll der Einfluß der nahen und weiten sozialen Umwelt unter den Gesichtspunkten „Einfluß der Eltern“, „Einfluß der Normen“ und „Aktivität und Solidarität“ erörtert werden.

#### 3.4.2.1. Einfluß der Eltern

Es geht hier um die Einflußnahme der für das Kind wichtigsten Bezugspersonen, die i.d.R. die Eltern sind. Wächst ein Kind nicht bei den eigenen Eltern auf und hat demnach andere nahe Bezugspersonen, wie z.B. Großeltern oder andere Verwandte, Pflege- oder Adoptiveltern, Pflegepersonen im Fall einer Heimunterbringung, so sind auch diese Personen bei den Überlegungen miteinbezogen. Dennoch ist darauf hinzuweisen, daß ein Kind mit einer körperlichen Behinderung für die Eltern ein besonderes Problem der Neuorientierung, der Auseinandersetzung und des Umgangs mit dem behinderten Kind darstellt (vgl. BALZER / ROLLI 1975, SPECK / WARNKE 1983, STEGIE 1988).

Der Einfluß der Eltern eines Kindes mit einer körperlichen Behinderung stellt sich in Bezug auf die Entwicklung des Körperbildes in dreifacher Hinsicht dar.

Zum einen demonstrieren Eltern ihrem Kind ihr eigenes Körperbild. Durch ihr Verhalten zeigen sie dem Kind, wieviel Aufmerksamkeit sie ihrem eigenen Körper zuwenden (Körperbewußtsein) und welche Einstellung sie

zu ihrem Körper, seiner äußeren Erscheinung und seiner Leistungsfähigkeit haben. Kinder orientieren sich an diesen Erfahrungen und übernehmen diese Einstellungs- und Verhaltensweisen zunächst.

Darüberhinaus wirken sich Eltern-Kind-Interaktionen auf die Ausbildung der Körperausgrenzung aus. Wie in Kapitel 3.3.2. beschrieben wird, besteht - laut FISHER und CLEVELAND (1965, 1968<sup>2</sup>) - ein enger Zusammenhang zwischen eindeutigen, in ihren Grenzen klar bestimmten Interaktionen zwischen Eltern und Kindern und der Ausbildung einer ausgeprägten Körperausgrenzung. Klar strukturierte, eindeutige und in ihren Grenzen deutlich definierte Beziehungsverhältnisse bedingen die Entwicklung einer klaren, eindeutigen und ausgeprägten Körperausgrenzung.

Für Eltern körperbehinderter Kinder stellt sich drittens das Problem der Akzeptanz ihres Kindes mit seinem behinderten Körper. Eltern haben grundsätzlich bestimmte Vorstellungen, Wünsche und Erwartungen an bzw. für ihr Kind. Durch die Geburt eines körperbehinderten Kindes, die PFEIFFER (1989, 288) als ein »nicht-normatives Ereignis« beschreibt, werden die elterlichen Erwartungen zunächst erschüttert; vor allem bei den Müttern kann es zu einem schweren Schockerlebnis kommen (BALZER / ROLLI 1975, 28). Im folgenden werden die Zusammenhänge zwischen der Situation von Eltern körperbehinderter Kinder und der sich daraus ergebenden kindlichen Entwicklungsbedingungen hinsichtlich des Körperbildes kurz dargestellt.

Grundsätzlich gilt, daß das Problem der Akzeptanz einer Behinderung bzw. eines Menschen mit einer Behinderung bei allen Behinderungsarten entsteht, unabhängig davon, ob es sich dabei um eine körperliche oder geistige Behinderung, eine Lern- oder Sinnesbehinderung etc. handelt. Desweiteren ist die Akzeptanz der Behinderung nicht von der Akzeptanz des gesamten Menschen zu trennen. Aufgrund der sichtbaren Andersartigkeit eines behinderten Körpers und der notwendigen medizinischen und therapeutischen Behandlungen entwickelt sich jedoch eine besondere Problematik.

Der Körper des Kindes und seine Behinderung steht zunächst im Mittelpunkt der elterlichen Betrachtung. Oft erzeugen der andersartige Körper und seine Bewegungen Ekel und Ablehnung (vgl. G. JANSEN 1976<sup>3</sup>).

Dadurch kann der körpernahe Dialog zwischen Eltern und Kind, insbesondere zwischen Mutter und Kind, der grundlegend für die Persönlichkeitsentwicklung ist (s. Kapitel 3.2.), beeinträchtigt werden. Durch die medizinische und therapeutische Versorgung, die Fachleute, z.T. aber auch die Eltern, insbesondere die Mütter, durchführen, wird wiederum der Körper mit seinen Besonderheiten, die häufig als „Abnormitäten“ und „Defizite“ bewertet werden, in den Mittelpunkt der Interaktion gerückt. Darüberhinaus sind die Eltern den (Vor-)Urteilen der Gesellschaft ausgesetzt. KLEE (1987) zitiert die Mutter von Therese Degener, die mit einer Amelie geboren wurde:

>> >>Am Anfang - gerade nach deiner Geburt -, das ist für mich natürlich nicht leicht gewesen, wenn alle anderen rund herum geweint haben. Ich mag mich noch gut erinnern, wie eine Frau in unserer Stube geweint hat (alle meinten, ich höre das nicht - sie vergaßen aber die Türe zu schließen) und immer wieder gesagt hat: >Nein, so ein Kind könnt ich nicht haben.<  
<< << (KLEE 1987, 34).

Diese Faktoren erschweren bzw. verhindern in vielen Fällen eine positive Einstellung der Eltern zu dem Körper ihres Kindes. Viele selbstbetroffene Erwachsene beschreiben, wie ihre Eltern versucht haben, die körperliche Behinderung ihres Kindes „unsichtbar“ und unauffällig zu machen (vgl. auch EWINKEL / HERMES u.a. 1985, ROHR 1984).

>> >>Sie (die Mutter, Anm. d. Verf.) hat versucht, mich einmal vor sich selbst und vor der Umwelt zu verstecken, dadurch, daß sie verhindert hat, daß ich mir überhaupt einen Rollstuhl kaufe. Der Rollstuhl war für sie Manifestation meiner Behinderung... Wenn ich aber beispielsweise ganz normal in einem Stuhl gesessen habe, hat ein Außenstehender nicht gesehen, daß ich behindert bin. Und in diesem Augenblick war die Welt für sie in Ordnung.<< << (KLEE 1987, 40).

Die Berichte der heute erwachsenen Menschen mit Behinderungen betreffen ihre Kindheit in den fünfziger und sechziger Jahren. Seit der Zeit

hat sich hinsichtlich der gesellschaftlichen Kenntnis von Menschen mit Behinderungen und der Einstellung zu behinderten Menschen und ihren Familien einiges geändert. Desweiteren hat vor allem die Aufklärungsarbeit der verschiedenen Verbände der Behindertenhilfe und Selbsthilfegruppen dazu beigetragen, daß Eltern behinderter Kinder heute sowohl von Fachleuten, als auch von Laienhelfern (z.B. Vereinigungen gleichbetroffener Eltern) mehr und einfühlsamer in ihrer schweren Situation geholfen wird. Dennoch sind Eltern behinderter Kinder auch heute noch mit ihren eigenen Vorurteilen, mangelnden Kenntnissen über Behinderungen, Unsicherheiten und Ängsten konfrontiert, ebenso wie die Gesellschaft ihnen und ihren Kindern nach wie vor negative Einstellungen und Verhaltensweisen entgegenbringt.

Der Grad der elterlichen Akzeptanz und der Umgang mit dem Körper des Kindes prägt das Körper- und Selbstbild des Kindes.

>>Der Behinderte, der immer auf die Defizite und Mängel seines Körpers hingewiesen wurde, wird zum Ekel vor seinem Körper erzogen. Wie soll er sich annehmen können, wenn ihm stets beigebracht wurde, er sei anders als die „Normalen“?<< (KLEE 1987, 25).

#### 3.4.2.2. Einfluß der gesellschaftlichen Normen

Vorausgehend wird kurz der Einfluß der Gesellschaft und ihrer Normen und Werte angesprochen, denen die Eltern behinderter Kinder ausgesetzt sind. Im folgenden soll auf die ästhetischen Normen und die gesellschaftliche Leistungsorientierung (Leistungsnorm) eingegangen werden, da diese insbesondere das Körperbild eines Menschen mit einer körperlichen Behinderung beeinflussen (vgl. auch Kapitel 2.3.).

Ästhetische Normen und Leistungsnormen unterliegen dem historischen und gesellschaftlichen Wandel. Sie werden wesentlich von den Medien und der Werbung geprägt und gelten als Maßstäbe für den einzelnen Menschen. Das Beispiel des deutschen Faschismus zeigt die drastischen

Auswirkungen solcher Normen. Dort war eindeutig definiert, was als schön und leistungsfähig (deutsch) galt. Menschen, die diesem Idealbild nicht entsprachen, wurden ausgegrenzt und im Extremfall vernichtet. STADLER (1997) resümiert:

>>Seine Absichten hatte Adolf Hitler schon 1923 in seinem Buch „Mein Kampf“ deutlich ausgesprochen; es ging ihm um die Ausrottung aller Schwachen und schließlich auch aller Andersrassigen, was immer dies hieß: Juden, Polen oder allgemein die sogenannten „Nichtarier“. Mit seiner Machtergreifung am 30. Januar 1933 konnte er seine Ziele mit Hilfe gesetzlicher Maßnahmen zur Zwangssterilisation, zu Erbgesundheitsgerichten, zur Erbbiographischen Erfassung aller Behinderten und zur Einschränkung sozialer und heilpädagogischer Maßnahmen rücksichtslos verwirklichen.<< (STADLER 1997, 24).

Wenngleich ausgrenzende Verhaltensweisen in der heutigen Zeit nicht so krass sind und vor allem nicht durch die Gesetzgebung bestimmt werden, sind die Schwierigkeiten der Menschen ohne Behinderungen, ihre behinderten Mitmenschen als „ihresgleichen“, als „gleichwertig“ anzunehmen, unübersehbar. Hinsichtlich der äußeren menschlichen Erscheinung, als eines Teilbereiches der ästhetischen Normen, und der menschlichen Leistungsfähigkeit gelten Menschen mit körperlichen Behinderungen als nicht normentsprechend. Diese Nichtentsprechung vorgegebener Maßstäbe führt zu Verunsicherungen der lebensstrukturierenden Werte und Normen insbesondere der nichtbehinderten Menschen. Stigmatisierende und diskriminierende Verhaltensweisen, wie Ablehnung und Aussonderung, aber auch übertriebenes Neugierverhalten, „falsches“ Mitleid und Distanzlosigkeit, sind als Schutzreaktion die Folge (vgl. Kapitel 2.3., G. JANSEN 1976<sup>3</sup>, LINDENMEYER 1983, CLOERKES 1985<sup>3</sup>, GOFFMAN 1967).

Der Körper des betroffenen Menschen steht im Mittelpunkt der Betrachtung und (Ab-)Wertung. Die sichtbare Behinderung des Körpers löst Verunsicherung und nicht selten Ekelgefühle und Ablehnung aus, und

oftmals wird unreflektiert eine Leistungsverminderung antizipiert. Außerdem bedeutet ein ausschließlich über den behinderten Körper definiertes Verständnis des Menschen eine Mißachtung seiner Gesamtpersönlichkeit. Der Mensch wird zum Objekt gemacht, sein Körper wird verfügbar. Letzteres kann z.B. in Krankenhäusern, Pflegeeinrichtungen etc. geschehen.

Erlebt ein Mensch aufgrund seiner körperlichen Situation eine solche gesellschaftliche Ächtung, ist es für ihn sehr schwer, eine positive Einstellung zu seinem Körper zu gewinnen. Infolge der gesellschaftlichen Reaktion kann er seinen Körper als häßlich und schwach und als Hindernis seiner gesellschaftlichen Achtung und Selbstverwirklichung erleben. Eine solch negative Körpereinstellung wirkt sich auch auf die übrigen Qualitäten des Körperbildes aus; die Körperbewußtheit, das Körperbewußtsein und die Körperausgrenzung erfahren eine mangelnde Differenzierung und/oder eine negative Nuancierung.

#### 3.4.2.3. Aktivität und Solidarität

Die bisherigen Ausführungen zeigen, daß das Grundproblem für einen Menschen mit einer Körperbehinderung die soziale Umwelt darstellt. Diese wird in vielen Bereichen durch die Werte und Normen der Menschen ohne Behinderungen bestimmt, denen ein Mensch mit einer körperlichen Behinderung nicht gerecht werden kann. Ausgrenzendes Verhalten der nichtbehinderten Menschen ist oftmals die Folge. Dieses führt bei den betroffenen Menschen zu z.T. großen Problemen hinsichtlich einer positiven Auseinandersetzung mit ihrem Körper sowie hinsichtlich ihres Körperbildes.

Als adäquate Mittel für die betroffenen Menschen, sich von der Orientierung an den Normen für die Menschen ohne Behinderungen zu lösen und sich mehr sich selbst zuzuwenden, können aktive und solidarische Handlungen genutzt werden, wie sie z.B. in Gruppen und Organisationen umsetzbar sind. Unabhängig von den Motivationen bzw. Intentionen dieser Gruppen (kulturell-, politisch-, sportlich-, bildungs- oder

freizeitorientiert) und ihren Organisationsformen, bieten sie insbesondere für Menschen mit (körperlichen) Behinderungen die Möglichkeit, anderen Menschen offen zu begegnen, sich mit sich selbst und mit anderen auseinanderzusetzen und sich selbst mit dem eigenen Körper besser annehmen zu lernen (vgl. KLEE 1987, SAAL 1992).

KLEE (1987) beschreibt die Wirkungen von Selbsthilfegruppen, in denen sich Menschen mit Behinderungen zusammengeschlossen haben, um für ihre Rechte einzutreten. Selbsthilfegruppen setzen sich zusammen aus Menschen, die in ähnlichen Lebenssituationen stehen oder von vergleichbaren Schwierigkeiten betroffen sind. Das Ziel dieser Gruppen ist die Bewältigung sozialer, persönlicher oder krankheitsbedingter Belastungen (MOOS-HOFIUS / RAPP 1993<sup>2</sup>). Gleichzeitig mit der politischen Arbeit, die KLEE (1987) darstellt, vollzieht sich eine Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung.

>>Denn in vielen Gruppen ist der einzelne in der Gemeinschaft aufgehoben, findet dort Körperwärme, Anteilnahme, Zuneigung. In vielen Gruppen haben Menschen gelernt, sich offen zu begegnen, gibt es Freundschaft, Nachbarlichkeit, Vertrauen, Zuversicht, Zärtlichkeit, Hilfsbereitschaft, Behutsamkeit, Verständnis, Hoffnung und Zukunft. ... Wir erschließen neue Quellen menschlicher Energie, dem anderen und uns nahe zu kommen, neue Lustquellen, neue Möglichkeiten des Wohlbefindens. Wir müssen nicht länger jemand sein, der wir sein sollen, sondern wir können so sein, wie wir sein möchten.<<  
(KLEE 1987, 206).

Aber auch Selbsthilfegruppen mit anderen Zielsetzungen bieten Hilfestellungen im Hinblick auf eine Verbesserung der persönlichen Situation körperbehinderter Menschen.

Besonders der Bereich des Breiten- und Leistungssports, der stark körperorientiert ist, stellt für Menschen mit Körperbehinderungen in persönlicher und sozialer Hinsicht eine Herausforderung für die aktive Auseinandersetzung mit ihrem Körper und seinen Fähigkeiten dar. So beschreiben CANTARELLA und LEYENDECKER (1995) den Freien Tanz

bzw. freie Tanzformen als gute Möglichkeiten für Menschen mit körperlichen Behinderungen, sich selbst zu erfahren, sich selbst zu bestimmen und zu sich selbst finden zu können. Im Unterschied zu den festgelegten Bewegungsabfolgen von Standardtänzen, die viele Menschen mit körperlichen Behinderungen nicht oder nur erschwert ausführen können, können die Tänzerinnen und Tänzer im Freien Tanz eigene Formen und Möglichkeiten finden, sich auszudrücken.

>>Dazu kann er z.B. auf dem Boden tanzen und dort die natürliche Sinnlichkeit seines Körpers spüren. Einigen, besonders den querschnittgelähmten Personen kommt zudem entgegen, daß der Oberkörper im Freien Tanzen als Ausdrucksmittel eine höhere Wertigkeit erfährt als die virtuose Beintechnik in vielen Standardtänzen. Im Freien Tanz ist dem körperbehinderten Menschen der Weg geöffnet, seine Körperlichkeit positiv zu erfahren, und dies sowohl hinsichtlich seines emotional-affektiven Körperbildes als auch seines perzeptiv-kognitiven Körperschemas ...<< (CANTARELLA / LEYEN-DECKER 1995, 589).

Das Ziel von Aktivität und Solidarität körperbehinderter Menschen und der Zusammenschluß in Gruppen unterschiedlichster Arten soll jedoch nicht sein, eigene, behindertenspezifische Normen bezüglich der Ästhetik und Leistung aufzustellen, sondern die bestehenden Normen auszuweiten (vgl. Kapitel 2.3.).

### **3.5. ZUSAMMENFASSUNG**

Der Begriff „Körperbild“ geht auf SCHILDER (1950<sup>2</sup>) zurück. SCHILDER (1923, 1950<sup>2</sup>) bezieht sich in seinen Arbeiten auf die Ansätze von HEAD (u.a. 1920) und PICK (u.a. 1922) zu dem Phänomen des „Körperschemas“. Das Körperschema nach HEAD (1920) und PICK (1922) betrifft neurophysiologische Aspekte der Körpererfahrung des Menschen und beinhaltet perzeptiv-kognitive Leistungen. In Abgrenzung dazu akzentuiert SCHILDER (1923, 1950<sup>2</sup>) psychologisch-phänomenologische Aspekte der



Körpererfahrung, die alle emotional-affektiven Leistungen des Menschen umfassen. In einer entsprechenden Systematik gliedert BIELEFELD (1986) den gesamten Prozeß der Körpererfahrung in die Bereiche „Körperschema“ und „Körperbild“. Das Körperschema und das Körperbild unterteilt BIELEFELD in jeweils drei Qualitäten. Für die vorliegende Arbeit sind die emotional-affektiven Aspekte der Körpererfahrung, wie sie in der Dimension „Körperbild“ zusammengefaßt sind, von Bedeutung. Die Qualitäten des Körperbildes, Körperbewußtsein/-bewußtheit, Körperausgrenzung und Körpereinstellung, werden im Anschluß an grundlegende entwicklungspsychologische Aspekte der Körpererfahrung ausgeführt.

Das Körperbild erhält seine Impulse aus zwei Informationsquellen: den senso- und psychomotorischen Erfahrungen sowie den sozialen Erfahrungen des Individuums. Erfahren diese Informationsquellen eine Reduktion, wie es bei dem Vorhandensein einer körperlichen Behinderung geschehen kann, so hat dies Auswirkungen auf die Entwicklung des Körperbildes. Sensibilitätsstörungen und motorische Einschränkungen eines betroffenen Menschen können die Körperbild-Qualitäten Körperbewußtsein und -bewußtheit, Körperausgrenzung und Körpereinstellung ebenso negativ beeinflussen wie die Reaktionen der Eltern bzw. anderer naher Bezugspersonen und der sonstigen sozialen Umwelt. Der Mensch mit einer körperlichen Behinderung steht vor dem Problem, sich mit seinem Körper, den er in vielen Fällen als Auslöser seiner Einschränkungen erlebt, angemessen auseinanderzusetzen. Im Bereich der Erziehung und Bildung sind hier die Eltern und die Bezugspersonen aus den pädagogischen, therapeutischen, medizinischen und pflegerischen Bereichen gefordert. Außerdem können von den betroffenen Menschen aktive und solidarische Handlungen genutzt werden, wie sie z.B. in Selbsthilfegruppen und bei der Ausübung sportlicher Tätigkeiten praktiziert werden.

## 4. DAS SELBSTBILD

Im Anschluß an die Erörterungen zu dem Körperbild des Menschen erfolgt eine Auseinandersetzung mit dem übergeordneten Bereich des Selbstbildes. Nach einer theoretischen Zuordnung des Selbstbild-Verständnisses dieser Arbeit schließt sich eine Darstellung der Entstehung des Selbstbildes und ihrer kognitiven Wesensmerkmale (Postulate) an. Anschließend werden die umweltorientierten Beziehungen des Selbstbildes erörtert. Aufbauend auf diesen Grundlagen werden Bezüge zu der Situation von Menschen mit körperlichen Behinderungen hergestellt und unter verschiedenen Aspekten herausgearbeitet. Abschließend erfolgt ein Exkurs, in dem eigene Erfahrungen zu der Thematik der Beziehungen zwischen Selbstbild und körperlicher Auffälligkeit reflektiert werden.

Ebenso wie bei dem Thema „Körperbild“ liegt auch bezüglich des Selbst in der Persönlichkeitsforschung eine Anzahl unterschiedlicher Begriffe vor, die nicht eindeutig voneinander abgegrenzt sind. Neben den Begriffen „Selbst“ und „Persönlichkeit“ finden sich Begriffsergänzungen wie -bild, -konzept, -system, -schema, -modell, -theorie, -entwurf und andere mehr, die in der Regel synonym benutzt werden. Der zuständige Forschungsbereich wird generell als Selbstkonzeptforschung bezeichnet.

In dieser Arbeit wird überwiegend der Begriff „Selbstbild“ verwendet. Andere Bezeichnungen werden synonym benutzt. Wie bei dem Begriff des Körperbildes hebt der Begriff „Selbstbild“, in Abgrenzung zu Terminologien wie „Selbstkonzept“ oder „Selbsttheorie“, die Bedeutung phänomenologischer, emotional-affektiver und evaluativer Komponenten hervor, die hier als wesentliche menschliche Steuerungsmomente verstanden werden. So beschreibt auch EPSTEIN (1984<sup>2</sup>), dessen „Entwurf einer Integrativen Persönlichkeitstheorie“ die theoretische Grundlage zu dem Verständnis des Selbstbildes bildet, die enge Verknüpfung von Kognitionen und Emotionen. In den folgenden Ausführungen wird diese Verbindung weiter verdeutlicht.

#### 4.1. THEORETISCHE GRUNDLEGUNG

Die Selbstkonzeptforschung ist bezüglich ihrer theoretischen Grundpositionen durch eine starke Heterogenität gekennzeichnet, so daß keine einheitliche, integrative Theorie zu Aufbau, Struktur und Funktion von Selbstkonzepten, Selbstbildern etc. vorliegt. EPSTEIN (1984<sup>2</sup>) versucht in einem „Entwurf einer Integrativen Persönlichkeitstheorie“ verschiedene Verständnisse miteinander zu verknüpfen. Er erwirkt eine Synthese der lerntheoretischen, psychoanalytischen, verhaltenstheoretischen und persönlichkeits- und selbsttheoretischen Ansätze und beschreibt das Selbstbild des Menschen als ein Phänomen, das sich aus emotionalen, kognitiven und sozialen Qualitäten zusammensetzt. Der „Entwurf einer Integrativen Persönlichkeitstheorie“ nach EPSTEIN (1984<sup>2</sup>) wird daher als die theoretische Grundlage zur Beschreibung des Selbstbildes in dieser Arbeit herangezogen.

EPSTEIN (1984<sup>2</sup>) geht davon aus, daß der Mensch seine Erfahrungen, die er in der Interaktion mit der Umwelt sammelt, in einem vielschichtigen konzeptuellen System organisiert, um einen Bezug zwischen sich selbst und der Welt herzustellen, die Welt zu verstehen und ihr Sinn zu verleihen. Dabei orientiert sich der Mensch an seinem biologisch determinierten Bestreben, „Positives zu erleben“ und „Schmerz zu vermeiden“. Das konstruierte System dient also in erster Linie der Aufrechterhaltung einer „günstigen Lust-Unlust-Balance“ und wird ursprünglich wegen dieser Funktion aufgebaut.

>>Die gesamte lerntheoretische Forschungstradition beweist, daß Menschen und andere Organismen höherer Ordnung bestrebt sind, durch ihr Verhalten Positives zu erleben und Schmerz zu vermeiden. Der Mensch hat so lebenslang eine interessante Aufgabe zu erfüllen - schlicht wegen seiner biologischen Struktur. Sie besteht in der Konstruktion eines kon-

zeptuellen Systems in der Weise, daß über vorhersehbare Zeitspannen eine optimale Lust-Unlust-Balance gewährleistet ist. << (EPSTEIN 1984<sup>2</sup>, 15 f).

Dieses konzeptuelle System nennt EPSTEIN (1984<sup>2</sup>) Wirklichkeitstheorie. Die Wirklichkeitstheorie setzt sich aus drei Subtheorien zusammen: diese sind die Selbsttheorie, die Umwelttheorie und die Wechselwirkung dieser beiden Subtheorien. Der Selbsttheorie kommt die größte Bedeutung zu; sie bildet den Kern der Wirklichkeitstheorie (EPSTEIN 1984<sup>2</sup>, 16).

In der Persönlichkeitsforschung existieren unterschiedliche Annahmen über die Anzahl von Selbstkonzepten einer Person. Einige Autoren betonen die Geschlossenheit einer Selbsttheorie (z.B. LECKY 1969, ROGERS 1961), andere heben die Mannigfaltigkeit von Selbstkonzepten hervor (z.B. MEAD 1934, GERGEN 1971, 1984<sup>2</sup>). Für EPSTEIN sind beide Auffassungen zutreffend:

>>Das Selbstkonzept als in sich geschlossenes System zu akzeptieren, schließt nicht aus, daß es differenziert ist und sogar Inkonsistenzen aufweist.<< (EPSTEIN 1984<sup>2</sup>, 33).

#### **4.2. ENTSTEHUNG DES SELBSTBILDES**

Entscheidend für die Bildung des Selbst ist zunächst das Erlernen der Objektpermanenz, welche die Bildung von Objektbegriffen und das Denken in Konstrukten ermöglicht. Dieser Lernschritt erfolgt ungefähr zwischen dem 8. und 12. Lebensmonat. Ein Jahr später, mit ca. 18 bis 24 Monaten, ist das Kind dazu in der Lage, Objekte - auch sich selbst - geistig zu repräsentieren (vgl. Kapitel 3.2.). Diese geistige Repräsentation wird - bezogen auf das Ich - deutlich in dem Wiedererkennen der eigenen Person in einem Spiegel, zu dem Kinder ab ca. 15 Monaten in der Lage

sind, und in dem Gebrauch des Personalpronomens „Ich“ mit ca. 2 Jahren (PARKER 1994, 12).

Wie bei der Beschreibung der Qualitäten des Körperbildes (Kapitel 3.3.) - insbesondere der Körperausgrenzung (Kapitel 3.3.2.) - deutlich wird, hängt die Ich-Entwicklung grundlegend mit den eigenkörperlichen Erfahrungen und dem Erleben der Körpergrenzen zusammen (vgl. auch Schwerkraftsicherheit, Kapitel 3.4.1.2.).

Die Selbstwertung und Persönlichkeitsentwicklung des Individuums wird außerdem durch mitmenschliche und gegenständliche Bezüge geprägt, die es vorgeburtlich und in den ersten Jahren der Kindheit erfährt und an denen es aktiv teilhat (vgl. MEAD 1934, COOLEY 1967<sup>2</sup>). YARROW et al. (1972) beschreiben die Bedeutung des intensiven Kontaktes des Kindes zu mehreren vertrauten Personen, da diese ihm zu einer besseren Unterscheidung zwischen sich selbst und der Außenwelt verhelfen. Durch vielfältige Stimuli differenzieren sich die kognitiven und emotionalen Strukturen des Kindes und es wird weiteren Stimuli zugänglicher (vgl. auch RAUH 1987<sup>2</sup>).

Um eine Stabilisierung des eigenen Ich, eine Selbstsicherheit, bewirken zu können, bedarf es der natürlichen Sicherheit des elterlichen Verhaltens, durch das das Gefühl der Sicherheit auf das Kind übertragen wird. Gleichzeitig gewinnt das Kind Selbst-Stabilität durch sein eigenes Tun, welches ihm Erfolgserlebnisse vermittelt. Diese Erfolgserlebnisse bedürfen ebenfalls der Bekräftigung durch die Bezugspersonen, um der Primärmotivation des Kindes weitere Anstöße zu geben und das Selbstwerterleben des Kindes zu fördern.

Das Wissen um stabile Selbst- und Objektrepräsentanzen hat innerpsychisch das Gefühl von Einheitlichkeit und Sicherheit im Sinne eines Identitätsgefühls zur Folge (vgl. JORASCHKY 1983, 316).

Mit der zunehmenden kognitiven Ausdifferenzierung des Kindes erfolgt eine zunehmende Strukturierung der Erfahrungsdaten in die Wirklichkeitstheorie (EPSTEIN 1984<sup>2</sup>). Genauere Angaben über den Beginn der Bildung der Wirklichkeitstheorie und ihrer Subtheorien macht EPSTEIN (1984<sup>2</sup>) nicht.

In Anlehnung an LECKY (1969) und KELLY (1955) geht EPSTEIN (1984<sup>2</sup>) davon aus, daß Menschen für sich die Wirklichkeit strukturieren und organisieren, indem sie fortwährend bewußt sowie unbewußt Hypothesen über sich selbst, über ihre Handlungen und Pläne und über ihre Umwelt formulieren und überprüfen. Diese Hypothesen nennt EPSTEIN (1984<sup>2</sup>) Postulate. Sie werden aufgrund emotional bedeutsamer Erfahrungen gebildet, die das Individuum im Laufe seines Lebens macht. Somit stellen Emotionen die Grundlage für die Entwicklung und Ausdifferenzierung des Selbstbildes dar. Die Postulate, die das Selbst betreffen, sind Wesensmerkmale der Selbsttheorie; sie organisieren und lenken die Denk- und Verhaltensweisen des Individuums (EPSTEIN 1984<sup>2</sup>).

#### **4.3. DIE POSTULATE DES SELBSTBILDES**

Nach EPSTEIN (1984<sup>2</sup>) unterteilen sich die Postulate des Selbstbildes gemäß der Breite ihrer Aussagefähigkeit und Bedeutung für den Menschen in Postulate höherer Ordnung und unterer Ordnung.

Postulate höherer Ordnung sind Generalisierungen emotional bedeutsamer Erfahrungen in der frühen Kindheit; sie bilden sich in der frühen Kindheit und prägen das Selbstbild. Aufgrund ihrer Generalisierung sind Postulate höherer Ordnung schwer zu beweisen. Sie wirken außerdem als sich selbst erfüllende Prophezeiungen in dem Sinne, daß der Mensch bewußt oder unbewußt Erfahrungssituationen aufsucht bzw. neue Erfahrungen gemäß seiner hohen Postulate als deren Bestätigung oder Ausnahme interpretiert. Damit sind Postulate höherer Ordnung relativ änderungsresistent, und es ist eine sehr große Anzahl emotional bedeutsamer Erfahrungen notwendig, um die frühen Erfahrungen zu widerlegen. Postulate höherer Ordnung sind z.B. „Ich bin liebenswert“ oder „Ich bin ein leistungsstarker Mensch“ oder negativ formulierte Leitsätze, wie z.B. „Ich bin nicht liebenswert“ oder „Ich kann nichts leisten“. Die Widerlegung von Postulaten höherer Ordnung hätte weitreichende Konsequenzen für das Selbstsystem, da eine Anzahl weiterer Postulate

mitbetroffen ist. Der Mensch würde seine Struktur und Orientierung verlieren.

Postulate unterer Ordnung bilden sich durch die Assimilierung weiterer neuer emotional bedeutsamer Informationen im Laufe der menschlichen Entwicklung und integrieren sich in die Postulate höherer Ordnung. Sie sind konkreter: z.B. „Ich bin ein guter Basketballer“ oder „Ich kann gut mit meiner kleinen Schwester umgehen“. Postulate unterer Ordnung können direkt überprüft werden. Eine Widerlegung führt kaum zu einer Verunsicherung des Selbstsystems, sofern nicht weitere Postulate mitbetroffen sind.

Ein Postulat höchster Ordnung ist die Art der Selbstwertschätzung bzw. des Selbstwertgefühls. Die Selbstwertschätzung oder das Selbstwertgefühl beinhaltet eine generelle Einschätzung der eigenen Person; sie bzw. es bezieht sich auf die Selbstachtung, auf Gefühle der Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit der eigenen Person - auch in Relation zu anderen Menschen - und auf Gefühle der Nützlichkeit (DEUSINGER 1986, 34).

Sobald das Kind erste Erfahrungen mit sich, insbesondere mit seinem Körper gesammelt und einen Unterschied zwischen sich und der Umwelt gespürt hat, das Selbstbild also rudimentär geformt ist, ist das Selbstwertgefühl bestimmend für die Aufrechterhaltung der Lust-Unlust-Balance.

>>Eine Person mit hohem Selbstwertgefühl hat einen liebenden Elternteil internalisiert, der stolz auf ihre Erfolge und bezüglich ihrer Mißerfolge tolerant ist. Eine solche Person hat eine optimistische Lebenseinstellung und ist fähig, äußeren Druck ohne größere Angst auszuhalten. Obwohl eine solche Person auch enttäuscht und durch spezifische Erfahrungen deprimiert sein kann, ist sie zu schneller Erholung fähig. Im Gegensatz dazu hat ein Individuum mit niedrigem Selbstwertgefühl feind-selige Eltern internalisiert, die extrem kritisch auf seine Mißerfolge reagieren und bei seinen Erfolgen nur kurzfristig Freude zeigen. Eine solche Person ist

unangemessen sensitiv für Mißerfolg und Zurückweisung, sie neigt zu geringer Frustrationstoleranz, zu längeren Erholungsphasen nach Enttäuschungen und zu einer pessimistischen Lebenseinstellung.<< (EPSTEIN 1984<sup>2</sup>, 19).

In diesem Zusammenhang sei noch einmal auf die Bedeutung der Einstellung zu dem eigenen Körper hingewiesen, die mit der Nuancierung der Selbstwertschätzung als dem wesentlichsten Postulat des Selbstbildes hoch korreliert (BIELEFELD 1986, 28; vgl. Kapitel 3.3.3.).

Wenngleich Postulate höherer Ordnung als relativ änderungsresistent beschrieben werden, wird die Erhöhung der Selbstwertschätzung von EPSTEIN (1984<sup>2</sup>, 20, 36 f) als eines der Grundbedürfnisse des Menschen bezeichnet. Die Änderungsresistenz bezieht sich demnach insbesondere auf die Erniedrigung bzw. Zurückweisung von Postulaten höherer Ordnung.

EPSTEIN (1984<sup>2</sup>) leitet das Grundbedürfnis nach Erhöhung der Selbstwertschätzung aus einer Analyse empirischer Befunde von LOSCOPILER (1977) ab. Personen mit niedriger Selbstwertschätzung reagieren in dieser Studie sowohl auf günstige als auch auf ungünstige Bewertungen ihrer eigenen Person mit relativ verhaltenen Reaktionen im Vergleich zu Personen mit hoher Selbstwertschätzung, die jeweils stark positiv-emotional bzw. stark negativ-emotional reagieren. EPSTEIN (1984<sup>2</sup>) deutet diese Verhaltensweisen der Personen mit niedriger Selbstwertschätzung als „kompromißähnliche Reaktionen“ hinsichtlich ihres Bedürfnisses nach Selbstwerterhöhung einerseits und eines zweiten Grundbedürfnisses - dem nach der Aufrechterhaltung ihres Selbstbildes (s. unten) - andererseits. Günstige Bewertungen der Personen mit niedriger Selbstwertschätzung befriedigen ihr Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung (positiv-emotionale Reaktion ist zu erwarten), sie stehen jedoch dem Bedürfnis nach Bestätigung ihres Selbstbildes entgegen (negativ-emotionale Reaktion ist zu erwarten). Die positiven und negativen Reaktionen heben sich somit gegenseitig auf. Ungünstige Bewertungen ihrer Person befriedigen zwar ihr Bedürfnis nach Konsistenz, frustrieren jedoch das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung; die positiven und



negativen Reaktionen werden wiederum neutralisiert (EPSTEIN 1984<sup>2</sup>, 37). EPSTEIN (1984<sup>2</sup>, 37) gelangt zu der Schlußfolgerung, daß im Menschen sehr wohl ein Bedürfnis nach Erhöhung der Selbstwert-schätzung existiert.

Dem Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung steht, wie oben bereits angeführt wird, ein zweites Grundbedürfnis des Menschen gegenüber: die Aufrechterhaltung der internen Konsistenz des gesamten Selbstsystems (EPSTEIN 1984<sup>2</sup>, 20, 35 f.). In der Sozialpsychologie existieren dies-bezüglich zwei unterschiedliche theoretische Positionen: die Selbstwert-theorie und die Konsistenztheorie. Die Vertreterinnen und Vertreter jeder Position führen aus, daß die jeweils andere Auffassung in ihren Ansatz unterzuordnen sei. Nach EPSTEIN (1973, 1984<sup>2</sup>) sind die Konsistenz und die Selbstwerterhöhung zwei unabhängige, gleichzeitig wirkende, menschliche Bedürfnisse (vgl. EPSTEIN 1984<sup>2</sup>, 36 f.). In einer hierar-chischen Anordnung, die EPSTEIN (1984<sup>2</sup>) abschließend nahelegt, ordnet er allerdings das Bedürfnis nach der Aufrechterhaltung der Konsistenz des Selbstbildes dem Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung über (vgl. auch Kapitel 4.5.2.2.). Der Mensch ist in erster Linie bestrebt, sein Selbstbild als Subkomplex seiner Realitätstheorie zu erhalten.

>>Normalerweise wird ein Individuum seine Realitätstheorie um jeden Preis verteidigen, da es ohne sie lebensunfähig wäre. ... Wenn dies geschieht, mag es scheinen, als handle die Person selbsterstörerisch, oder sie zeigt andere nur schwer verständ-liche Verhaltensweisen.<< (EPSTEIN 1984<sup>2</sup>, 42).

Im folgenden werden die Wirkungsweisen der beiden Grundbedürfnisse veranschaulicht.

Die Stabilität des Selbstsystems gerät durch Erfahrungen in Gefahr, die die Postulate höherer Ordnungen in Frage stellen. Das Individuum hat zwei grundsätzliche Möglichkeiten, dieser Gefahr zu begegnen.

Es kann sich einerseits dem bedrohlichen Ereignis und seiner Angst stellen, das Ereignis in seinen Erfahrungsschatz einfügen und sein Selbst-bild erweitern. Gleichzeitig wird dadurch eine Bedrohungsquelle eliminiert. Eine positive Bewältigung der Gefahr führt zu einer Erhöhung der Selbst-

wertschätzung, zu positiven Emotionen, vermehrter Spontaneität und zu einer größeren Offenheit gegenüber neuen Erfahrungen (EPSTEIN 1984<sup>2</sup>, 21 f). Im Laufe der lebenslangen Entwicklung können sich so erhebliche Veränderungen des Selbstbildes ergeben. Entsprechend der hierarchischen Anordnung der Postulate des Selbstbildes sind hierbei die Veränderungen innerhalb eines bestimmten Zeitraumes umso größer, je niedriger die Ebene der betroffenen Postulate ist; die Selbstbild-Veränderungen sind umso geringer, wenn die neuen Erfahrungen Postulate höherer Ordnungen betreffen (vgl. FILIPP 1978).

Die Person kann andererseits jedoch auch Abwehrmechanismen entwickeln, um die interne Konsistenz ihres Selbstbildes aufrechtzuerhalten und ihre Angst zu vermeiden. Abwehrmechanismen gegen Desorganisation sind die rigide Orientierung an bekannten Verhaltens- und Denkmustern und die Verleugnung, Projektion und Rationalisierung bedrohlicher Ereignisse. Diese Vorgehensweise führt zu einer Einengung des Selbstbildes, zu Angst vor neuen Erfahrungen und zu mangelnder Spontaneität (EPSTEIN 1984<sup>2</sup>, 21 f).

Somit ist der Mensch immer wieder einem „Wachstumskonflikt“ ausgesetzt.

>>Auf diese Weise ist das Individuum gefangen in einem Konflikt zwischen der Vermeidung von Angst und damit Null-Wachstum einerseits und der Tolerierung von Angst und damit fortschreitendem Wachstum andererseits.<< (EPSTEIN 1984<sup>2</sup>, 22).

Emotionen des Menschen, die auf bestimmte Ereignisse hin auftreten, wie z.B. Angst, sind damit Indikatoren - die „via regia“ - für die impliziten Postulate einer Person (EPSTEIN 1984<sup>2</sup>, 23).

Die enge Verknüpfung von Emotionen und Kognitionen zeigt sich darüberhinaus in einem weiteren Zusammenhang. Emotionen werden nicht durch die Ereignisse selbst ausgelöst, sondern durch die Interpretation der Ereignisse durch das Individuum. Ein Ereignis wird erst dann als bedrohlich erlebt, wenn eine Person der Meinung ist, sie könne Schaden erleiden.

>>Wenn wir etwa glauben, daß eine Giftschlange nicht giftig sei, haben wir keine Angst vor ihr, obwohl sie uns folgen könnte. Umgekehrt erleben wir größte Angst, wenn wir von einer ungiftigen Schlange glauben, sie sei giftig, obwohl sie uns faktisch nicht gefährlich werden kann.<< (EPSTEIN 1984<sup>2</sup>, 23).

Entsprechend verhält es sich mit Emotionen, die sich auf das Selbstbild beziehen. Diese Auffassung hat zur Entwicklung kognitiver Therapieansätze geführt, die durch Veränderungen der Kognitionen inadäquate emotionale Zustände zu beeinflussen versuchen (vgl. EPSTEIN 1984<sup>2</sup>, 23).

Es kristallisieren sich also - nach EPSTEIN (1984<sup>2</sup>) - vier Funktionen des Selbstbildes bzw. Selbstsystems heraus; der Bedeutungsgehalt der einzelnen Funktionen nimmt bei der Hierarchisierung jeweils zu. Die vier Funktionen des Selbstbildes sind:

1. die Assimilation von Erfahrungsdaten,
2. die Erlangung und Aufrechterhaltung einer günstigen Lust-Unlust-Balance,
3. die Aufrechterhaltung und Erhöhung des Selbstwertgefühls und
4. die Aufrechterhaltung der internen Konsistenz des Selbstbildes.

Somit ist die Selbsttheorie zum einen ein Erkenntnisgegenstand, indem sie Wissen über die eigene Person enthält (Pkt. 1), zum anderen fungiert

sie als erkennendes Subjekt, indem sie im Sinne der selektiven Wahrnehmung Perzeptions- und Erkenntnisprozesse steuert bzw. interpretiert (Pkt. 2, 3 und 4) (EPSTEIN 1984<sup>2</sup>, 31).

In diesem Zusammenhang ist eine weitere Funktion des Selbstbildes hinzuzufügen, auf die auch EPSTEIN (1984<sup>2</sup>) als Grundfunktion aller Theorien hinweist und die von FILIPP (1984<sup>2</sup>) präziser ausgearbeitet wird: die Funktion der Organisation von Handlungen.

>>Interne Selbstmodelle lassen sich als psychologisch sinnvolle und theoretisch wie empirisch gehaltvolle Konstruktionen nur im Rahmen einer handlungstheoretischen Betrachtung und Analyse festmachen. Sie tragen nur dann zur Verhaltensklärung bei, wenn sie als Teilbestände naiver Handlungstheorien vom Forscher thematisiert werden ...<< (FILIPP 1984<sup>2</sup>, 130).

Selbstbezogene Informationen werden nach FILIPP (1984<sup>2</sup>) in allen Phasen des Handlungsprozesses abgerufen: in der Handlungsplanung, -durchführung und -bewertung.

#### **4.4. SELBSTBILD UND UMWELT**

Wenngleich EPSTEIN (1984<sup>2</sup>) die Selbsttheorie, die Umwelttheorie und die Wechselwirkung beider Theorien als Grundlage der Realitätstheorie des Menschen beschreibt, geht er nur kurz auf die Bedeutung der Umwelt für den Menschen ein, indem er die Qualität von Reizen anspricht (EPSTEIN 1984<sup>2</sup>, 34 f). EPSTEIN (1984<sup>2</sup>) betont hier die subjektive Wahrnehmung und Interpretation von Umweltreizen durch den Menschen und die Notwendigkeit und Schwierigkeit der Analyse intra- und interindividueller Bedingungen menschlichen Verhaltens.

>>Will man im menschlichen Verhalten Regelmäßigkeit demonstrieren, muß man den vermittelnden Prozeß verstehen, mit Hilfe dessen Menschen Informationen aus der „objektiven Welt“ in eine „subjektive Erlebniswelt“ transformieren. Dies ist ein zentrales Problem der Persönlichkeitstheorien und vermutlich der gesamten Psychologie.<< (EPSTEIN 1984<sup>2</sup>, 34 f).

Einer genaueren Analyse unterwirft EPSTEIN (1984<sup>2</sup>) den Aspekt der Reizaufnahme und -transformation nicht.

FISCHER (1984<sup>2</sup>) dagegen setzt bei der Betrachtung der Umweltbedingungen für die Bildung des personalen Selbst einen deutlichen Schwerpunkt und analysiert die Person-Umwelt-Beziehung auf der Grundlage einer phänomenologischen und handlungstheoretischen Sichtweise.

>>Effizientes Handeln im Sinne einer Verwirklichung von Handlungszielen erfordert nun nicht nur Selbstperzeption und -kognition, eine Abschätzung der eigenen Handlungsmöglichkeiten, sondern auch eine zieladäquate Wahrnehmung und kognitive Verarbeitung der immer mitgegebenen Situation, also der jeweiligen Handlungsmöglichkeiten und -begrenzungen.<< (FISCHER 1984<sup>2</sup>, 49).

Auch GERGEN (1984<sup>2</sup>) weist eindrücklich auf die Bedeutung der Umwelt für das Selbstbild des Menschen hin. Seiner Meinung nach ist es unnötig, Diskrepanzen, Unstetigkeiten und Widersprüche im individuellen Selbstbild zu analysieren, >>denn dies alles ist einfach „ich selbst“<<, und die Art der Interpretation bzw. Etikettierung ist primär von den Regeln und Normen des sozialen Diskurses abhängig (GERGEN 1984<sup>2</sup>, 88 f, 92 ff; vgl. Kapitel 2.3.).

FISCHER (1984<sup>2</sup>) ordnet die Vielfalt der Person-Umwelt-Beziehungen in fünf Grundkategorien des Umwelterlebens:

1. Umwelt als externer Ort versus Umwelt als Selbst,
2. Umwelt als Quelle von Emotionen,
3. Umwelt als soziales System,
4. Umwelt als physisches System und
5. Umwelt als Handlungsraum

(FISCHER 1984<sup>2</sup>, 51 ff, 61 ff).

Diese Grundkategorien des Umwelterlebens werden im folgenden näher beschrieben.

#### 1. Umwelt als externer Ort versus Umwelt als Selbst

Die Wahrnehmung der Umwelt als externem Ort wird z.B. deutlich in dem Bereich der frühkindlichen Entwicklung. Das Kind setzt sich mit seiner Umwelt auseinander, es gelangt zu einer zunehmenden Objektivierung und Differenzierung der Umwelt und lernt mit ca. eineinhalb bis zwei Jahren, sich selbst als Person von der Umwelt abzugrenzen (PIAGET 1975, vgl. Kapitel 3.2.). Im Gegensatz dazu steht das Erleben der Umwelt als Selbst bzw. als Teil des Selbst. BOESCH (1978) beschreibt diesen Prozeß als „sekundäre Subjektivierung“: das Individuum baut emotionale Beziehungen zu Elementen und Strukturen der Außenwelt (z.B. Besitztümer, Wohnraum etc.) auf und integriert deren interne Repräsentanz in seine subjektiven Handlungsschemata (vgl. FISCHER 1984<sup>2</sup>, 52). FISCHER (1984<sup>2</sup>) führt einige Untersuchungen an, die belegen, daß es intraindividuelle Unterschiede bezüglich des Erlebens der Umwelt als externem Ort und des Erlebens der Umwelt als Selbst bzw. als Teil des Selbst gibt. Ebenso führt auch FILIPP (1984<sup>2</sup>) an, daß es Unterschiede in der individuellen kognitiven Gestaltung des Ich-Außenwelt-Bezuges gibt:

>>Offenbar gibt es unterschiedliche Formen der kognitiven Ausgestaltung des Ich-Außenwelt-Bezuges, indem Menschen in unterschiedlicher Weise Ausschnitte aus ihrer Umwelt als „Selbstaspekte“ erleben und so interindividuell variierende „Grenzziehungen“ vornehmen ...<< (FILIPP 1984<sup>2</sup>,131).

## 2. Umwelt als Quelle von Emotionen

Für manche Menschen stellt die Umwelt als Quelle von Emotionen die vorherrschende Art ihrer situativen Bezogenheit dar (FISCHER 1984<sup>2</sup>). FISCHER (1984<sup>2</sup>) beschreibt den emotionalen Gehalt der Umwelt in Anlehnung an MEHRABIAN und RUSSELL (1974) in drei bipolaren Dimensionen, deren Pole zum einen als „Lust - Unlust“, zum zweiten als „hohe Aktivierung - niedrige Aktivierung“ und zum dritten als „Dominanz - Unterwürfigkeit“ bezeichnet werden (FISCHER 1984<sup>2</sup>, 54). Situationen können demnach dadurch unterschieden werden, in welchem Maße sie als lustvoll, aktivierend und kontrollierbar erlebt werden und zu welchen Verhaltenstendenzen sie bei unterschiedlichen Personen führen (z.B. Wunsch, in der Situation zu verbleiben, sie zu explorieren, in ihr Sozialkontakt aufzunehmen).

## 3. Umwelt als soziales System

Stellt für manche Menschen die Umwelt als Quelle von Emotionen ihre primäre situative Bezogenheit dar, so ist es für andere Menschen die Umwelt als soziales System. Die soziale Umwelt (Personenorientierung) steht im Gegensatz zur physischen Umwelt (Dingorientierung) (s. Pkt. 4). FISCHER (1984<sup>2</sup>) merkt in diesem Zusammenhang kritisch an, daß eine Person, die sich (fast) ausschließlich auf die soziale Dimension der Umwelt bezieht, um ihre persönliche Identität und Kontinuität zu gewährleisten, und die physische Dimension außer Acht läßt, weniger flexibel und in ihren Handlungsmöglichkeiten und ihrem Kompetenzerleben eingeschränkt ist (FISCHER 1984<sup>2</sup>, 55).

GERGEN (1984<sup>2</sup>, 82 f) beschreibt im Gegensatz dazu die Personenorientierung als unabdingbare Notwendigkeit des Selbstbildes bzw. der Selbsterkenntnis. Aus der Tatsache, daß der Mensch ein soziales Wesen ist, ergeben sich für ihn zwei Grundbedingungen: das Individuum wird zum einen durch das Sozialgefüge unterstützt, zum anderen wird das Individuum durch das Sozialgefüge kontrolliert. Es bezieht i.d.R. neben der Selbstbeobachtung immer auch die Fremdbeobachtung seiner Mitmenschen für die Konstitution und Prüfung seines Selbstbildes mit ein. Durch die ständige Konfrontation mit einer

Vielzahl unterschiedlicher Reize, deren kurzfristige Interpretation für das Individuum allein nicht möglich ist, strebt es nach Orientierung durch die Interpretationen seiner Mitmenschen. Gleichzeitig kann das Versäumnis, die Meinungen der Mitmenschen einzubeziehen, zur sozialen Ablehnung des Einzelnen führen.

Aber nicht nur in komplexen Reizsituationen ist das Individuum auf sein Sozialgefüge angewiesen; grundsätzlich erhält jede Handlung, jedes Verhalten ihre konzeptuelle Bedeutung erst aufgrund ihrer sozialen Bewertung.

>>Wie schon BECKER (1963) betonte, kann eine identische Verhaltensweise in Abhängigkeit von der jeweiligen Subkultur als „abweichend“ oder „normgerecht“, als „Verbrechen“ oder „Heldentat“ bezeichnet werden.<< (GERGEN 1984<sup>2</sup>, 83).

#### 4. Umwelt als physisches System

Wie unter Punkt 3 bereits erwähnt wird, weist FISCHER (1984<sup>2</sup>) darauf hin, daß das Verständnis der Umwelt als soziales System und die Vernachlässigung physischer Umweltbedingungen für den Menschen eine geringere Handlungsflexibilität zur Folge hat und eventuell den Aufbau eines stabilen Selbst erschwert.

>>Wer sich in der Auseinandersetzung mit der Umgebung in erster Linie von sozialen Schemata leiten läßt, dürfte nicht nur in bezug auf Selbstkonzeption bestimmte Kategorien bevorzugen, sondern in seiner „Blindheit“ gegenüber räumlich-dinglichen Verteilungen und Strukturen, die SOMMER (1972) als „design unawareness“ umschrieben hat, eine Vielzahl von Handlungsmöglichkeiten nicht erkennen und in seinem Kompetenzerleben in spezifischer Weise eingeschränkt sein.<< (FISCHER 1984<sup>2</sup>, 55).

Die räumlich-materielle Beschaffenheit der Umwelt stellt nach FISCHER (1984<sup>2</sup>) grundsätzlich eine Randbedingung der Selbstkonzeption dar, da die Selbstentwicklung und -verwirklichung durch räumlich-materielle Bedingungen beeinflusst werden (FISCHER 1984<sup>2</sup>,



61). Als Konkretisierung führt FISCHER Untersuchungen von ADAMS (1970) und SCHWEBEL und CHERLIN (1972) an, in denen Zusammenhänge zwischen dem räumlichen Arrangement eines Klassenzimmers bzw. der Sitzordnung und dem Kommunikationsgeschehen in der Klasse nachgewiesen werden. Nach ADAMS (1970) wird ein Schüler mit umso geringerer Wahrscheinlichkeit in die Kommunikation der Klasse einbezogen, je weiter sich sein Sitzplatz an der Peripherie des Klassenzimmers befindet. Parallel dazu begibt sich ein Lehrer mit geringerer Wahrscheinlichkeit in die Nähe von peripheren Sitzplätzen. SCHWEBEL und CHERLIN (1972) finden heraus, daß Schüler, die in den vorderen Reihen sitzen, im Vergleich zu denjenigen in mittleren und hinteren Reihen sowohl von Lehrern und Mitschülern positiver bewertet werden, als daß sie auch sich selbst als aufmerksamer, weniger störend und sympathischer beschreiben. Allerdings zeigt sich auch, daß das positive Selbstbild des einzelnen Schülers nur partiell mit dem jeweiligen Fremdbild der Lehrer und Mitschüler korrespondiert (vgl. FISCHER 1984<sup>2</sup>, 61).

Die Bedeutung der physischen Umwelt für das individuelle Selbstbild ist ebenfalls in anderen Situationen nachzuvollziehen: die Lebensbedingungen von Rollstuhlfahrerinnen und Rollstuhlfahrern werden z.B. durch die vielfältig anzutreffenden architektonischen Barrieren beeinträchtigt, die Lebensbedingungen im unteren sozialen Milieu sind durch geringe finanzielle Ressourcen, schlechte Wohnsituationen etc. geprägt.

##### 5. Umwelt als Handlungsraum

Nach FISCHER (1984<sup>2</sup>) wird die Umwelt von manchen Menschen primär als eine Vereinigung von Handlungsmöglichkeiten und -begrenzungen erlebt, die ihre Selbstverwirklichung bestimmen. Unter spezifischen Bedingungen rückt dieser Erlebnismodus bei allen Menschen in den Vordergrund, etwa dann, wenn die Umwelt als bedrohlich wahrgenommen wird und Handlungen irgendwelcher Art (Assimilation, Akkomodation, Vermeidung etc.) unausweichlich notwendig werden (vgl. FISCHER 1984<sup>2</sup>, 56). Laut FISCHER (1984<sup>2</sup>) fehlen jedoch bislang Forschungsergebnisse zu der Frage, inwieweit mit einem

präferierten Verständnis der Umwelt als Handlungsraum bestimmte Modi der Selbstbildkonstruktion, z.B. in Form eines offenen zielgerichteten Verhaltens, einhergehen.

Wenngleich mehrmals auf eine Präferenzierung einzelner Kategorien für den Umweltbezug von Menschen hingewiesen wird, ist jedoch ebenfalls davon auszugehen, daß für einen Menschen alle genannten Kategorien wirksam sind und sich lediglich in bestimmten Situationen Präferenzen ergeben können.

Nach der Darstellung der theoretischen Grundlagen des Selbstbildes, der Entwicklung und Postulate des Selbstbildes und der Beziehungen zwischen Selbstbild und Umwelt wird im weiteren nun die Situation körperbehinderter Menschen im Hinblick auf ihre Selbstbilder erörtert.

#### **4.5. SELBSTBILD UND KÖRPERBEHINDERUNG**

Die Diskussion der Bedingungen des Selbstbildes bzw. der Selbstfindung körperbehinderter Menschen geschieht zunächst im Hinblick auf neuropsychologische Aspekte. Anschließend erfolgt eine Analyse der Bedingungen zur Selbstfindung körperbehinderter Menschen und eine Erörterung verschiedener Strategien und Gegebenheiten zur Aufrechterhaltung der Selbstwertschätzung.

#### 4.5.1. Neuropsychologische Aspekte

Da viele körperliche Behinderungen durch hirnrorganische Schädigungen bedingt sind, werden hier zunächst neuropsychologische Aspekte erörtert.

Die Grundthese der Neuropsychologie besagt, daß das zentrale Nervensystem die Grundlage allen Verhaltens und Erlebens bildet. Dieser These kann in ihrer Ausschließlichkeit nicht zugestimmt werden. Verhalten und Erleben muß vielmehr als das Ergebnis eines multifaktoriellen Zusammenwirkens von bestehenden biologischen Faktoren, den davon abhängigen individuellen Entwicklungsbedingungen und den sozialen Gegebenheiten verstanden werden. Das existentielle So-Sein eines Menschen kann nicht allein als aus einer hirnrorganischen Schädigung ableitbar verstanden werden (vgl. SHAFFER 1985, SPIEL 1982<sup>2</sup>, LURIJA 1963).

Dennoch hat eine hirnrorganische Schädigung in jedem Fall eine Irritation der psychophysischen Situation des Menschen zur Folge. Es bestehen außerdem empirisch nachgewiesene Zusammenhänge zwischen der hirnrorganischen Lokalisation einer Schädigung, vorausgesetzt diese ist eindeutig und massiv, und sensorischen, motorischen, kognitiven und emotionalen Funktionsstörungen (vgl. SPIEL 1982<sup>2</sup>). So listet z.B. SPIEL (1982<sup>2</sup>) drei hirnrorganische Syndrome auf:

1. das Zwischenhirnsyndrom, bei dem psychiatrische Auffälligkeiten wie Störungen des Trieblebens, sexuelle Enthemmung und Aggressionsüberschüsse zu verzeichnen sind,
2. das Orbitalhirnsyndrom, bei dem sich eine „eigenartige euphorisch-läppische Geschwätzigkeit“, geringe Stetigkeit, Oberflächlichkeit und Unangepaßtheit im Verhalten, ein herabgesetztes Verantwortungsbewußtsein und eine starke Reizbarkeit zeigen, und
3. das Stammhirnsyndrom, das für eine emotional-affektive Labilität mit wechselnden stumpf apathischen und reizbar aufbrausenden Gemütsverfassungen verantwortlich ist

(SPIEL 1982<sup>2</sup>, 191).

DACHENEDER (1989) weist auf die Bedeutung der Hemisphären-dominanz und der Lateralität verschiedener Funktionen hin. Empirische Untersuchungen bei rechtshemiplegischen Kindern (linkshemisphärische Störung) ergeben regelmäßige Sprachauffälligkeiten im Hinblick auf einen zurückhaltenden und einfachen Sprachgebrauch. Im Bereich der praktischen Gestaltung dagegen werden bei diesen Kindern keine Beeinträchtigungen nachgewiesen. Entgegengesetzte Beobachtungen werden bei Kindern mit rechtshemisphärischen Schädigungen gemacht. Im sprachlichen Bereich neigen sie zu überhöhtem Redefluß, während sie bei aktiv-eigenständigen Gestaltungen Unbehagen und ausweichendes Verhalten zeigen (DACHENEDER 1989, 215 ff).

Für den Bereich der Emotionalität verweist DACHENEDER (1989, 217 f) auf verschiedene neuropsychologische Befunde, die er durch eigene Untersuchungen bekräftigt. Theoretisch bezieht er sich dabei auf die Annahme von NATALE et al. (1983), die besagt, daß die rechte Hemisphäre für eine schnelle und korrekte emotionale Beurteilung verantwortlich ist, während die linke Hemisphäre für eine „optimistische“ Verschiebung der emotionalen Bewertung sorgt. Bei einer unbeschädigten integrierten Hirnfunktion besteht eine Balance und ein Austausch zwischen diesen Verarbeitungsformen (DACHENEDER 1989, 218). So beobachtet GOLDSTEIN (1939) bei linkshemisphärisch geschädigten Menschen häufig auftretende sogenannte „catastrophic reactions“, wie Stress, Ängstlichkeit, Weinen, Aggressivität und Depressivität. „Katastrophenreaktionen“ beschreibt auch KOHUT (1975). Er führt sie jedoch psychoanalytisch auf eine schwere narzißtische Kränkung zurück, die durch die von dem Betroffenen selbst wahrgenommenen kognitiven Defekte ausgelöst wird, die - so KOHUT (1975) - einen Eingriff in das intimste Eigentum des Menschen darstellen (vgl. BITTNER 1989, 230). Dieses Beispiel ist ein Beleg dafür, daß insbesondere für emotionale Auffälligkeiten nicht eindeutig bestimmt werden kann, inwieweit die physischen Gegebenheiten allein ursächlich verantwortlich sind. Die Komplexität menschlichen Lebens verhindert eine reduzierte Zugangsweise zu einzelnen Lebensbereichen und erfordert stets eine multifaktorielle Sichtweise (s. unten). In Ergänzung zu GOLDSTEIN (1939) berichten HÉCAEN et al. (1951) bei Menschen mit rechtshemisphärischen

Schädigungen von „indifference reactions“, „emotionaler Verflachung“, bzw. von einer Tendenz zu emotionaler Vergröberung, d.h. einer Neigung zu dysphorischem und euphorischem Verhalten, das sprunghaft und unvermittelt auftreten kann. Ferner werden bei Menschen mit rechts-hemisphärischen Störungen von ROSS (1981) mangelnde Fähigkeiten zur Erfassung und Produktion des emotionalen Gehalts in der Sprache (Aprodosien) und von ELLIS (1983) Probleme bei der Differenzierung des emotionalen Gehaltes eines Gesichtsausdrucks nachgewiesen.

SCHLACK (1978) stellt fest, daß das Aktivationsniveau von Kindern mit Hirnschädigungen sowohl geringer als auch weniger variabel ist als das Aktivationsniveau nichtbehinderter Kinder. Er führt dies auf eine neurophysiologisch bedingte mangelnde Fähigkeit zur Aktivationsmodifikation, zur selektiven Inhibition zurück, d.h. die Kinder sind nicht in der Lage, ihre allgemeine Aktivierung zugunsten einer spezifischen Aktivierung zu reduzieren (SCHLACK 1978, 121, 123). Das Aktivationsniveau wird von SCHLACK (1978, 119) als charakteristisch für ein Individuum im Hinblick auf seine Persönlichkeit und seine Intelligenzleistung beschrieben.

Die dargestellten neurophysiologischen Gegebenheiten differenzieren in ihren Ausprägungen von minimal über medial bis hin zu maximal und können eine geringere Adaptationsfähigkeit zur Folge haben. Nach PIAGET (1975) bezeichnet Adaptation die Fähigkeit der Wahrnehmungsverarbeitung und der sensomotorischen Koordination. Auf diesen Fähigkeiten bauen die kognitiven Leistungen auf. Der Prozeß der Adaptation bewirkt die Entwicklung zunehmend differenzierterer und komplexerer Antworten auf Reize und damit die Vergrößerung des Verhaltensrepertoires (SCHLACK 1988, 197). Im Gegensatz dazu führt die mangelnde Adaptationsfähigkeit von Menschen mit Hirnschädigungen zu häufig zu beobachtenden Verhaltensstereotypen und -perseverationen (SCHLACK 1988, 197).

Somit ist es möglich, daß Erfahrungsdaten in quantitativer und qualitativer Hinsicht nur unzureichend in das Selbstbild aufgenommen werden.

Neben den motorischen und kognitiven Funktionen können gleichermaßen die emotional-affektiven Funktionen von der geringeren Adapta-

tionsfähigkeit bei Menschen mit hirnrorganischen Schädigungen betroffen sein (s. oben). SPIEL (1982<sup>2</sup>, 190) spricht von einer gestörten Modulationsfähigkeit im affektiven Bereich. Apathische und affektreiche Verhaltensweisen können jeweils inadäquat auftreten.

Darüberhinaus können die beschriebenen Funktionsbeeinträchtigungen und Verhaltensweisen insbesondere im sozialen Kontext zu Kommunikations- und Interaktionsstörungen führen, die wiederum für den betroffenen Menschen negative Einstellungs- und Verhaltensmuster zur Folge haben und auf das Selbstbild nachteilig wirken können.

Neuropsychologische Erklärungen können jedoch nicht allein zur Beschreibung und zum Verständnis von Menschen mit hirnrorganischen Schädigungen herangezogen werden - sie führen zu einer reduzierten Sichtweise des Menschen. Die Vielschichtigkeit menschlichen Lebens beansprucht eine gleichermaßen vielschichtige Sichtweise, die einzelne Erklärungsversuche - biologische, psychologische und soziologische - integriert.

Im weiteren werden psychologische und pädagogische Zugangsweisen zu der Beziehung zwischen Körperbehinderung und Selbstbild herausgearbeitet.

#### **4.5.2. Selbstfindung unter der Bedingung einer körperlichen Behinderung**

Die Beziehungen zwischen einer körperlichen Behinderung und dem Selbstbild des betroffenen Menschen werden insbesondere unter dem Aspekt des Prozesses der Selbstfindung erörtert. Es werden dazu viele Belege herangezogen, die sich mit der Situation von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen mit angeborenen oder früh erworbenen körperlichen Behinderungen beschäftigen. Menschen mit später erwor-

benen körperlichen Beeinträchtigungen sind jedoch in die Überlegungen miteinbezogen, da davon ausgegangen wird, daß bezüglich der Selbstfindung nach dem Eintritt der Beeinträchtigung die posttraumatische Situation mit der Situation von Menschen mit angeborenen oder früh erworbenen Behinderungen vergleichbar ist. Eine genauere Diskussion der Vergleichbarkeit bzw. Unterschiedlichkeit hinsichtlich der Selbstbilder von Menschen mit angeborenen oder früh erworbenen und später erworbenen körperlichen Beeinträchtigungen wird in den Kapiteln 8 und 9 vorgenommen.

#### 4.5.2.1. Geschädigter Körper - behindertes Selbst ?

In der Körperbehindertenpädagogik existieren zwei divergierende Thesen zu der Beziehung zwischen einer körperlichen Behinderung und der menschlichen Persönlichkeit (vgl. u.a. LUSSIER 1960 und NIEDERLAND 1965). LUSSIER (1960) vertritt die Meinung, daß eine angeborene körperliche Beeinträchtigung a priori keinen störenden Einfluß auf das Selbsterleben des Kindes hat, sondern daß eine mögliche Beeinträchtigung der Persönlichkeit durch die Reaktionen der Umwelt, insbesondere der Eltern, bedingt ist.

>>Die Grundthese LUSSIERs lautet: der Körper, den ein Mensch von Geburt aus hat, wie beschädigt er auch immer sein mag, ist die Basis seines Selbstgefühls - er nimmt sich selber so, wie er ist, und so wie er ist, will er von den anderen angenommen sein. Die Frage nach einem „anderen“ Körper stellt sich gar nicht.<< (BITTNER 1989, 229).

Im Gegensatz dazu konstatiert NIEDERLAND (1965), daß eine angeborene oder früh erworbene körperliche Beeinträchtigung grundsätzlich einen störenden Einfluß auf die Persönlichkeit hat, indem durch eine narzißtische Kränkung der behinderte Körper nur schwer in das Selbstbild integriert werden kann.

>>...: jeder angeborene oder früh erworbene Körperschaden bedeute per se ein schweres Hindernis, den Körper positiv narzißtisch zu besetzen.<< (BITTNER 1989, 229).

LEYENDECKER (1986) bezeichnet NIEDERLANDs These, die ebenso von WÜRTZ (1921) vertreten wird, als oberflächlich, gefährlich und stigmatisierend. Auch WEGENER (1959) kommt nach der Sichtung verschiedener Theorien zu der Frage, ob eine körperliche Schädigung zwangsläufig charakteristische seelische Reaktionen auslöst, zu dem Schluß, daß nur wenige Autorinnen und Autoren der Körperbehinderung einen imperativen Charakter zuerkennen. Die meisten betonen die Bedeutung der gesamten Persönlichkeit und vor allem die Bedeutung des Verhaltens der Umwelt.

Das unterschiedliche Erleben einer eigenen körperlichen Behinderung ist in einem engen Zusammenhang mit den frühkindlichen und weiteren Entwicklungsbedingungen der betroffenen Menschen zu verstehen. Sowohl bei der Beschreibung des Körperbildes als auch bei der Beschreibung des Selbstbildes wird nachdrücklich auf die Bedeutung der nahen Bezugspersonen hingewiesen. Die Akzeptanz des Kindes in seinem So-Sein durch nahe Bezugspersonen erleichtert die positive Auseinandersetzung des Kindes mit seinem Körper und sich selbst. Um eine Selbstsicherheit des Kindes zu erwirken, bedarf es der natürlichen Sicherheit des elterlichen Verhaltens. Es ist daher eher davon auszugehen, daß es sich bei einem sogenannten „Niederland-Kind“ nicht um eine ursprünglich narzißtische Kränkung handelt, unter der das Kind leidet, sondern daß vielmehr ein negatives Fremdbild, das ein behindertes Kind durch die nahen Bezugspersonen vermittelt bekommt, das eigene problematische Selbstbild verursacht (vgl. G. JANSEN 1983). Die Problematik zur Ausbildung einer gelungenen Identität körperbehinderter Menschen wird hier deutlich als ein vordringliches Problem der Selbstbilder der nicht behinderten Menschen (vgl. u.a. BLEIDICK 1994; U. HAEBERLIN 1978, 1985; KNOP 1988<sup>3</sup>; SAAL 1992; SIEGENTHALER 1993).

Neben den Bedingungen der nahen sozialen Umwelt ist für die Ausbildung des Selbstbildes gleichermaßen das eigene Tun von Bedeutung,



durch das dem Kind Erfolgserlebnisse vermittelt werden. Erfolgserlebnisse sind die Voraussetzung für die Erhaltung der Primärmotivation, sich selbst und die Welt zu erkunden und emotionale und kognitive Strukturen ausbilden zu können. Körperbehinderte Kinder sind in diesem Bereich der Eigenaktivität im Vergleich zu nichtbehinderten Altersgenossen eingeschränkt. Daher muß es die Aufgabe der am Erziehungsprozeß Beteiligten sein, dem Kind zum einen Hilfestellungen zur eigenaktiven Erkundung zu geben und es zum anderen in seinem Tun zu bekräftigen.

#### 4.5.2.2. Strategien und Gegebenheiten zur Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls

Nachdem herausgestellt ist, daß von einer körperlichen Schädigung nicht direkt auf eine psychische Behinderung geschlossen werden kann, sondern daß für die Ausbildung des Selbst Entwicklungs- und Umweltbedingungen von ausschlaggebender Bedeutung sind, werden im folgenden pädagogisch-psychologische Aspekte und die Möglichkeiten und Strategien betroffener Menschen für eine positive Auseinandersetzung mit ihrer Behinderung erörtert. Die dabei zum Tragen kommenden „Strategien zur Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls“ verdeutlichen die in Kapitel 4.3. genannten Funktionen des Selbstbildes nach EPSTEIN (1984<sup>2</sup>) und FILIPP (1984<sup>2</sup>): die Assimilation von Erfahrungsdaten, die Erlangung und Aufrechterhaltung einer günstigen

Lust-Unlust-Balance, die Aufrechterhaltung und Erhöhung des Selbstwertgefühls, die Aufrechterhaltung der internen Konsistenz des Selbstbildes und die Organisation von Handlungen.

So beschreibt LEYENDECKER (1992b) das Ausblenden der Behinderung als eine Strategie, die eine Integration des behinderten Körpers in das Selbst ermöglicht. Er spricht sich gegen die Annahme aus, daß die Bewältigung einer Behinderung als ein abgeschlossener Vorgang verstanden werden kann. Diese Annahme wird von SAFILIOS-ROTHSCHILD (1976) unterstützt, indem sie beispielhaft folgende Selbstbeschreibung einer Krankenschwester mit einer Behinderung anführt:

>>The following self-definition of a disabled professional nurse also speaks quite eloquently, this time with a voice of protest: After much thought I began to understand why I felt insulted and angry at the request to „accept your dissability“. Acceptance implies the result of a choice with the option to refuse. We are not injured or deseased and handicapped by choice. Why should we be made to feel obligated to accept? Searching, learning and trying for the new and better come through dissatisfaction with what is, not acceptance. For lack of a better word, I use cope as a more positive term. It denotes a continuous struggle with some hope of a success on a long list titled „I can do“.

In coping, my self-set goals are often higher than those that others would set for me. I often achieve my goals because I cannot accept the restriction of those standardized and imposed ones. But it seems strange to me that, when I succeed, I am commended for „accepting my disability so well“. Accept my disability? Never. ...<< (SAFILIOS-ROTHSCHILD 1976, 46 f).

Die Auseinandersetzung mit einer Behinderung wird hier als ein stetiger Prozeß beschrieben, eine Akzeptanz von Behinderung als ein letztendlicher Akt wird abgelehnt.

LEYENDECKER (1992b) ist gleichermaßen der Meinung, daß es bei der Auseinandersetzung mit einer Behinderung kein Endprodukt im Sinne einer letztendlichen Akzeptanz geben kann. Er differenziert verschiedene Einstellungs- und Verhaltensweisen: die Sensibilisierung auf die körperliche Schädigung und die Unterdrückung derselben.

Die Verdrängung oder das Ausblenden der Behinderung stellt - so LEYENDECKER (1992b) - für den betroffenen Menschen ein Mittel zur Anpassung an und in die Umwelt dar, indem sich der bzw. die Betroffene vor bedrohenden, belastenden und verletzenden Erlebnissen, sowohl psychischer als auch sozialer Natur, schützt. Somit kommt der Verdrängung eine durchaus sinnvolle Funktion zu, da durch sie erst eine Anpassung möglich ist (LEYENDECKER 1992b, 54).

LEYENDECKER (1992b) beschreibt die Verdrängung einer Behinderung außerdem als eine Art der selektiven Wahrnehmung bzw. Interpretation des Wahrgenommenen und damit - solange die Realität nicht in Form von Verleugnung und neurotischer Fehlwahrnehmung zu stark verzerrt wird - als ein legitimes Mittel zum Schutz des Selbstwertgefühls und der personalen Identität (LEYENDECKER 1992b, 56).

Die Aufrechterhaltung der internen Konsistenz des Selbstbildes wird in Kapitel 4.3. als ein Grundbedürfnis des Menschen beschrieben. Es wird aber auch darauf hingewiesen, daß dauernde Abwehrmechanismen zu einer Einengung des Selbstsystems, zu Angst vor neuen Erfahrungen und zu mangelnder Spontaneität führen. Daher ist es für die Ausbildung eines befriedigenden Selbstbildes notwendig, einer ausschließlichen Verdrängung von Behinderung entgegenzuwirken. Für LEYENDECKER (1992b) wird dies durch ein „ausgewogenes Hin- und Herpendeln“ zwischen Verdrängung und Sensibilisierung der Behinderung erreicht.

>>Der Mensch mit einer Körperschädigung ist überwiegend auf eine optimistische Haltung angewiesen, mit der er auch manche Einschränkung übersehen kann - gelegentlich benötigt er aber auch ein tiefes, sensibles Eintauchen in die Probleme seiner körperlichen Schädigung, seiner sozialen Stigmatisierung und gesellschaftlichen Isolation. Erst aus beiden gewinnt er die Kraft, selbstbewußt sein Leben zu gestalten und

sich mit einer ihm nicht immer wohlwollenden Umwelt auseinandersetzen zu können.<< (LEYENDECKER 1992b, 56).

LINDENMEYER (1983) spricht im Zusammenhang mit der Verdrängung von Behinderung von einer notwendigen schrittweisen Informationsverarbeitung, einer sukzessiven Behinderungsbewältigung (LINDENMEYER 1983, 126 ff). Informationen, die für das Selbstbild zu diskrepant und daher für die interne Konsistenz zu bedrohlich sind, werden aus der Wahrnehmung herausgefiltert, so daß die „gereinigten“ Informationen in das Selbstbild integriert werden können. Es können zunächst nur Postulate unterer Ordnung einer Veränderung unterworfen werden, da diese das grundsätzliche Selbstbild nicht erschüttern; für eine Ausweitung des Selbstbildes sind damit jedoch die Voraussetzungen geschaffen. In den nächsten Schritten ist es für den betroffenen Menschen möglich, weniger stark gefilterte Informationen, die die Postulate höherer Ordnung betreffen, zu assimilieren und in sein Selbstbild zu integrieren (vgl. EPSTEIN 1984<sup>2</sup>).

Ob Verdrängung und Sensibilisierung als wechselnde Strategien einer lebenslangen Auseinandersetzung mit einer Behinderung wirken, wie LEYENDECKER (1992b) es beschreibt, oder ob Verdrängungen durch Sensibilisierungen abgelöst werden, wie LINDENMEYER (1983) ausführt, kann hier nicht entschieden werden. Empirische Ergebnisse können hierzu weitere Aufschlüsse geben (vgl. auch Kapitel 4.6.). Wichtig ist jedoch, Verdrängungen, die i.d.R. negativ bewertet werden, als natürliche und für das Selbstbild existentiell notwendige Strategien zu begreifen.

Mit der Verdrängung einher geht die Verlagerung der „existentiellen Sichtweise“ mancher körperbehinderter Menschen, die LEYENDECKER an anderer Stelle explizit ausführt (LEYENDECKER 1985). Es läßt sich beobachten, daß körperbehinderte Menschen ihre Aktivitäten insbesondere auf geistige und sozial-kommunikative, also „körper- und selbstferne“ Ebenen verlagern. Einerseits beschreibt LEYENDECKER (1992b) diese Verlagerung für Menschen mit einer körperlichen Behinderung als eine sehr positive Strategie:

>>Viele Behinderte entdecken dabei wertvolle persönliche Fähigkeiten und finden zu positiven Selbstdarstellungen.<<  
(LEYENDECKER 1992b, 55 f).

Andererseits verweist er mit einem Zitat von HOBRECHT (1981), in dem der selbst körperbehinderte Autor von einem Freund wie folgt charakterisiert wird, auf die negativen Seiten dieses Verhaltens hin:

>>Fährst wie ein Irrer durch die Gegend, besuchst tausend Leute, erzählst, hast den kennengelernt und den, hast dies Tolle gemacht und jenes. Und was biste: voller Angst und Nerverei. Ich hab Angst, auch so gehetzt zu werden, wenn ich mich engagieren würde. Manchmal denke ich bei Deinen Reden, Du quatscht von Gesellschaftsveränderung, ... weil Du Angst hast, hier und jetzt zu leben: Deine Unsicherheiten einzugestehen und das Beste draus zu machen. ... Dein Kampf hat etwas mit Krampf zu tun.<< (HOBRECHT 1981, 143; vgl. LEYENDECKER 1985, 6).

Genauere Beispiele bzw. Hinweise für Verdrängungen und Verlagerungen liefert eine Studie zur Identitätsfindung körperbehinderter Jugendlicher und junger Erwachsener, die G. JANSEN und LEYENDECKER (1987) durchgeführt haben. Diese Untersuchung wird im folgenden aufgrund ihrer theoretischen und methodischen Nähe zur vorliegenden Arbeit ausführlicher dargestellt.

G. JANSEN und LEYENDECKER (1987) beziehen in ihre Erhebung 55 körperbehinderte und 103 nichtbehinderte Personen im Alter zwischen 16 und 23 Jahren ein. Die körperbehinderten Probandinnen und Probanden sind alle frühbehindert, d.h. ihre körperlichen Schädigungen sind prä-, peri- oder postnatal bis zum ersten Lebensjahr eingetreten. Bei den Schweregraden der Behinderungen unterscheiden die Autoren zwischen schweren Körperbehinderungen (Notwendigkeit personaler und technischer Hilfen) und leichten Körperbehinderungen (keine Notwendigkeit personaler und technischer Hilfen). Die Daten zur Identitätsfindung

werden mittels Fragebögen, Interviews und experimentellen Methoden zur Untersuchung spezieller Wahrnehmungsprozesse (Blickbewegungsaufzeichnungen, Tachistoskopien, Ermittlung psychogalvanischer Hautreflexe) erhoben.

Im Bereich der Fragebogenerhebung werden den Versuchspersonen Fragebögen zum Selbstkonzept dargeboten, die sich aus Items zum Selbstgefühl (Eigenwert, Eigenmacht, soziale Geltung, Behinderung), zum Aussehen und zur Leistungsfähigkeit und aus Items zur intrapersonalen Kommunikation (zufriedene -, ermutigende -, unzufriedene - und entmutigende Selbstkommunikation und Selbstkommunikation negativen psychischen Befindens) zusammensetzen (G. JANSEN / LEYENDECKER 1987, 258 ff). Unter dem Bereich „Behinderung“ als Teil des Bereiches „Selbstgefühl“ sind Aussagen zur sozialen Stellung körperbehinderter Menschen und zu ihrer sozialen Anpassung im Sinne einer Kaschierung von Behinderung zusammengefaßt (G. JANSEN / LEYENDECKER 1987, 261).

Im folgenden werden unter den Aspekten „Geringschätzung des äußeren Erscheinungsbildes“, „Geringschätzung der Behinderung im sozialen Kontext“, „Unzufriedenheit“ und „Differenzen der Selbst- und Fremdeinschätzung“ einige der im Rahmen der Fragebogenerhebung und der Interviews ermittelten Strategien und Gegebenheiten der Selbstfindung körperbehinderter Menschen vorgestellt.

#### 4.5.2.2.1. *Geringschätzung des äußeren Erscheinungsbildes*

Die Selbstwertschätzung und die erlebte Eigenmacht der körperbehinderten Probandinnen und Probanden ist umso höher, je geringeren Wert sie dem äußeren Erscheinungsbild beimessen. Bei den nichtbehinderten Versuchspersonen zeigt sich eine hohe Korrelation zwischen positiv gefärbten Selbstgesprächen und einer geringen Bewertung des Aussehens. G. JANSEN und LEYENDECKER (1987) bewerten diese Ergebnisse zwar als ähnlich, weisen allerdings auf den Unterschied in der Tiefe der Bedeutungen hin: bei den körperbehinderten Probandinnen und Probanden berührt das äußere Erscheinungsbild den Eigenwert der Person, während das Aussehen bei den nichtbehinderten Versuchspersonen „nur“ in Beziehung zu der Selbstkommunikation steht (G. JANSEN / LEYENDECKER 1987, 270 f). Die Autoren interpretieren die Geringschätzung des äußeren Erscheinungsbildes als eine „Abwehr-Strategie“ zur Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls (Wahrnehmungsabwehr, vgl. Kapitel 5.1.) (G. JANSEN / LEYENDECKER 1987, 408 ff).

>>Dadurch wird eindrucksvoll belegt, daß Körperbehinderte durch eine geringe Bewertung des äußeren Erscheinungsbildes ihre Selbstwertschätzung und ihr aktives Selbstbewußtsein aufrecht erhalten; wird umgekehrt dem Äußeren großer Wert beigemessen, dann führt dies wohl unausweichlich zur Erniedrigung von Selbstwert und Selbstbewußtsein.<< (G. JANSEN / LEYENDECKER 1987, 271).

#### 4.5.2.2.2. *Geringschätzung der Behinderung im sozialen Kontext*

Es wird ebenso eine hohe Korrelation zwischen den Skalen „Behinderung“ und „Aussehen“ ermittelt. Bei den körperbehinderten Versuchspersonen zeigt sich neben der geringen Bewertung des Aussehens gleichzeitig eine geringe Bedeutung von Behinderung im sozialen Kontext. Dieses weist - entsprechend der Hypothese der Wahrnehmungsabwehr von G. JANSEN und LEYENDECKER (1987) - auf eine Kaschierung bzw. Bagatellisierung von Behinderung bei den körperbehinderten Probandinnen und Probanden hin (G. JANSEN / LEYENDECKER 1987, 399, 408 ff).

An anderer Stelle weisen G. JANSEN und LEYENDECKER (1987) jedoch auch auf eine andere Erklärung der unterschiedlichen Gewichtung hin, die die körperbehinderten und die nichtbehinderten Probandinnen und Probanden einer Behinderung beimessen. Demnach folgen die nichtbehinderten Probandinnen und Probanden dem Stereotyp des „armen, benachteiligten Behinderten“, des Menschen mit einer beschädigten Identität (GOFFMAN 1967), während sich die Betroffenen selbst bewusst gegen diese soziale Identität wehren - sie verdrängen (vgl. LEYENDECKER 1992b, 54, 56) - und für sich die „Normalität“ fordern (G. JANSEN / LEYENDECKER 1987, 275 ff).

In diesem Zusammenhang sei auf die Ausführungen zu der Bedeutung der sozialen Umwelt in Kapitel 4.4. verwiesen. Für den Menschen als einem sozialen Wesen stellt die Orientierung an seinen Mitmenschen und ihre Unterstützung eine Grundbedingung seines Lebens dar (GERGEN 1984<sup>2</sup>). Es stellt sich die Frage, inwieweit sich eine stabile personelle Identität bilden kann bzw. welche Energien notwendig sind, eine stabile personelle Identität zu entwickeln, wenn die soziale Identität abgelehnt und verdrängt wird. In diesem Zusammenhang sei ebenfalls noch einmal an das Zitat von U. HAEBERLIN (1978) zu der sozialen Beziehung körperbehinderter Menschen erinnert (vgl. Kapitel 1.3.):

>>Behindertsein heißt: viel Energie aufwenden für das Stigma-management.<< (U. HAEBERLIN 1978, 728).

#### 4.5.2.2.3. *Unzufriedenheit*



Eine insbesondere für diese Arbeit interessante Interpretation liefern die Autoren für die Ergebnisse im Bereich der Merkmalsdimension des Fragebogens „Selbstkommunikation positiven psychischen Befindens: Zufriedenheit“. Sechs Aussagen, wie z.B. „Na, wie hab´ ich das wieder hingekriegt“, „Ich kann ja doch ganz zufrieden sein mit mir“, werden von den Probandinnen und Probanden auf einer vierstufigen Zustimmung-/Ablehnungsskala zugeordnet. Hier ergeben sich bei den körperbehinderten Versuchspersonen keine signifikanten Zusammenhänge, während dieser Bereich bei den nichtbehinderten Personen mit nahezu allen anderen Bereichen korreliert. Einerseits kann dies ein Beweis dafür sein, daß Selbstzufriedenheit von den körperbehinderten Probandinnen und Probanden anders definiert und nicht an den zentralen Werten Eigenwert, Eigenmacht und soziale Geltung orientiert wird. Andererseits kann dieses Ergebnis ein Hinweis darauf sein, daß die körperbehinderten Versuchspersonen allgemein seltener mit sich zufrieden sind bzw. eine Selbstzufriedenheit weniger in der Selbstkommunikation aktualisieren. G. JANSEN und LEYENDECKER (1987) folgern:

>>Verbleibt die Vermutung, daß bei Körperbehinderten die „Zufriedenheit“ eine andere, zumindest nicht eindeutig positive Bewertung im Zusammenhangsgefüge der Persönlichkeit erfährt. Dies ist einerseits ein Hinweis auf ein verändertes Bezugs- bzw. Wertesystem bei Körperbehinderten, andererseits mag sich darin vielleicht auch ein existentielles Grundproblem oder eine zentrale Lebensaufgabe behinderter Menschen andeuten: Behinderung als lebenslange Aufgabe der Bewältigung, ohne an einen Punkt fertiger, selbstzufriedener Lösung zu gelangen.<< (G. JANSEN / LEYENDECKER 1987, 272).

Diese These wird unterstützt durch Ergebnisse, die eine generelle Diskrepanz zwischen dem realen und idealen Selbstbild der körperbehinderten Versuchspersonen zeigen. Im Vergleich zu den nichtbehinderten Versuchspersonen schätzen sich die körperbehinderten Personen

bei der Mehrzahl der in dem Fragebogen erfaßten Bereiche tendenziell besser ein (G. JANSEN / LEYENDECKER 1987, 277). Die positiven Selbsteinschätzungen beziehen sich jedoch stets auf sozial angepaßtes Verhalten und auf gute Kontaktfähigkeit, die genannten Wunschvorstellungen sind jeweils im Bereich der Leistungsfähigkeit angesiedelt. Es werden keine Verhaltensweisen erwähnt, die auf Lebensfreude hinweisen (G. JANSEN / LEYENDECKER 1987, 404).

Die Autoren geben mehrere Interpretationsmöglichkeiten. Zum einen zeigen die Ergebnisse möglicherweise, daß Menschen mit Körperbehinderungen nach dem Prinzip „Optimismus“ leben und weniger hoffnungslos, eventuell aber auch weniger realistisch als nichtbehinderte Menschen eingestellt sind (G. JANSEN / LEYENDECKER 1987, 277). Zum anderen verweisen G. JANSEN und LEYENDECKER (1987) auf die Unzufriedenheit, die zwangsläufig durch die Diskrepanz zwischen Real- und Selbstbild und zwischen personaler und sozialer Identität entsteht und die häufig in Form einer fatalistischen Einstellung akzeptiert wird (G. JANSEN / LEYENDECKER 1987, 405; vgl. SAFILIOS-ROTHSCHILD 1976, 46 f).

#### *4.5.2.2.4. Differenzen zwischen Selbsteinschätzung und vermuteter Fremdeinschätzung*

Ein weiteres bedeutsames Ergebnis erhalten G. JANSEN und LEYENDECKER (1987) durch ihre Interviewerhebung. Bei 45 unterschiedlich schwer körperbehinderten Versuchspersonen werden Globaleinschätzungen u.a. im Bereich der Einschätzung der Schwere ihrer Behinderung untersucht. Bezogen auf EPSTEIN (1984<sup>2</sup>) können Globaleinschätzungen als Postulate höherer Ordnung angesehen werden (vgl. auch G. JANSEN / LEYENDECKER 1987, 289 f). Anhand eines Maßstabes geben die Probandinnen und Probanden ihre Selbsteinschätzung und die vermutete Fremdeinschätzung an (G. JANSEN / LEYENDECKER 1987, 295). Parallel wird von den Versuchsleitern eine objektivierte Einschätzung der Behinderungsschwere vorgenommen. Es ergeben sich folgende signifikante Tendenzen:

- Objektiv leichter behinderte Personen zeigen die eindeutige Tendenz, sich als schwerer behindert einzuschätzen, und vermuten, daß andere Menschen ihre Behinderung als leichter einschätzen.
- Ein Teil der objektiv schwerer behinderten Personen zeigt die gegenläufige Tendenz: sie schätzen sich als weniger behindert ein und vermuten, daß andere ihre Behinderung als schwerer einschätzen.
- Der andere Teil der objektiv schwerer behinderten Probandinnen und Probanden macht keinen Unterschied zwischen der Selbst- und der vermuteten Fremdeinschätzung.

G. JANSEN und LEYENDECKER (1987) erklären diese Ergebnisse unter entwicklungs- und sozialpsychologischen Gesichtspunkten.

Entwicklungspsychologisch ist für ein leichtbehindertes Kind die Gefahr der Überforderung gegeben. Die Bezugspersonen orientieren sich bei leichter behinderten Kindern viel stärker an den nichtbehinderten Altersgenossen als sie dies bei schwerer körperbehinderten Kindern tun würden und versuchen stets, das Kind zu „normalisieren“. Es ergeben sich pädagogische, therapeutische und alltagsbezogene Situationen, denen das Kind nicht gewachsen ist. Die daraus resultierenden Versagenserlebnisse werden von dem Kind auf seine Behinderung zurückgeführt. Die objektiv leichtere Behinderung wird so für das Kind zu dem entscheidenden Problem in der Auseinandersetzung mit sich selbst und seiner Umwelt (G. JANSEN / LEYENDECKER 1987, 310 f).

Sozialpsychologisch gesehen führt eine leichtere Behinderung zu Rollenkonflikten für den betroffenen Menschen. Er befindet sich stets auf der Grenze zwischen Behindert-Sein und Nicht-Behindert-Sein, ohne den Rollenerwartungen, die an einen nichtbehinderten Menschen gestellt werden, entsprechen zu können. Hieraus ergeben sich zwangsläufig Probleme vor allem im Hinblick auf die Erlangung und Aufrechterhaltung einer günstigen Lust-Unlust-Balance (vgl. EPSTEIN 1984<sup>2</sup>). Schwierigkeiten bei der Ausbildung eines ausgewogenen stabilen Selbstbildes sind die Folge (G. JANSEN / LEYENDECKER 1987, 311).

G. JANSEN und LEYENDECKER (1987) weisen somit einen Zusammenhang zwischen dem Schweregrad einer Behinderung und einem Teilbereich des Selbstbildes (Globaleinschätzung) nach.

Anschließend an die Erörterungen des Zusammenhangs zwischen Selbstbild und Körperbehinderung, die hauptsächlich auf empirischen Erhebungen beruhen, sollen im folgenden in einem Exkurs einige eigene Erfahrungen zu der Thematik der Beziehungen zwischen Selbstbild und körperlicher Auffälligkeit geschildert und unter Bezug zu der wissenschaftlichen Literatur reflektiert werden.

#### **4.6. EXKURS: ERFAHRUNGEN EINER EIGENEN BETROFFENHEIT**

Während meiner anfänglichen Auseinandersetzung mit der Thematik der Beziehungen zwischen körperlichen Auffälligkeiten und dem Körper- und Selbstbild bekam ich diesbezügliche Erfahrungen am eigenen Leib zu spüren. Eine Infektion führte zu einer starken Dermatose meines Gesichtes, so daß über Monate mein Gesicht recht stark geschwollen und mit Pusteln bedeckt war. In dieser Zeit schrieb ich meine Gedanken, Gefühle und Erfahrungen auf. Der Anlaß hierzu war der starke Bezug zu dem Thema meiner Arbeit. Ein weiterer Gesichtspunkt jedoch, der im Laufe der Niederschrift an Bedeutung zunahm, war die Möglichkeit, meine Erfahrungen zu reflektieren, sie zu differenzieren und einer Bewältigung meiner Situation näher zu kommen (vgl. SCHUCHARDT 1985).

Die Lektüre meines Selbsterfahrungsskripts lassen mich im Nachhinein einige Parallelen zu zuvor beschriebenen Aspekten und Problemen der Situation von Menschen mit körperlichen Auffälligkeiten und der Auseinandersetzung mit derselben erkennen und mit Leben füllen. Im folgenden werden diese unter den Bereichen „Konfrontation mit der sozialen Umwelt“ und „Auseinandersetzung mit der körperlichen Auffälligkeit“ dargestellt.

#### 4.6.1. Konfrontation mit der sozialen Umwelt

Der Beginn meiner Erkrankung vollzog sich schrittweise, indem meine Gesichtshaut nach und nach schlechter wurde. Von meinen Freundinnen, Freunden und Bekannten wurde diese Situation unterschiedlich thematisiert. Bei manchen hatte ich das Gefühl, daß sie mich auf meine Problem-Haut reduzierten:

>>... andererseits reduzierte er mich auf meine Pickel. Er sah nicht mich, sondern nur noch meine Pickel. Und diese Reduzierung wurde immer stärker. Die Pickel mußten weg, sonst war ich nichts oder ähnlich wenig wert.<<.

Andere meiner Mitmenschen schienen meine Situation bzw. meine Handlungsweisen (hier: starkes Überschminken) nicht weiter erwähnenswert zu finden:

>>Genossen habe ich die Rauferei mit und die Nähe zu M.. Er gab mir das Gefühl, daß ich nichts Ekeliges bin.<<.

>>I. ... meinte darauf, wenn ich mich überschminkt besser fühlen würde, wäre das doch in Ordnung.<<.

Dann wurde es schlimmer: mein ganzes Gesicht schwoll nach und nach an und sah rot und entzündet aus. Ich fühlte mich unwohl und krank und getraute mich nicht mehr aus dem Haus zu gehen. Die Blicke meiner Mitmenschen hätte ich nicht ertragen. Zunächst wurden diese Blicke von mir nur vermutet, es konnte für mich gar nicht anders sein, als daß mir die Menschen, die mir begegneten, in mein Gesicht starren würden. Diese Annahme ist durchaus gerechtfertigt. YARBUS (1967) und LEYEN-DECKER und Mitarbeiter (1992) belegen durch empirische Erhebungen, daß bei der Personenwahrnehmung nach einem ersten Gesamtüberblick das Gesicht das beherrschende Fixationsziel ist. HÜNECKE und BOSSE (1987) weisen in einer vergleichenden Untersuchung mit an Gesichtsakne erkrankten und hautgesunden Personen nach, daß auf die Betrachtung

von veränderten Hautarealen im Gesicht längere Zeit verwandt wird (Phänomen „Anstarren“) (vgl. Kapitel 5.1.; 6.2.4.).

Drei Wochen lang waren die täglichen Gänge zum Arzt und Besuche von Freundinnen meine einzigen Verbindungen zur „Außenwelt“. Diese Situation hatte für mich zwei Qualitäten; einerseits benötigte ich den Schutz meiner engen Lebenswelt und die Unterstützung guter Freundinnen und Freunde, um mich selbst an meine neue Lage, mein neues So-Sein zu gewöhnen, ohne mich den Blicken, Aussagen und Meinungen anderer Menschen stellen zu müssen bzw. um anderen Menschen begegnen zu können.

>>Ich fühlte mich besonders gut aufgehoben in meinem Schonraum: ein bißchen Außenwelt, die mir wohlgesonnen war.<<

>>Auch hier fühlte ich mich dadurch, daß eine gute Freundin bei mir war, sicher und geborgen und mutig genug, fremden Menschen zu begegnen.<<

Andererseits fühlte ich mich, je länger mein Rückzug andauerte, zunehmend ausgegrenzt aus der Gemeinschaft. Meine Haut sollte in ihrem So-Sein akzeptiert werden, ich wollte in meinem So-Sein akzeptiert werden. Es stellte sich mir die Frage - die sich mir auch heute noch stellt - ob meine Krise ohne die Reaktionen meiner Umwelt keine Krise gewesen wäre.

>>In unserer Gesellschaft ist es jedoch so, daß jemand, der sich mit seinem Aussehen deutlich von der Norm abhebt, von der Gesellschaft nicht anerkannt wird. Er/Sie wird stigmatisiert, der Makel wird über die Persönlichkeit gehoben und damit wird der gesamte Mensch abgelehnt, gesellschaftlich geächtet. Der Makel muß also weg. ... Ich aber wollte, daß mein Körper die Chance erhält, das auszudrücken ..., was er zu sagen hatte. Mein Makel mußte nicht unbedingt verschwinden. Ich verhielt

mich also nicht gesellschaftskonform; entsprechend kam ich ständig in eine Rechtfertigungs- und Behauptungsrolle, die einzunehmen mit meinem so deutlich sichtbaren und unschönen Makel ausgesprochen schwierig war und ist.<<

Meine Sichtweise wird von HÜNECKE und BOSSE (1987) als „Paranoia-These Hautkranker“ umschrieben. In ihren Untersuchungen stellen sie heraus, daß hautkranke Probandinnen und Probanden die ablehnende Haltung hautgesunder Mitmenschen gegenüber Hautkranken gedanklich überschätzen. Gleichzeitig vertreten die hautgesunden Versuchspersonen die Meinung, daß hautkranke Menschen an Hautkrankheiten anderer letztlich kaum Anstoß nehmen - eine Auffassung, die ich aus meiner Sicht allerdings nicht bestätigen kann. Diese Vermutung Nichtbetroffener wird von den Autoren als „Ghetto-These Hautgesunder“ bezeichnet (HÜNECKE / BOSSE 1987, 38). Das breite Spektrum von extremer Ablehnung bis hin zu absoluten Irrelevanz-Vorstellungen führt laut HÜNECKE und BOSSE (1987) zu einer Vielzahl von double-bind-Kommunikationssituationen. Durch die große Variabilität von Meinungen und Einstellungen sehen es die Autoren begründet, daß sich hautkranke Personen primär an „sprachlich nicht manipuliertem Verhalten“ orientieren.

>>... Hautkranke beziehen sich an erster Stelle auf das Blick-Verhalten ihrer Umgebung. Die unter ihrer Hautkrankheit sozialleidenden Patienten argumentieren u.a. damit: „Ich habe das Gefühl, daß Leute, die mir begegnen, auf meine Haut schauen“ (BOSSE et al. 1978). Für diese Hautkranken ist das Blick-Verhalten ausschließlich ein ablehnendes Verhalten und Bestätigung ihrer sozial exponierten Stellung.<< (HÜNECKE / BOSSE 1987, 39).

HÜNECKE und BOSSE (1987) kommen zu dem Ergebnis, daß das intensivere Betrachten der Auffälligkeiten kein diskriminierendes Verhalten darstellt, sondern vorwiegend aus einem natürlichen Informationsbedürfnis des Betrachters bzw. der Betrachterin resultiert; dabei ist es

unerheblich, ob es sich bei den Betrachtenden um hautkranke oder hautgesunde Personen handelt. Die Fixationen folgen einer Orientierungsreaktion in dem Sinne, daß Ungewohntes und Unerwartetes mehr Aufmerksamkeit erfährt, oder einer Informationssuche (vgl. SOKOLOV 1963, LOFTUS / MACKWORTH 1978 u.a.; Kapitel 6.2.4.).

>>Stattdessen scheint aus unserer Sicht ... ein derartiges, verlängertes Betrachtungsverhalten vornehmlich einem elementaren Informationsbedürfnis des Betrachters zu entspringen, wie es letztlich auch die Hautkranken bei der Suche nach Veränderungen an ihrer Haut vor dem Spiegel selbst praktizieren.<< (HÜNECKE / BOSSE 1987, 42).

Die beschriebene Orientierungsreaktion zeigte sich auch bei mir, als ich eines Tages mehrmals einem Jungen mit einem stark geröteten Gesicht begegnete.

>>Ich bemerkte, wie ich immer wieder hinsehen mußte ... Ich war nicht angewidert oder etwas ähnliches, sondern fasziniert von der Andersartigkeit des Gesichtes und wollte durch mein Schauen diese Besonderheit erforschen. Ich machte mir klar, daß die Menschen mich bzw. mein Gesicht ruhig anschauen dürfen, ruhig genau gucken dürfen, um meine Andersartigkeit zu erforschen. Aber sie müssen mir wohlgesonnen sein!!!<<

Aber handelte es sich wirklich um eine Paranoia, wenn ich das Gefühl hatte, durch mein äußeres Erscheinungsbild nicht voll akzeptiert zu werden? Bei einigen meiner näheren Mitmenschen hatte ich den Eindruck, daß ich mit meinem Aussehen und mit meiner Einstellung dazu nicht angenommen und damit teilweise mißachtet wurde.

>>Bei ihr hatte ich öfter das Gefühl, daß sie lieber meine Pickel weghaben wollte, da sie ihr Angst oder Ekel oder Ablehnung einflößten und sie sie lieber nicht wirklich als momentanes



Merkmal von mir akzeptierte. Und damit akzeptierte sie mich nicht.<<

Andererseits hatte ich häufig nicht den Eindruck, daß mir meine Mitmenschen durch ihre Blicke oder ihr Verhalten das Gefühl von Andersartigkeit und Ausgesondertheit vermittelten, sondern daß ich dieses Gefühl selbst produzierte.

>>..., nein, es war mein Ding. Die im Kopf pochenden Fragen: „Was denkt der/die von mir? Warum sagt er/sie nichts zu meinem Aussehen? Ist mein Aussehen wohl wichtig für ihn/sie? Wie geht er/sie damit um?“; das aus dem Bauch aufsteigende heiße Gefühl von Angst.<<

Dieses Beispiel veranschaulicht die enge Beziehung zwischen Kognitionen und Emotionen, die in Kapitel 4.3. dargestellt wird. Die Funktion der Emotionen als „via regia“ für die impliziten Postulate meiner Person und die Bestimmung der Emotionen durch meine Interpretation der Umwelt wird hier deutlich. Die neue Situation und meine Erfahrungen damit waren für mich mit Unsicherheit und Angst im Hinblick auf die Stabilität meines Selbstbildes verbunden. Das Gefühl der Angst wies hin auf eines meiner Postulate: „Ich bin nicht ausreichend“. Und die Angst entstand nicht durch tatsächliche Gegebenheiten, sondern durch meine Interpretation der Situation, durch die Fragen, die ich mir im Hinblick auf meine Mitmenschen stellte. Aus diesem Grunde scheint mir im Nachhinein die Annahme einer „paranoiden“ Erwartungshaltung auffälliger Menschen durchaus „normal“ und verständlich zu sein.

#### **4.6.2. Auseinandersetzung mit der körperlichen Auffälligkeit**

Chronologisch betrachtet erfolgte die Auseinandersetzung mit meiner körperlichen Auffälligkeit in einem Zyklus Sensibilisierung - Abwehr /

Verdrängung - Sensibilisierung und zwar abhängig davon, in welchem Maße die neuen Informationen, die ich z.B. durch Blicke in den Spiegel oder durch Reaktionen meiner sozialen Umwelt bekam, mein Selbstbild in Frage stellten (vgl. LEYENDECKER 1992b, LINDENMEYER 1983).

Die anfängliche Verschlechterung meiner Haut führte zunächst zu einer starken Sensibilisierung. Ich mußte ständig an meine Gesichtshaut denken, mein Gesicht ständig befühlen und im Spiegel betrachten, nach Veränderungen bzw. Verschlechterungen suchen und Pickel und Rötungen überschminken.

>>Ich mußte immer überschminken, hin und wieder in einen Spiegel sehen und konnte nicht gut mit den einfachen Verhältnissen an Bord leben.<<

>>Wenn ich z.B. aus dem Wasser kam, mußte ich erst in einen Spiegel schauen ... Ich konnte nie sorglos und leicht sein.<<

>>Im Flugzeug hatte ich ständig das Bedürfnis, die Toilette aufzusuchen und mich neu zu schminken.<<

Die Sensibilisierung meiner Auffälligkeit hielt während meines mir selbst auferlegten „Hausarrestes“ an, wenngleich hier als soziale Reaktion ein Vermeidungsverhalten hinzukam.

Nach drei Wochen Rückzug getraute ich mich langsam wieder unter Menschen. Dabei war es mir sehr wichtig, daß ich zunächst solche sozialen Räume und Situationen aufsuchte, in denen ich mich „zu Hause“ und sicher fühlte.

>>Aber trotz der Blicke, Fragen und Kommentare habe ich mich in meiner Rolle als Übungsleiterin wieder sehr wohl gefühlt. Diese Rolle überwog vor der Rolle als Gesichtsentstellte.<<

Mit dem zunehmenden Maß an sozialen Kontakten ging ein zunehmender Grad an Verdrängung meiner Situation einher. Dieses wurde mir immer

dann deutlich, wenn ich doch wieder zu spüren bekam, daß ich anders aussah. Ich stand unter dem Druck, meine Andersartigkeit in mein Selbstbild zu integrieren. Der Wunsch nach sozialer Akzeptanz, die Suche nach persönlicher Akzeptanz, kurz: die Aufrechterhaltung meiner persönlichen und sozialen Identität kostete mich enorm viel Energie. Das Verdrängen stellte für mich in manchen Situationen die einzige Möglichkeit einer Bewältigung dar.

>>Meine Kontakte zu mir nahestehenden Personen weiteten sich aus. Ich wurde selbstbewußter. Doch immer wieder wurde ich aufs Neue mit der nicht zu übersehenden Realität konfrontiert. Wer mich zum ersten Mal sah, war noch immer schockiert über mein Aussehen. Ich konnte es nicht leugnen!<<

>>Wahrscheinlich war ich vor R.s Besuch wieder dabei, so zu tun, als ob ich mit meinen Beulen ganz „normal“ aussehen würde. Und das tue ich zum Verrecken nicht !! Ich sehe anders aus, sehe auffällig aus und das muß ich akzeptieren! Dieses Verständnis muß ein Teil meines Bewußtseins werden!<<

>>Im Profil sieht mein Gesicht wirklich schrecklich aus; gut, daß ich mich nicht immer sehen muß.<<

Die Verdrängung meiner Situation konnte ich nicht kontinuierlich aufrechterhalten. Immer wieder wurde ich durch ein sehr sensibles Wahrnehmen meiner Auffälligkeit in die „Realität“ zurückgeholt. Ich pendelte ständig hin und her zwischen der Forderung nach sozialer Zugehörigkeit, die ich durch Verdrängungsmechanismen unterstützte, und der Angst vor anderen Menschen und deren Ablehnung, die durch die sensible Wahrnehmung und Interpretation entstand.

Da ich mit dem Schreiben des Berichtes erst einige Wochen nach Beginn meiner Erkrankung anfang, beinhaltet das folgende Zitat eine reflektierende Bewertung.

>>Einerseits war da mein Anspruch, dazugehören und akzeptiert werden zu wollen und auch die feste Überzeugung, daß ich

ein Recht darauf habe; andererseits beschlich mich gerade dann, wenn ich mich für eine Außenaktivität fertigmachte und vor dem Spiegel stand, ein Gefühl von Angst und Schwäche und eine Ahnung, daß ich doch so nie dazugehören kann, nie so akzeptiert werden kann. Dann konnte ich es manchmal nicht mehr ertragen, so auszusehen. Ich fand es gemein und ungerecht, mich so zu strafen.

Dieses Ohnmachtsgefühl ließ ich jedoch nie lange zu; ich überpuderte mein Gesicht und frisierte meine Haare offen in der Hoffnung, daß sie so von meinen Beulen ablenkten und verließ die schützende Wohnung. Die Leute werden schon nicht so genau gucken wie ich, dachte ich. War das meine Stärke und mein Selbstbewußtsein, die aus diesem Verhalten sprachen, oder war es der Versuch der Verleugnung meiner Auffälligkeit? Ich befürchte im Nachhinein, daß es eher der Versuch einer Verleugnung der unliebsamen Tatsachen war. Ich wollte es nicht wahrhaben, daß ich wirklich so anders, so schlimm aussah, so besonders war, daß die Leute gucken mußten und mich darauf ansprachen. Ich wollte wieder so sein wie alle, wollte so sein wie früher. Ich war doch nicht anders geworden ... !!<<

Meine Aufzeichnungen verdeutlichen mir im Nachhinein, in welchem langen Zeitraum ich mich in dieser unsicheren Position zwischen Verdrängung und der Suche nach einer Möglichkeit zur Integration meiner neuen Situation in mein Selbstbild befand. Nach ca. fünf Monaten finden sich wieder Bemerkungen, die auf eine zunehmende Sensibilisierung mit dem Ziel einer bejahenden Auseinandersetzung mit meiner Situation schließen lassen.

>>Ich halte mir jetzt öfter zwei Spiegel vor, damit ich mein Profil sehen kann. Ich will nicht mehr die Augen vor der Realität verschließen. Wahrscheinlich war ich früher mit meiner Frontalansicht schon so bedient, daß ich gar nicht mehr sehen wollte.<<

>>In meiner 21. Woche setzte ich mich wieder stärker mit meinem Gesicht auseinander. Ich merkte, daß ich oft sehr bewußt selbstbewußt auftrat, wahrscheinlich, um meine doch vorhandene Unsicherheit zu überspielen.<<

Wenngleich sich meine Haut mit der Zeit besserte, hatte dieses keinen Einfluß auf den Grad der Sensibilisierung meiner persönlichen und sozialen Situation in der Hinsicht, daß der Grad der Sensibilisierung geringer wurde und einer „gelassenen“ Einstellung wich.

>>Mit der Abnahme der Auffälligkeit geht bei mir keine Abnahme des Gefühls meiner Norm-Nichtentsprechung einher. Ich glaube, daß die Sensibilität jeweils eine andere ist. Bei geringeren Auffälligkeiten wird sie feinfühlicher bzw. sie kann sich auf die weniger vorhandenen Auffälligkeiten stärker konzentrieren.<<

Ein bedeutsames Element meiner „Rehabilitation“ stellte für mich die Selbstversorgung dar. Nach drei Wochen der Abhängigkeit getraute ich mich wieder, selbst einkaufen zu gehen. Wichtig hierbei war, daß es sich um ein anonymes Einkaufszentrum handelte, in dem ich nicht direkt mit Menschen in Kontakt treten mußte. Dennoch stellte der - wenn auch flüchtige Kontakt mit Mitmenschen - für mich oft genug ein „Spießrutenlaufen“ dar, insbesondere nachdem die Selbstversorgung für mich wieder zur „Normalität“ geworden war.

>>Das ist für mich jetzt wieder „normal“ geworden, es ist nichts besonderes, über das ich mich freuen könnte. Vielleicht erlebe ich deshalb die Blicke und auch die vermuteten Blicke ... als besonders schlimm.<<

Ein weiteres wichtiges Element in der Auseinandersetzung mit meiner körperlichen Auffälligkeit war das Reden über meine Situation. Wenngleich ich häufig versuchte, meine Auffälligkeit und Andersartigkeit nicht wahrzunehmen, die Auseinandersetzung mit ihr zu vermeiden, so hatte

ich dennoch ebenfalls das Bedürfnis, über mein Befinden zu reden. Dieses wurde in der ersten Zeit hauptsächlich durch Reaktionen meiner Umwelt ausgelöst. Als ich mich mehr und mehr getraute, hinzusehen und mich damit auseinanderzusetzen, begann auch ich zunehmend Gespräche über mein Problem.

>>Und ich hatte weiterhin das Bedürfnis, darüber zu reden. Fragen waren mir also durchaus recht. Aber wohlwollend mußten sie sein. Ich wollte mich nicht rechtfertigen müssen, sondern im Gespräch mit meinem Verständnis ein Stück weiterkommen.<<

>>Dadurch, daß die Kinder ... mich viel zu meinen Pickeln, Beulen und Blasen fragten, und ich ihnen alles erklären mußte, wurde ich immer wieder mit meinem Aussehen und meiner Wirkung auf andere Menschen konfrontiert. Ich mußte mich damit auseinandersetzen und meine Haut „verbalisieren“; ich hatte keine Gelegenheit, zu verdrängen und so zu tun, als sei nichts. Die Gespräche mit den Kindern halfen mir dabei, die Wirklichkeit leichter akzeptieren zu können.<<

Doch das „Darüber-Reden“ war nicht nur wichtig dafür, mich mit der Realität zu konfrontieren, sondern bildete ebenso oftmals die Grundlage für soziale Interaktionen, eine Tatsache, die ich zeitweise sehr bedauerte. Meine Auffälligkeit beschäftigte insbesondere mir nahestehende Interaktionspartnerinnen und Interaktionspartner so sehr, daß die Besonderheit zunächst besprochen werden mußte, bevor andere Themen möglich waren. Bei solchen Situationen kam es sowohl vor, daß ich meine Auffälligkeit ansprach, als auch daß der Impuls von meinem jeweiligen Gegenüber kam. Auffallend war, daß es in der Hauptsache Paar-Interaktionen waren, in denen meine Situation thematisiert wurde. Für mich als Impulsgeberin war dieses durch den relativen Schonraum begründet, den eine Zweier-Interaktion darstellt, - ein Grund, der m.M.n. auch für meine Interaktionspartnerinnen und -partner zutrif. In der Gruppe

waren sie scheinbar unsicher und gehemmt, mich zu konfrontieren - eventuell aus Angst, mich „bloßzustellen“.

>>Beim Zusammentreffen mit H. lag seine deutliche Irritation in der Luft. Eine Leugnung meiner „Andersartigkeit“, so zu tun, als sei alles ganz normal, war wieder mal oder immer noch nicht möglich. Ich hatte das Gefühl, erst die Irritation klären zu müssen, also über meine Haut reden zu müssen, bevor irgend-etwas „normal“ weiterlaufen konnte. Bei B. hatte ich das nicht gemacht - sie hätte ja etwas sagen können, ich bin doch schließlich nicht die Kommunikationsstörerin, obgleich - doch: ich bin diejenige, die die Kommunikation stört. Ganz schön schrecklich.

H. war froh, daß ich das Thema angesprochen hatte, da er sich unsicher war und nicht traute, etwas zu sagen. Aber eine Klärung hielt auch er für erforderlich.<<

Diese Handlungsweise des Thematisierens wird von GOFFMAN (1967) als die „Entsprechung der Enthüllungs-Etikette“ beschrieben. Seiner Meinung nach verbirgt sich dahinter die Hoffnung des betroffenen Menschen, >>... seine Bedeutung als Gegenstand unterdrückter Beachtung zu reduzieren ...<< (GOFFMAN 1967, 147).

Neben einer Anzahl weiterer Möglichkeiten für auffällige Menschen, eine Interaktionsgrundlage zu schaffen, schildert GOFFMAN (1967) das Beispiel eines gesichtsentstellten Mannes. Durch seine Sitzposition gibt dieser seinen Gesprächspartnerinnen und Gesprächspartnern zu Beginn einer Interaktion die Gelegenheit, sich die Auffälligkeit genau anzuschauen und sich auf seine Erscheinung einstellen zu können (GOFFMAN 1967, 147 f). Dieses Verhalten setzt eine ausgewogene Auseinandersetzung mit der Behinderung voraus, einen Zustand, den ich nicht erreichte. Nur selten fühlte ich mich stark und selbstbewußt genug, meine Auffälligkeit zu „präsentieren“.

>>... zeigte ich L., die mich auf meine „Krankheit“ ansprach, völlig offen und ohne Hemmungen mein Gesicht. Ich hob den

Kopf, strich meine Haare zurück und bot mich ihr dar. Ich war in dem Moment so überzeugt von mir, meinem Gesicht, meinem Umgang damit und der deutlichen Verbesserung, daß ich überhaupt kein Gefühl von Unsicherheit oder Unterlegenheit verspürte.<<

HÜNECKE und BOSSE (1987) beschreiben das offensive Vorgehen stigmatisierter Menschen als eine >>adäquate Form, auf das unmittelbare Informationsverlangen der Umgebung einzugehen ...<< (HÜNECKE / BOSSE 1987, 42).

In Anlehnung an WATZLAWICKs Axiom „Man kann nicht nicht-kommunizieren“ (BEAVIN / JACKSON / WATZLAWICK 1969, 50 ff) sehen die Autoren die Gefahr, daß sensibilisierte hautkranke Personen mit der Vorstellung oder dem Wunsch des Übersehens ihrer Auffälligkeit, deren bzw. dessen Unmöglichkeit sie sich mehr oder weniger bewußt sind, das Gefühl des Angestarrtwerdens forcieren. Daher erachten HÜNECKE und BOSSE (1987) die Bewußtwerdung über natürliche Wahrnehmungsprozesse, die ihrer Meinung nach nicht mit negativen Bewertungen gekoppelt sind - eine Sichtweise, die das Beispiel des gesichtsentstellten Mannes deutlich werden läßt (GOFFMAN 1967, 147 f) - für betroffene Menschen als notwendige Grundlage einer gelungenen Auseinandersetzung mit ihrer Situation (HÜNECKE / BOSSE 1987, 43 ff).

Bedeutungsvoll für die Auseinandersetzung mit meiner Situation, und für den Versuch, diese positiv zu bewältigen, war mein Bewußtsein einer vorübergehenden Erkrankung im Unterschied zu einer chronischen Krankheit und einer Behinderung. Gekoppelt damit war jedoch auch meine Angst, daß sich mein Zustand wieder verschlimmerte. Die Aussicht auf eine Heilung, das Prinzip „Hoffnung“, stellte für mich eine besondere Motivation dar, mich mit meiner Erkrankung auseinanderzusetzen, und zwar in der Hinsicht, daß ich nach Möglichkeiten suchte, den Heilungsprozeß zu unterstützen. Andererseits hatte diese Zielorientierung eine stark in die Zukunft gerichtete Haltung zur Folge, die mich vielleicht davon abhielt, meine damals aktuelle Situation in der Weise zu akzeptieren, daß



sie nicht meine Selbstentfaltung und Teilhabe am sozialen Leben beeinträchtigte. Ich fragte mich oft, ob es leichter ist, eine bleibende Beeinträchtigung anzunehmen, sie in mein Selbstbild aufzunehmen, anstatt mit einer vorübergehenden Besonderheit umgehen zu müssen, bei der ich ständig auf ein „Nachher“ ausgerichtet bin.

Beim Lesen meines Selbsterfahrungsberichtes fällt auf, daß ich stets auf der Suche nach der Akzeptanz meiner Beeinträchtigung war. Ich wollte dieses Ziel erreichen. Akzeptanz bedeutete für mich jenes Endprodukt, von dem LEYENDECKER (1992b) und SAFILIOS-ROTHSCHILD (1976, 46 f) sagen, daß es nicht existieren kann. Im Nachhinein pflichte ich beiden bei. Nur wenn Akzeptanz prozeßhaft, als wechsellvoller Weg, verstanden wird, kann m.M.n. davon gesprochen werden, eine Behinderung oder Besonderheit akzeptieren und in sein Selbstbild integrieren zu können. Dennoch beschreiben die Begriffe „Auseinandersetzung“ und „Coping“ (engl.: sich messen mit, gewachsen sein, es aufnehmen mit) im Sinne eines stetigen, nie abgeschlossenen Prozesses m.M.n. die Situation behinderter bzw. auffälliger Menschen wesentlich treffender.

#### **4.7. ZUSAMMENFASSUNG**

Die Grundlage der Ausführungen zu dem Thema „Selbstbild“ bildet der „Entwurf einer Integrativen Persönlichkeitstheorie“ von EPSTEIN (1984<sup>2</sup>), in dem er eine Synthese verschiedener Ansätze der Persönlichkeits- bzw. Selbstkonzeptforschung erarbeitet. Nach EPSTEIN (1984<sup>2</sup>) konstruiert jeder Mensch eine Wirklichkeitstheorie, die aus der Selbsttheorie, der Umwelttheorie und der Wechselwirkung der beiden Subtheorien besteht. Der Selbsttheorie wird dabei eine zentrale Bedeutung beigemessen. Sie wird aus Hypothesen - den sogenannten Postulaten - gebildet, die der Mensch - so EPSTEIN (1984<sup>2</sup>) - bewußt und unbewußt fortwährend über sich selbst formuliert und überprüft. Die Postulate des Selbstbildes sind gemäß der Breite ihrer Aussagefähigkeit hierarchisch angeordnet.

Postulate höherer Ordnung sind Generalisierungen emotional bedeutsamer Erfahrungen in der frühen Kindheit. Sie sind relativ änderungsresistent, da sie aufgrund ihrer Generalität schwer zu beweisen sind, und sie wirken als sich selbst erfüllende Prophezeiungen, indem sie die Selektion und Interpretation der menschlichen Wahrnehmungen steuern. Durch die Änderungsresistenz der Postulate höherer Ordnung wird eine relative Stabilität des Selbstbildes bewirkt. Postulate unterer Ordnung bilden sich durch die Assimilierung weiterer emotional bedeutsamer Erfahrungen im Laufe der Entwicklung des Menschen und werden in die Postulate höherer Ordnung integriert. Postulate unterer Ordnung können in der Realität direkt überprüft und verändert werden. Eine Widerlegung führt kaum zu einer Verunsicherung des Selbstbildes.

Das Selbstbild eines Menschen steht in einem engen Zusammenhang mit den Bedingungen seiner Umwelt (vgl. Kapitel 2.3.). Das Erleben der Umwelt bzw. die Bedeutung, die sie ihrer Umwelt beimessen, kann für Menschen sehr unterschiedlich sein. Umwelt kann als externer Ort wahrgenommen werden oder als zur Person zugehörig erlebt werden. Sie kann vornehmlich als Quelle von Emotionen oder als soziales System, als physisches System oder als Handlungsraum verstanden und genutzt werden.

Der Zusammenhang zwischen Selbstbild und körperlicher Behinderung wird unter neuropsychologischen und psychologisch-pädagogischen Aspekten konkretisiert. Wenngleich neurophysiologische Gegebenheiten, wie z.B. Hirnschädigungen, bestimmte psychische Befindlichkeiten bewirken können, ist zu beachten, daß menschliches Verhalten und Erleben stets das Ergebnis eines multifaktoriellen Zusammenwirkens von bestehenden biologischen Faktoren, individuellen Entwicklungsbedingungen und sozialen Gegebenheiten ist. Aus diesem Grunde ist auch die These abzulehnen, ein geschädigter Körper habe zwangsläufig ein behindertes Selbst zur Folge. Vielmehr sind die frühkindlichen und weiteren Entwicklungsbedingungen körperbehinderter Menschen kritisch zu hinterfragen, wie auch an anderen Stellen mehrmals ausgeführt wird.

Eine körperliche Behinderung stellt für den betroffenen Menschen eine lebenslange Herausforderung dar. Sie bedingt einen stetigen Prozeß der

Auseinandersetzung, in dem die Strategien „Unterdrückung / Verdrängung“ bzw. „Verlagerung“ und „Sensibilisierung“ wechselweise zum Tragen kommen (LEYENDECKER 1985, 1992b). Verdrängung wird im Sinne einer selektiven Wahrnehmung und Interpretation des Wahrgenommenen positiv als ein adäquates Mittel zur Anpassung an und in die Umwelt bewertet, indem der oder die Betroffene sein bzw. ihr Selbstbild vor bedrohenden, belastenden und verletzenden Erlebnissen schützt. Eine ausschließliche Verdrängung engt das Selbstbild des Individuums jedoch ein und kann langfristig zu einem Realitätsverlust führen. Für den betroffenen Menschen ist es daher notwendig, sich zeitweise, wie es LEYENDECKER (1992b) beschreibt, oder schrittweise mit seiner Situation sensibel auseinanderzusetzen. Letzteres bezeichnet LINDENMEYER (1983, 126 ff) als schrittweise Informationsverarbeitung. Neue Erfahrungen können so sukzessive in die Postulate unterer Ordnung und höherer Ordnung integriert werden. Beispiele für Verdrängungs- und Verlagerungsstrategien sind die Geringschätzung des äußeren Erscheinungsbildes und die Geringschätzung der Bedeutung von Behinderung im sozialen Kontext (G. JANSEN / LEYENDECKER 1987).

Die Annahme von LEYENDECKER (1992b), nach der die Auseinandersetzung mit der körperlichen Situation in einem Wechsel von Verdrängung und Sensibilisierung verläuft, wird in einem Exkurs über eigene Erfahrungen mit einer körperlichen Auffälligkeit unterstützt.

## 5. STAND DER FORSCHUNG

Die Frage, in welcher Weise sich eine körperliche Behinderung auf die Persönlichkeit des betroffenen Menschen auswirkt, skizziert eine zentrale Thematik der Körperbehindertenpädagogik. Sie wird unter verschiedenen Gesichtspunkten bearbeitet: entwicklungspsychologisch, soziologisch und sozialpsychologisch sowie im Hinblick auf Strategien der Auseinandersetzung mit einer Behinderung (Coping).

In den vorstehenden Ausführungen werden bereits einige Beiträge in die Überlegungen miteinbezogen (u.a. STEINHAUSEN / WEFERS 1977; STURM 1979; LINDENMEYER 1983; G. JANSEN 1983; LEYENDECKER 1985, 1986; G. JANSEN / LEYENDECKER 1987).

Untersuchungen zu der Beziehung zwischen einer körperlichen Behinderung und dem Körper- und Selbstbild der betroffenen Person liegen nur vereinzelt vor. Sie beziehen sich sowohl auf Probandinnen und Probanden im Kindes- und Jugendalter als auch im Erwachsenenalter.

Im folgenden sollen diejenigen Untersuchungen, die sich mit erwachsenen Personen befassen, vorgestellt werden.

### 5.1. DARSTELLUNG RELEVANTER UNTERSUCHUNGEN

D. JANSEN (1976<sup>2</sup>) beschäftigt sich in ihrer Untersuchung mit der Frage, ob sich Menschen mit einer Körperbehinderung, die vor dem Abschluß beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen stehen, von vergleichbaren nichtbehinderten Menschen hinsichtlich verschiedener Persönlichkeitsmerkmale unterscheiden. Die Autorin bezieht 98 körperbehinderte Probandinnen und Probanden und eine gleichgroße parallelisierte Vergleichsgruppe nichtbehinderter Personen in ihre Erhebung ein. Als Methode benutzt sie das Freiburger Persönlichkeits-Inventar (FPI) nach

FAHRENBERG und SELG (1970) sowie weitere z.T. speziell entwickelte Fragebogen-Skalen.

Die Hauptvariablen der Untersuchung sind:

1. Neurotizismus
2. Depressivität (Selbstunsicherheit)
3. Gehemmtheit (einschließlich Aggressionshemmung)
4. Aggressivität
5. Geselligkeit (Kontaktstreben)
6. Geltungsbedürfnis (Dominanzstreben)
7. Leistungsmotivation
8. Rigidität
9. Extraversion
10. Zukunftserleben
11. Erziehungsstil der Eltern gemäß des eigenen Erlebens (D. JANSEN 1976<sup>2</sup>, 34).

Das wesentliche Ergebnis der Untersuchung ist, daß sich die beiden Gruppen im allgemeinen nicht signifikant voneinander unterscheiden. Die Annahme, daß Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen stärker zu psychischen Auffälligkeiten neigen als nichtbehinderte Menschen, ist somit nach dieser Untersuchung bedenklich (D. JANSEN 1976<sup>2</sup>, 122). Lediglich in 2 von 23 Merkmalen werden signifikante Unterschiede ermittelt: bei den Merkmalen Aggressivität und Maskulinität.

Die Versuchspersonen mit einer körperlichen Behinderung erweisen sich als aggressiver als die nichtbehinderten Versuchspersonen. D. JANSEN (1976<sup>2</sup>, 80) interpretiert dieses Ergebnis vor dem Hintergrund der starken Überforderungs- und psychischen Belastungssituation während der beruflichen Rehabilitation. Die körperbehinderten Probandinnen und Probanden stellen sich außerdem als weniger maskulin dar als die Vergleichsgruppe, das heißt, sie schildern eher Zurückhaltung, niedergedrückte Stimmung, wenig Zuversicht und Selbstvertrauen, körperliche Beschwerden oder psychosomatische Allgemeinstörungen (D. Jansen 1976<sup>2</sup>, 82). Die Autorin kommt auch hier zu dem Schluß, daß sich das Ergebnis in erster Linie aufgrund der aktuellen Situation der körperbehinderten Versuchspersonen erklären läßt. Die Rehabilitandinnen und Rehabilitanden befinden sich - so D. JANSEN (1976<sup>2</sup>) - in einem Identitäts-

oder Rollenkonflikt: als erwachsene und mündige Menschen müssen sie sich dem Prozeß einer Umschulung unterziehen.

Andererseits ermittelt D. JANSEN (1976<sup>2</sup>) signifikante Unterschiede bei verschiedenen Persönlichkeitsmerkmalen innerhalb der Gruppe der körperbehinderten Probandinnen und Probanden und zwar in Abhängigkeit von dem Ausmaß der Behinderung, der Ursache der Behinderung und dem Alter bei Eintritt der Behinderung. Da sich jedoch für diese Ergebnisse mehrere sehr unterschiedliche Interpretationen finden lassen, ist die Autorin sehr zurückhaltend in ihrer Beurteilung und verweist auf die Notwendigkeit weiterer Untersuchungen zu den herausgestellten Zusammenhängen.

ESSER und ROOS-MAYER (1979) führen eine Längsschnittstudie zu dem Themenkomplex Selbstbild, Rollenerwartung und soziale Anpassung durch. Sie befragen 80 körperbehinderte und 81 nichtbehinderte Jugendliche bzw. junge Erwachsene sowie deren Eltern und Lehrerinnen und Lehrer mit Hilfe umfangreicher Fragebögen in einer ersten Untersuchungsphase während des Schulabschlußjahres und in einer zweiten Phase zwei Jahre später. Die Ergebnisse zeigen, daß sich die körperbehinderten Jugendlichen mit zunehmender Fähigkeit zur Selbstreflexion in ihren Entfaltungsmöglichkeiten, ihren sozialen Aktivitäten und in ihren beruflichen Perspektiven eingeschränkt fühlen. Bedürfnisse nach sozialen Kontakten treten in den Vordergrund und führen aufgrund ihrer Nichterfüllung zu >>Retardierungen im Sinne von Reifungsstagnationen<< (ESSER / ROOS-MAYER 1979, 92). Die Fremdeinschätzungen der Eltern und Lehrpersonen gehen in dieselbe Richtung. Im Gegensatz dazu sind bei den nichtbehinderten jungen Erwachsenen innerhalb der zwei Jahre der Erhebung Veränderungen hinsichtlich eines gefestigten Selbstvertrauens und eines erhöhten Durchsetzungsvermögens festzustellen.

Wie D. JANSEN (1976<sup>2</sup>) stellt auch HOFMANN (1981) in seiner Untersuchung mit 76 körperbehinderten Erwachsenen fest, daß es signifikante Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsmerkmalen (Selbstkonzept und Selbsteinschätzung) und verschiedenen Variablen einer körperlichen Behinderung gibt. Als Variablen unterscheidet er die Dauer, Schwere und

Offensichtlichkeit der Behinderung. Methodisch arbeitet HOFMANN (1981) mit unterschiedlichen Verfahren: adjektivische Selbstbeschreibungen, Rating-Verfahren, Fragebogen, qualitative Verfahren, Längsschnittverfahren (HOFMANN 1981, 47, 52 ff). Als wesentlich stellt der Autor die Bedeutung der Selbsteinschätzung der eigenen Behinderung als Grundlage für die selbstbezogenen Kognitionen heraus (vgl. auch EPSTEIN 1984<sup>2</sup>, BIELEFELD 1986, MRAZEK 1986, Kapitel 3.3. und 4.3.). HOFMANN (1981) verweist in diesem Zusammenhang auf die soziale Dimension der Selbstbewertung.

>>Die Bewertung der eigenen Person, der subjektive „Selbst-Wert“ und die subjektive Einstellung zu sich selbst sind Funktion sozialer Vergleichsprozesse und gleichzeitig deren Resultat. Behinderte schätzen sich in der Regel so ein, wie sie von ihrer Umgebung eingeschätzt werden. Diese Beurteilungskategorien der Umgebung lauten etwa: „zweitklassig“, „minderwertig“, „häßlich“, „faul“, höchstens geduldet - insgesamt: fehl am Platze... Dieses „unnormale“ Umgebungsverhalten kann unnormales Körperbehindertenverhalten und -erleben produzieren.<< (HOFMANN 1981, 109 f).

Eine genauere Differenzierung und Systematisierung weiterer Aspekte des Selbstkonzeptes, eventuell mit dem Ziel einer „Theorie der Persönlichkeit behinderter Menschen“, ist dem Autor jedoch aufgrund der Fülle und Heterogenität der Ergebnisse sowie aufgrund der Vielschichtigkeit der menschlichen Natur nicht möglich (HOFMANN 1981, 108).

Einer Konkretisierung sozialer Vergleichsprozesse kann die Untersuchung von WEHRHAN (1984) dienen. WEHRHAN (1984) untersucht bei je 40 körperbehinderten und nichtbehinderten jungen Menschen zwischen 16 und 26 Jahren das Erleben, Empfinden und Verarbeiten von Frustrationen. Ausgangspunkt seiner Studien ist die Annahme, daß sowohl die Behinderung selbst als auch die Auswirkungen im sozialen Kontext frustrationsauslösend sind. Als Methoden verwendet WEHRHAN (1984) den Picture-Frustration-Test sowie selbstentwickelte Verfahren

(Fragebogen, elektronisch-mechanisches Reiz-Reaktions-Gerät zur Simulation von Frustrationssituationen, Bildserien mit frustrationsauslösenden Zeichnungen). Die Ausgangshypothese wird bestätigt; sowohl primäre als auch sekundäre Faktoren wirken bei den körperbehinderten Personen frustrationsauslösend. Als frustrierende Faktoren, die durch die Behinderung selbst bestimmt werden (primäre Faktoren), nennt der Autor „Blockierungen“, die durch die Behinderung selbst entstehen, Selbstmitleid und längere Krankenhausaufenthalte. Als sekundäre frustrationsauslösende Faktoren nennt WEHRHAN (1984) Mitleidsreaktionen, Abhängigkeit von anderen und fehlende Kontakte zu nichtbehinderten Gleichaltrigen. Die Auswirkungen von Frustrationen können sowohl zu Aggressionen gegen die äußeren Bedingungen als auch gegen die eigene Person führen, wobei letztere regressive Verhaltensweisen auslösen können. WEHRHAN (1984) kommt zu dem Schluß, daß nicht die Schwere der Behinderung die Basis für die Häufigkeit von Frustrationen bildet, sondern die Summe aus persönlichen Erfahrungen, Persönlichkeitsfaktoren und sozialen Erfahrungen (Behinderungsverarbeitung). Es zeigt sich, daß körperbehinderte Personen, die sich mit ihrer Behinderung positiv auseinandersetzen, in Frustrationssituationen eine stärkere Lösungsbereitschaft und -fähigkeit aufweisen.

Einen anderen Zugang zu dem Themenkreis wählen HÜNECKE und BOSSE (1987). Sie beschäftigen sich mit der Frage, in welcher Weise sich hautkranke Menschen mit ihrer körperlichen Auffälligkeit auseinandersetzen. Voruntersuchungen mittels Befragungen legen den Autoren den Schluß nahe, daß Menschen mit körperlichen Auffälligkeiten hinsichtlich ihres Erscheinungsbildes sensibilisiert sind, daß ihr Selbstbild beeinträchtigt ist und daß sie sich von ihren hautgesunden Mitmenschen angestarrt und abgelehnt fühlen („Paranoia-These Hautkranker“, vgl. Kapitel 4.6.1.) (HÜNECKE / BOSSE 1987, 38). Mit der Absicht, einen objektiveren Indikator für das Entstellungsgefühl zu erzielen, führen HÜNECKE und BOSSE (1987) mit ca. 100 hautgesunden und hautkranken Personen eine Untersuchung zum Blickverhalten durch. Sie bieten den Versuchspersonen Portraitaufnahmen dar, die sich lediglich in einem Merkmal voneinander unterscheiden (Pustel auf der Wange). Beide



Untersuchungsgruppen zeigen ein ähnliches Blickverhalten (HÜNECKE / BOSSE 1987, 41):

- Zu Beginn der Betrachtung ist das Fixationsverhalten wechselhafter und läßt auf eine Orientierung über das Reizangebot schließen.
- Die meisten Versuchspersonen fixieren relativ früh den auffälligen Gesichtsbereich; ihre Aufmerksamkeit scheint durch den ungewöhnlichen Reiz auf denselben gelenkt zu werden.
- Der auffällige Gesichtsbereich wird länger fixiert. Dieses Ergebnis interpretieren die Autoren als Ausdruck eines allgemein gesteigerten Informationsbedürfnisses.

Ebenfalls Anzeichen eines gesteigerten Informationsbedürfnisses sind nach HÜNECKE und BOSSE (1987) die zwei Unterschiede zwischen den Gruppen: die hautkranken Personen weisen generell häufiger verlängerte Einzelfixationen im auffälligen Gesichtsbereich auf, sowie sie auch nach der Betrachtung einer Portraitaufnahme von einer hautkranken Person die Portraitaufnahme derselben, nun hautgesunden Person im veränderten Bereich (Wange) länger betrachten. Den Autoren zufolge kann somit die „Paranoia-These Hautkranker“, nach der ein intensiveres Blickverhalten ein Zeichen für soziale Ablehnung ist, nicht bestätigt werden. Gleiches gilt für die „Ghetto-These Hautgesunder“, nach der hautgesunde Menschen der Meinung sind, hautkranke Menschen nähmen kaum „Anstoß“ an den Hautkrankheiten anderer Betroffener. Die Auffälligkeit der Bildvorlage ist für die hautkranken Personen durchaus ein Anstoß ihres Interesses. Inwiefern mit „Anstoß“ jedoch eine Wertung impliziert ist, führen die Autoren nicht aus (vgl. Kapitel 4.6.1.).

HÜNECKE und BOSSE (1987, 42 ff) halten es für wichtig, betroffenen Menschen zu verdeutlichen, daß ein verlängertes Blickverhalten nicht mit sozialer Ablehnung gleichzusetzen ist, sondern daß es vielmehr aus einem gesteigerten Informationsbedürfnis resultiert, das sie selbst gleichermaßen haben.

PROFAZI (1987) wählt ebenfalls ein Verfahren der visuellen Wahrnehmung. Er untersucht Wahrnehmungswiderstände mit Hilfe eines tachistoskopischen Versuchsaufbaus. PROFAZI (1987) präsentiert 30 nichtbehinderten und 36 körperbehinderten Versuchspersonen im Alter

von 16 bis 24 Jahren 24 Dias mit körperbehinderten und nichtbehinderten Personen. Die Ergebnisse ergeben hochsignifikante Unterschiede hinsichtlich der Wahrnehmungen der beiden Gruppen. In diametralem Gegensatz zu den Ergebnissen einer Studie von LIPP et al. (1968) benötigen die körperbehinderten Versuchspersonen deutlich weniger Versuche beim Erkennen der Dias mit den körperbehinderten Personen als die Versuchspersonen ohne Behinderungen. Die Ergebnisse lassen darauf schließen, daß nicht die körperbehinderten, sondern die nichtbehinderten Personen mit Wahrnehmungsabwehr auf die bildliche Konfrontation mit körperbehinderten Menschen reagieren. PROFAZI (1987) hinterfragt jedoch kritisch, inwieweit das von ihm verwendete Untersuchungsdesign das Kriterium der Validität erfüllt, das heißt, inwieweit mittels seiner Methode überhaupt Wahrnehmungsabwehr gemessen wird. Er hält weitere Untersuchungen für notwendig, um seine Ergebnisse zu prüfen (PROFAZI 1987, 87).

Auf das Konzept der Wahrnehmungsabwehr wird im Zusammenhang mit der Beschreibung von Wahrnehmungsprozessen (Kapitel 6.2.2.1.) näher eingegangen.

G. JANSEN und LEYENDECKER (1987) führen eine methodisch breit angelegte Studie zur Identitätsfindung körperbehinderter Jugendlicher und junger Erwachsener durch (vgl. Kapitel 4.5.2.2.). Sie beziehen in ihre Erhebung 55 körperbehinderte und 103 nichtbehinderte Personen im Alter zwischen 16 und 23 Jahren ein. Die körperbehinderten Probandinnen und Probanden sind frühbehindert, d.h. ihre körperlichen Schädigungen sind prä-, peri- oder postnatal bis zum ersten Lebensjahr eingetreten. Bei den Schweregraden der Behinderungen unterscheiden die Autoren zwischen schweren Körperbehinderungen (Notwendigkeit personaler und technischer Hilfen) und leichten Körperbehinderungen (keine Notwendigkeit personaler und technischer Hilfen). Als Methoden werden selbst entwickelte Fragebögen, Interviews und experimentelle Methoden zur Untersuchung spezieller Wahrnehmungsprozesse (Blickbewegungsaufzeichnungen, Tachistoskopien, Ermittlung psychogalvanischer Hautreflexe) eingesetzt. G. JANSEN und LEYENDECKER (1987) kommen wenn nicht zu repräsentativen, so doch zumindest für ihre Stichprobe zu

generalisierenden Erkenntnissen. Die körperbehinderten Probandinnen und Probanden weisen im Vergleich zu den nichtbehinderten Versuchspersonen vermehrt folgende Charakteristika auf:

- Ungleichgewicht zwischen personaler und sozialer Identität
- Diskrepanz zwischen realem und idealem Selbstbild
- Aufrechterhaltung der Selbstwertschätzung durch spezifische Strategien (Veränderung des Wertesystems, Bewältigung durch „Verdrängung“)

(vgl. Kapitel 4.5.2.2.: Strategien und Gegebenheiten zur Aufrechterhaltung des Selbstwertgefühls).

## **5.2. ZUSAMMENFASSUNG**

Die dargestellten Untersuchungen erhärten die Vermutung, daß es Zusammenhänge zwischen einer körperlichen Behinderung und dem Körper- und Selbstbild bzw. einzelnen Persönlichkeitsmerkmalen gibt. Es werden sowohl zwischen den Gruppen mit körperbehinderten und nichtbehinderten Personen signifikante Unterschiede festgestellt, als auch innerhalb der Gruppe körperbehinderter Personen. Desweiteren wird belegt, daß primäre Faktoren, das heißt durch die Behinderung selbst bestimmte, wie sekundäre (soziale) Faktoren gleichermaßen das Selbsterleben und Verhalten beeinflussen. Einige Autorinnen und Autoren betonen die große Relevanz der sozialen Umwelt (D. JANSEN 1976<sup>2</sup>, HOFMANN 1981, HÜNECKE / BOSSE 1987). Dieser Auffassung wird unter Berücksichtigung der in den theoretischen Grundlagen herausgestellten Bedeutungszusammenhänge zwischen der Persönlichkeitsentwicklung und einer körperlichen Behinderung zugestimmt.

Von direktem praktischem Nutzen sind die Erkenntnisse von HÜNECKE und BOSSE (1987). Betroffenen Personen kann ein Teil ihrer Befürchtungen genommen werden, indem ihnen vermittelt wird, daß das verlängerte Blickverhalten - das Anstarren - kein Anzeichen von sozialer Ableh-

nung ist, sondern lediglich das Resultat eines natürlichen gesteigerten Informationsbedürfnisses.

Interessant für diese Arbeit ist die Erkenntnis von WEHRHAN (1984), daß nicht die Schwere der Behinderung die Basis für die Häufigkeit von Frustrationen bildet, sondern die Summe aus persönlichen Erfahrungen, Persönlichkeitsfaktoren und sozialen Erfahrungen.

Wichtig ist es, die vorliegenden Erkenntnisse zu erweitern und zu differenzieren.

## **6. FRAGESTELLUNGEN UND METHODEN DER UNTERSUCHUNG**

### **6.1. FRAGESTELLUNGEN**

Die zentrale Frage der Untersuchung lautet:

Gibt es Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne körperlichen Behinderungen hinsichtlich ihres jeweiligen Körper- und Selbstbildes?

Wenn es Unterschiede gibt, stellen sich weitere Fragen:

1. In welchen Bereichen konkretisieren sich diese Unterschiede
  - bezüglich des Körperbildes?
  - bezüglich des Selbstbildes?
2. Bestehen Zusammenhänge zwischen den biographischen Daten und dem jeweiligen Körper- und Selbstbild einer Person?
3. Besteht ein Zusammenhang zwischen den Auswirkungen der körperlichen Beeinträchtigung und dem Körper- und Selbstbild einer Person?  
Bei den Auswirkungen der Beeinträchtigung ist zu unterscheiden zwischen
  - den Auswirkungen gemäß einer Selbsteinschätzung und
  - den Auswirkungen gemäß einer objektivierten Fremdeinschätzung.

### **6.2. METHODEN**

Zur Ermittlung des Körper- und Selbstbildes werden zwei unterschiedliche Methoden verwendet. Zum einen wird ein Fragebogen zur Erfassung der Selbsteinschätzung des Körper- und Selbstbildes eingesetzt, zum anderen wird ein experimentelles Verfahren zur Personenwahrnehmung angewandt.

Im folgenden sollen die beiden Verfahren vorgestellt werden.

### 6.2.1. Fragebogenerhebung

Nach MUMMENDEY (1984<sup>2</sup>) lassen sich zur Selbsteinschätzung alle diejenigen Verfahren verwenden, die der allgemeinen Personenbeschreibung dienen. Am häufigsten werden adjektivistische Selbstbeschreibungsverfahren, Ratingverfahren, Semantische Differentiale und Persönlichkeitsfragebögen angewandt (MUMMENDEY 1984<sup>2</sup>, 175 ff). Der Persönlichkeitsfragebogen stellt das klassische Selbstbeschreibungsverfahren in der Persönlichkeitsforschung dar.

Der in dieser Untersuchung verwendete Fragebogen setzt sich zusammen aus einzelnen Skalen der Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS) und der Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) von I.M. DEUSINGER (DEUSINGER 1986, 1994). Die Skalen erfassen unterschiedliche Bereiche des Körper- bzw. Selbstbildes einer Person und zeichnen die individuelle, multidimensionale Struktur des Selbst in wichtigen Teilen nach (vgl. DEUSINGER 1986, 6). Die Fragen bzw. Items beziehen sich auf Überlegungen, Gedanken, Bewertungen, Stimmungen und Gefühle zum eigenen Körper und zum Selbst sowie auf Befindlichkeiten und Verhaltensweisen im Alltag. Aus Gründen der Ökonomie sind nicht alle Skalen der zwei Inventare erfaßt. Im Hinblick auf das erkenntnisleitende Interesse und die Fragestellungen der Untersuchung sind von den Körperkonzeptskalen folgende ausgewählt:

1. Pflege des Körpers und der äußeren Erscheinung, Beachtung der Funktionsfähigkeit
2. Körperkontakt
3. Selbstakzeptanz des Körpers
4. Akzeptanz des Körpers durch andere

Die Skalen „Gesundheit - körperliches Empfinden“, „körperliche Effizienz“, „Sexualität“, „Aspekte der körperlichen Erscheinung“ und „dissimilato-

rische Körperprozesse“ werden aus den genannten Gründen vernachlässigt. Verzerrungen in der Interpretation der Ergebnisse ergeben sich nicht, da die einzelnen Skalen vollständig erfaßt sind und Normwerte für die einzelnen Skalen vorliegen.

Von den Selbstkonzeptskalen sind folgende Bereiche ausgewählt:

1. Leistungsfähigkeit
2. Verhaltens- und Entscheidungssicherheit
3. Allgemeine Selbstwertschätzung
4. Empfindlichkeit und Gestimmtheit
5. Kontakt- und Umgangsfähigkeit
6. Wertschätzung durch andere

Die Skalen „allgemeine Problembewältigung“, „Standfestigkeit gegenüber Gruppen und bedeutsamen anderen“, „Irritierbarkeit durch andere“ und „Gefühle und Beziehungen zu anderen“ werden ebenfalls vernachlässigt. Verzerrungen in der Interpretation der Ergebnisse ergeben sich nicht, da die einzelnen Skalen vollständig erfaßt sind und Normwerte für die einzelnen Skalen vorliegen.

Es ergibt sich ein Fragebogen mit insgesamt 68 Items, die nach dem Zufallsprinzip gemischt sind. Die Items sind auf einer sechsstufigen Skala zu bewerten: „trifft sehr zu“, „trifft zu“, „trifft etwas zu“, „trifft eher nicht zu“, „trifft nicht zu“, „trifft gar nicht zu“.

Zur Veranschaulichung werden im folgenden die verwendeten Items geordnet nach Skalen aufgelistet.

#### 6.2.1.1. Skalen des Fragebogens gemäß FKKS und FSKN

- I. Körperkonzeptskalen, Skala 2: Pflege des Körpers und der äußeren Erscheinung, Beachtung der Funktionsfähigkeit (8 Items):
  1. Ich achte sehr auf meine Gesundheit.

2. Ich tue viel für mein Aussehen.
3. Ich Sorge stets dafür, daß ich ausreichend Schlaf bekomme.
4. Zu einem gesunden Geist gehört ein gesunder Körper.
5. An meine Gesundheit denke ich selten.
6. Ich achte auf eine gesunde Ernährung.
7. Auf meine Zahnpflege lege ich großen Wert.
8. Für einen geistig leistungsfähigen Menschen ist ein gesunder Körper wichtig.

II. Körperkonzeptskalen, Skala 4: Körperkontakt (6 Items):

1. Ich habe es gern, wenn andere mich anfassen.
2. Jede Art von Körperkontakt ist mir unangenehm.
3. Ich habe es gern, wenn mich jemand umarmt.
4. Ich habe es gern, wenn jemand seinen Arm um meine Schultern legt.
5. Ich habe es gern, wenn jemand mich unterhakt.
6. Ich habe es gern, wenn jemand mir über den Kopf streicht.

III. Körperkonzeptskalen, Skala 6: Selbstakzeptanz des Körpers (6 Items):

1. Ich würde gerne einige Teile meines Körpers austauschen.
2. Ich habe mehr körperliche Mängel als andere.
3. Es stört mich nicht, wenn mein äußeres Erscheinungsbild von dem meiner Umgebung abweicht.
4. Ich bin mit meinem Aussehen zufrieden.
5. Ich sehe ganz gut aus.
6. Meine kleinen „Schönheitsfehler“ belasten mich nicht.

IV. Körperkonzeptskalen, Skala 7: Akzeptanz des Körpers durch andere (4 Items):

1. Wenn jemand mein Aussehen kritisiert, fühle ich mich recht wertlos.
2. Ich wirke auf andere meist wenig anziehend.
3. Mein Gang hat mir schon viele Komplimente eingebracht.
4. Wegen meiner Haut werde ich von Gleichaltrigen beneidet.



V. Selbstkonzeptskalen, Skala 1: Leistungsfähigkeit (10 Items):

1. Ich bin bestimmt so leistungsfähig und intelligent wie andere.
2. Ich fühle mich als Versager, wenn ich von dem Erfolg eines Bekannten höre.
3. Ich bin mit meinen eigenen Leistungen zufrieden.
4. Was ich mir vorgenommen habe, kann ich auch erreichen.
5. Wenn ich so zurückdenke, kann ich mich an mehr Erfolge als an Mißerfolge erinnern.
6. Im großen und ganzen neige ich dazu, mich für einen Versager zu halten.
7. Was ich mir auch vornehme, stets habe ich Schwierigkeiten, es zu erreichen, meistens schaffe ich es nicht.
8. Wenn ich so zurückdenke, kann ich mich an viel mehr Mißerfolge als an Erfolge erinnern.
9. Ich glaube, daß ich genausoviel tauge wie andere.
10. Ich habe oft Angst, daß ich im entscheidenden Augenblick versage.

VI. Selbstkonzeptskalen, Skala 3: Verhaltens- und Entscheidungssicherheit (6 Items):

1. Ich bin eigentlich ziemlich sicher in der Einschätzung meiner Fähigkeiten.
2. Ich habe öfters das Bedürfnis, mich für mein Verhalten zu entschuldigen.
3. Ich kann mich in den meisten Fällen schnell und sicher entscheiden.
4. Ich kann wichtige Entscheidungen ohne Hilfe treffen.
5. Ich glaube, daß ich in den meisten Fällen mein Verhalten vor mir rechtfertigen kann.
6. Ich habe Schwierigkeiten, das zu tun, was richtig ist.

VII. Selbstkonzeptskalen, Skala 4: Allgemeine Selbstwertschätzung (10 Items):

1. Manchmal glaube ich, daß ich zu überhaupt nichts gut bin.
2. Ich bin ein Niemand.

3. Ich verachte mich.
4. Eigentlich bin ich mit mir ganz zufrieden.
5. Manchmal wünschte ich, ich wäre nicht geboren.
6. Ich wollte, ich könnte mehr Achtung vor mir haben.
7. Manchmal fühle ich mich zu nichts nütze.
8. Wenn ich mich mit anderen Menschen meines Alters vergleiche, schneide ich eigentlich ganz gut ab.
9. Ich finde mich ganz in Ordnung.
10. Ich bin zufrieden mit mir.

VIII. Selbstkonzeptskalen, Skala 5: Empfindlichkeit und Gestimmtheit (6 Items):

1. Ich bin ein fröhlicher Mensch.
2. Ich bin sensibler, als es für mich gut ist.
3. Oft bin ich recht linkisch.
4. Meine Gefühle sind leicht verletzbar.
5. Ich bin zu empfindlich.
6. Ich kann Anschuldigungen ertragen, ohne gleich aus der Haut zu fahren.

IX. Selbstkonzeptskalen, Skala 7: Kontakt- und Umgangsfähigkeit (6 Items):

1. Ich habe eine gute Art, mit anderen umzugehen.
2. Es fällt mir leicht, Kontakte mit anderen Menschen zu bekommen.
3. Ich scheue mich nicht, allein in einen Raum zu gehen, in dem andere Leute bereits zusammensitzen und sich unterhalten.
4. Ich sollte höflicher zu anderen sein.
5. Ich bin ziemlich scheu und unsicher im Kontakt mit anderen Menschen.
6. Es ängstigt mich nicht, mit fremden Menschen zusammenzutreffen.

X. Selbstkonzeptskalen, Skala 8: Wertschätzung durch andere (6 Items):

1. Ich habe wenig Ansehen bei meiner Familie.
2. Es gibt Menschen, gegenüber denen ich mich für zu unwichtig halte, als daß ich mich um ihre Bekanntschaft bemühen würde.

3. Meine Familie vertraut mir wenig.
4. Ich habe das Gefühl, daß ich für manche Menschen nicht interessant genug bin, um mit ihnen befreundet zu sein.
5. Ich fühle mich von meiner Familie geliebt.
6. Ich habe oft das Gefühl, daß Fremde mich kritisch betrachten.

Für die Antworten der Items werden mittlere Skalenwerte nach der Methode der gleicherscheinenden Intervalle nach THURSTONE und CHAVE (1929) und summierte Bewertungen nach LIKERT (1932) errechnet, so daß sowohl eine quantitative als auch eine qualitative Analyse der Daten möglich ist.

>>Individuelle Unterschiede in der Höhe der einzelnen Testwerte repräsentieren individuelle Unterschiede in der Wahrnehmung und Bewertung der eigenen Person in dem jeweiligen, durch die Skala umschriebenen Bereich der Person ... . Die Testwerte gestatten somit eine quantitative - wie auch eine an den Skalenwerten orientierte „qualitative“ - Einordnung, zumindest aber auch eine Rangordnung verschiedener Individuen entlang der betreffenden Dimension des Selbst.<< (DEUSINGER 1986, 7).

Die Gütekriterien Reliabilität, Validität, Interkorrelationen, Ökonomie, Nützlichkeit und Objektivität der Frankfurter Körper- und Selbstkonzeptskalen können insgesamt als zufriedenstellend bewertet werden (vgl. DEUSINGER 1986, 28 ff, 57 ff; 1994, 12).

#### 6.2.1.2. Biographische Daten

Den Items sind 5 Fragen zu den biographischen Daten vorgeschaltet:

1. Geschlecht
2. Alter
3. Vorliegen einer körperlichen Behinderung

4. Eintritt der körperlichen Behinderung (s.u.)
5. Selbsteinschätzung der Auswirkungen der körperlichen Behinderung (s.u.)

Die Bestimmung des Eintritts der körperlichen Behinderung (Seit wann haben Sie eine körperliche Behinderung?) ermöglicht eine Differenzierung zwischen einer „frühen“ und einer „späten“ Behinderung.

Der Ausgangspunkt der Überlegungen zu einer Differenzierung zwischen „frühen“ und „späten“ Behinderungen ist die Annahme, daß das Erleben eines Traumas, der Prozeß der Auseinandersetzung mit einer später eingetretenen körperlichen Behinderung, der Vergleich „vorher - nachher“, einen deutlichen - eventuell negativen - Einfluß auf das Körper- und Selbstbild des betroffenen Menschen hat (Biographiebruch, vgl. STADLER 1989, 132 ff). Bei einer angeborenen oder früh erworbenen körperlichen Behinderung hingegen wird angenommen, daß der behinderte Körper fließend und damit relativ problemlos in das Selbstbild integriert wird, er also keinen Störfaktor für das Selbsterleben und das Selbstwertgefühl darstellt.

Es stellt sich also die Frage, ab wann ein Trauma erlebt wird und eine Auseinandersetzung stattfindet. Das Erleben und die Auseinandersetzung beziehen sich sowohl auf kognitive als auch auf emotionale Prozesse.

In der entwicklungspsychologischen Literatur wird die Loslösungs- und Individuationsphase in der Altersspanne vom Ende des ersten Lebensjahres bis zum dritten Lebensjahr beschrieben (MAHLER 1985, 295). PIAGET (1975) datiert die geistige Repräsentation des Selbst zwischen dem 18. und 24. Lebensmonat. Ungefähr in dieser Zeitphase nimmt das Kind seinen Körper subjektiv als unabhängiges, von unbelebten Objekten und anderen Personen abgesondertes Objekt wahr (vgl. Kapitel 3.2.). Entsprechend ist davon auszugehen, daß ein Kind bis zum dritten Lebensjahr ein Körperbild und - wenn auch undifferenziert - ein Selbstbild ausbildet.

Von dieser Annahme ausgehend kann ein körperliches Trauma innerhalb dieser ersten drei Jahre in die Entwicklung des Körper- und Selbstbildes integriert werden, während ein Trauma nach dieser Entwicklungsphase einen schmerzhaften Prozeß der Umorientierung mit sich bringt.

Aufgrund dessen wird der Zeitpunkt des Eintretens einer körperlichen Behinderung differenziert in

- von Geburt an behindert
- früh behindert (0 - 3 Jahre)
- spät behindert (4 Jahre und später).

Die ersten zwei Differenzierungen werden hierbei lediglich aus formalen Gründen vorgenommen. In den Auswertungen bilden sie eine Zeit-Kategorie (frühe Behinderung).

Progressiv verlaufende Behinderungen, wie beispielsweise Muskelatrophien und -dystrophien, werden zu dem Zeitpunkt eingeordnet, zu dem körperliche Fähigkeitsstörungen und/oder Beeinträchtigungen (vgl. ICDH 1995) aufgetreten sind (i.d.R. ab 4 Jahren und später).

Die Einteilung erfolgt selbstverständlich mit dem Bewußtsein, daß die Grenzen jeweils fließend sind. Aus statistischen Gründen ist eine präzise Einteilung jedoch erforderlich.

Neben der Differenzierung in „frühe“ und „späte“ Behinderung wird ebenfalls eine Differenzierung der körperlichen Behinderung hinsichtlich ihrer Auswirkungen vorgenommen: „leichte“ -, „mittelgradige“ - und „schwere“ Behinderung.

Hierzu werden zwei Verfahren angewandt:

#### 1. Selbsteinschätzung der Versuchspersonen

Die Probandinnen und Probanden mit einer körperlichen Behinderung werden gebeten, auf einer sechsstufigen Skala anzukreuzen, inwieweit sie sich in folgenden Bereichen beeinträchtigt fühlen:

1. Lokomotion: Ich fühle mich in meiner Fortbewegung beeinträchtigt.
2. Greiffunktion: Ich fühle mich im Gebrauch meiner Hände beeinträchtigt.
3. Gesamteindruck / Wirkung auf andere: Ich fühle mich in meinen persönlichen Ausdrucksmöglichkeiten (Mimik, Körpersprache, Wirkung auf andere) beeinträchtigt.
4. Kommunikation: Ich fühle mich in meinen Kommunikationsmöglichkeiten (Sprache, Sprechen, Unterhalten) beeinträchtigt.

(Vgl. hierzu auch LEYENDECKER 1982<sup>2</sup>, 94 f; 1994<sup>2</sup>, 158).

Die sechsstufige Bewertungsskala wird in Anlehnung an die verwendeten Skalen der Fragebögen der Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS) und Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) gewählt, um eine größtmögliche Einheitlichkeit des Gesamtfragebogens zu gewährleisten.

Bei der Abfrage der biographischen Daten werden jedoch lediglich die Extrem-Kategorien 1 und 6 durch Verbalisierung konkretisiert (trifft sehr zu, trifft gar nicht zu), um die Selbsteinschätzung zu erleichtern. Die Einteilung der Versuchspersonen in die Kategorien „leicht“ -, „mittelgradig“ - und „schwer“ behindert erfolgt durch die Summe der Skalenwerte.

## 2. Objektivierte Fremdeinschätzung durch eine der Versuchsleiterinnen

Die genannten Bereiche Lokomotion, Greiffunktion, Gesamteindruck / Wirkung auf andere und Kommunikation werden gemäß der sechsstufigen Skala von Beeinträchtigungen durch Operationalisierung objektiviert (vgl. Anhang 1). Die Operationalisierungen erfolgen im Hinblick auf die Versuchspersonengruppe, so daß einige Bereiche von Beeinträchtigungen nicht weiter differenziert werden (z.B. hinsichtlich Menschen mit Schwerstmehrfachbehinderungen, Menschen mit Kehlkopfkatonomien etc.). Von einer der Versuchsleiterinnen wird den Versuchspersonen in den vier Bereichen jeweils ein Skalenwert zugeordnet. Die Einteilung in die vier Kategorien von „nicht behindert“ bis „schwer behindert“ erfolgt ebenfalls durch die Summe der Skalenwerte.

### **6.2.2. Experimentelles Verfahren zur Personenwahrnehmung - Blickbewegungsaufzeichnungen**

Zusätzlich zu der Fragebogenerhebung wird ein experimentelles Verfahren zur Erfassung von visuellen Wahrnehmungsprozessen bei der Betrachtung von Personendarstellungen gewählt (Blickbewegungsaufzeichnungen). Diese Methodenauswahl gründet auf der Absicht, einen

verhältnismäßig objektiven Indikator für persönlichkeitspezifische Bedingungen zu nutzen. Es wird davon ausgegangen, daß Menschen bevorzugt diejenigen Reize anschauen, die für sie von besonderem Interesse sind, das heißt, mit deren Inhalten sie sich besonders beschäftigen. YARBUS (1967) stellt fest, daß - zumindest bei komplexen Reizsituationen - die persönlichkeitspezifischen Aspekte der betrachtenden Person vor den physikalischen Gegebenheiten der Reizvorlage überwiegen. Das Blickverhalten wird im Vergleich zu den Ergebnissen des Fragebogens für objektiver erachtet, da der (visuelle) Wahrnehmungsakt den Bewertungen und Verhaltensweisen des Menschen vorgeschaltet ist (HÜNECKE / BOSSE 1987, KEBECK 1994).

Bevor das Untersuchungsverfahren beschrieben wird, werden zunächst einige Erläuterungen zu der Wahrnehmung im Allgemeinen und zu der visuellen Wahrnehmung im Speziellen gegeben.

#### 6.2.2.1. Wahrnehmung

Wahrnehmung ist als ein aktiver Prozeß der Auswahl, Aufnahme und Verarbeitung von Reizen zu verstehen. Die Reizauswahl wird durch die Aufmerksamkeit gesteuert. Aus der Fülle von Umweltreizen werden diejenigen selektiert, die für das Individuum von Bedeutung sind.

>>Die Aufmerksamkeit als systematischer Such- und Steuerungsprozeß sorgt dafür, daß die erforderliche Reduktion und Auswahl der Informationen nicht „zufällig“ erfolgt, sondern sich an den in der jeweiligen Situation bestehenden Erfordernissen oder Interessen orientiert. Sie erst gestattet uns eine gezielte und kontinuierliche Wahrnehmung der jeweils „relevanten“ Umweltausschnitte.<< (KEBECK 1994, 157 f).

Ähnlich der Selektionsfunktion der Aufmerksamkeit beeinflussen eine Reihe von Korrekturmechanismen die weitere Verarbeitung der Informationen. Einen solchen Korrekturmechanismus beschreibt die Theorie

des „Hypothesentestens“. Diesem Verständnis zufolge bildet das Individuum bei der ersten sensorischen Stimulation unter Rückgriff auf Kontextinformationen, Vorwissen und Erwartungen Hypothesen darüber, um welches Wahrnehmungsobjekt es sich handelt. Die nachfolgenden Wahrnehmungen dienen der Bestätigung oder Ablehnung der aufgestellten Hypothesen. Die Verarbeitung von Umweltreizen steht somit in einem engen Zusammenhang zu den Konzepten, Theorien oder Hypothesen des Individuums.

>>„*Hypothesentesten*“ in diesem Sinne bedeutet also einen weitgehend von Konzepten gesteuerten Verarbeitungsprozeß, in dem vorhandene Konzepte (Hypothesen) auf die Reizinformation vergleichend angewendet werden ...<< (KEBECK 1994, 173).

In diesem Zusammenhang sei an EPSTEINs Entwurf einer Integrativen Persönlichkeitstheorie (1984<sup>2</sup>) erinnert. Die Bestrebungen des Individuums, Postulate zu bilden und diese zu bestätigen, werden durch die Steuerungsmechanismen der Wahrnehmung unterstützt.

Weitere Steuerungsmechanismen der Wahrnehmung werden in dem Ansatz des „New Look“ beschrieben (KEBECK 1994, 179 ff). Nach diesem Ansatz werden die individuellen Korrekturmechanismen oder Ordnungsprinzipien durch die jeweiligen Bedürfnisse, Interessen und Einstellungen bestimmt. Die Steuerungsmechanismen werden in vier zentrale Konzepte unterteilt: Selektion, Akzentuierung, Fixierung und bedürfnisgesteuerte Organisation der Wahrnehmungsinhalte. Die Theorie der Wahrnehmungsfixierung geht davon aus, daß unterschiedliche Reizinformationen dennoch als gleichartig wahrgenommen werden. Einen ähnlichen Effekt beschreibt die Theorie der bedürfnisgesteuerten Organisation: Mehrdeutige Reize werden von einer Person gemäß ihren individuellen Bedürfnissen wahrgenommen.

Für die vorliegende Untersuchung sind die Theorie der Selektion von Wahrnehmungsinhalten (Wahrnehmungsabwehr) und die Theorie der Akzentuierung von Wahrnehmungsinhalten (Wahrnehmungssensiti-



vierung) von besonderem Interesse (vgl. Kapitel 6.4.: Arbeitshypothesen). Diese beiden Theorien sollen im folgenden kurz skizziert werden.

#### Wahrnehmungsabwehr (perceptual defense)

Das Konzept der perceptual defense stammt von BRUNER, McGINNIES und POSTMAN (vgl. BRUNER / POSTMAN 1947, POSTMAN / BRUNER / McGINNIES 1948). Nach dieser Theorie werden Stimuli, die von der wahrnehmenden Person als unwichtig, unangenehm oder bedrohlich und angsteinflößend bewertet werden, perzeptiv abgewehrt; sie werden langsamer oder gar nicht wahrgenommen. (Vgl. PROFAZI 1987).

#### Wahrnehmungssensitivierung (perceptual offense)

Die Theorie der Wahrnehmungsakzentuierung - oder, um den Gegenpol zu der Theorie von BRUNER, McGINNIES und POSTMAN (BRUNER / POSTMAN 1947, POSTMAN / BRUNER / McGINNIES 1948) terminologisch zu verdeutlichen, das Konzept der perceptual offense - beschreibt die Tendenz, Wahrnehmungsobjekte, die mit den aktuellen Bedürfnissen in Beziehung stehen, bevorzugt wahrzunehmen bzw. überzubewerten. BRUNER und GOODMAN (1947) untersuchen diese Theorie und kommen zu dem Ergebnis, daß Wahrnehmungsreize, die als wünschenswert bewertet werden, größer eingeschätzt werden (BRUNER / GOODMAN 1947).

### 6.2.2.2. Visuelle Wahrnehmung

Der Grad der Aufmerksamkeit bei der visuellen Wahrnehmung wird durch das Blickverhalten angezeigt.

Das Blickverhalten, die Blickbewegungen, stellen nur einen kleinen Teil der möglichen Augenbewegungen dar. Die Hauptfunktion der Blickbewegungen besteht darin, die Augen so auszurichten, daß das Bild des betrachteten Objektes auf die Fovea, die Stelle des schärfsten Sehens auf der Netzhaut, fällt und darin, die Fixationspunkte des Auges (s.u.) zu variieren, um so den gesamten Sehbereich zu erweitern.

Bei den Blickbewegungen auf unbewegte Objekte, die für die Blickbewegungsregistrierung in dieser Untersuchung von Bedeutung sind, wird zwischen Fixationen und Sakkaden unterschieden. Diese werden im folgenden kurz beschrieben.

### Fixationen

Fixationen liegen dann vor, wenn das Auge bzw. beide Augen auf einen bestimmten Punkt des visuellen Reizfeldes für eine bestimmte Mindestdauer ausgerichtet ist bzw. sind. Eine exakte Bestimmung der Mindestdauer liegt in der Literatur derzeit nicht vor; die genannten Zeiten erstrecken sich von 60 bis 300 Millisekunden (vgl. KAUFMANN / KAUFMANN 1977, RUSSO 1978, ISSING / MICKASCH / HAACK 1986). In dieser Untersuchung ist die Mindestdauer einer Fixation auf  $99,9$  Millisekunden festgelegt (vgl. Kapitel 6.2.2.3. Untersuchungsverfahren). Fixationen werden auch als „sakkadische Unterdrückung“ bezeichnet.

### Sakkaden

Sakkaden gehören zu den häufigsten Makrobewegungen des Auges. Es handelt sich um schnelle, ruckartige Sprünge, durch die der Blick von einem Punkt zu einem anderen bewegt werden kann. Die Amplitude einer Sakkade beträgt i.d.R. nicht mehr als 20 Grad. Die Dauer einer Sakkade ist abhängig von der Amplitude: Sakkaden mit wenigen Winkelgraden benötigen 0,01 bis 0,02 Sekunden, Sakkaden mit 20 Grad benötigen bis zu 0,07 Sekunden. Zwischen zwei Sakkaden liegt eine Refraktärzeit von mindestens 0,1 bis 0,2 Sekunden. Dieser folgt eine Latenzzeit vom Auftauchen eines visuellen Stimulus bis zum Beginn einer neuen Sakkade von mindestens 0,1 bis 0,3 Sekunden. Daraus ergibt sich, daß pro Sekunde 2 bis 4, maximal 5 Sakkaden ausgelöst werden können (YARBUS 1967, HUNZIKER 1970). Während einer Sakkade wird keine visuelle Information aufgenommen.

#### 6.2.2.3. Das Untersuchungsverfahren

Zur Aufzeichnung der Blickbewegungen der Versuchspersonen wird der NAC-Eye-Mark-Recorder, Modell V, verwendet. Das Gerät funktioniert nach dem Prinzip der Cornea-Reflexionsmethode. Über die Cornea-Reflexion sind die Augenpositionen bestimmbar, da die Reflexion den Augenbewegungen folgt (YOUNG 1976, 159).

Bei der Cornea-Reflexionsmethode wird ein Lichtstrahl (Infrarot-Strahl) auf das Auge der Versuchsperson geleitet. Dieser wird von der Hornhaut (Cornea) reflektiert und mittels eines optischen Spiegel- und Linsensystems an eine Miniatur-Video-Kamera in Verbindung mit einem Interface (Camera-Controller, s.u.) weitergeleitet. In dem entstandenen Signal ist die räumliche Zuordnung der Blickbewegungen in Form von Koordinaten enthalten. In einer Sekunde werden 30 Signale (Bilder) aufgenommen (ZAK 1988, 7, 17).

Der NAC-Eye-Mark-Recorder, Modell V, besteht aus einem skibrillen-ähnlichen Gestell, das für jedes Auge ein System aus Infrarot-Lichtquelle, Spiegeln, Linsen und Miniatur-Video-Kamera enthält. Zusätzlich ist in der Mitte der Brille ein nach vorne gerichtetes Objektiv angebracht, das das Sichtfeld der Versuchsperson auf einen Monitor übermittelt. Das Sichtfeld ist auf 60 Grad horizontal und 45 Grad vertikal begrenzt. Die Hornhautreflexionen werden in Form eines kleinen Kreuzes (Reflexion des linken Auges) oder eines kleinen Quadrates (Reflexion des rechten Auges) in die Abbildung des Sichtfeldes der Versuchsperson eingeblendet. Somit können die Blickbewegungen inklusive Bildvorlage auf dem Monitor verfolgt werden.

Desweiteren gehören zu der Ausstattung des NAC-Eye-Mark-Recorders ein „Camera-Controller“ und eine „Remote-Unit“ zur Einstellung und Kalibrierung der Kamerasignale.

Die Daten werden mittels eines Videorekorders aufgenommen.

In einem weiteren Schritt wandelt ein Videoanalysator - die „Data Output Unit“ - die Videodaten in digitale Daten um. Die Daten - Bilder - werden in Form von Koordinaten ausgewertet. Ein Bild setzt sich zusammen aus:

- der x-Koordinate (im Bereich von 1 bis 320 Bildpunkten (Pixeln)),
- der y-Koordinate (im Bereich von 1 bis 244 Bildpunkten (Pixeln)).

Der maximale Bildbereich umfaßt somit 78.080 Pixel (320 x 244). Das Koordinatenkreuz entspricht einem Fernseh-Monitor, die Koordinaten  $x = 0$ ,  $y = 0$  befinden sich - gemäß des amerikanischen Koordinatensystems - in der linken oberen Ecke des Monitors.

Die Datenaufnahme ermöglicht es, Augenbewegungen automatisch in Echtzeit auszuwerten. Gemäß den Erkenntnissen, daß die wesentliche Bildverarbeitung in den ersten wenigen Sekunden stattfindet, werden die Blickbewegungen der ersten sechs Sekunden ausgewertet (vgl. MENZ / GRONER 1986). Hierdurch werden außerdem Epiphänomene, wie sie YARBUS (1967) durch zu lange Darbietungszeiten erzielt, ausgeschlossen.

Die von dem Videoanalysator ausgegebenen Daten werden von einem Computer mittels spezieller Software gespeichert und statistisch ausgewertet. Im Rahmen der Datenauswertung wird die Mindestdauer einer Fixation bestimmt. Diese wird in Orientierung an den unteren Werten anderer Untersuchungen (vgl. KAUFMANN / KAUFMANN 1977, RUSSO 1978, ISSING / MICKASCH / HAACK 1986) durch die Anzahl von drei Signalen (Bildern) festgelegt. Drei Signale entsprechen einer Dauer von 99,9 Millisekunden (30 Signale pro Sekunde = 30 Signale pro 1.000 Millisekunden = 1 Signal pro 33,3 Millisekunden; vgl. ZAK 1988, 7, 17).

Die Gütekriterien sind bei der Methode der Blickbewegungsaufzeichnungen nur mittels größtmöglicher Präzision bei der Aufnahme und der Auswertung der Blickbewegungsdaten zu gewährleisten (vgl. SCHROIFF 1983, BROSIUS 1983).

Es werden daher folgende Maßnahmen ergriffen:

– Justage

Für die Einstellung und Anpassung der Blickbewegungskamera auf die unterschiedlichen Gegebenheiten der einzelnen Versuchspersonen wird ausreichend Zeit verwandt. Die Aufzeichnungen werden erst bei exakter Übereinstimmung der realen Fixationsorte mit den Kennzeichnungen auf dem Monitor vorgenommen. Eine abschließende Über-

prüfung (Endjustage) ermöglicht eine nachträgliche Korrektur der Aufzeichnungen mittels der Software (s.u.).

– Protokoll

Die Bedingungen und Maßnahmen der Anfangsjustage, des Aufzeichnungsvorganges und der Endjustage werden protokolliert. Mögliche Meßfehler können so später nachvollzogen und bei der Datenauswertung korrigiert werden.

– Software

Das Programm „Analyser 3“ ermöglicht eine nachträgliche Korrektur der Blickbewegungsaufzeichnungen durch eine Verschiebung der Sektorenmaske um die Abweichungen (vgl. Kapitel 8.2.: Ergebnisse der Blickbewegungsaufzeichnungen).

Auf diese Weise wird eine möglichst zufriedenstellende Objektivität und Reliabilität und damit eine akzeptable Validität der Methode erwirkt.

#### 6.2.2.4. Bisherige Untersuchungen

Blickbewegungsforschung wird in verschiedenen Fachgebieten betrieben. Zu nennen sind hier vor allem die Leseforschung, die Werbepsychologie, die Arbeitsplatzforschung, die Verkehrspsychologie und die Sportwissenschaft. Die meisten psychologischen Untersuchungen zum Blickverhalten werden zu kognitiven Fragestellungen durchgeführt.

Die Forschungsinteressen liegen in den Bereichen:

- Erkennen von Mustern („pattern recognition“)
- visuelle Suche
- okulomotorische Abläufe
- Betrachtung dynamischer Bilder
- Betrachtung statischer und komplexer Bildvorgaben (z.B. Personen- und Gesichtswahrnehmung)
- Blickverhaltensbeobachtung in Realsituationen
- Blickbewegungen und Problemlösungsverhalten
- Blickverhalten unter entwicklungspsychologischen Gesichtspunkten

Zu emotionalen oder persönlichkeitspsychologischen Aspekten des Blickverhaltens liegen bislang kaum Forschungsergebnisse vor (G. JANSEN / LEYENDECKER 1987, vgl. auch LÜER / LASS 1987, LÜER / LASS / SHALLO-HOFFMANN 1988).

Im folgenden sollen diejenigen Forschungsergebnisse vorgestellt werden, die für diese Untersuchung von Bedeutung sind.

In der Fachliteratur finden sich Hinweise darauf, daß das Blickverhalten bestimmten Ordnungstendenzen folgt.

So stellt YARBUS (1967) bei seinen Experimenten mit Gemälden, Zeichnungen und Fotografien von Personen fest, daß es bei der Betrachtung der Vorlagen bestimmte, sich wiederholende Blickbewegungen gibt. Ein Gesicht zieht die Aufmerksamkeit stärker an als die Statur, eine menschliche Gestalt erweckt mehr Aufmerksamkeit als ein Objekt u.s.w.. Bei der Betrachtung von Gesichtern beobachtet er, daß die Versuchspersonen Augen, Lippen und Nase häufiger fixieren als andere Bereiche des Gesichtes (YARBUS 1967, 191). Der Autor kommt zu dem Ergebnis, daß als wichtig empfundene Bildbereiche häufiger fixiert werden als diejenigen Bereiche, die als weniger wichtig bewertet werden. Die Bewertung der jeweiligen Bedeutung von Bildausschnitten hängt von zwei Kriterien ab: zum einen sind dies die physikalischen Bedingungen der Reizstruktur (Form, Kontur, Farbe, Muster, Bewegung, Komplexität, emotionaler Gehalt etc.), zum anderen ist dies die jeweilige motivationale und kognitive Situation der Betrachterin bzw. des Betrachters (Vertrautheit mit der Vorlage, affektive Tönung, Aufgabenstellung etc.) (vgl. auch WITTLING 1976, WINTERHOFF 1978, v. KEITZ 1986). YARBUS (1967) stellt weiterhin fest, daß bei der Betrachtung komplexer Reizsituationen die persönlichkeitspezifischen Aspekte vor den physikalischen überwiegen. Es kann also davon ausgegangen werden, daß diejenigen Reizaspekte bevorzugt fixiert werden, die nach der Meinung der betrachtenden Person den höchsten Informationsgehalt besitzen, so daß sie für die Beurteilung und Einschätzung der Reizsituation von Bedeutung sind (YARBUS 1967, 191; vgl. KEBECK 1994, 179 ff).

Die motivationale Determination hat aber ebenfalls zur Folge, daß das Blickverhalten einer Versuchsperson von den Instruktionen der Versuchsführung abhängig ist. YARBUS (1967) beweist dieses mit seinen Untersuchungen: die Versuchspersonen zeigen bei unterschiedlichen

Instruktionen und sonst konstanten Bedingungen ein verschiedenartiges Fixationsverhalten.

Auch MACKWORTH und MORANDI (1967) ermitteln ein Ordnungsprinzip bei der visuellen Wahrnehmung. Ihren Erfahrungen zufolge liegen die bevorzugten Fixationsorte beim Betrachten eines Bildes relativ schnell fest und werden in regelmäßigen Zyklen wieder aufgesucht.

NOTON und STARK (1971) entdecken bei ihren Experimenten, daß die Versuchspersonen beim wiederholten Betrachten von Strichzeichnungen häufig gleiche Fixationspfade zeigen. Die Autoren entwickeln daraus die Hypothese, daß das Betrachten einer Reizsituation bestimmten „Suchpfaden“ - „scanpaths“ - folgt, die von den Vorerfahrungen der betrachtenden Person bestimmt werden.

ANTES (1974) beschreibt ein zweistufiges Blickverhalten. Demnach verschafft sich die betrachtende Person zunächst durch kurze, schnelle Fixationen der bedeutsamen Bereiche der Reizvorlage einen Gesamtüberblick. Steht daraufhin noch Zeit zur Verfügung, folgt eine detailliertere Exploration, in die auch die als weniger bedeutsam bewerteten Sektoren der Vorlage miteinbezogen werden.

NOTONs und STARKs Suchpfad-Hypothese (1971) wird von GRONER et al. (1984) weiter differenziert. GRONER et al. (1984) unterscheiden zwischen „globalen Suchpfaden“ und „lokalen Suchpfaden“. Ihrer Meinung nach ergeben sich lokale Suchpfade aus den Fixationen selbst, das heißt eine Fixation bestimmt die nächste, indem durch die periphere Wahrnehmung die Aufmerksamkeit gelenkt wird, während die globalen Suchpfade durch die Hypothese, die die betrachtende Person über die Darbietungsvorlage entwickelt hat, bestimmt werden (vgl. Hypothesentesten; KEBECK 1994, 173).

HÜNECKE und BOSSE (1987) führen eine Untersuchung zu dem Blickverhalten bei Gesichtsauffälligkeiten durch (vgl. Kapitel 4.6.1., 5.1.). Sie ermitteln in den ersten Betrachtungssekunden einen häufigen Wechsel



der Fixationsorte gemäß einer Orientierung über die Reizvorlage, wobei die meisten Versuchspersonen zunächst den Bereich der Auffälligkeit (Pustel auf der Wange) fixieren. Insgesamt ergeben sich im Bereich der Auffälligkeit längere Fixationen. HÜNECKE und BOSSE (1987) interpretieren den zeitlichen Rang des auffälligen Sektors damit, daß aufgrund des Überraschungseffektes die Aufmerksamkeit der betrachtenden Person entsprechend focussiert wird. Die insgesamt längeren Fixationen im Bereich der Auffälligkeit, das Phänomen des Anstarrens, erklären die Autoren mit einem allgemein gesteigerten Informationsbedürfnis bei unbekanntem Reizmaterial.

>>... das Gewohnte bzw. Normale ist schneller erkannt.<<  
(HÜNECKE / BOSSE 1987, 41).

WILKER und Mitarbeiter (1987) befassen sich in ihrer Untersuchung mit der Lateralität von Blickbewegungen bei der Betrachtung von Gesichtern. Die Autoren orientieren sich an einer Erhebung von GRÜSSER (1984), der bei der Gesichterbetrachtung bei rechtshändigen Personen eine Präferenz der rechten Gesichtshälfte feststellt. WILKER und Mitarbeiter (1987) kommen zu dem Ergebnis, daß die rechte und linke Gesichtshälfte gleich häufig fixiert werden. Gleichzeitig beobachten sie allerdings, daß in der ersten Sekunde der Darbietung die meisten Fixationen in der rechten Gesichtshälfte lokalisiert sind, das heißt, daß die Blickrichtung nach links geht. WILKER und Mitarbeiter (1987) interpretieren dieses Ergebnis anhand der allgemeinen Tendenz, Objekte von links nach rechts zu betrachten, wie es z.B. beim Lesen der Fall ist (WILKER / WIEMERS / WEISS / BECKER 1987, 187 f).

LEYENDECKER und Mitarbeiter (1992) ermitteln bei der Betrachtung von Gesichtern (Selbstbildnis und Piktogramme) bezüglich der Dauer und der Häufigkeit der Fixationen eine regelmäßige Rangfolge: Augen - Nase - Mund. Dieses Resultat bestätigt in Bezug auf die Augen andere Forschungsergebnisse (YARBUS 1967, NEUMAIER 1979). Allerdings rückt in der Untersuchung von LEYENDECKER und Mitarbeitern (1992) der Bereich der Nase auf den zweiten Rangplatz und verdrängt den

Mundbereich auf Platz drei. Deutlich belegt bleibt jedoch die herausragende Bedeutung der Augen im interpersonalen Wahrnehmungsprozeß (LEYENDECKER / ISENBERG / SCHROLL / THÄLE 1992, 15).

Für den Bereich der Augen stellen die Autoren desweiteren fest, daß das rechte Auge der Vorlage jeweils sowohl länger als auch häufiger fixiert wird. Diese Feststellung steht im Gegensatz zu dem Ergebnis von WILKER und Mitarbeitern (1987). Sie überschneidet sich jedoch einerseits mit den Erkenntnissen von GRÜSSER (1984), als auch andererseits mit Beobachtungen, die sich bei der Betrachtung der Blickbewegungsaufzeichnungen bei YARBUS` Fotografie „Girl from the Volga“ machen lassen (YARBUS 1967, 180). Obwohl YARBUS (1967) nicht auf die Seitenpräferenz eingeht, ist der größere Fixationsanteil in der rechten Gesichtshälfte deutlich zu erkennen. LEYENDECKER und Mitarbeiter (1992) interpretieren ihr Ergebnis als einen Beleg für die Hypothese, daß in der rechten Hälfte des Gesichtes, der die kognitiven Prozesse zuzuordnen sind, die größte Informationsquelle in der personalen Wahrnehmung ist (LEYENDECKER / ISENBERG / SCHROLL / THÄLE 1992, 16).

#### 6.2.2.5. Bildvorlagen

Da sich die Untersuchung detailliert mit dem Körper- und Selbstbild von körperbehinderten und nichtbehinderten Menschen beschäftigt, werden als Bildvorlagen isolierte Personen-Darstellungen gewählt. Die dargestellten Personen sollen einerseits unterschiedliche körperliche Bedingungen aufweisen - keine Behinderung, eine leichte Behinderung, eine schwere Behinderung -, sie müssen andererseits aber auch hinsichtlich der Blick-bewegungsauswertung vergleichbar sein. Den Versuchspersonen werden schließlich jeweils drei Dias mit einer weiblichen Person oder mit einer männlichen Person gleichgeschlechtlich präsentiert. Die weibliche bzw. männliche Person ist auf den drei Dias jeweils dieselbe; sie unterscheidet sich jedoch aufgrund äußerer Merkmale bzw. Auffälligkeiten:

1. keine besonderen Auffälligkeiten,
2. geringe Auffälligkeit durch einen Pickel auf der linken Wange,
3. deutliche Auffälligkeit durch eine Deformation und Atrophie des linken Beines.

Die körperlichen Auffälligkeiten werden im Nachhinein mittels computerunterstützter Retuschen angefertigt.

Es ist beabsichtigt, daß die Personen der Bildvorlagen den Durchschnitt der deutschen Bevölkerung im Alter zwischen 20 und 45 Jahren repräsentieren. Sie sollen nicht durch besondere Merkmale auffallen, um so die Aufmerksamkeit der Probandinnen und Probanden der Hauptuntersuchung nicht zu focussieren. Die Auswahl der Altersverteilung steht in Relation zu der erwarteten Altersverteilung der Versuchspersonengruppe. Die Personen für die Bildvorlagen werden mittels einer Voruntersuchung ermittelt. Dazu wird ein Fotokatalog mit jeweils sechs weiblichen und sechs männlichen Personen zusammengestellt, die aufgrund ihrer Größe, ihres Gewichtes, ihres Alters und ihres gesamten Aussehens als durchschnittlich bezeichnet werden können. Dieser Katalog wird 38 erwachsenen Personen, 22 weiblichen und 16 männlichen, in unterschiedlichem Alter und mit unterschiedlichem sozio-ökonomischen Status mit der Bitte gezeigt, jeweils eine weibliche und eine männliche Person auszuwählen, die ihrer Meinung nach den Bevölkerungsdurchschnitt repräsentiert. Es kann jeweils ein eindeutiges Ergebnis hinsichtlich der häufigsten Nennung erzielt werden.

Von beiden ermittelten Personen werden Standporträtfotos angefertigt. Diese werden anschließend mit Hilfe eines Computers retuschiert (s.o.). Die linke Körperhälfte als Ort der Auffälligkeiten wird gewählt, um herauszufinden, ob das sonst eher rechtsseitig orientierte Blickverhalten bei der Betrachtung von Personen, das von GRÜSSER (1984) und LEYENDECKER und Mitarbeitern (1992) beschrieben wird und das ebenso bei YARBUS` Ergebnissen festzustellen ist (YARBUS 1967, 180), verändert wird (vgl. Kapitel 6.2.2.4.).

### 6.3. UNTERSUCHUNGSDESIGN

Es wird ein multivariates Untersuchungsdesign eingesetzt. Die Gesamtstichprobe wird nach folgenden unabhängigen Variablen aufgeteilt:

- Geschlecht,
- Alter
- Vorliegen einer Behinderung,
- Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung,
- Ausmaß der Behinderung

(vgl. Kapitel 6.2.1.2.: Biographische Daten).

Es ergibt sich eine Vergleichsmöglichkeit folgender Versuchspersonengruppen:

Personen unterschiedlichen Alters			
Frauen		Männer	
nichtbehinderte Personen	behinderte Personen		
frühbehinderte Personen	spätbehinderte Personen		
leichtbehinderte Personen	mittelgradig beh. Personen	schwerbehinderte Personen	
nichtbehinderte Personen	leichtbehinderte Personen	mittelgradig beh. Personen	schwerbehinderte Personen

Im Hinblick auf die Fragestellungen der Untersuchung werden die ersten zwei unabhängigen Variablen - Geschlecht und Alter - vernachlässigt.

Die abhängigen Variablen ergeben sich aus der Fragebogenerhebung und den Blickbewegungsaufzeichnungen:

- Qualität des Körperbildes,
- Qualität des Selbstbildes,
- Anzahl der Fixationen in verschiedenen Bildsektoren,
- Dauer der Fixationen in verschiedenen Bildsektoren,
- Rangplatz der verschiedenen Bildsektoren.

#### 6.4. ARBEITSHYPOTHESEN

Die Untersuchung basiert zum einen auf der Frage, ob es Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne körperlichen Behinderungen hinsichtlich ihres jeweiligen Körper- und Selbstbildes gibt (vgl. Kapitel 6.1.: Fragestellungen der Untersuchung).

Außerdem soll die Untersuchung Aufschluß darüber geben, wie die unterschiedlichen Versuchspersonengruppen auf körperliche Auffälligkeiten reagieren.

Es werden folgende Arbeitshypothesen formuliert:

1. Die Ergebnisse der Fragebogenerhebung erlauben Rückschlüsse darüber, in welchen Bereichen das Körper- und Selbstbild der Versuchspersonen jeweils eher „günstig“ oder „positiv“ ist bzw. eher „ungünstig“ oder „negativ“. Hinsichtlich dieser Ergebnisse werden Unterschiede zwischen den Versuchspersonengruppen erwartet.
2. Bei der Untersuchung zur Personenwahrnehmung wird die Aufmerksamkeit der Versuchspersonen generell auf die retuschierten Auffälligkeiten gelenkt.
3. Das Blickverhalten ist ein Parameter für kognitive und emotionale Aspekte der Körperwahrnehmung. Das Blickverhalten ist damit ein Indikator für Prozesse der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper und - so vorhanden - mit der eigenen körperlichen Behinderung. Bei der Personenbetrachtung zeigen sich zwischen den Versuchspersonengruppen Unterschiede bezüglich der Abfolge, Häufigkeit und Dauer der Fixationen in den einzelnen Sektoren der drei Bildvorlagen, insbesondere in den Sektoren mit den retuschierten Auffälligkeiten.

Es werden Zusammenhänge zwischen den leichtbehinderten Personen und dem Bild mit der geringen Auffälligkeit (Bild 2) erwartet sowie zwischen den schwerbehinderten Personen und dem Bild mit der deutlichen Auffälligkeit (Bild 3) (ähnelnde Vorlagen).

3.1. Das Blickverhalten bei den Personendarstellungen mit einer körperlichen Auffälligkeit ist bei den Versuchspersonen, die keine Behinderung oder eine frühe Behinderung haben, gleich.

Für die Versuchspersonen mit einer **späten Behinderung** stellt die Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung einen stets aktuellen Prozeß dar. Daher richten sie ihre Aufmerksamkeit stärker auf die betroffenen Körperteile, insbesondere bei der ihnen ähnelnden Vorlage, als früh behinderte und nichtbehinderte Probandinnen und Probanden (**perceptual offense**).

3.2. Das Blickverhalten bei den Personendarstellungen mit einer körperlichen Auffälligkeit ist bei den Versuchspersonen, die keine Behinderung oder eine schwere Behinderung haben, gleich.

Für die Versuchspersonen mit einer **leichten Behinderung** stellt die Auseinandersetzung mit der eigenen Behinderung einen stets aktuellen Prozeß dar. Daher richten sie ihre Aufmerksamkeit stärker auf die betroffenen Körperteile, insbesondere bei der ihnen ähnelnden Vorlage, als schwerer behinderte und nichtbehinderte Probandinnen und Probanden (**perceptual offense**).

3.3. Die Versuchspersonen mit einer **mittelgradigen Behinderung** teilen sich bezüglich ihres Blickverhaltens bei den Personendarstellungen mit einer körperlichen Auffälligkeit zu gleichen Teilen auf in

- diejenigen, die ihre Aufmerksamkeit stärker auf die betroffenen Körperteile, insbesondere bei der ihnen ähnelnden Vorlage richten (**perceptual offense**) und in
- diejenigen, die bezüglich der betroffenen Körperteile eine besonders geringe Aufmerksamkeit zeigen (**perceptual defense**).

4. Es besteht eine Korrelation zwischen einem „negativen“ bzw. „unausgewogenen“ und einem „positiven“ bzw. „ausgewogenen“ Körper- und Selbstbild (vgl. Fragebogenergebnisse) und der Abfolge, Häufigkeit und Dauer der Fixationen der auffälligen Körperteile der Bildvorlagen.

## 6.5. ZUSAMMENFASSUNG

Zur Bearbeitung der zentralen Frage der Untersuchung, inwieweit es Unterschiede zwischen Menschen mit und ohne körperlichen Behinderungen hinsichtlich ihres Körper- und Selbstbildes gibt, werden zwei Methoden verwendet:

- eine Fragebogenerhebung
- ein experimentelles Verfahren zur Personenwahrnehmung.

Als Grundlage für die Fragebogenerhebung dienen die Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS) und die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN) von I. DEUSINGER (DEUSINGER 1986, 1994). Diese Inventare werden hinsichtlich der Fragestellungen und der erforderlichen Ökonomie gekürzt und zusammengefügt. Verzerrungen in der Interpretation der Ergebnisse ergeben sich nicht, da die einzelnen Skalen vollständig erfaßt sind und Normwerte für die einzelnen Skalen vorliegen.

Die biographischen Daten des Fragebogens erfassen die Bereiche Geschlecht, Alter, Vorliegen einer körperlichen Behinderung, Eintritt der körperlichen Behinderung und Selbsteinschätzung der Auswirkungen der körperlichen Behinderung.

Zusätzlich zu der Fragebogenerhebung wird ein experimentelles Verfahren zur Erfassung von visuellen Wahrnehmungsprozessen bei der Betrachtung von Personendarstellungen eingesetzt. Die Verwendung dieser Methode basiert auf der Annahme, daß das Blickverhalten ein Parameter für kognitive und emotionale Aspekte der Wahrnehmung ist. Somit fungiert das Blickverhalten als Indikator für Prozesse der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper.

Als Untersuchungsverfahren wird der NAC-Eye-Mark-Recorder, Modell V, benutzt. Das Gerät funktioniert nach dem Prinzip der Cornea-Reflexionsmethode.

Blickbewegungsforschungen werden i.d.R. unter wahrnehmungs- oder kognitionspsychologischen Fragestellungen durchgeführt. Bisherige Untersuchungen geben Hinweise darauf, daß das Blickverhalten bestimmten Ordnungsprinzipien folgt. Diese Ordnungsprinzipien werden u.a. durch persönlichkeitspezifische Aspekte, wie Bedürfnisse, Interessen und Einstellungen, bestimmt. Zu emotionalen oder persönlichkeitspsychologischen Aspekten liegen in der Blickbewegungsforschung bislang jedoch kaum Ergebnisse vor. Im Rahmen der Bearbeitung der zentralen Fragestellung kann die vorliegende Untersuchung hierzu außerdem einen Beitrag leisten.



## 7. DURCHFÜHRUNG DER UNTERSUCHUNG

Die Datenerhebung erstreckt sich auf den Zeitraum Oktober 1996 bis Januar 1997. Sie findet - bis auf eine Ausnahme - in den Räumen der Universität Dortmund statt. Die Ausnahme bildet ein Untersuchungstermin in den Räumen der beruflichen Schulen im Berufsbildungswerk Volmarstein. Beteiligt sind jeweils drei Versuchsleiterinnen und insgesamt 95 Versuchspersonen. Von 88 Versuchspersonen können die Daten verwendet werden (s. Kapitel 7.1.: Stichprobe der Untersuchung).

Die Versuchspersonen werden sowohl schriftlich als auch mündlich folgendermaßen informiert:

>>Im Rahmen meiner Dissertation mit dem Thema „Körper und Behinderung - Eine vergleichende Untersuchung zum Körper- und Selbstbild von Menschen mit und ohne körperliche Behinderungen“ führe ich eine empirische Untersuchung durch. Ich verwende dazu zwei Methoden:

1. einen Fragebogen zum Körper- und Selbstbild
2. die Registrierung von Blickbewegungen bei der Betrachtung von Dias (Wie werden Dias wahrgenommen ?)

Die Untersuchung dauert pro Person ca. 20 - 25 Minuten.

Die Versuchspersonengruppe setzt sich zusammen aus ca. 120 erwachsenen Menschen mit und ohne körperliche Behinderungen; bei den Menschen mit einer körperlichen Behinderung wird unterschieden zwischen früher und später eingetretenen Behinderungen und leichteren und schweren Behinderungen.

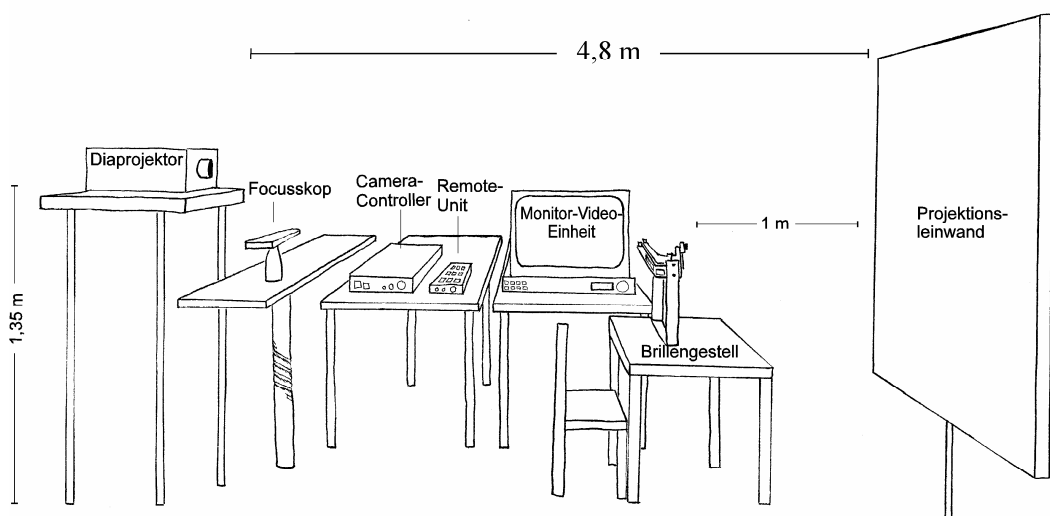
Die Erhebung ist anonym, eine Zuordnung der Daten zu den einzelnen Versuchspersonen ist nicht möglich.<<

Alle Probandinnen und Probanden nehmen freiwillig und unentgeltlich an der Untersuchung teil.

## 7.1. DATENERHEBUNG

Zuerst werden die Blickbewegungsaufzeichnungen durchgeführt. Dieses erfolgt in einem Labor der Universität Dortmund. Bei dem Untersuchungstermin im Berufsbildungswerk Volmarstein werden vergleichbare Laborbedingungen hergestellt. Abbildung 3 veranschaulicht die Versuchskonfiguration.

Abbildung 3: Versuchskonfiguration



Mit dieser Anordnung ist es möglich, die Dias so zu projizieren, daß sie einerseits groß genug für eine notwendige Differenzierung der Bildvorlagen in einzelne Sektoren sind, andererseits aber das Sichtfeld der Versuchspersonen nicht überschreiten.

Das Brillengestell des Eye-Mark-Recorders ist an einem höhenverstellbaren Ständer befestigt, und es wird eine Kinnstütze für die Versuchspersonen hinzugefügt. Vorversuche haben ergeben, daß es bei dem

Einsatz des Gerätes bei frei beweglichem Kopf der Versuchsperson immer wieder zu Meßfehlern kommt. Durch die Fixierung des Brillengestells wird außerdem die Anpassung an den Kopf der jeweiligen Versuchsperson wesentlich erleichtert.

Um die Datenmenge nicht unübersichtlich werden zu lassen, werden nur die Bewegungen des leitenden (dominanten) Auges aufgezeichnet. Zur Bestimmung des leitenden Auges dient ein Focusskop.

Abbildung 4: Focusskop



Durch die trichterförmige Gestalt des Focusskops wird der Blick derjenigen Person, die durch das breite Ende mit beiden Augen hindurchschaut, auf einen umgrenzten Raum gebündelt (focussiert) und somit auf die Wahrnehmung des leitenden Auges reduziert.

An der Erhebung der Blickbewegungsdaten sind zwei Versuchsleiterinnen - VL 1 und VL 2 - beteiligt. VL 1 instruiert die Versuchspersonen, stellt das jeweilige leitende Auge mittels des Focusskops fest, führt die Justierung der Blickbewegungsmeßinstrumente auf die persönlichen Augenparameter der Versuchsperson durch und zeichnet die Blickbewegungen auf einer Videokassette auf. VL 2 bestimmt die Reihenfolge der Dias gemäß dem Prinzip der Zufallsverteilung, um einen Positionseffekt auszuschließen. Sie bietet die Dias für jeweils 10 Sekunden dar und protokolliert den Vorgang (Anfangsjustage, Aufzeichnungsvorgang, Endjustage). Zur Auswertung werden nur die ersten sechs Sekunden herangezogen (vgl. Kapitel 6.2.2.3.).

Unter Berücksichtigung der Beeinflussung der Blickbewegungen durch motivationale Tendenzen (YARBUS 1967, vgl. Kapitel 6.2.2.4.) erhalten die Versuchspersonen einheitlich folgende Instruktionen:

>>Hier wird die Aufzeichnung Ihrer Blickbewegungen vorgenommen. Das geschieht mit Hilfe dieser Brille. In dieser Brille sind drei kleine Kameras eingebaut: an der rechten und linken Seite befindet sich jeweils eine Kamera für das jeweilige Auge und an der Vorderseite ist eine weitere Kamera angebracht, die das aufzeichnet, was Sie auf der Leinwand sehen. Dorthin werden drei bzw. fünf Dias projiziert; zwei Dias davon dienen der Einstellung der Geräte. In diesem Monitor kann ich alles mitverfolgen. ...

*(Demonstration der Sichtfeldkamera)*

Die Blickbewegungen werden auf einer Videokassette aufgezeichnet. Wir zeichnen nur die Bewegungen eines Ihrer Augen auf, und zwar die Ihres leitenden Auges. Wir müssen also zunächst Ihr leitendes Auge bestimmen. Zu diesem Zweck möchte ich Sie bitten, sich vor unser Focusskop zu setzen und mit beiden Augen dadurch auf den Ball zu schauen. Sehen Sie ihn? Jetzt schließen Sie bitte Ihr rechtes Auge. Sehen Sie den Ball noch? Schließen Sie bitte Ihr linkes Auge. Sehen Sie den Ball (jetzt)? Ihr leitendes Auge ist das linke (rechte). Dann möchte ich Sie jetzt bitten, sich an den Tisch mit der Brille zu setzen und ihr Kinn auf die Kinnstütze zu legen. ...

*(Anpassung der Kinnstütze und Brille)*

Zunächst muß ich Ihre Pupille finden. Da ist sie. Schauen Sie bitte mal einfach geradeaus, dann kann ich die Pupille in die Mitte des Monitors stellen. Prima. Ich möchte Sie bitten, sich jetzt möglichst nicht mehr zu bewegen und nicht mehr zu sprechen. So, jetzt sehen Sie gleich ein Dia von F., das mir dazu dient, meine Geräte auf Ihre Augenbedingungen einzustellen. F. ist Rollstuhl-Basketballer und ich möchte Sie bitten, einmal auf F.'s obere Hand zu schauen, so als ob Sie ihm einen Ball dorthin zuwerfen wollten. ...

*(Nennung weiterer Blickpunkte und Justierung mittels Camera-Controller und Remote-Unit)*

So, Sie werden jetzt drei Dias sehen, die Sie sich einfach anschauen.

*(Darbietung der Dias)*

So, hier kommt nochmal F., und ich nehme eine Endjustage vor. Schauen Sie bitte einmal auf F.'s Kopf. ...

*(Nennung weiterer Blickpunkte und gegebenenfalls Justierung)*

Alles klar, das war's. Sie können wieder unter der Kamera hervorkommen. Vielen Dank. Jetzt geht's weiter mit dem Fragebogen, den Sie in dem Raum ... bekommen und ausfüllen können.<<

*(Nennung und Zeigen des Raumes)*

In einem anderen Raum erwartet eine dritte Versuchsleiterin - VL 3 - die Versuchsperson und händigt ihr einen Fragebogen aus. Außer der Bitte, den Fragebogen auszufüllen, gibt VL 3 keine weiteren Instruktionen. Sie hilft jedoch bei Schwierigkeiten, die bei der Beantwortung der Fragen bzw. bei der Bewertung der Items auftreten in dem Bemühen, die Entscheidung der Versuchsperson nicht zu beeinflussen. Bei einigen Versuchspersonen, die aufgrund ihrer körperlichen Situation den Fragebogen nicht selbständig ausfüllen können, assistiert VL 3. Außerdem nimmt VL 3 die objektivierte Fremdeinschätzung der Auswirkungen der körperlichen Behinderung vor.

## **7.2. STICHPROBE DER UNTERSUCHUNG**

An der Untersuchung nehmen insgesamt 95 Versuchspersonen teil. Von 88 Versuchspersonen können die Daten verwendet werden.

Die Stichprobe wird durch die Auswahl der Methoden begrenzt. Bei einigen der schwerer behinderten Versuchspersonen können keine Blick-

bewegungsdaten erhoben werden, so daß hier nur die Fragebogenergebnisse vorliegen.

Die Probandinnen und Probanden rekrutieren sich aus Studentinnen und Studenten der Universität Dortmund, Auszubildenden des Berufsbildungswerks Volmarstein sowie Mitgliedern verschiedener Vereine und Verbände.

Die folgende Tabelle gibt Aufschluß über die Verteilung der Gesamtstichprobe gemäß Geschlecht, Alter und Vorliegen einer körperlichen Behinderung.

**Tabelle 1:** Verteilung der Gesamtstichprobe gemäß Geschlecht, Alter und Vorliegen einer körperlichen Behinderung

<b>Variable</b>	<b>absolute Zahlen</b>	<b>prozentuale Zahlen</b>	<b>N</b>
Geschlecht: weiblich	38	43 %	88
männlich	50	57 %	
Alter: 15 -19 Jahre	7	8 %	88
20 - 24 Jahre	22	25 %	
25 - 29 Jahre	17	19 %	
30 - 34 Jahre	12	13 %	
35 - 39 Jahre	6	7 %	
40 - 44 Jahre	6	7 %	
45 - 49 Jahre	3	3 %	
50 - 54 Jahre	4	5 %	
55 - 59 Jahre	5	6 %	
60 - 64 Jahre	2	2 %	
65 Jahre und älter	4	5 %	

Vorliegen einer körperlichen Behinderung gemäß der Fremdeinschätzung: ja	45	51 %	88
nein	43	49 %	
Vorliegen einer körperlichen Behinderung gemäß der Selbsteinschätzung: ja	48	55 %	88
nein	40	45 %	

Die Stichprobe der Probandinnen und Probanden, die von VL 3 als körperlich behindert eingestuft wird, verteilt sich bezüglich des Eintritts der Behinderung und der Auswirkungen der Behinderung folgendermaßen:

**Tabelle 2:** Verteilung der behinderten Probandinnen und Probanden (Fremdeinschätzung) gemäß Eintritt der Behinderung und Auswirkungen der Behinderung

<b>Variable</b>	<b>absolute Zahlen</b>	<b>prozentuale Zahlen</b>	<b>n</b>
Eintritt der Behinderung:			45
vor dem vierten Lebensjahr	21	47 %	
ab dem vierten Lebensjahr	24	53 %	
Auswirkungen der Behinderung:			45
leicht	13	29 %	
mittelgradig	19	42 %	
schwer	13	29 %	

Die Stichprobe der Probandinnen und Probanden, die sich selbst als körperlich behindert einstuft, verteilt sich bezüglich des Eintritts der Behinderung und der Auswirkungen der Behinderung folgendermaßen:

**Tabelle 3:** Verteilung der behinderten Probandinnen und Probanden (Selbsteinschätzung) gemäß Eintritt der Behinderung und Auswirkungen der Behinderung

<b>Variable</b>	<b>absolute Zahlen</b>	<b>prozentuale Zahlen</b>	<b>n</b>
Eintritt der Behinderung:			48
vor dem vierten Lebensjahr	19	40 %	
ab dem vierten Lebensjahr	29	60 %	
Auswirkungen der Behinderung:			48
leicht	21	44 %	
mittelgradig	4	8 %	
schwer	19	40 %	
4 Probandinnen bzw. Probanden (8 %), die angeben, eine körperliche Behinderung zu haben, fühlen sich nicht beeinträchtigt bzw. machen diesbezüglich keine Angaben.			



## 8. DARSTELLUNG DER UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE

Im folgenden werden zunächst die Ergebnisse der Fragebogenerhebung und daran anschließend die Ergebnisse der Blickbewegungsaufzeichnungen dargestellt. Der Ergebnisdarstellung folgt jeweils eine Kurzinterpretation.

### 8.1. ERGEBNISSE DER FRAGEBOGENERHEBUNG

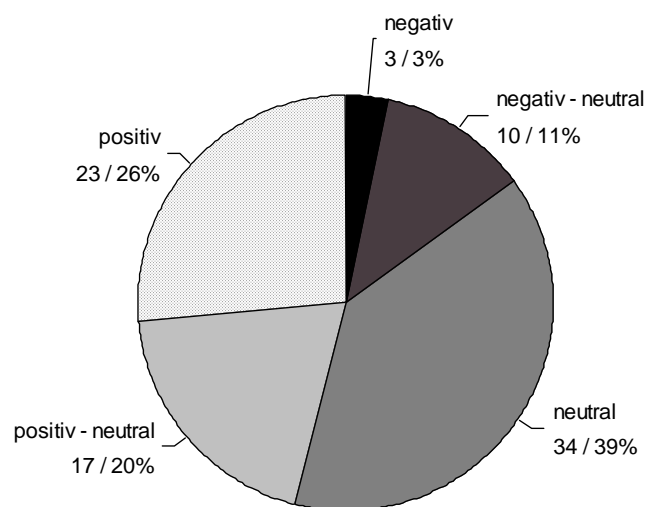
Die Bewertungen der Items der einzelnen Skalen werden gemäß der summierten Bewertungen nach LIKERT (1932) zu Summenscores zusammengefaßt (vgl. Kapitel 6.2.1.1.). Die von DEUSINGER (1986, 1994) vorgegebenen mittleren Skalenwerte erlauben eine Einteilung der Ergebnisse hinsichtlich der Qualität des Körper- und Selbstbildes (ungünstig bzw. negativ - neutral - günstig bzw. positiv). In einigen Fällen kann keine eindeutige Zuordnung vorgenommen werden, so daß außerdem noch Zwischenbereiche definiert werden: negativ-neutral und neutral-positiv.

Da es notwendig ist, die umfangreiche Datenfülle der gesamten Untersuchung einzugrenzen, wird auf eine differenzierte Analyse der einzelnen Skalen verzichtet. Der Schwerpunkt der Auswertungen liegt im Bereich der Blickbewegungsaufzeichnungen.

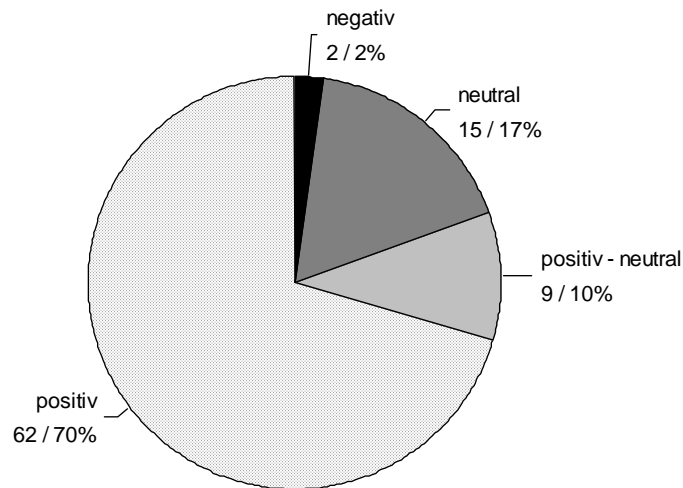
Es ist darauf zu achten, daß die hier verwendete Bezeichnung „Körperbild-Qualität“ nicht identisch ist mit den „Körperbild-Qualitäten“ Körperbewußtsein und -bewußtheit, Körperausgrenzung und Körpereinstellung (vgl. Kapitel 3.3.). In diesem Zusammenhang bezeichnet „Qualität“ die Färbung oder Richtung des Körperbildes, während sich in Kapitel 3.3. „Qualität“ auf Momente, Dimensionen oder Bestandteile des Körperbildes bezieht. In beiden Fällen erscheint der gewählte Begriff der Qualität am treffendsten. Verwechslungen sind aufgrund der unterschiedlichen Zusammenhänge unwahrscheinlich.

Die Abbildungen 5 und 6 veranschaulichen die Verteilungen der Qualitäten des Körperbildes und des Selbstbildes über die gesamte Stichprobe. Der erste Wert gibt jeweils die absolute Anzahl der Versuchspersonen an, der zweite Wert die prozentuale Verteilung.

**Abbildung 5:** Verteilung der Qualitäten des Körperbildes (N = 87; missing: 1)



**Abbildung 6:** Verteilung der Qualitäten des Selbstbildes (N = 88)



Die Qualitäten des Selbstbildes sind deutlich positiver als diejenigen des Körperbildes. Für 70 % aller Befragten wird ein positives Selbstbild ermittelt, und bei weiteren 10 % ergibt sich ein positiv-neutrales Selbstbild. Demgegenüber stehen nur 26 % aller Befragten, für die ein positives Körperbild festgestellt wird und weitere 20 % mit einem positiv-neutralen Körperbild. Ein neutrales Selbstbild wird bei 17 % der Befragten ermittelt, ein neutrales Körperbild bei 39 %. Ein negativ-neutrales Selbstbild wird in keinem Fall ermittelt und ein negatives Selbstbild nur bei 2 % der Befragten. Dahingegen wird bei 11 % der Befragten ein negativ-neutrales Körperbild und bei weiteren 3 % ein negatives Körperbild festgestellt.

Die Korrelationsberechnungen ergeben, daß zwischen dem Körperbild und dem Selbstbild kein linearer Zusammenhang besteht ( $Rho = 0,2052$ ;  $Sign. = 0,057$ ).

Im folgenden werden die Ergebnisse der Hypothesenprüfungen dargestellt. Die Hypothesen beziehen sich gesondert auf die Körperbild-Qualitäten und die Selbstbild-Qualitäten.

### 8.1.1. Prüfung der Hypothesen

Im folgenden werden zunächst die zu vergleichenden Stichprobengruppen vorgestellt. Im Anschluß daran erfolgt die Auflistung aller Hypothesen, deren Testergebnisse zusammengefaßt in einer Tabelle wiedergegeben werden. Eine abschließende Beschreibung mit der Akzentuierung bedeutensamer Zusammenhänge schließt das Kapitel 8.1.1. ab.

Hinsichtlich der Qualitäten des Körperbildes und der Qualitäten des Selbstbildes werden folgende Stichprobengruppen miteinander verglichen:

nichtbehinderte Personen	behinderte Personen		
frühbehinderte Personen	spätbehinderte Personen		
leichtbehinderte Personen	mittelgradig beh. Personen	schwerbehinderte Personen	
nichtbehinderte Personen	leichtbehinderte Personen	mittelgradig beh. Personen	schwerbehinderte Personen

Bei der Einteilung der Auswirkungen der körperlichen Behinderung in leicht-, mittelgradig- und schwerbehindert wird zwischen der Selbsteinschätzung der Probandinnen und Probanden und der Fremdeinschätzung durch die Versuchsleiterin unterschieden.

Es werden folgende Hypothesen geprüft:

H0: Hinsichtlich der **Körperbild-Qualitäten** bestehen keine Unterschiede zwischen

- den Versuchspersonen mit einer körperlichen Behinderung und denjenigen ohne eine körperliche Behinderung,
- den Versuchspersonen mit einer frühen körperlichen Behinderung und denjenigen mit einer späten körperlichen Behinderung,

- den Versuchspersonen mit einer leichten -, einer mittelgradigen - und denjenigen mit einer schweren körperlichen Behinderung,
- den Versuchspersonen ohne eine Behinderung, Versuchspersonen mit einer leichten -, einer mittelgradigen - und denjenigen mit einer schweren körperlichen Behinderung.

H1: Hinsichtlich der **Körperbild-Qualitäten** bestehen Unterschiede zwischen

- den Versuchspersonen mit einer körperlichen Behinderung und denjenigen ohne eine körperliche Behinderung,
- den Versuchspersonen mit einer frühen körperlichen Behinderung und denjenigen mit einer späten körperlichen Behinderung,
- den Versuchspersonen mit einer leichten -, einer mittelgradigen - und denjenigen mit einer schweren körperlichen Behinderung,
- den Versuchspersonen ohne eine Behinderung, Versuchspersonen mit einer leichten -, einer mittelgradigen - und denjenigen mit einer schweren körperlichen Behinderung.

H0: Hinsichtlich der **Selbstbild-Qualitäten** bestehen keine Unterschiede zwischen

- den Versuchspersonen mit einer körperlichen Behinderung und denjenigen ohne eine körperliche Behinderung,
- den Versuchspersonen mit einer frühen körperlichen Behinderung und denjenigen mit einer späten körperlichen Behinderung,
- den Versuchspersonen mit einer leichten -, einer mittelgradigen - und denjenigen mit einer schweren körperlichen Behinderung,
- den Versuchspersonen ohne eine Behinderung, Versuchspersonen mit einer leichten -, einer mittelgradigen - und denjenigen mit einer schweren körperlichen Behinderung.

H1: Hinsichtlich der **Selbstbild-Qualitäten** bestehen Unterschiede zwischen

- den Versuchspersonen mit einer körperlichen Behinderung und denjenigen ohne eine körperliche Behinderung,

- den Versuchspersonen mit einer frühen körperlichen Behinderung und denjenigen mit einer späten körperlichen Behinderung,
- den Versuchspersonen mit einer leichten -, einer mittelgradigen - und denjenigen mit einer schweren körperlichen Behinderung,
- den Versuchspersonen ohne eine Behinderung, Versuchspersonen mit einer leichten -, einer mittelgradigen - und denjenigen mit einer schweren körperlichen Behinderung.

Das Skalenniveau der Untersuchungsdaten erfordert nichtparametrische Testverfahren. Für Vergleiche zwischen zwei unabhängigen Stichproben (nichtbehinderte - behinderte Personen, frühbehinderte - spätbehinderte Personen) wird der Mann-Whitney-U-Test eingesetzt (Lagenvergleich der Mediane der zwei Stichproben anhand der Mittelwerte der Ränge). Für Vergleiche zwischen mehreren unabhängigen Stichproben (Vergleich zwischen (nicht-), leicht-, mittelgradig- und schwerbehinderten Personen) wird der Kruskal-Wallis-H-Test verwendet (Lagenvergleich der Verteilungen der Merkmale).

In der folgenden Tabelle werden die Signifikanzwerte der Testergebnisse (P-Werte) wiedergegeben.

**Tabelle 4:** Vergleich der Körperbild- und Selbstbild-Qualitäten zwischen den einzelnen Vergleichsgruppen

Stichprobengruppen	Körperbild-Qualität	Selbstbild-Qualität
behinderte - nichtbehinderte Personen	0,1157	0,3777
frühbehinderte - spätbehinderte Personen	0,5732	0,0576
leicht-, mittelgradig - und schwerbeh. Personen (Selbsteinschätzung)	0,2649	0,3467
leicht-, mittelgradig - und schwerbeh. Personen (Fremdeinschätzung)	0,8622	0,1774
nicht-, leicht-, mittelgradig - und schwerbeh. Pers.(Selbsteinschätzung)	0,0578	0,5168
nicht-, leicht-, mittelgradig - und schwerbeh. Pers.(Fremdeinschätzung)	0,3806	0,2641

Es wird ein Signifikanzniveau von 5 % vorgegeben. Die Ablehnung der Nullhypothese ist in allen Fällen mit einer Wahrscheinlichkeit, die größer als 5 % ist, falsch. Entsprechend muß in allen Fällen die Nullhypothese, daß es zwischen den Gruppen keine Unterschiede gibt, beibehalten werden. In zwei Fällen sind jedoch Tendenzen zu erkennen:

- Die Qualitäten des Selbstbildes unterscheiden sich tendenziell zwischen den frühbehinderten und den spätbehinderten Versuchspersonen. Die Selbstbilder der Probandinnen und Probanden mit einer späten Behinderung sind tendenziell günstiger als die Selbstbilder der frühbehinderten Probandinnen und Probanden ( $P = 0,0576$ ).

----- Mann-Whitney U - Wilcoxon Rank Sum W Test				
Selbstbild - Qualität by Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung				
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases		
22,64	498,0	22	KKBZEIT = 1 frühbehindert	
29,33	880,0	30	KKBZEIT = 2 spätbehindert	
		52	Total	
U	W	Z	2-Tailed P	
245,0	498,0	-1,8990	,0576	

- Die Qualitäten des Körperbildes unterscheiden sich tendenziell zwischen den Versuchspersonen ohne eine Behinderung, Versuchs-

personen mit einer leichten -, mittelgradigen und denjenigen mit einer schweren körperlichen Behinderung (Einteilung gemäß der Selbsteinschätzung) ( $P = 0,0578$ ). Es besteht die Tendenz, daß die Körperbilder der schwer körperbehinderten Versuchspersonen am ungünstigsten sind. Der zweitniedrigste Wert wird für die Körperbild-Qualitäten der leicht körperbehinderten Versuchspersonen ermittelt. Als günstiger werden die Körperbild-Qualitäten der mittelgradig behinderten Probandinnen und Probanden ausgewiesen. Am günstigsten fallen die Werte für die nichtbehinderten Versuchspersonen aus. Es ist zu beachten, daß die Besetzung der Zellen der unabhängigen Variablen insbesondere bei den mittelgradig behinderten Personen ungleichmäßig ist.

----- Kruskal-Wallis 1-Way Anova			
Körperbild - Qualität by Auswirkungen der Beh. (Selbsteinsch.)			
Mean Rank	Cases		
49,87	43	KBSELBS2 = 0	keine Behinderung
42,00	21	KBSELBS2 = 1	leichte Behinderung
48,25	4	KBSELBS2 = 2	mittelgrad. Behinderung
32,03	<u>19</u>	KBSELBS2 = 3	schwere Behinderung
	87	Total	
Chi-Square	D.F.	Significance	
7,4907	3	,0578	

### 8.1.2. Kurzinterpretation

Die Bewertungen der Körperbilder fallen in der Gesamtstichprobe deutlich negativer aus als die Bewertungen der Selbstbilder. Gleichzeitig zeichnen sich die Bewertungen der Körperbilder durch eine stärkere Differenziertheit aus. Dieses Ergebnis kann damit zusammenhängen, daß sich die beiden Faktoren - Körperbild und Selbstbild - an unterschiedlichen Positionen auf der Achse zwischen Konkretheit und Abstraktheit befinden. Aufgrund der größeren Abstraktheit des Selbstbildes erfolgt dessen Bewertung gemäß einer Angleichung an ein Idealbild eher günstiger als



ungünstiger, während die Bewertung des Körperbildes konkret und differenziert und möglicherweise realistischer vorgenommen werden kann. Andererseits - und hier ist besonders auf den fehlenden linearen Zusammenhang hinzuweisen - ist es denkbar, daß die Qualität des Körperbildes tatsächlich keinen bedeutsamen Einfluß auf die Qualität des Selbstbildes hat, daß also die Qualität des Selbstbildes durch andere Faktoren determiniert wird.

Zwischen den einzelnen Untergruppen ergeben sich - bis auf zwei Tendenzen - keine Unterschiede. Es kann also davon ausgegangen werden, daß es, bezogen auf die Qualitäten des Körperbildes und des Selbstbildes, im allgemeinen unerheblich ist, ob eine körperliche Behinderung vorliegt oder nicht, bzw., daß es unerheblich ist, welche Art von körperlicher Behinderung (frühe - späte Behinderung, leichte -, mittelgradige - schwere Behinderung) vorliegt.

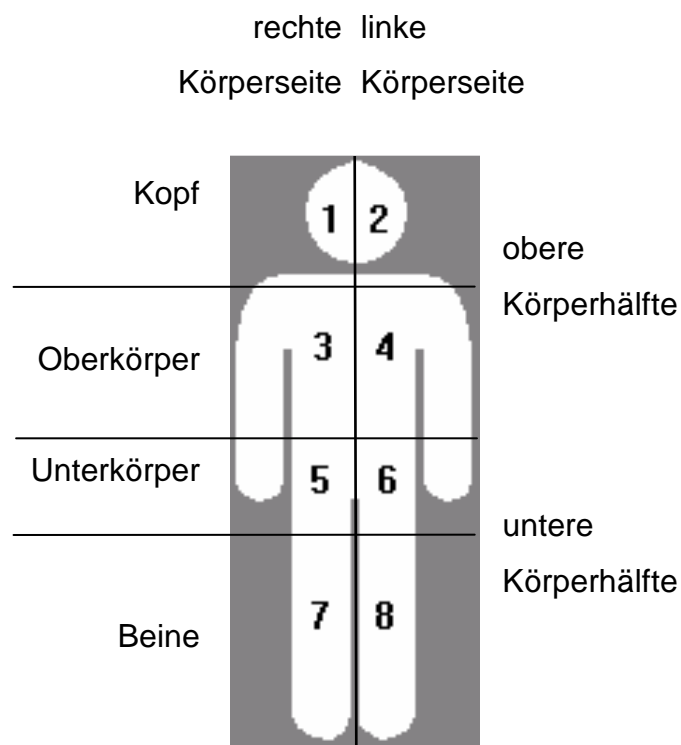
Die Tendenz eines günstigeren Selbstbildes bei Personen mit einer späten Behinderung im Vergleich zu frühbehinderten Personen steht im Widerspruch zu der Hypothese, daß sich ein Biographiebruch nachteilig auf das Selbstbild auswirkt (vgl. Kapitel 6.2.1.2.). Möglicherweise erwächst aus der Auseinandersetzung mit dem Biographiebruch und der Umorientierung ein besonders positives „Selbst-Bewußtsein“.

Die Tendenz, daß nichtbehinderte Personen das günstigste Körperbild aufweisen, mittelgradig behinderte Personen das zweitgünstigste, leichtbehinderte Personen das drittgünstigste und schwerbehinderte Personen das vergleichsweise ungünstigste Körperbild aufweisen, zeigt, daß unterschiedliche Auswirkungen von Behinderung in unterschiedlicher und eben nicht linearer Weise die Qualität des Körperbildes beeinflussen können. Die Mittelwertverteilungen der entsprechenden Berechnungen bezüglich der Fremdeinschätzung weisen in dieselbe Richtung, so daß die beschriebene Tendenz insbesondere im Hinblick auf die geringe Besetzung der Zelle der gemäß ihrer Selbsteinschätzung mittelgradig behinderten Personen unterstützt wird (s. Anhang 4).

## 8.2. ERGEBNISSE DER BLICKBEWEGUNGS-AUFZEICHNUNGEN

Um das Blickverhalten der Versuchspersonen im Hinblick auf das erkenntnisleitende Interesse der Untersuchung (vgl. Kapitel 6.4.: Arbeitshypothesen) analysieren zu können, werden die Bildvorlagen in acht Sektoren aufgeteilt (s. Abbildung 7). Die Benennung der Sektoren hinsichtlich der vertikalen Körperhälften (rechts, links) erfolgt aus der Sichtweise der dargestellten Person (die rechte bzw. linke Körperseite der dargestellten Person).

Abbildung 7: Darstellung der Sektoren-Aufteilung



Die Bereiche „Oberkörper“ und „Unterkörper“ schließen jeweils die Arme bzw. Hände ein.

Die Bildvorlagen unterscheiden sich folgendermaßen (vgl. Kapitel 6.2.2.5.: Bildvorlagen):

- Bild 1 zeigt die Person, die über keine besondere Auffälligkeit verfügt,

- Bild 2 zeigt die Person mit einer geringen Auffälligkeit auf der linken Wange in Form eines Pickels,
- Bild 3 zeigt die Person mit einer deutlichen Auffälligkeit in Form eines deformierten und atrophierten linken Beines.

Die Auffälligkeiten befinden sich demnach bei Bild 2 in Sektor 2 und bei Bild 3 in Sektor 8.

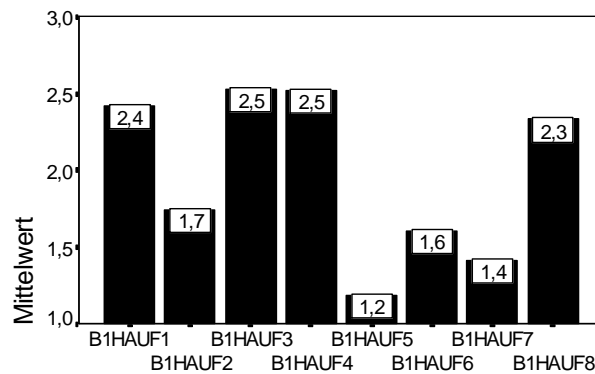
Das Blickverhalten wird durch folgende Variablen determiniert (vgl. Kapitel 6.3.: Untersuchungsdesign):

- Anzahl der Fixationen (in absoluten Zahlen),
- Dauer der Fixationen (Summe der Dauer aller Fixationen in einem Sektor in Sekunden),
- Rangplatz der Sektoren.

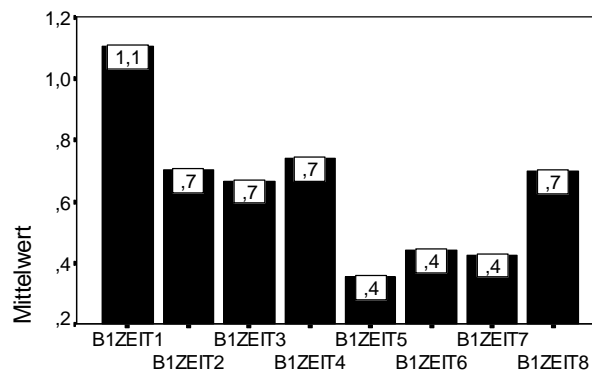
Der Rangplatz gibt an, in welcher Abfolge die Sektoren fixiert werden. Dem Sektor, der zuerst fixiert wird, wird der Rangplatz 1 zugeordnet, dem danach fixierten Sektor der Rangplatz 2 u.s.w. Das wiederholte Fixieren eines Sektors wird bei der Rangplatzbesetzung nicht berücksichtigt. Dementsprechend kommt den Rangplätzen 1, 2 und 3 bei der Frage, wohin zuerst geschaut wird, eine besondere Bedeutung zu.

Die Abbildungen 8a - 10c veranschaulichen das Blickverhalten aller Versuchspersonen bei den Bildern 1, 2 und 3 in den Sektoren 1 - 8. Unterschiedliche Balkenhöhen bei gleichen Werten ergeben sich aus der Reduktion der Dezimalstellen nach dem Komma.

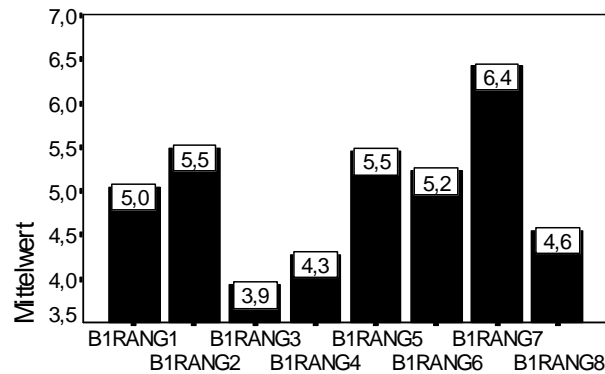
**Abbildung 8a:** Bild 1: Verteilung der Anzahl der Fixationen in den 8 Sektoren



**Abbildung 8b:** Bild 1: Verteilung der Dauer der Fixationen in den 8 Sektoren



**Abbildung 8c:** Bild 1: Verteilung der Rangplätze der Sektoren



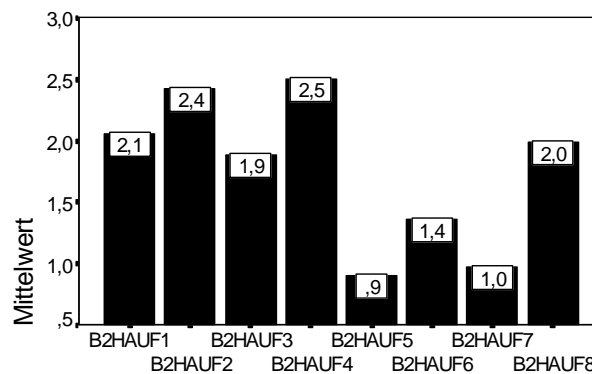
Die obere Körperhälfte der dargestellten Person (Sektoren 1 bis 4) wird länger fixiert als die untere Körperhälfte (Sektoren 5 bis 8). Bezüglich der

Fixationshäufigkeit finden sich im Bereich des Oberkörpers (Sektoren 3 und 4) die höchsten Werte. Der Bereich der linken Gesichtshälfte (Sektor 2) fällt aufgrund seiner geringen Häufigkeitswerte im Vergleich zu den anderen Sektoren der oberen Körperhälfte auf. Die Verteilung der Dauer der Fixationen in der oberen Körperhälfte ist anders gewichtet. Hier wird für die rechte Gesichtshälfte der höchste Wert ermittelt, während die Werte der drei anderen „oberen Sektoren“ gleich sind.

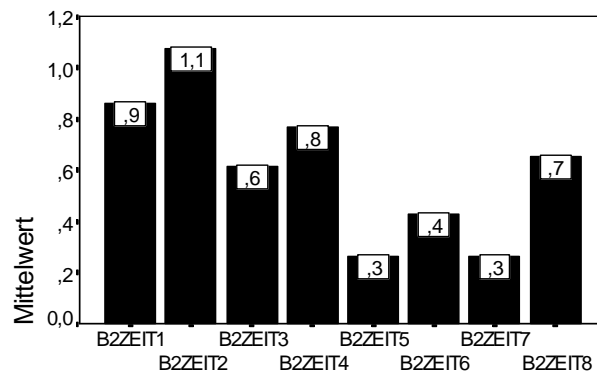
In der unteren Körperhälfte wird das linke Bein (Sektor 8) im Vergleich zu den anderen „unteren Sektoren“ sowohl am häufigsten als auch am längsten fixiert.

Die Verteilung der Rangplätze der Sektoren zeigt, daß vorwiegend zuerst in den Bereich des Oberkörpers geschaut wird (die Sektoren 3 und 4 erhalten die niedrigsten Rangplatzzahlen).

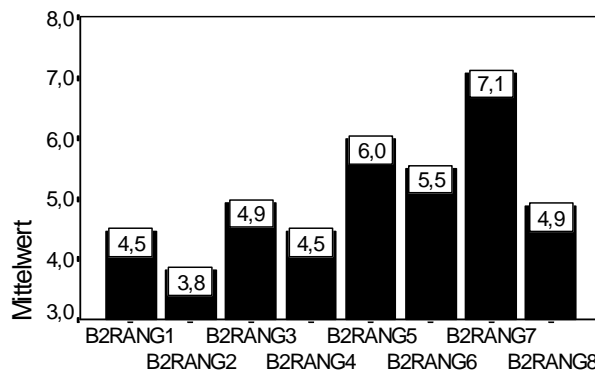
**Abbildung 9a:** Bild 2: Verteilung der Anzahl der Fixationen in den 8 Sektoren



**Abbildung 9b:** Bild 2: Verteilung der Dauer der Fixationen in den 8 Sektoren



**Abbildung 9c:** Bild 2: Verteilung der Rangplätze der Sektoren

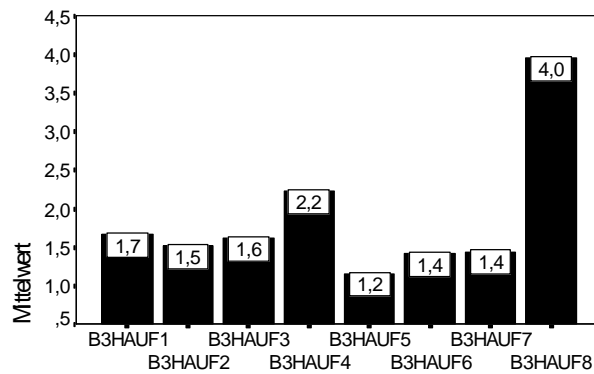


Bei dem zweiten Bild, bei dem eine Auffälligkeit auf der linken Wange (Sektor 2) zu sehen ist, ist wie bei Bild 1 eine ähnliche Präferenzierung der Fixationen hinsichtlich ihrer Anzahl sowie ihrer Dauer im Bereich der oberen Körperhälfte zu erkennen. Anders als bei Bild 1 ist jedoch die linksseitig orientierte Verteilung der Anzahl der Fixationen (Sektoren 2 und 4) und die Dominanz der linken Gesichtshälfte (Sektor 2) hinsichtlich der Fixationsdauer.

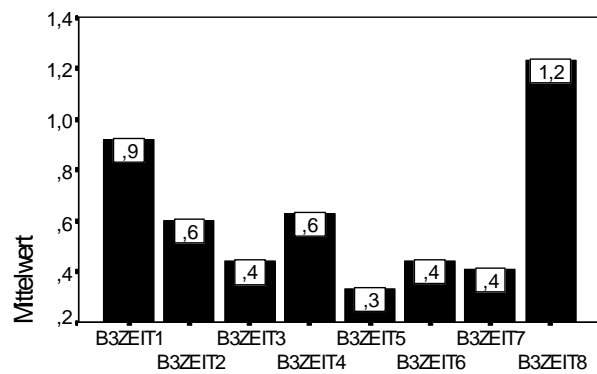
In der unteren Körperhälfte befinden sich sowohl die meisten als auch die längsten Fixationen im Bereich des linken Beines.

Der erste Rangplatz wird innerhalb der Gesamtstichprobe der auffälligen Gesichtsseite (Sektor 2) zugeordnet.

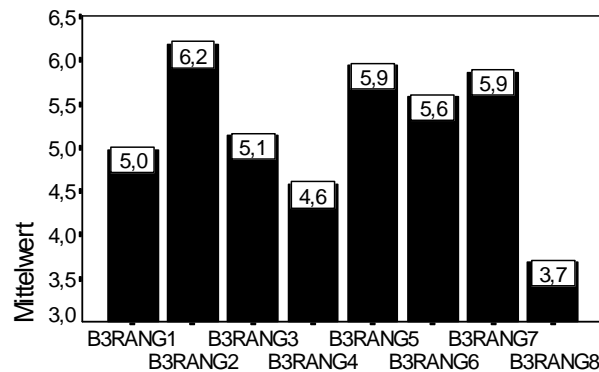
**Abbildung 10a:** Bild 3: Verteilung der Anzahl der Fixationen in den 8 Sektoren



**Abbildung 10b:** Bild 3: Verteilung der Dauer der Fixationen in den 8 Sektoren



**Abbildung 10c:** Bild 3: Verteilung der Rangplätze der Sektoren



Bei Bild 3, das die Person mit der deutlichen Auffälligkeit in Form eines deformierten und atrophierten linken Beines darstellt, ist eine deutliche

Vorrangstellung des linken Beines (Sektor 8) hinsichtlich aller Variablen des Blickverhaltens zu erkennen.

Im folgenden werden die Ergebnisse der Hypothesenprüfungen dargestellt.

### **8.2.1. Prüfung der Hypothesen**

Zunächst werden die Hypothesen vorgestellt. Zur Prüfung derselben werden wiederum nichtparametrische Testverfahren eingesetzt, da die Bedingungen für parametrische Verfahren nicht erfüllt sind. Anschließend erfolgt die Präsentation der Prüfungsergebnisse in tabellarischer Form und eine kurze Beschreibung im Hinblick auf die Annahme oder Ablehnung der Nullhypothese.

#### 8.2.1.1. Vergleich der Beachtung der Sektoren über die Gesamtstichprobe

H0: Das Blickverhalten der Gesamtstichprobe ist in den einzelnen Sektoren gleich.

H1: Das Blickverhalten der Gesamtstichprobe ist in den einzelnen Sektoren unterschiedlich.

Zur Prüfung dieser Hypothesen wird der Rangvarianzanalyse-Test nach Friedman (nichtparametrisches Verfahren zur Varianzanalyse) verwendet. In Tabelle 5 werden die Mittelwerte der Ränge wiedergegeben.

Tabelle 5: Vergleich der Beachtung der Sektoren über die Gesamtstichprobe



Sektor	Bild 1			Bild 2			Bild 3		
	Anzahl	Dauer	Rang	Anzahl	Dauer	Rang	Anzahl	Dauer	Rang
1	4,79	5,29	4,64	4,90	5,19	4,04	4,38	4,75	4,31
2	4,08	4,42	4,78	5,42	5,81	3,56	3,86	4,04	5,23
3	5,40	5,08	3,62	4,65	4,46	4,30	4,57	4,29	4,49
4	5,39	5,02	3,98	5,44	5,27	4,07	5,06	4,88	4,01
5	3,59	3,65	4,71	3,40	3,36	5,04	3,73	3,77	4,91
6	4,14	3,99	4,64	4,13	3,98	4,88	4,20	4,25	4,77
7	3,65	3,59	5,55	3,23	3,06	5,86	4,01	3,86	4,96
8	4,97	4,96	4,09	4,83	4,87	4,26	6,19	6,15	3,34

Bei allen Berechnungen ergeben sich Signifikanzwerte von jeweils 0,000 (s. Anhang 5). Die Nullhypothese kann also mit einer äußerst geringen Irrtumswahrscheinlichkeit abgelehnt werden. Das heißt, daß das Blickverhalten der Gesamtstichprobe in den einzelnen Sektoren hoch signifikant unterschiedlich ist. Dieses Ergebnis ist aufgrund der deutlichen Unterschiede in der Verteilung des Blickverhaltens, wie in Kapitel 8.2. dargestellt, nicht überraschend.

Die dunkel unterlegten Werte kennzeichnen die bevorzugten Sektoren der Bilder 1 - 3 (vgl. auch Abbildungen 8a bis 10c).

Genaueren Aufschluß über diese Unterschiede geben multiple paarweise Vergleiche der Ergebnisse des Friedman-Testes (HETTMANSBERGER 1984). Die Ergebnisse der Paarvergleiche zeigen an, zwischen welchen Sektoren die bedeutsamsten Unterschiede bestehen und welche Sektoren für die betrachtenden Versuchspersonen von signifikanter Bedeutung sind. In Tabelle 6 werden die Differenzen zwischen den Rangsummen wiedergegeben (s. S. 204).

**Tabelle 6:** Paarvergleiche zwischen den einzelnen Sektoren nach Durchführung des Friedman-Testes

$N = 81, k = 8, \alpha = 0,0017857$  (mit  $\alpha = 0,05$ )  $\Rightarrow$

kritischer Wert  $c = 97,3884$

(dunkel unterlegte Zellen: Signifikanz)

	Bild 1	Bild 2	Bild 3
--	--------	--------	--------

Sekt.	Anzahl	Dauer	Rang	Anzahl	Dauer	Rang	Anzahl	Dauer	Rang
1 - 2	57,51	70,47	11,34	42,12	50,22	38,88	42,12	57,51	74,52
1 - 3	49,41	17,01	82,62	20,25	59,13	21,06	15,39	37,26	14,58
1 - 4	48,60	21,87	53,46	43,74	6,48	2,43	55,08	10,53	24,30
1 - 5	97,20	132,84	5,67	121,50	148,23	81,00	52,65	79,38	48,60
1 - 6	52,65	105,30	0,00	62,37	98,01	68,04	14,58	40,50	37,26
1 - 7	92,34	137,70	73,71	135,27	172,53	147,42	29,97	72,09	52,65
1 - 8	14,58	26,73	44,55	5,67	25,92	17,87	146,61	113,40	78,57
2 - 3	106,92	53,46	93,96	62,37	109,35	59,94	57,51	20,25	59,94
2 - 4	106,11	48,60	64,80	1,62	43,74	41,31	97,20	68,04	98,82
2 - 5	39,69	62,37	5,67	163,62	198,45	119,88	10,53	21,87	25,92
2 - 6	4,86	34,83	11,34	104,49	148,23	106,92	27,54	17,01	37,26
2 - 7	34,83	67,23	62,37	177,39	222,75	186,30	12,15	14,58	21,87
2 - 8	72,09	43,74	55,89	47,79	76,14	56,70	188,73	170,91	153,09
3 - 4	0,81	4,86	29,16	63,99	65,61	18,63	39,69	47,79	38,88
3 - 5	146,61	115,83	88,29	101,25	89,10	59,94	68,04	42,12	34,02
3 - 6	102,06	88,29	82,62	42,12	38,88	46,98	29,97	3,24	22,68
3 - 7	141,75	120,69	156,33	115,02	113,40	126,36	45,36	34,83	38,07
3 - 8	34,83	9,72	38,07	14,58	33,21	3,24	131,22	150,66	93,15
4 - 5	145,80	110,97	59,13	165,24	154,71	78,57	107,73	89,91	72,90
4 - 6	101,25	83,43	53,46	106,11	104,49	65,61	69,66	51,03	61,56
4 - 7	140,94	115,83	127,17	179,01	179,01	144,99	85,05	82,62	76,95
4 - 8	34,02	4,86	8,91	49,41	32,40	15,39	91,53	102,87	54,27
5 - 6	44,55	27,54	5,67	59,13	50,22	12,96	38,07	38,88	11,34
5 - 7	4,86	4,86	68,04	13,77	24,30	66,42	22,68	7,29	4,05
5 - 8	111,78	106,11	50,22	115,83	122,31	63,18	199,26	192,78	127,17
6 - 7	39,69	32,40	73,71	72,90	74,52	79,38	15,39	31,59	15,39
6 - 8	67,23	78,57	44,55	56,70	72,09	50,22	161,19	153,90	115,83
7 - 8	106,92	110,97	118,26	129,60	146,61	129,60	176,58	185,49	131,22

Werden nun die Rangsummen der Sektorenvariablen Anzahl, Dauer und Rang geordnet, so ergibt sich eine Abfolge der Sektoren hinsichtlich ihrer Bedeutung von „wichtig“ bis „unwichtig“ (s. Tabelle 7). Es ist zu beachten, daß die Abfolge jeweils nur für die einzelnen Variablen des Blickverhaltens gilt und sich die Aussage nicht auf die Bedeutung des Sektors insgesamt bezieht. Wenn sich jedoch zwei Variablen des Blickverhaltens eines Sektors auf derselben Position der Bewertungsskala befinden, kann

auf eine tendenzielle Bedeutung des entsprechenden Sektors geschlossen werden.

**Tabelle 7:** Abfolge der Sektoren hinsichtlich ihrer Bedeutung

	<b>Bild 1</b>			<b>Bild 2</b>			<b>Bild 3</b>		
	Anzahl	Dauer	Rang	Anzahl	Dauer	Rang	Anzahl	Dauer	Rang
„wichtig“									
	3	1	3	4	2	2	8	8	8
	4	3	4	2	4	1	4	4	4
	8	4	8	1	1	4	3	1	1
	1	8	6	8	8	8	1	3	3
	6	2	1	3	3	3	6	6	6
	2	6	5	6	6	6	7	2	5
	7	5	2	5	5	5	2	7	7
	5	7	7	7	7	7	5	5	2
„unwichtig“									

Die Wichtigkeit der Sektoren des Oberkörpers (Sektoren 3 und 4) bei Bild 1, die bereits in der Häufigkeitsverteilung der Variablen deutlich wird, erhält hier ihren Beleg. Dem Kopf (Sektoren 1 und 2) wird nur eine mittlere Bedeutung beigemessen.

Diese Verteilung verschiebt sich bei Bild 2; hier ist die obere Körperhälfte (Sektoren 1, 2 und 4) und insbesondere der Kopf (Sektoren 1 und 2) von besonderer Bedeutung, während die untere Körperhälfte (Sektoren 5 bis 7) mit Ausnahme des linken Beines vergleichsweise unwichtig ist. Dem linken Bein (Sektor 8) wird eine mittlere Aufmerksamkeit gewidmet.

Bei Bild 3 wird die Bedeutung des linken Beines (Sektor 8) erhärtet, die schon bei der Häufigkeitsverteilung der Variablen sichtbar wird. Es folgen relativ einheitlich der Bereich des Oberkörpers (Sektoren 3 und 4) und die rechte Hälfte des Kopfes (Sektor 1). Die linke Kopf- oder Gesichtshälfte (Sektor 2) wird im Gegensatz zu Bild 2 und deutlicher als bei Bild 1 als eher unwichtig wahrgenommen.

Bei allen drei Bildern wird der rechten unteren Körperhälfte (Sektoren 5 und 7) eine geringe Bedeutung beigemessen.

Stellen die Daten der Tabelle 7 nur Tendenzen dar, so können anhand der folgenden Tabelle 8 gesicherte Aussagen hinsichtlich der Bedeutsamkeitsunterschiede einzelner Sektorenpaare getroffen werden. Es sind hier nur die Fälle berücksichtigt, in denen bei allen drei Variablen des Blickverhaltens signifikante Unterschiede zwischen den Sektoren ermittelt werden.

**Tabelle 8:** Einteilung der Sektoren hinsichtlich ihrer Bedeutung (wichtig - unwichtig)

<b>Bild 1</b>		<b>Bild 2</b>		<b>Bild 3</b>	
Sektoren		Sektoren		Sektoren	
wichtig	unwichtig	wichtig	unwichtig	wichtig	unwichtig
3	7	1	7	8	2
4	7	2	5	8	5
8	7	2	6	8	6
		2	7	8	7
		3	7		
		4	7		
		8	7		

Die Tendenzen, die in Tabelle 7 veranschaulicht sind, werden hier bekräftigt.

#### 8.2.1.2. Vergleich der Beachtung der Sektoren zwischen den behinderten und den nichtbehinderten Versuchspersonen

H0: Hinsichtlich des Blickverhaltens in den einzelnen Sektoren bestehen keine Unterschiede zwischen den Versuchspersonen mit einer körperlichen Behinderung und den Versuchspersonen ohne eine körperliche Behinderung.

H1: Hinsichtlich des Blickverhaltens in den einzelnen Sektoren bestehen Unterschiede zwischen den Versuchspersonen mit einer körper-

lichen Behinderung und den Versuchspersonen ohne eine körperliche Behinderung.

Zur Prüfung dieser Hypothesen wird der Mann-Whitney-U-Test eingesetzt, der die Mediane der zwei Gruppen anhand der Mittelwerte der Ränge miteinander vergleicht. Die folgende Tabelle 9 gibt die Signifikanzwerte (2-tailed P) wieder.

**Tabelle 9:** Vergleich der Beachtung der Sektoren zwischen den behinderten und den nichtbehinderten Versuchspersonen

Sektor	Bild 1			Bild 2			Bild 3		
	Anzahl	Dauer	Rang	Anzahl	Dauer	Rang	Anzahl	Dauer	Rang
1	0,1600	0,2983	0,2128	0,9217	0,9717	0,2992	0,3741	0,2552	0,6944
2	0,0838	0,1073	0,3194	0,0555	0,5360	0,3281	0,1211	0,1041	0,1188
3	0,8020	0,8415	0,6020	0,6912	0,6394	0,7870	0,3801	0,3230	0,3879
4	0,7370	0,6703	0,1836	0,4604	0,5634	0,6260	0,4089	0,3878	0,7632
5	0,4533	0,4224	0,8066	0,4717	0,3795	0,4397	0,5849	0,6774	0,4191
6	0,4151	0,1937	0,2294	0,3692	0,3060	0,8795	0,3217	0,2179	0,0484
7	0,3187	0,3953	0,2463	0,1384	0,1379	0,1335	0,5655	0,4512	0,9785
8	0,9753	0,8743	0,9148	0,8500	0,6773	0,6237	0,5121	0,5054	0,2016

Die Nullhypothese, nach der keine Unterschiede bei der Betrachtung der Sektoren zwischen der Gruppe der Versuchspersonen mit einer körperlichen Behinderung und der Gruppe der nichtbehinderten Versuchspersonen bestehen, muß bei einem Signifikanzniveau von 5 % in fast allen Fällen akzeptiert werden.

- Eine Ausnahme stellt die Rangplatzverteilung des Sektors 6 des dritten Bildes dar (linke Seite des Unterkörpers) ( $P = 0,0484$ ): die Probandinnen und Probanden mit einer Behinderung fixieren diesen Körperbereich signifikant früher als die Versuchspersonen ohne eine Behinderung.

<p>----- Mann-Whitney U - Wilcoxon Rank Sum W Test</p> <p>Bild 3 Rangplatz des Sektors 6 by</p> <p>Vorliegen einer körperlichen Behinderung</p> <p>Mean Rank Sum of Ranks Cases</p>
---

36,04	1478	41	KB = 1 ja
46,09	1844	<u>40</u>	KB = 2 nein
		81	Total
U	W	Z	2-Tailed P
616,5	1477,5	-1,9738	,0484

- Außerdem besteht ein tendenzieller Unterschied in Sektor 2 des zweiten Bildes (linke auffällige Gesichtshälfte) ( $P = 0,0555$ ). Versuchspersonen ohne eine Behinderung fixieren diesen Bereich häufiger als die behinderten Versuchspersonen.

- - - - Mann-Whitney U - Wilcoxon Rank Sum W Test			
Bild 2 Anzahl der Fixationen in Sektor 2 by			
Vorliegen einer körperlichen Behinderung			
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
36,16	1482	41	KB = 1 ja
45,96	1839	<u>40</u>	KB = 2 nein
		81	Total
U	W	Z	2-Tailed P
621,5	1482,5	-1,9146	,0555

### 8.2.1.3. Vergleich der Beachtung der linken und rechten Körperhälfte über die Gesamtstichprobe

H0: Bezüglich der Rechts-Links-Verteilung des Blickverhaltens bestehen innerhalb der Gesamtstichprobe keine Unterschiede.

H1: Bezüglich der Rechts-Links-Verteilung des Blickverhaltens bestehen innerhalb der Gesamtstichprobe Unterschiede.

Zur Prüfung dieser Hypothesen wird der Wilcoxon-Test verwendet (Paarvergleich bei ordinalskalierten verbundenen Stichproben). Die Tabelle 10 beinhaltet die Signifikanzwerte (2-tailed P) des Vergleichs des Blickver-

haltens in der rechten und linken Körperhälfte bezüglich der Anzahl und Dauer der Fixationen sowie der Rangplätze der Sektoren.

**Tabelle 10:** Vergleich der Beachtung der linken und rechten Körperhälfte über die Gesamtstichprobe

<b>Bild 1</b>			<b>Bild 2</b>			<b>Bild 3</b>		
Anzahl	Dauer	Rang	Anzahl	Dauer	Rang	Anzahl	Dauer	Rang
0,2296	0,8235	0,2245	0,0002	0,0005	0,0003	0,0000	0,0033	0,1776

Bei einem Signifikanzniveau von 5 % kann bei den Bildern 2 und 3 die Nullhypothese, daß sich das Blickverhalten bezüglich der Körperseiten nicht unterscheidet, abgelehnt werden. Bezogen auf Bild 1 muß die Nullhypothese akzeptiert werden.

- Bei Bild 2, auf dem eine Person mit einer Auffälligkeit auf der linken Wange dargestellt ist, liegt eine hoch signifikante Präferenzierung der linken Körperseite hinsichtlich der Anzahl und der Dauer der Fixationen sowie hinsichtlich der ersten Rangplätze vor.

```

----- Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test
      Bild 2 Anzahl der Fixationen links
with Bild 2 Anzahl der Fixationen rechts
  Mean Rank  Sum of Ranks  Cases
    40,75      2323        57 - Ranks (B2HAUFR LT B2HAUFL)
    38,05      837,0        22 + Ranks (B2HAUFR GT B2HAUFL)
            2 0 Ties (B2HAUFR EQ B2HAUFL)
           81 Total
      Z = -3,6368      2-Tailed P = ,0003
                        Exact 2-Tailed P = ,0002
                        Exact 1-Tailed P = ,0001
                        Point Probability = ,0000

```

```

----- Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test
      Bild 2 Dauer der Fixationen links
with Bild 2 Dauer der Fixationen rechts
  Mean Rank  Sum of Ranks  Cases
    45,03      2387        53 - Ranks (B2ZEITR LT B2ZEITL)
    33,38      934,5        28 + Ranks (B2ZEITR GT B2ZEITL)
            0 0 Ties (B2ZEITR EQ B2ZEITL)
           81 Total
      Z = -3,4183      2-Tailed P = ,0006
                        Exact 2-Tailed P = ,0005
                        Exact 1-Tailed P = ,0003
                        Point Probability = ,0000

```

```

----- Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test
      Bild 2 Rangplätze der linken Sektoren
with Bild 2 Rangplätze der rechten Sektoren
  Mean Rank  Sum of Ranks  Cases
    33,58      806,0        24 - Ranks (B2RANGR LT B2RANGL)
    41,45      21975        53 + Ranks (B2RANGR GT B2RANGL)
            4 0 Ties (B2RANGR EQ B2RANGL)
           81 Total
      Z = -3,5340      2-Tailed P = ,0004
                        Exact 2-Tailed P = ,0003
                        Exact 1-Tailed P = ,0002
                        Point Probability = ,0000

```

- Bei Bild 3, das eine Person mit einem deformierten und atrophierten linken Bein zeigt, wird bezüglich der Anzahl und der Dauer der Fixa-



tionen ebenfalls eine hoch signifikante Präferenzierung der linken Körperhälfte ermittelt.

```

----- Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test
      Bild 3 Anzahl der Fixationen links
with Bild 3 Anzahl der Fixationen rechts
  Mean Rank  Sum of Ranks  Cases
    42,12    2359         56 - Ranks (B3HAUFR LT B3HAUFL)
    32,84     722,5        22 + Ranks (B3HAUFR GT B3HAUFL)
            3 0 Ties (B3HAUFR EQ B3HAUFL)
           81 Total

  Z = -4,0779      2-Tailed P = ,0000
                   Exact 2-Tailed P = ,0000
                   Exact 1-Tailed P = ,0000
                   Point Probability = ,0000

```

```

----- Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test
      Bild 3 Dauer der Fixationen links
with Bild 3 Dauer der Fixationen rechts
  Mean Rank  Sum of Ranks  Cases
    41,25    2228         54 - Ranks (B3ZEITR LT B3ZEITL)
    38,94    1013         26 + Ranks (B3ZEITR GT B3ZEITL)
            1 0 Ties (B3ZEITR EQ B3ZEITL)
           81 Total

  Z = -2,9138      2-Tailed P = ,0036
                   Exact 2-Tailed P = ,0033
                   Exact 1-Tailed P = ,0016
                   Point Probability = ,0000

```

8.2.1.4. Vergleich der Beachtung der linken und rechten Körperhälfte zwischen den behinderten und den nichtbehinderten Versuchspersonen

H0: Bezüglich der Rechts-Links-Verteilung des Blickverhaltens bestehen zwischen den Versuchspersonen mit einer körperlichen

Behinderung und den Versuchspersonen ohne eine körperliche Behinderung keine Unterschiede.

H1: Bezüglich der Rechts-Links-Verteilung des Blickverhaltens bestehen zwischen den Versuchspersonen mit einer körperlichen Behinderung und den Versuchspersonen ohne eine körperliche Behinderung Unterschiede.

Zur Prüfung dieser Hypothesen wird der Mann-Whitney-U-Test verwendet. In der Tabelle 11 sind die Signifikanzwerte (2-tailed P) für alle drei Variablen des Blickverhaltens bezogen auf die zwei Körperseiten zusammengefaßt.

**Tabelle 11:** Vergleich der Beachtung der linken und rechten Körperhälfte zwischen den behinderten und den nichtbehinderten Versuchspersonen

	Bild 1			Bild 2			Bild 3		
	Anzahl	Dauer	Rang	Anzahl	Dauer	Rang	Anzahl	Dauer	Rang
links	0,3728	0,1234	0,5080	0,4538	0,7158	0,3740	0,9981	0,7547	0,5481
rechts	0,3941	0,2615	0,5327	0,2648	0,3855	0,3641	0,5531	0,6300	0,5862

Bei einem Signifikanzniveau von 5 % kann in allen Fällen die Nullhypothese, daß keine Unterschiede bei der Betrachtung der rechten und linken Körperseite zwischen den Probandinnen und Probanden mit einer körperlichen Behinderung und den nichtbehinderten Probandinnen und Probanden bestehen, nicht abgelehnt werden. Auffallend ist die Irrtumswahrscheinlichkeit von fast 100 % bei der Ablehnung der Nullhypothese im Bereich der linken Körperseite des dritten Bildes (Person mit einem deformierten und atrophierten linken Bein) bezogen auf die Fixationshäufigkeit ( $P = 0,9981$ ). Der Vergleich der Mittelwerte der Ränge bestätigt die Vermutung, daß die beiden Vergleichsgruppen nahezu gleich häufig die linke Körperseite betrachten.

<p>---- Mann-Whitney U - Wilcoxon Rank Sum W Test  Bild 3 Anzahl der Fixationen links by  Vorliegen einer körperlichen Behinderung</p>
--

Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
41,01	1682	41 KB = 1 ja	
40,99	1640	<u>40</u> KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
819,5	1639,5	-,0047	,9962
		Exact 2* (One Tailed P) =	,9981
		Exact 2-Tailed P =	,9981
		Exact 1-Tailed P =	,4991
		Point Probability =	,0019

#### 8.2.1.5. Vergleich der Beachtung der auffälligen Körperbereiche innerhalb der Gruppe der behinderten Versuchspersonen

Aus Gründen der Übersichtlichkeit wird der Vergleich der Beachtung der auffälligen Körperbereiche innerhalb der Gruppe der Probandinnen und Probanden mit einer körperlichen Behinderung zusammengefaßt (Hypothesen und Prüfungsergebnisse).

H0: Hinsichtlich des Blickverhaltens im Bereich der Auffälligkeiten (Bild 2, Sektor 2 und Bild 3, Sektor 8) bestehen keine Unterschiede zwischen

- den Versuchspersonen mit einer frühen körperlichen Behinderung und denjenigen mit einer späten körperlichen Behinderung,
- den Versuchspersonen mit einer leichten -, einer mittelgradigen - und denjenigen mit einer schweren körperlichen Behinderung,
- den Versuchspersonen ohne eine Behinderung, Versuchspersonen mit einer leichten -, einer mittelgradigen - und denjenigen mit einer schweren körperlichen Behinderung.

H1: Hinsichtlich des Blickverhaltens im Bereich der Auffälligkeiten (Bild 2, Sektor 2 und Bild 3, Sektor 8) bestehen Unterschiede zwischen

- den Versuchspersonen mit einer frühen körperlichen Behinderung und denjenigen mit einer späten körperlichen Behinderung,

- den Versuchspersonen mit einer leichten -, einer mittelgradigen - und denjenigen mit einer schweren körperlichen Behinderung,
- den Versuchspersonen ohne eine Behinderung, Versuchspersonen mit einer leichten -, einer mittelgradigen - und denjenigen mit einer schweren körperlichen Behinderung.

Die Prüfung der Hypothesen erfolgt bei dem Vergleich von zwei Stichproben mittels des Mann-Whitney-U-Testes, bei dem Vergleich von mehreren Stichproben mittels des Kruskal-Wallis-H-Testes. In Tabelle 12 sind die Testergebnisse zusammengefaßt (s. S. 215).

**Tabelle 12:** Vergleich der Beachtung der auffälligen Körperbereiche zwischen den einzelnen Gruppen der behinderten Versuchspersonen

Stichprobengruppen	Bild 2, Sektor 2			Bild 3, Sektor 8		
	Anzahl	Dauer	Rang	Anzahl	Dauer	Rang
frühbehinderte - spätbehinderte Personen	0,7824	0,9346	0,0991	0,3639	0,9626	0,1659
leicht-, mittelgrad-, schwerbeh. Personen (Selbsteinschätzung)	0,9261	0,4562	0,7697	0,1282	0,0423	0,0674
leicht-, mittelgrad-, schwerbeh. Personen (Fremdeinschätzung)	0,3507	0,6245	0,8499	0,8235	0,6867	0,4983
nicht-, leicht-, mittelgradig-, schwerbeh. Pers. (Selbstein.)	0,1246	0,5703	0,8746	0,2444	0,1027	0,1473
nicht-, leicht-, mittelgradig-, schwerbeh. Pers. (Fremdein.)	0,0342	0,6799	0,9509	0,7525	0,5950	0,7707

Bei den meisten Vergleichen werden keine signifikanten Unterschiede festgestellt; das heißt das Blickverhalten bezüglich der Auffälligkeiten ist innerhalb der Gruppe der behinderten Versuchspersonen im allgemeinen gleich. In zwei Fällen kann jedoch die Nullhypothese, nach der keine Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen, bei einem Signifikanzniveau von 5 % abgelehnt werden. In weiteren zwei Fällen ist ein tendenzieller Unterschied zu vermerken.

- Ein signifikanter Unterschied wird bei der Anzahl der Fixationen im Sektor 2 des zweiten Bildes bei dem Vergleich der Versuchspersonen ohne eine Behinderung und den Versuchspersonen, die als leicht-, mittelgradig- und schwerbehindert eingeschätzt werden, ermittelt ( $P = 0,0342$ ). Die nichtbehinderten Personen fixieren den Bereich der Gesichtsauffälligkeit signifikant häufiger als die leichtbehinderten Personen, die die Auffälligkeit wiederum häufiger fixieren als die Personen mit einer mittelgradigen Behinderung. Die Versuchspersonen mit einer schweren Behinderung fixieren die geringe körperliche Auffälligkeit am wenigsten. Es ist allerdings auf die ungleichmäßige Zellenbesetzung insbesondere zwischen den nicht behinderten und den schwer behinderten Personen hinzuweisen.

----- Kruskal-Wallis 1-Way Anova			
Bild 2 Anzahl der Fixationen in Sektor 2			
by Auswirkungen der Behinderung (Fremdeinschätzung)			
Mean Rank	Cases		
47,58	42	KBFREM2 = 0	keine Behinderung
37,79	12	KBFREM2 = 1	leichte Behinderung
35,39	18	KBFREM2 = 2	mittelgrad. Behinderung
25,78	<u>9</u>	KBFREM2 = 3	schwere Behinderung
	81	Total	
Chi-Square	D.F.	Significance	
8,6572	3	,0342	

- Zum zweiten wird ein signifikanter Unterschied bei der Dauer der Fixierung des auffälligen linken Beines (Bild 3 - Sektor 8) zwischen den Versuchspersonen, die sich selbst als leicht-, mittelgradig - bzw. schwerbehindert einschätzen ( $P = 0,0423$ ) festgestellt. Die schwerbehinderten Versuchspersonen fixieren die Auffälligkeit signifikant länger als die Versuchspersonen mit einer mittelgradigen Behinderung. Die Versuchspersonen mit einer leichten Behinderung fixieren den auffälligen Bereich am kürzesten. Einschränkend muß auch hier die ungleichmäßige Verteilung innerhalb der Zellen erwähnt werden.

----- Kruskal-Wallis 1-Way Anova			
Bild 3 Dauer der Fixationen in Sektor 8			
by Auswirkungen der Behinderung (Selbsteinschätzung)			
Mean Rank	Cases		
15,74	21	KBSELBS2 = 1	leichte Behinderung
18,50	3	KBSELBS2 = 2	mittelgrad. Behinderung
25,36	<u>14</u>	KBSELBS2 = 3	schwere Behinderung
	38	Total	
Chi-Square	D.F.	Significance	
6,3273	2	,0423	

- Bei den Vergleichsgruppen der leicht-, mittelgradig - und schwerbehinderten Personen (gemäß der Selbsteinschätzung) kann ein weiterer, jedoch nur tendenzieller Unterschied bei der Betrachtung des auffälligen linken Beines vermerkt werden. Bezüglich der Rangabfolge schauen die leichtbehinderten Personen vergleichsweise früher in den Sektor mit der Auffälligkeit als die Personen mit einer schweren Behin-

derung. Von den mittelgradig behinderten Personen wird der auffällige Bereich am spätesten fixiert ( $P = 0,0674$ ). Wiederum wirkt sich die ungleiche Zellenbesetzung minimierend auf die Bedeutung der Ergebnisse aus.

----- Kruskal-Wallis 1-Way Anova			
Bild 3 Rangplatz des Sektors 8			
by Auswirkungen der Behinderung (Selbsteinschätzung)			
Mean Rank	Cases		
17,12	21	KBSELBS2 = 1	leichte Behinderung
32,50	3	KBSELBS2 = 2	mittelgrad. Behinderung
20,29	<u>14</u>	KBSELBS2 = 3	schwere Behinderung
	38	Total	
Chi-Square	D.F.	Significance	
5,3929	2	,0674	

- Ein weiterer, wenn auch schwächerer tendenzieller Unterschied ist zwischen den früh- und spätbehinderten Versuchspersonen bezüglich der Rangabfolge des Sektors 2 in Bild 2 auszumachen ( $P = 0,0991$ ). Die frühbehinderten Personen fixieren den auffälligen Bereich früher als die Versuchspersonen mit einer späten Behinderung. Es liegt ebenfalls eine ungleichmäßige Zellenverteilung vor, die hier außerdem mit einer relativ hohen Irrtumswahrscheinlichkeit zusammentrifft.

----- Mann-Whitney U - Wilcoxon Rank Sum W Test			
Bild 2 Rangplatz des Sektors 2			
by Zeitpunkt des Eintritts der Behinderung			
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
18,91	321,5	17	KKBZEIT = 1 frühbehindert
25,48	713,5	<u>28</u>	KKBZEIT = 2 spätbehindert
		45	Total
U	W	Z	2-Tailed P
168,5	321,5	-1,6492	,0991

#### 8.2.1.6. Vergleich der Beachtung der auffälligen Körperbereiche zwischen den Personen mit unterschiedlichen Körperbild- und Selbstbild-Qualitäten

H0: Hinsichtlich des Blickverhaltens im Bereich der Auffälligkeiten (Bild 2, Sektor 2 und Bild 3, Sektor 8) bestehen keine Unterschiede zwischen den Versuchspersonen mit unterschiedlichen Körperbild- und Selbstbild-Qualitäten.

H1: Hinsichtlich des Blickverhaltens im Bereich der Auffälligkeiten (Bild 2, Sektor 2 und Bild 3, Sektor 8) bestehen Unterschiede zwischen den Versuchspersonen mit unterschiedlichen Körperbild- und Selbstbild-Qualitäten.

Zur Prüfung der Hypothesen wird der Kruskal-Wallis-H-Test verwendet. Tabelle 13 beinhaltet die Signifikanz-Werte der Vergleiche.



**Tabelle 13:** Vergleich der Beachtung der auffälligen Körperbereiche zwischen den Versuchspersonen mit unterschiedlichen Körperbild- und Selbstbild-Qualitäten

Stichprobengruppen	Bild 2, Sektor 2			Bild 3, Sektor 8		
	Anzahl	Dauer	Rang	Anzahl	Dauer	Rang
Personen m. einem negativen, einem neutralen und einem positiven Körperbild	0,8567	0,7318	0,8734	0,4088	0,2435	0,9024
Personen m. einem negativen, einem neutralen und einem positiven Selbstbild	0,9555	0,9359	0,6790	0,8426	0,9825	0,4082

Die ermittelten Werte belegen, daß sich das Blickverhalten in den auffälligen Körperregionen zwischen den Vergleichsgruppen nicht unterscheidet. Die Nullhypothese kann in keinem Fall abgelehnt werden.

### 8.2.2. Kurzinterpretation

Eine Analyse des Blickverhaltens innerhalb der Gesamtstichprobe zeigt, daß den einzelnen Körperbereichen eine unterschiedlich hohe Aufmerksamkeit gewidmet wird. Dabei ist erstaunlich, daß bei dem Bild ohne eine besondere Auffälligkeit (Bild 1) dem Kopf keine explizite Beachtung beigemessen wird. Als wichtiger stellen sich die Bereiche „Oberkörper“ und „linkes Bein“ heraus. Im Unterschied zu Interaktionen und Kommunikationen, bei denen die Beachtung des Gesichtes - insbesondere die Aufnahme von Blickkontakten - von hervorstechender Bedeutung ist (vgl. TRÖSTER 1988, 129 ff), scheinen bei der isolierten Betrachtung von Personen die größerflächigen Körperregionen mehr Aufmerksamkeit auf sich zu ziehen. Ebenso ist zu bedenken, daß der Oberkörper bei den vertikalen Blickwechseln jeweils gekreuzt wird.

Dieser Sachverhalt ändert sich bei dem zweiten Bild, das eine Person mit einer geringen Auffälligkeit auf der linken Wange zeigt. Die geringe Auffälligkeit zieht zum einen die Aufmerksamkeit der betrachtenden Personen

deutlich an und bedingt zum zweiten eine ebenfalls stärkere Fixierung der rechten Gesichtshälfte - möglicherweise mit der Intention eines Vergleichs der Gesichtshälften.

Bei Bild 3, bei dem eine Person mit einem sehr auffälligen linken Bein zu sehen ist, tritt der Effekt der Aufmerksamkeitslenkung in den auffälligen Bereich noch stärker auf. Die gleichzeitige starke Beachtung der rechten Gesichtshälfte, die ein diagonales Blickverhalten über die ganze dargestellte Person zur Folge hat, erweckt die Annahme, als würde die betrachtende Person jeweils versuchen, sich einen Gesamteindruck über die Person mit dem auffälligen Bein zu verschaffen. Dabei wird wieder der Bereich des Oberkörpers gekreuzt.

Im Unterschied zu anderen Untersuchungen, die ein teilweise rechtsorientiertes Blickverhalten nachweisen (YARBUS 1967, GRÜSSER 1984, WILKER und Mitarbeiter 1987, LEYENDECKER und Mitarbeiter 1992), stellt sich das Blickverhalten bei der Abbildung der unauffälligen Person hinsichtlich der Lateralität ausgewogen dar. Eine hochsignifikante Präferenzierung der linken Körperseite zeigt sich jedoch bei den anderen zwei Darstellungen. Die Hypothese, daß die Wahrnehmung durch die Auffälligkeiten auf die linke Körperseite gelenkt wird, erfährt hier ihre Bestätigung. Das Blickverhalten wird im allgemeinen nicht davon beeinflusst, ob eine körperliche Behinderung vorliegt oder nicht.

Es zeigen sich jedoch zwei interessante Unterschiede. Das signifikant frühere Fixieren des linken Unterkörpers bei Bild 3 durch die behinderten Personen im Vergleich zu den nichtbehinderten Personen ist im Zusammenhang mit dem tendenziell früheren Fixieren des linken auffälligen Beines zu sehen (vgl. Anhang 6). Möglicherweise wird hier die Wirksamkeit lokaler Suchpfade bestätigt, nach denen die periphere Wahrnehmung die Aufmerksamkeit lenkt (GRONER et al. 1984). Dies kann ein Beleg dafür sein, daß die behinderten Personen aufgrund ihrer eigenen körperlichen Situation für die Wahrnehmung der deutlichen Auffälligkeit sensibler sind als die nichtbehinderten Personen.

Gleichzeitig zeigt sich, daß die nichtbehinderten Personen tendenziell häufiger den auffälligen Gesichtsbereich fixieren als die behinderten Probandinnen und Probanden. Dieses scheint jedoch weniger an der Auffälligkeit zu liegen, da sie bei allen Abbildungen im Vergleich zu den

behinderten Personen bevorzugt die linke Gesichtshälfte betrachten. Außerdem zeigen die nichtbehinderten Personen bei dem deutlich auffälligeren Bein ein weniger interessiertes Blickverhalten als die behinderten Versuchspersonen (vgl. Anhang 6). Mehr als die behinderten Probandinnen und Probanden sind die nichtbehinderten Versuchspersonen an dem Gesicht der dargestellten Person interessiert.

Innerhalb der Gruppe der körperbehinderten Personen sind weitere Unterschiede zu erkennen. Obwohl in allen Fällen zu beachten ist, daß die Vergleichsgruppen unterschiedlich stark besetzt sind, geben die Ergebnisse möglicherweise Hinweise auf Zusammenhänge. Sie sollen daher von der Interpretation nicht ausgeschlossen werden.

Wird insgesamt der auffällige Gesichtsbereich von den behinderten Personen im Vergleich zu den nichtbehinderten Personen vernachlässigt, so zeigt sich jedoch die Tendenz, daß die frühbehinderten Probandinnen und Probanden diesen Sektor früher fixieren als die spätbehinderten Personen. Sie scheinen für die Wahrnehmung der Auffälligkeit sensibler zu sein, da sie sich möglicherweise intensiver mit ihrer Situation beschäftigen als die spätbehinderten Versuchspersonen.

Das auffällige linke Bein wird zwischen den Personen, die sich selbst als leicht-, mittelgradig - bzw. schwerbehindert einschätzen, signifikant bzw. tendenziell unterschiedlich beachtet. Die leicht behinderten Personen betrachten das Bein bezüglich der Fixationsdauer signifikant kürzer und tendenziell früher als die Personen mit einer schweren Behinderung. Obwohl sie also den auffälligen - interessanten - Bereich vergleichsweise früh wahrnehmen, scheinen sie nicht das Bedürfnis zu haben, ihn intensiver (länger) zu explorieren. Im Gegensatz zu der Arbeitshypothese einer erhöhten Aufmerksamkeit (perceptual offense) (vgl. Kapitel 6.4.) zeigen die leichtbehinderten Versuchspersonen ein gegenteiliges, eher defensives Wahrnehmungsverhalten (perceptual defense). Das auffällige - behinderte - Bein scheint für sie ein unwichtiger, vielleicht aber auch ein unangenehmer, bedrohlicher Reiz zu sein.

Allerdings zeigen die leicht behinderten Versuchspersonen bei der geringen körperlichen Auffälligkeit im Vergleich zu den schwerbehinderten Personen ein vermehrtes Fixationsverhalten. Zu beachten ist jedoch, daß es sich bei dieser Gruppenunterteilung um diejenige nach der Fremdein-

schätzung handelt, die nicht zu 100 % mit der „Selbsteinschätzungsgruppe“ übereinstimmt. Dennoch ist hier ein Hinweis auf die Verifizierung der Arbeitshypothese gegeben, nach der die leicht behinderten Personen ihre Aufmerksamkeit stärker auf die betroffenen Körperteile der ihnen ähnelnden Vorlage richten als schwerer behinderte Personen (vgl. Kapitel 6.4.). Die leichtbehinderten Personen fixieren gleichzeitig durchschnittlich weniger als die nichtbehinderten Versuchspersonen, sie fallen also nicht durch eine extreme Exploration auf. Insgesamt kann darauf geschlossen werden, daß der Reiz der geringen körperlichen Auffälligkeit für sie zum einen von Interesse ist - mit ihren aktuellen Bedürfnissen in Zusammenhang steht -, zum zweiten keine Bedrohung darstellt, aufgrund derer sie sich von dem Reiz abwenden würden, und zum dritten ihre Aufmerksamkeit nicht unverhältnismäßig stark bindet.

Ein offensives Blickverhalten wird im Vergleich zu den leichtbehinderten Personen (gemäß der Selbsteinschätzung) von den Personen, die sich selbst als schwer behindert einschätzen, bei dem auffälligen Bein gezeigt; sie fixieren diesen Bereich ebenfalls relativ früh und erkunden ihn bezogen auf die Fixationsdauer wesentlich eingehender als die leichtbehinderten Personen. Auch hier wird die entsprechende Arbeitshypothese bestätigt: die schwerbehinderten Probandinnen und Probanden richten ihre Aufmerksamkeit stärker auf die betroffenen Körperteile der ihnen ähnelnden Vorlage. Gemäß dem Konzept der perceptual offense steht das auffällige, behinderte Bein somit in einer Beziehung zu der aktuellen Situation und den aktuellen Bedürfnissen der schwerbehinderten Personen. Das signifikant unterschiedliche Blickverhalten kann ein Hinweis darauf sein, daß sich die Personen, die sich als schwerbehindert einschätzen, anders, vielleicht stärker, zumindest offensiver mit ihrer Behinderung beschäftigen als die Personen, die sich als leicht behindert einschätzen.

Da bei der Betrachtung der auffälligen Körperbereiche zwischen den Untergruppen und vor allem innerhalb der Gruppe der behinderten Versuchspersonen einzelne signifikante Unterschiede nachgewiesen werden können, läßt sich vermuten, daß auch Unterschiede zwischen den Gruppen mit unterschiedlichen Qualitäten des Körper- und Selbstbildes bestehen. Diese Vermutung bestätigt sich nicht. Personen mit unter-

schiedlichen Körperbild- bzw. Selbstbild-Qualitäten scheinen nicht in unterschiedlichem Maße von den körperlichen Auffälligkeiten angezogen oder abgestoßen zu werden. Dieses könnte ein Hinweis darauf sein, daß die visuelle Aufmerksamkeit bei der Personenbetrachtung vielleicht mit der körperlichen Situation der Betrachterin oder des Betrachters in Zusammenhang steht, nicht aber die tieferen Schichten ihrer bzw. seiner Persönlichkeit erreicht.

### **8.3. ZUSAMMENFASSUNG**

Die Untersuchungsergebnisse werden getrennt nach den Ergebnissen der Fragebogenerhebung (Qualitäten des Körper- und Selbstbildes) und denen der Blickbewegungsaufzeichnungen (Blickverhalten bei den einzelnen Bildvorlagen) dargestellt. Es schließt sich jeweils eine Kurzinterpretation der Ergebnisse an.

Insgesamt ist festzustellen, daß Unterschiede bezüglich der Körperbild- und Selbstbild-Qualitäten sowie bezüglich des Blickverhaltens bei den einzelnen Bildvorlagen bestehen. Diese Unterschiede stehen jedoch nur vereinzelt damit in Zusammenhang, ob eine körperliche Behinderung vorliegt oder nicht bzw. welche Art einer körperlichen Behinderung vorliegt (frühe - späte Behinderung, leichte -, mittelgradige - schwere Behinderung). Dies ist zum einen ein Beleg dafür, daß einer körperlichen Behinderung doch nicht die Bedeutung für den Menschen zukommt, die oftmals angenommen wird. Andererseits sind die ermittelten Ergebnisse - insbesondere weil sie aus einer Grundlagenforschung resultieren - nicht zu ignorieren, sondern sorgfältig zu interpretieren, da sie zu weitergehenden Überlegungen und Forschungen anregen können.

Die Qualitäten des Körperbildes stellen sich insgesamt deutlich negativer, aber auch differenzierter dar als die Qualitäten des Selbstbildes. Inwieweit sich dieses aus der unterschiedlichen Konkretheit der Momente ergibt oder aus der Annahme, daß das Selbstbild in der Hauptsache doch von anderen Faktoren bestimmt wird, ist noch zu diskutieren (vgl. Kapitel 9).

Die Analyse des Blickverhaltens ergibt eine unterschiedliche Verteilung in den einzelnen Körperbereichen der einzelnen Bilder. Erstaunlich ist, daß bei Bild 1 der Bereich des Kopfes weniger von Interesse ist als die großflächigeren Bereiche des Oberkörpers. Grundsätzlich wird die Aufmerksamkeit der Betrachtenden auf die retuschierten Auffälligkeiten gelenkt. Bezüglich der Lateralität des Blickverhaltens zeigt sich, daß sich das ausgewogene Blickverhalten bei Bild 1 in ein signifikant linksorientiertes Blickverhalten bei den Bildern 2 und 3 verändert. Dieses Ergebnis widerspricht zum einen der Annahme eines generellen rechts- oder auch linksorientierten Blickverhaltens (vgl. Kapitel 6.2.2.4.: Bisherige Untersuchungen) und bestätigt gleichzeitig die Hypothese, daß die visuelle Wahrnehmung durch die Auffälligkeiten nach links gelenkt wird (obgleich nicht von rechts nach links). Zwischen den behinderten und nichtbehinderten Probandinnen und Probanden zeigen sich zwei interessante Tendenzen: die behinderten Versuchspersonen erscheinen gegenüber der deutlichen Auffälligkeit sensibler als die nichtbehinderten Personen, die ohnehin stärker an der Betrachtung des Gesichtes - insbesondere der linken Seite - interessiert sind.

Innerhalb der Gruppe der behinderten Versuchspersonen scheinen diejenigen mit einer frühen Behinderung für die Wahrnehmung der geringen Auffälligkeit sensibler zu sein als die spätbehinderten, da sie sich möglicherweise intensiver mit ihrer eigenen Situation beschäftigen. Das divergente Blickverhalten zwischen den unterschiedlich schwer behinderten Versuchspersonen (Selbsteinschätzung) bei der Betrachtung des deformierten und atrophierten Beines läßt auf ein defensives - möglicherweise vermeidendes - Blickverhalten der leichtbehinderten Personen im Vergleich zu dem mehr offensiven, interessierten Blickverhalten der schwerbehinderten Personen schließen. Gleichzeitig erweisen sich die leichtbehinderten Personen (Fremdeinschätzung) bei der Betrachtung des Sektors mit der geringen Auffälligkeit auf der Wange als offensiver - weniger vermeidend und/oder interessierter - als die Personen mit einer schweren Behinderung (Fremdeinschätzung).

Die Tatsache, daß kein Zusammenhang zwischen den Qualitäten des Körper- und Selbstbildes und dem Blickverhalten in den auffälligen Bereichen zu erkennen ist, gibt zu bedenken, inwieweit das Blickverhalten

- zumindest in der vorliegenden Form - Dimensionen der Persönlichkeit kennzeichnen kann oder lediglich das äußerliche Interesse einer Person widerspiegelt.

## **9. DISKUSSION DER UNTERSUCHUNGSERGEBNISSE**

Im Anschluß an die Darstellung und Kurzinterpretation der Ergebnisse wird im folgenden die Diskussion der Ergebnisse vorgenommen. Hierbei erfolgt eine Zusammenfügung der Resultate der Fragebogenerhebung und der Blickbewegungsaufzeichnungen. Es werden zunächst die Erkenntnisse, die sich innerhalb der Gesamtstichprobe ergeben, diskutiert. Im Anschluß daran werden die Unterschiede zwischen den Stichprobengruppen kritisch-reflexiv betrachtet. Abschließend wird zu der Validität der Untersuchungsmethoden Stellung bezogen.

Einleitend soll darauf hingewiesen werden, daß sowohl bei der Fragebogenerhebung als auch bei den Blickbewegungsaufzeichnungen keine durchgängig signifikanten Zusammenhänge bzw. Unterschiede ermittelt werden. Die vereinzelt festgestellten signifikanten oder tendenziellen Erkenntnisse dürfen auf keinen Fall überbewertet werden. Andererseits werden durch sie aber eben doch Unterschiede oder Zusammenhänge zum Ausdruck gebracht, die - wenn auch vereinzelt - bestehen. Mit dem nötigen Respekt vor einer Überwertung wird versucht, den Hinweisen nachzugehen und zu diskutieren, welche Erklärungen jeweils als möglich erachtet werden.

### **9.1. ALLGEMEINE ERKENNTNISSE**

Die Selbstbilder der Probandinnen und Probanden erweisen sich insgesamt als positiver als die Körperbilder. Gleichzeitig stellen sie sich weniger differenziert dar. Es sind zwei Erklärungsmodelle denkbar.

Zum einen kann die größere Konkretheit des Körperbildes, die „Greifbarkeit“ körperbezogener Fragestellungen, eine differenziertere Bewertung erleichtern, während das Selbstbild aufgrund seiner Abstraktheit weniger Reflexionsfläche und/oder weniger Anlaß zur



Beanstandung bietet. Eine globale und eher positive als negative Bewertung - auch im Hinblick auf ein Idealbild - ist wahrscheinlich.

Andererseits ist zu bedenken, daß das Selbstbild dem Körperbild bezüglich des Ausmaßes seiner Gültigkeit und Bedeutung übergeordnet ist und daß der Mensch ein starkes Bedürfnis hat, seine Selbstwert-schätzung, ein Postulat höchster Ordnung, zu erhöhen (vgl. Kapitel 4.3.). Möglicherweise veranschaulichen die positiv gefärbten Fragebogenergebnisse eine mehr oder weniger bewußte Aufwertung der eigenen Person gemäß dem Prinzip des Menschen „Positives zu erleben und Schmerz zu vermeiden“ (vgl. EPSTEIN 1984<sup>2</sup>, 15). Da dem Körperbild kein vergleichbarer Stellenwert beigemessen wird, kann bei dessen Bewertung auf entsprechende Mechanismen verzichtet und eine kritisch-reflexive Haltung eingenommen werden.

Dem Grundbedürfnis nach Selbstwerterhöhung steht jedoch ein zweites Grundbedürfnis gegenüber: die Aufrechterhaltung der Konsistenz des Selbstbildes. EPSTEIN (1984<sup>2</sup>) ordnet dieses Bedürfnis demjenigen nach Selbstwerterhöhung über. Seiner Meinung nach wird ein Mensch sein Selbstbild, auch wenn es sich eher ungünstig als günstig darstellt, nicht in Frage stellen, da er ansonsten seine lebensnotwendige Struktur und Orientierung verliert. Die Annahme der These der Aufrechterhaltung der Selbstbild-Konsistenz bedeutet für die vorliegenden Ergebnisse, daß die entsprechenden Items nicht idealisiert, sondern realistisch beantwortet sind.

Es ist jedoch kaum anzunehmen, daß die Probandinnen und Probanden die Stabilität ihres Selbstbildes durch den Fragebogen gefährdet sehen, so daß sie sich aufgefordert sähen, ihr Selbstbild zu behaupten. Viel wahrscheinlicher ist es, daß sie den Fragebogen als Instrument zur Selbstwerterhöhung nutzen und - eventuell in Verbindung mit der geringeren Faßbarkeit der Items - sich eher günstiger darstellen.

Die Zusammenhänge zwischen dem Körper- und dem Selbstbild des Menschen scheinen geringer zu sein als ursprünglich angenommen. Eine gegenseitige Abhängigkeit wird nicht nachgewiesen. Es wird weiterhin davon ausgegangen, daß die körperlichen Erfahrungen und das daraus entstehende Körperbild entwicklungspsychologisch gesehen konstituie-

rend für das Selbstbild sind und daß das Körperbild als ein Teil des Selbstbildes aufzufassen ist. Die Annahme, daß dem Körperbild im weiteren Leben des Menschen eine hohe Bedeutung für das Selbstbild zukommt, muß jedoch aufgrund der Erkenntnisse eingeschränkt werden. Eine genauere Analyse der Zusammenhänge zwischen den einzelnen Skalen kann zur Überprüfung der neuen Erkenntnisse sinnvoll sein.

Die Analyse des Blickverhaltens zeigt, daß einige Bereiche der dargestellten Personen von besonderem Interesse sind. Bei der Darstellung der unauffälligen Person sind dies interessanterweise der Oberkörper und das linke Bein. Im Unterschied zu interaktiven und kommunikativen Situationen, in denen das Gesicht, insbesondere die Augen, bevorzugte Aufmerksamkeitsorte sind, scheint die isolierte Personenbetrachtung dazu anzuregen, sich einen Überblick über die gesamte Person zu verschaffen. Dabei werden die größerflächigen Körperpartien in Relation zu dem Kopf stärker beachtet. Es kann somit davon ausgegangen werden, daß der übrige Körper der dargestellten Personen von größerem Interesse ist als das Gesicht. Hinsichtlich der Lateralität der Blickbewegungen zeigt sich kein Unterschied: die rechte und linke Körperseite werden insgesamt in einem ausgewogenen Verhältnis beachtet. Die Ergebnisse der Untersuchungen von YARBUS (1967), GRÜSSER (1984), WILKER und Mitarbeitern (1987) und LEYENDECKER und Mitarbeitern (1992), die ein eher rechtsseitig orientiertes Blickverhalten nachweisen, werden nicht bestätigt. Die Auffälligkeiten der Personen der zwei anderen Abbildungen lenken die visuelle Aufmerksamkeit jedoch signifikant auf die linke Seite.

Überhaupt bestätigt sich die Vermutung, daß die Auffälligkeiten der dargestellten Personen von besonderem Interesse für die Probandinnen und Probanden sind. In Anlehnung an YARBUS (1967), HÜNECKE und BOSSE (1987) und die in Kapitel 4.6.1. geschilderten Erfahrungen wird geschlußfolgert, daß das bevorzugte Fixieren auf Orientierungsreaktionen oder Informationsbedürfnisse zurückzuführen ist. Das bedeutet, daß die Auffälligkeiten einerseits unbekannt oder ungewohnt sein können, andererseits können sie aber durchaus bekannt und von besonderem Interesse für den Betrachter oder die Betrachterin sein. Genaueren Aufschluß darüber, welche der Motive zu der präferierten Exploration

führen - Orientierung an Unbekanntem oder Suche nach Informationen - geben die Ergebnisse nicht.

Insgesamt kann es für weitere Forschungen zweckmäßig sein, zur Erfassung von Motiven bei der Betrachtung von Reizvorlagen zusätzliche Meßinstrumente einzusetzen. Die Kombination der Blickbewegungsaufzeichnungen mit der Erfassung psycho-physischer Reaktionen, wie z.B. Hirnstromwellen, Pulsfrequenz oder elektrodermale Aktivität, ermöglicht die simultane Erfassung der emotionalen Befindlichkeit bzw. Betroffenheit bei der Bildbetrachtung. Eine andere Möglichkeit stellt eine entsprechende Befragung der Versuchspersonen im Anschluß an die Bildbetrachtung dar.

Hinweise auf mögliche Motive der Betrachtung des Bildmaterials geben aber auch die Unterschiede des Blickverhaltens zwischen den Stichprobengruppen. Die Unterschiede des Blickverhaltens werden zusammen mit den übrigen Gruppenunterschieden im folgenden Kapitel diskutiert.

## **9.2. UNTERSCHIEDE ZWISCHEN DEN STICHPROBENGRUPPEN**

Für die Qualitäten des Körper- und Selbstbildes ist es eher unerheblich, ob eine körperliche Behinderung und welche Art einer körperlichen Behinderung vorliegt oder nicht.

Die vorliegenden Ergebnisse weisen auf keine signifikanten und auf nur wenige tendenzielle Zusammenhänge zwischen dem Körper- und Selbstbild und der körperlichen Situation der Versuchspersonen hin. Dieses ist im Hinblick auf die in den Kapiteln 3.4. und 4.5. beschriebenen Beziehungen zwischen einer körperlichen Behinderung und dem Körper- und Selbstbild erstaunlich.

Möglicherweise wirkt sich die Auswahl der Körper- und Selbstkonzeptskalen (vgl. Kapitel 9.3.: Validität der Untersuchungsmethoden) entsprechend auf das Ergebnis aus. Andererseits ist denkbar, daß die in dieser Untersuchung nicht erhobenen Variablen, wie die Bedingungen der näheren und weiteren Umwelt, emotionale Zuwendung, Sozialkontakte

etc., für die Qualitäten des Körper- und Selbstbildes von größerer konstitutioneller Bedeutung sind. Weitere Forschungen können zur Klärung dieser Fragestellung beitragen.

Die Aufmerksamkeit der körperbehinderten Personen ist weniger auf das Gesicht gerichtet, sondern vorzugsweise auf den übrigen Körper.

Das Blickverhalten der behinderten Probandinnen und Probanden dokumentiert im Vergleich zu den nichtbehinderten Probandinnen und Probanden eine stärkere Orientierung an dem übrigen Körper der dargestellten Person als an dem Kopf bzw. dem Gesicht. Diese Erkenntnis stützt sich zum einen auf das signifikant frühere Fixieren des deformierten Beines bzw. des benachbarten Bereichs des Unterkörpers der Versuchspersonen mit einer körperlichen Behinderung, das auf eine besondere Sensibilisierung für körperliche Auffälligkeiten aufgrund der eigenen körperlichen Situation schließen läßt. Zum zweiten spiegelt der Vergleich der Rangsummen-Mittelwerte die allgemeine Tendenz der behinderten Probandinnen und Probanden wider, ihre Blicke früher, häufiger und länger auf die Bereiche des übrigen Körpers als in das Gesicht zu richten. In den Fällen, in denen sie höhere bzw. bezüglich der Rangplätze niedrigere Werte als die nichtbehinderten Versuchspersonen im Bereich des Kopfes zeigen, handelt es sich um die rechte Kopfhälfte.

Es ist denkbar, daß sich die behinderten Personen aufgrund ihrer eigenen körperlichen Situation intensiver mit dem übrigen Körper eines Menschen und dessen Befindlichkeit beschäftigen als mit dessen Kopf. Unterstützung findet diese Annahme durch die Untersuchung von G. JANSEN und LEYENDECKER (1987), die zu demselben Ergebnis kommen.

>>Allemal bleiben eindrucksvolle Hinweise, daß körperbehinderte Personen intensiver als nichtbehinderte aktiviert sind, sich mit der Körperlichkeit auseinanderzusetzen - auch wenn diese nur in Form von Bildern betrachtet wird.<< (G. JANSEN / LEYENDECKER 1987, 373).

Möglicherweise zeigt sich hier aber auch die Absicht behinderter Menschen, infolge mangelnden Selbstbewußtseins und mangelnder Selbstsicherheit Blickkontakt zu vermeiden. Zu denken ist auch an die Untersuchung von ESSER und ROOS-MAYER (1979), die bei den von ihnen untersuchten körperbehinderten Jugendlichen und jungen Erwachsenen weniger Selbstvertrauen und ein geringeres Durchsetzungsvermögen als bei den nichtbehinderten Jugendlichen und jungen Erwachsenen ermittelten. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß in allen Fällen, in denen die behinderten Personen der vorliegenden Untersuchung das Gesicht bevorzugt betrachten, die rechte, den kognitiven Prozessen zuzuordnenden Seite gewählt wird, während sich die nichtbehinderten Personen eher der linken, den emotionalen Prozessen zuzuordnenden Seite zugewandt zeigen (vgl. LEYENDECKER und Mitarbeiter 1992). Die Bevorzugung der „sachlichen“ Gesichtshälfte unterstützt die Vermutung einer eher selbstunsicheren Ausgangsposition der behinderten Versuchspersonen.

Leichte Behinderungen beeinträchtigen die Situation der betroffenen Menschen in mancher Hinsicht stärker als schwerere Behinderungen.

Der Vergleich der Qualitäten des Körperbildes zwischen den nichtbehinderten Personen und den leicht-, mittelgradig - und schwerbehinderten Personen (Einteilung gemäß der Selbsteinschätzung) ergibt, daß das Körperbild der nichtbehinderten Probandinnen und Probanden tendenziell am günstigsten ist, das Körperbild der mittelgradig behinderten Personen am zweitgünstigsten, das der leichtbehinderten Personen am drittgünstigsten und das der schwerbehinderten Personen am ungünstigsten. Interessant ist hier, daß die Probandinnen und Probanden mit einer mittelgradigen Behinderung im Vergleich zu den leichtbehinderten Personen ein günstigeres Körperbild aufweisen. Diese Reihenfolge läßt sich ebenfalls bei den anderen entsprechenden Vergleichen des Körper- und Selbstbildes erkennen (vgl. Anhang 4). Dieses Ergebnis zeigt, daß eine leichte Behinderung auf das Körperbild (und Selbstbild) nachteiliger wirken kann als eine mittelgradige Behinderung. Die Nähe leichtbehinderter Menschen zu der Situation nichtbehinderter Menschen ohne diese

Situation je erreichen zu können, birgt ein Frustrationspotential (vgl. G. JANSEN / LEYENDECKER 1987, 310 f). Diese Deutung wird durch die Tatsache gestützt, daß es sich bei der Einteilung der Behinderungsauswirkungen als auch bei den Bewertungen des Körper- und Selbstbildes um Selbsteinschätzungen der Versuchspersonen handelt: diejenigen, die sich selbst als leichtbehindert einschätzen, empfinden ihr Körperbild (und Selbstbild) eher als ungünstig. Bei der Fremdeinschätzung der Auswirkungen der Behinderung zeigt der Vergleich der Rangsummen-Mittelwerte dieselbe Richtung an. Der durch die ungleiche Zellenbesetzung der „Selbsteinschätzungsgruppe“ eingeschränkte Aussagewert wird somit ausgeglichen.

Das Ergebnis, daß sich eine schwere körperliche Behinderung am nachteiligsten auf das Körperbild (und das Selbstbild) auswirkt, entspricht den Erwartungen. Die Einschränkungen, die behinderte Menschen im Bereich der Senso- und Psychomotorik und im Bereich der Sozialerfahrungen erleben (vgl. Kapitel 3.4. und 4.5.), summieren und potenzieren sich bei Menschen mit schweren körperlichen Behinderungen.

Die mittelgradig behinderten Personen befinden sich vergleichsweise in der günstigsten Situation. Sie stehen weniger vor dem Problem, sich an der Situation der nichtbehinderten Menschen messen zu wollen, da ihre eigenen körperlichen Bedingungen eindeutiger sind. Zugleich wirken sich die senso- und psychomotorischen und sozialen Einschränkungen in ihrem Leben nicht so extrem aus, wie dies bei den schwer behinderten Menschen der Fall ist.

Das Blickverhalten der leichtbehinderten Probandinnen und Probanden unterstützt die Annahme, daß sich eine leichte Behinderung nachteiliger für den betroffenen Menschen auswirken kann, als eine mittelgradige oder schwere Behinderung. Die Personen, die sich selbst als leicht behindert einschätzen, zeigen bei der Betrachtung des auffälligen - behinderten - Beines ein defensives Blickverhalten. Nach dem Konzept der perceptual defense stellt für sie das Bein einen unwichtigen, unangenehmen oder bedrohlichen Reiz dar. Unter Einbeziehung der zuvor beschriebenen Zusammenhänge ist es denkbar, daß die dargestellte Behinderung für die leichtbehinderten Personen unangenehm oder gar bedrohlich ist, so daß sie sich von ihr abwenden. Möglicherweise werden sie durch die Dar-

stellung an ihre eigene Situation erinnert, mit der sie sich eher nicht auseinandersetzen möchten. Andererseits weist das signifikant häufigere - offensive - Fixieren der geringen Gesichtsauffälligkeit darauf hin, daß die Beschäftigung mit der körperlichen Situation für sie grundsätzlich von Bedeutung ist. Gemäß der Theorie der perceptual offense steht für sie die Auffälligkeit in Zusammenhang mit ihren Bedürfnissen; das heißt sie beschäftigen sich mit ihrer eigenen Auffälligkeit. Im Unterschied zu dem deformierten und atrophierten Bein wirkt die geringe Gesichtsauffälligkeit jedoch nicht so bedrohlich, sondern entspricht ihrer eigenen leichten Auffälligkeit. Daß es sich bei der Gruppe, die sich als offensiv herausstellt, um diejenigen Probandinnen und Probanden handelt, die von der Versuchsleiterin als leichtbehindert eingeschätzt werden, und diese mit der „Selbsteinschätzungsgruppe“ nicht vollständig übereinstimmt, entkräftet die Aussage nicht. Diese wird außerdem noch dadurch unterstützt, daß die Personen, die sich als schwerbehindert einschätzen, bei der Betrachtung des deformierten Beines ein offensives Blickverhalten zeigen. Für sie stellt also die deutliche Auffälligkeit - möglicherweise aufgrund der Nähe zu ihrer eigenen Situation - keine Bedrohung, sondern vielmehr eine Aufforderung zu einer genaueren Exploration dar.

Die Situation spätbehinderter Menschen ist in mancher Hinsicht günstiger als die Situation frühbehinderter Menschen.

Das Selbstbild von Personen mit einer späten Behinderung gestaltet sich tendenziell günstiger als das Selbstbild frühbehinderter Personen. Im Hinblick auf die zuvor beschriebene Tendenz der Probandinnen und Probanden, ihr Selbstbild im allgemeinen eher günstiger als ungünstiger zu bewerten, ist darauf hinzuweisen, daß diese Tendenz analog bei den zwei Gruppen besteht, so daß eine vergleichbare Ausgangsposition anzunehmen ist.

Das Ergebnis eines günstigeren Selbstbildes der spätbehinderten Personen steht im Gegensatz zu der These, daß das Erleben eines Traumas, der Prozeß der Auseinandersetzung mit einer später eingetretenen Behinderung, der Vergleich „vorher - nachher“, einen deutlichen - eventuell negativen - Einfluß auf das Selbstbild des betroffenen Menschen hat (Biographiebruch, vgl. Kapitel 6.2.1.2.). Der Biographiebruch wirkt sich deutlich, aber scheinbar in entgegengesetzter Richtung auf das Selbstbild aus. Es ist möglich, daß spätbehinderte Menschen durch die Auseinandersetzung mit der Umorientierung ihrer körperlichen und persönlichen Situation in besonders intensiver und wechselvoller Weise gefordert werden, so daß eine „gelungene“ ausgewogene Auseinandersetzung ein gleichermaßen ausgewogenes, positives Selbstbild zur Folge hat. Die Selbstbeschreibung einer Krankenschwester mit einer erworbenen Behinderung, die SAFILIOS-ROTHSCHILD (1976) wiedergibt, unterstützt diese Annahme (vgl. Kapitel 4.5.2.2.):

>>... Searching, learning and trying for a new and better come through dissatisfaction with what is, not acceptance. For lack of a better word, I use cope as a more positive term. It denotes a continuous struggle with some hope of a success on a long list titled „I can do“...<< (SAFILIOS-ROTHSCHILD 1976, 47).

Im Unterschied dazu ist es vorstellbar, daß bei frühbehinderten Menschen ein gleichmäßigerer Prozeß der Auseinandersetzung mit ihrer Situation ohne vergleichbare Höhen und Tiefen stattfindet. Möglicherweise hat die



weniger intensive Auseinandersetzung ein eher flaches, weniger positives Selbstbild zur Folge.

Es ist jedoch eine weitere Erklärung denkbar. Der Erfolg eines Krisenverarbeitungsprozesses steht in Zusammenhang mit dem Bedürfnis nach Kontrolle und Verantwortung. Die Verarbeitung verläuft umso positiver, je mehr die kritische Situation als eigenverantwortlich und unvermeidbar erlebt wird. Dieser Zusammenhang resultiert u.a. aus Untersuchungen mit traumatisch querschnittgelähmten Menschen (vgl. BEUTEL 1988, 70 f). Möglicherweise kommt durch das günstigere Selbstbild der spätbehinderten Personen im Gegensatz zu den frühbehinderten Personen zum Ausdruck, daß die spätbehinderten Personen ihre Situation eher als eigenverantwortlich oder unvermeidbar bewerten, während die frühbehinderten Personen von einem Fremdverschulden ausgehen, das sie nur schwer annehmen können.

Darüberhinaus verdeutlichen die vorliegenden Ergebnisse die Wechselwirkung zwischen dem Selbstbild und der Auseinandersetzung mit kritischen Situationen (Coping): Persönlichkeitsvariablen, die einerseits den Coping-Prozeß bestimmen (vgl. BEUTEL 1988, 71 f), erfahren andererseits durch den Coping-Prozeß eine Veränderung - wenn auch nur in Form einer Bestätigung (vgl. auch Kapitel 4.3.: Die Postulate des Selbstbildes).

Es ist jedoch kritisch zu bemerken, daß in der vorliegenden Untersuchung eine späte Behinderung bereits ab dem vierten Lebensjahr beginnt. Diese Einteilung erfolgt aufgrund der Annahme, daß das Trauma einer körperlichen Veränderung bereits in dem Alter einen Prozeß der Umorientierung mit sich bringt. Es ist fraglich, inwieweit Menschen, die seit dem Kindesalter behindert sind, in der Retrospektive eine Unvermeidbarkeit bzw. Eigenverantwortlichkeit wahrnehmen. Wahrscheinlicher ist es, daß sie von einem Fremdverschulden ausgehen. Allerdings setzt sich der Großteil der spätbehinderten Versuchspersonen aus Menschen zusammen, die seit dem Erwachsenenalter behindert sind, so daß die Ergebnisse dennoch die oben genannte These unterstützen.

Die Analyse der Blickbewegungsaufzeichnungen liefert ebenfalls einen Hinweis auf die dargestellte günstigere Situation der Personen mit einer

späten Behinderung. Die frühbehinderten Probandinnen und Probanden schauen tendenziell früher in den auffälligen Gesichtsbereich als die spätbehinderten Personen. Möglicherweise ist dies ein Anzeichen ihrer größeren Sensibilität für körperliche Auffälligkeiten - für körperliche Situationen. Diese Vermutung leitet zu der Schlußfolgerung, daß sie sich mit ihrer eigenen körperlichen Situation mehr beschäftigen als die Personen mit einer späten Behinderung. Diese teilen der Gesichtsauffälligkeit keine besondere Bedeutung zu, so daß sie diese nicht bevorzugt fixieren. Es kann gefolgert werden, daß ihre eigene Behinderung kein vordergründiges Thema für sie darstellt.

### **9.3. VALIDITÄT DER UNTERSUCHUNGSMETHODEN**

Die Untersuchungsmethoden werden erstmalig in der vorliegenden Form und Kombination verwendet. Es bestehen nur geringe Vergleichsmöglichkeiten zu anderen Untersuchungen, die sich mit ähnlichen Fragestellungen und Stichproben beschäftigen (G. JANSEN / LEYENDECKER 1987, LEYENDECKER und Mitarbeiter 1992). Wenngleich die Untersuchungsverfahren im einzelnen als valide gelten, kann hier nicht von vornherein davon ausgegangen werden, daß tatsächlich das gemessen wird, was gemessen werden soll: das Körper- und Selbstbild und die Art der Auseinandersetzung mit dem Körper. Im folgenden werden die kritischen Komponenten erörtert.

#### Auswahl der Körper- und Selbstkonzeptskalen

Da es sich bei dem Fragebogen um eine Kombination aus den Frankfurter Körperkonzept-Skalen (FKKS) und den Frankfurter Selbstkonzept-Skalen (FSKN) von DEUSINGER (1986, 1994) handelt, müssen aus Gründen der Ökonomie einige der Skalen ausgespart werden. Die verwendeten Skalen sind vollständig erfaßt, so daß sich innerhalb der Skalen keine Verzerrungen der Interpretation ergeben. Die jeweilige Qualität des Körper- oder Selbstbildes wird jedoch aus der Summe der einzelnen Bewertungen

errechnet, so daß kritisch zu bedenken ist, inwiefern die Reduktion der Skalen und die Skalen-Auswahl die Ergebnisse beeinflussen. Die Körperbild- und Selbstbild-Qualitäten sind demzufolge nicht als generalisierbare Größen zu verstehen, sondern stets im Kontext der ausgewählten Bereiche zu deuten.

Die Unvollständigkeit der Skalen kann außerdem ein Grund dafür sein, daß zwischen dem Körperbild und dem Selbstbild kein linearer Zusammenhang besteht (vgl. Kapitel 8.1.).

DEUSINGER (1986, 28 ff, 57 ff; 1994, 12) attestiert beiden Test-Instrumenten eine zufriedenstellende Validität. Bei der vorliegenden Stichprobe ergeben sich jedoch zwei Problematiken, die die Gültigkeit beeinflussen können: erstens haben manche der Items keinen Bezug zu der Situation einiger Versuchspersonen (z.B. sind die Items „Mein Gang hat mir schon viele Komplimente eingebracht“ und „Ich habe es gern, wenn jemand mich unterhakt“ nicht geeignet für die Situation von rollstuhlfahrenden Menschen) und zweitens erweisen sich einige Items aufgrund der Wortwahl oder Komplexität für verschiedene Versuchspersonen als unverständlich (z. B. „Oft bin ich recht linkisch“, „Es stört mich nicht, wenn mein äußeres Erscheinungsbild von dem meiner Umgebung abweicht“). Es ist denkbar, daß zutreffendere Items die Gültigkeit der Antwort für die Intention der Frage erhöhen würden.

#### Blickbewegungsaufzeichnungen

Die Auswahl der Methode basiert auf der These, daß das Blickverhalten ein relativ objektiver Indikator für kognitive und emotionale Aspekte der Körperwahrnehmung und somit für Prozesse der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper ist. Diese These kann aufgrund der nur vereinzelt vorliegenden signifikanten Ergebnisse nicht bestätigt werden. Im Rahmen der Kurzinterpretation der Blickbewegungsergebnisse wird bereits darauf hingewiesen, daß die visuelle Aufmerksamkeit bei der Personenbetrachtung zwar oberflächlich mit der körperlichen Situation der Betrachterin oder des Betrachters in Zusammenhang steht, möglicherweise aber nicht die tieferen Schichten ihrer bzw. seiner Persönlichkeit berührt

(Kapitel 8.2.). Es ist außerdem zu bedenken, daß die Blickbewegungsaufzeichnungen in einer künstlichen Situation durchgeführt werden. Die visuelle Aufmerksamkeit der Probandinnen und Probanden kann hierdurch irritiert und somit beeinträchtigt werden. Darüber hinaus liegen keine ausreichenden vergleichbaren Untersuchungen vor. Die Validität von Blickbewegungsanalysen für Prozesse der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper gilt somit nicht als gewährleistet. Insgesamt liegen bislang zu emotionalen oder persönlichkeitspsychologischen Aspekten des Blickverhaltens kaum Forschungsergebnisse vor (vgl. Kapitel 6.2.2.4.: Bisherige Untersuchungen). Die vorliegende Untersuchung stellt einen weiteren Ansatzpunkt für diesen Forschungszweig dar.

Ein anderer unbestimmter Faktor der Blickbewegungsanalysen ist die Auswahl der Bildvorlagen. Möglicherweise sind die Darstellungen der körperlichen Auffälligkeiten - insbesondere der geringen körperlichen Auffälligkeit in Form eines Pickels - ungeeignet, so daß sie von den Probandinnen und Probanden zu ihrer eigenen Person nicht in Beziehung gesetzt werden können. Es ist allerdings zu bedenken, daß die Bildvorlagen neben der größtmöglichen Realitätsnähe zugleich hinsichtlich der Auswertung vergleichbar sein müssen.

#### **9.4. ZUSAMMENFASSUNG**

Die Selbstbilder der Probandinnen und Probanden erweisen sich im allgemeinen positiver als die Körperbilder. Es wird als wahrscheinlich erachtet, daß die Versuchspersonen einerseits das Bedürfnis haben, sich - d.h. ihr Selbstbild - im Sinne der Selbstwerterhöhung eher günstiger als ungünstiger darzustellen. Andererseits sind die Items, die das Selbstbild betreffen, im Vergleich zu denen des Körperbildes weniger greifbar und damit schwerer zu beantworten, was eine globale und eher positive Bewertung zur Folge hat. Überraschend ist, daß zwischen dem Körperbild und dem Selbstbild kein Zusammenhang nachzuweisen ist. Inwiefern

andere Faktoren, wie z.B. die Bedingungen der näheren und weiteren Umwelt, emotionale Zuwendung, kognitives Verhalten, Sozialkontakte etc., für die Ausbildung des Selbstbildes von größerer konstitutioneller Bedeutung sind als die Qualität des Körperbildes und vice versa kann durch weitere Forschungen erkundet werden.

Die Analyse des Blickverhaltens ergibt, daß die Probandinnen und Probanden insgesamt an einigen Bereichen der dargestellten Personen besonders interessiert sind. Bei der Darstellung der unauffälligen Person ist dies interessanterweise nicht der Kopf, sondern der übrige Körper, bei den Darstellungen mit den auffälligen Personen sind dies erwartungsgemäß die Bereiche der Auffälligkeiten. Zwischen den einzelnen Stichprobengruppen werden folgende Unterschiede deutlich:

- Für die Qualitäten des Körper- und Selbstbildes ist es eher unerheblich, ob eine körperliche Behinderung und welche Art einer körperlichen Behinderung vorliegt oder nicht.
- Die Aufmerksamkeit der körperbehinderten Personen ist weniger auf das Gesicht gerichtet, sondern vorzugsweise auf den übrigen Körper.
- Leichte Behinderungen beeinträchtigen die Situation der betroffenen Menschen in mancher Hinsicht stärker als schwerere Behinderungen.
- Die Situation spätbehinderter Menschen ist in mancher Hinsicht günstiger als die Situation frühbehinderter Menschen.

Die Ergebnisse erfahren eine Einschränkung durch die nicht gesicherte Validität der Untersuchungsmethoden. Es ist notwendig, weitere Erhebungen durchzuführen, um die vorliegenden Hinweise zu bekräftigen.

## 10. SCHLUßBETRACHTUNG UND AUSBLICK

Die Ergebnisse dieser Arbeit weisen auf einige interessante Zusammenhänge zwischen körperlichen Behinderungen, den Körperbildern und Selbstbildern von Menschen und Möglichkeiten der Auseinandersetzung mit einer Behinderung hin. Sie lassen allerdings keine allgemeingültigen Aussagen zu, da spezifische Zusammenhänge nicht durchgängig ermittelt werden. Im Rahmen ihrer Anlage als Studie zur Grundlagenforschung regt die vorliegende Arbeit - insbesondere aufgrund der in dieser Form noch nicht verwendeten Untersuchungsmethoden - zu weiteren Forschungen an.

Von besonderem Interesse sind hier die unerwarteten Ergebnisse der Körperbild- und Selbstbild-Analysen:

- die scheinbare Unabhängigkeit der Momente Körperbild und Selbstbild und
- die Feststellung, daß es für die Qualitäten des Körper- und Selbstbildes scheinbar eher unerheblich ist, ob eine körperliche Behinderung und welche Art einer körperlichen Behinderung vorliegt oder nicht.

Ergänzende detaillierte Untersuchungen der Körperbilder und Selbstbilder können durch die Bestätigung bzw. Widerlegung dieser Ergebnisse zur Klärung der Beziehungen beitragen.

Ebenso können zusätzliche Untersuchungen zur Erfassung visueller Wahrnehmungsprozesse unter emotionalen und persönlichkeitspsychologischen Fragestellungen weitere Hinweise auf Prozesse der Auseinandersetzung mit der eigenen Körperlichkeit geben.

## LITERATURVERZEICHNIS

Adams, R.S. (1970): Interaction in classrooms.

In: Campbell, W. J. (Ed.) (1970): Scholars in context. The effects of environments on learning.

New York, Chichester, Brisbane u.a.: John Wiley & Sons, 284 - 295

Affolter, Félicie (1988<sup>2</sup>): Wahrnehmung, Wirklichkeit und Sprache.

Villingen-Schwenningen: Neckar-Verlag

Antes, James R. (1974): The time course of picture viewing.

In: Journal of Experimental Psychology, 1974, 103, 62 - 70

Ayres, A. Jean (1992<sup>2</sup>): Bausteine der kindlichen Entwicklung.

Berlin, Heidelberg, New York u.a.: Springer-Verlag

Balzer, Brigitte / Rolli, Susanne (1975): Sozialtherapie mit Eltern Behinderter.

Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Beavin, Janet / Jackson, Don / Watzlawick, Paul (1969): Menschliche Kommunikation.

Formen, Störungen, Paradoxien.

Berlin, Stuttgart, Wien: Huber

Becker, H. S. (1963): Outsiders. Studies in the sociology of deviance.

New York: Free Press

Beutel, Manfred (1988): Bewältigungsprozesse bei chronischen Erkrankungen.

Hrsg.: Koch, Uwe (1988): Psychologie in der Medizin.

Weinheim: edition medizin, VCH

Bielefeld, Jürgen (1986): Zur Begrifflichkeit und Strukturierung der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper.

In: Bielefeld, Jürgen (Hrsg.) (1986): Körpererfahrung. Grundlage menschlichen Bewegungsverhaltens.

Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe, 3 - 35

Bischof, Norbert (1966): Stellungs-, Spannungs- und Lagewahrnehmung.

In: Metzger, Wolfgang (Hrsg.) (1966): Handbuch der Psychologie. Band 1: Allgemeine Psychologie. Halbband 1: Wahrnehmung und Bewußtsein.

Göttingen: Verlag für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe, 409 - 497

Bittner, Günther (Hrsg.) (1981): Selbstwerden des Kindes. Ein neues tiefenpsychologisches Konzept.

Fellbach: Bonz

Bittner, Günther (1989): „Weißt du, daß ich nicht so bin wie du ?“

In: Bittner, Günther / Thalhammer, Manfred (Hrsg.) (1989): "Das Ich ist vor allem ein körperliches ...". Zum Selbstwerden des körperbehinderten Kindes.

Würzburg: edition bentheim, 221 - 238

Bleidick, Ulrich (1976): Metatheoretische Überlegungen zum Begriff der Behinderung.

In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 1976, 27, 408 - 415

Bleidick, Ulrich u.a. (1977a): Einführung in die Behindertenpädagogik.

Teil II.

Stuttgart: Kohlhammer



Bleidick, Ulrich (1977b): Pädagogische Theorien der Behinderung und ihre Verknüpfung.

In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 1977, 28, 207 - 229

Bleidick, Ulrich (1994): Die Behinderung im Menschenbild und hinderliche Menschenbilder in der Erziehung von Behinderten.

In: Schmetz, Ditmar / Wachtel, Peter (Hrsg.) (1994): Texte zur Heilpädagogik. Grundlagen. Erschwerte Lebenssituationen: Erziehung und pädagogische Begleitung.

Würzburg: edition bentheim, 5 - 37

Boesch, Ernst E. (1978): Kultur und Biotop.

In: Graumann, Carl F. (Hrsg.) (1978): Ökologische Perspektiven in der Psychologie.

Bern, Stuttgart, Wien: Huber, 11 - 32

Boll, Silke / Ewinkel, Carola / Hermes, Gisela u.a. (Hrsg.) (1985): Geschlecht: behindert, besonderes Merkmal: Frau.

München: AG SPAK Publikationen

Bollnow, Otto Friedrich (1965): Die anthropologische Betrachtungsweise in der Pädagogik.

Essen: Neue Deutsche Schule-Verlags-Gesellschaft

Bosse, Klaus Andreas / Heinecke, Peter / Nordhausen, R. (1978): Zum >>Krankheitsgefühl<< Hautkranker - Entwurf, Analyse und Ergebnisse einer Befragung.

In: Ärztliche Kosmetologie, 1978, 8, 228 - 238

Brandstätter, Hermann (1983): Sozialpsychologie.

Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer

Bronfenbrenner, Urie (1981): Die Ökologie der menschlichen Entwicklung.

Stuttgart: Klett-Cotta

Brosius, Hans-Bernd (1983): Verarbeitung visuell präsentierter Szenen.

Münster: Lit Verlag

Bruner, Jerome S. / Goodman, Cecile C. (1947): Value and Need as Organizing Factors in Perception.

In: Journal of Abnormal and Social Psychology, 1947, 42, 33 - 44

Bruner, Jerome S. / Postman, Leo (1947): Emotional selectivity in perception and reaction.

In: Journal of Personality, 1947/48, 16, 69 - 77

Buber, Martin (1962): Werke. Band 1: Schriften zur Philosophie.

München: Kösel-Verlag und Heidelberg: Verlag Lambert Schneider

Bühler, Charlotte (1975): Die Rolle der Werte in der Entwicklung der Persönlichkeit und in der Psychotherapie.

Stuttgart: Ernst Klett Verlag

Bundessozialhilfegesetz 1996. Siebte Auflage.

München: DTV

Bundesverband für spastisch Gelähmte und andere Körperbehinderte e.V. (Hrsg.) (1992): Eingriffe - Angriffe. Über die Bedrohung menschlichen Lebens durch medizintechnische und gesellschaftliche Entwicklungen.

Düsseldorf: Eigenverlag

Burke, David C. / Murray, D. Duncan (1979): Die Behandlung Rückenmarkverletzter.

Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag

Buytendijk, Frederik J.J. (1956): Allgemeine Theorie der menschlichen Haltung und Bewegung. Als Verbindung und Gegenüberstellung von physiologischer und psychologischer Betrachtungsweise.

Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer-Verlag

- Cantarella, Alfio / Leyendecker, Christoph (1995): Freier Tanz mit Körperbehinderten. Gesellschaftliche und geschichtliche Fundierung, explorative Analyse und Argumente für den Freien Tanz.  
In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 1995, 46. Jg., 12, 582 - 590
- Cloerkes, Günther (1985<sup>3</sup>): Einstellung und Verhalten gegenüber Behinderten.  
Berlin: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung
- Cloerkes, Günther (1988): Behinderung in der Gesellschaft. Ökologische Aspekte und Integration.  
In: Koch, Uwe / Lucius-Hoene, Gabriele / Stegie, Reiner (Hrsg.) (1988): Handbuch der Rehabilitationspsychologie.  
Berlin, Heidelberg, New York, u.a.: Springer-Verlag, 86 - 100
- Cloerkes, Günther (1997): Soziologie der Behinderten. Eine Einführung.  
Heidelberg: Universitätsverlag C. Winter, Programm Edition Schindele
- Cooley, Charles Horton (1967<sup>2</sup>): Human nature and the social order.  
New York: Schocken Books
- Dacheneder, Winfried (1989): Neuropsychologische Beiträge zu Körperbehinderungen.  
In: Bittner, Günther / Thalhammer, Manfred (Hrsg.) (1989): "Das Ich ist vor allem ein körperliches ...". Zum Selbstwerden des körperbehinderten Kindes.  
Würzburg: edition bentheim, 208 - 220
- Dahrendorf, Ralf (1973<sup>12</sup>): Homo sociologicus. Ein Versuch zur Geschichte, Bedeutung und Kritik der Kategorie der sozialen Rolle.  
Opladen: Westdeutscher Verlag

- Deusinger, Ingrid M. (1986): Die Frankfurter Selbstkonzeptskalen (FSKN). Handanweisung.  
Göttingen, Toronto, Zürich: Verlag für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe
- Deusinger, Ingrid M. (1994): Die Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS).  
Frankfurt a. M.: unveröffentlichtes Skript
- Ellis, H.D. (1983): The Role of the Right Hemisphere in Face Perception.  
In: Young, A.W. (Ed.) (1983): Function of the Right Cerebral Hemisphere.  
London, 33 - 64
- Epstein, Seymour (1973): The self-concept revisited, or a theory of a theory.  
In: American Psychologist, 1973, 28, 404 - 416
- Epstein, Seymour (1984<sup>2</sup>): Entwurf einer Integrativen Persönlichkeits-  
theorie.  
In: Filipp, Sigrun-Heide (Hrsg.) (1984<sup>2</sup>): Selbstkonzept-Forschung:  
Probleme, Befunde, Perspektiven.  
Stuttgart: Klett-Cotta, 15 - 45
- Esser, Franz Otto / Roos-Mayer, Jutta (1979): Untersuchungen zum  
Persönlichkeitsbild und zu sozialen Einstellungen Körperbehinderter  
und Nichtbehinderter im Jugendalter am Ende der allgemeinen  
Schulpflicht und während der Berufs- oder weiterführenden Schulaus-  
bildung.  
Opladen: Westdeutscher Verlag
- Fahrenberg, Jochen / Selg, Herbert (1970): Das Freiburger Persönlich-  
keitsinventar.  
Göttingen: Hogrefe
- Feldenkrais, Mosche (1978): Bewußtheit durch Bewegung. Der aufrechte  
Gang.

Frankfurt: Suhrkamp

Feuerbach, Johannes (1980): Körperbewußtheit, Bewegung und Tanz.  
Informationen aus dem Modellversuch Freizeitsport, Bd. 7.  
Oldenburg: Selbstverlag

Filipp, Sigrun-Heide (1978): Aufbau und Wandel von Selbstschemata über  
die Lebensspanne.  
In: Oerter, Rolf (Hrsg.) (1978): Entwicklung als lebenslanger Prozeß:  
Aspekte und Perspektiven.  
Hamburg: Hoffmann und Campe, 111 - 135

Filipp, Sigrun-Heide (1984<sup>2</sup>): Entwurf eines heuristischen Bezugsrahmens  
für Selbstkonzept-Forschung: Menschliche Informationsverarbeitung  
und der Aufbau interner Selbstmodelle.  
In: Philipp, Sigrun-Heide (Hrsg.) (1984<sup>2</sup>): Selbstkonzept-Forschung.  
Probleme, Befunde, Perspektiven.  
Stuttgart: Klett-Cotta, 129 - 152

Fischer, Manfred (1984<sup>2</sup>): Phänomenologische Analysen der Person-  
Umwelt-Beziehung.  
In: Philipp, Sigrun-Heide (Hrsg.) (1984<sup>2</sup>): Selbstkonzept-Forschung.  
Probleme, Befunde, Perspektiven.  
Stuttgart: Klett-Cotta, 47 - 74

Fisher, Seymour (1970): Body Experience in Fantasy and Behavior.  
New York: Appleton Century Crofts

Fisher, Seymour / Cleveland, Sidney E. (1965): Personality, Body Percep-  
tion, and Body Image Boundary.  
In: Wapner, Seymour / Werner, Heinz (Eds.) (1965): The Body Percept.  
New York: Random House, 48 - 67

Fisher, Seymour / Cleveland, Sidney E. (1968<sup>2</sup>): Body Image and Perso-  
nality.  
New York: Dover Publ.

Freud, Sigmund (1949): Gesammelte Werke.

Hrsg.: Freud, Anna (1987).

London: Imago Publication

Gehlen, Arnold (1966<sup>8</sup>): Der Mensch. Seine Natur und seine Stellung in der Welt.

Frankfurt a. M., Bonn: Athenäum Verlag

Gellert, Christian Fürchtegott (1780): Das Land der Hinkenden.

In: SBH (1992): m m c h. Informationsblatt der schweizerischen Vereinigung zugunsten von Personen mit Spina bifida und Hydrocephalus, 1992, 2, 1.

Gergen, Kenneth J. (1971): The concept of self.

New York: Holt, Rinehart & Winston

Gergen, Kenneth J. (1984<sup>2</sup>): Selbsterkenntnis und die wissenschaftliche Erkenntnis des sozialen Handelns.

In: Filipp, Sigrun-Heide (Hrsg.) (1984<sup>2</sup>): Selbstkonzept-Forschung. Probleme, Befunde, Perspektiven.

Stuttgart: Klett-Cotta, 75 - 96

Gerner, Hans Jürgen (1992): Die Querschnittlähmung. Erstversorgung, Behandlungsstrategie, Rehabilitation.

Berlin: Blackwell Wissenschaft

Goffman, Erving (1967): Stigma. Über Techniken der Bewältigung beschädigter Identität.

Frankfurt a. M.: Suhrkamp

Goldstein, Kurt (1939): The Organism: A Holistic Approach to Biology Derived from Pathological Data in Man.

New York, Cincinnati, Chicago u.a.: American Book Company

- Groner, Rudolf / Walder, Franziska / Groner, Marina (1984): Looking at faces: Lokal and global aspects of scanpaths.  
In: Gale, Alastair G. / Johnson, Frank (Ed.) (1984): Theoretical and Applied Aspects of Eye Movement Research.  
North Holland: Elsevier Science Publishers B.V., 523 - 533
- Grüsser, O. J. (1984): Face recognition within the reach of neurobiology and beyond it.  
In: Human Neurobiology, 1984, 3, 183 - 190
- Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. 1996.  
Hrsg.: Niedersächsisches Kultusministerium in Zusammenarbeit mit der Niedersächsischen Landeszentrale für politische Bildung.  
Hannover: Niedersächsisches Kultusministerium
- Habermas, Jürgen (1973<sup>2</sup>): Erkenntnis und Interesse.  
Frankfurt a. M.: Suhrkamp
- Häberlin, Paul (1923): Der Leib und die Seele.  
Basel: C. F. Kober
- Haeberlin, Urs (1978): Identität und Behinderung.  
In: Zeitschrift für Heilpädagogik, 1978, 29. Jg., Heft 12, 723 - 735
- Haeberlin, Urs (1985): Das Menschenbild für die Heilpädagogik.  
Bern, Stuttgart: Haupt
- Hartung, Joachim (1984): Statistik. Lehr- und Handbuch der angewandten Statistik.  
München, Wien: R. Oldenbourg Verlag
- Head, Henry (1920): Studies in Neurology. Vol I.  
London: Henry Frowde and Hodder & Stoughton, Ltd.
- Head, Henry (1920): Studies in Neurology. Vol II.  
London: Henry Frowde and Hodder & Stoughton, Ltd.

- Hécaen, H. / Ajuriaguerra, J. de / Massonet, J. (1951): Les troubles visuo-constructifs par lésions pariéto-occipitale droite.  
In: Encéphale 1951, 40, 122 - 179
- Hensle, Ulrich (1994<sup>5</sup>): Einführung in Arbeit mit Behinderten. Psychologische, pädagogische und medizinische Aspekte  
Heidelberg, Wiesbaden: Quelle und Meyer Verlag
- Hettmansberger, Thomas P. (1984): Statistical Inference Based on Ranks.  
New York, Chichester, Brisbane u.a.: John Wiley & Sons
- Hobrecht, Jürgen (1981): Du kannst mir nicht in die Augen sehen.  
Berlin, Schlechtenweg: März
- Hofmann, Roland (1981): Selbstkonzept und Selbsteinschätzung Körperbehinderter. Ein Beitrag zur Relevanz selbstbezogener Kognitionen.  
Weinheim, Basel: Beltz Verlag
- Horstmann, Tordis (1983): Fördermaßnahmen im Vorschulbereich.  
In: Haupt, Ursula / Jansen Gerd W. (Hrsg.) (1983): Handbuch der Sonderpädagogik, Band 8. Pädagogik der Körperbehinderten.  
Berlin: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, 118 - 138
- Hünecke, Peter / Bosse, Klaus (1987): Entstellungsgefühl - eine Variante in der Verarbeitung des äußeren Erscheinungsbildes.  
In: Bosse, Klaus / Gieler, Uwe (Hrsg.) (1987): Seelische Faktoren bei Hautkrankheiten. Beiträge zur psychosomatischen Dermatologie.  
Bern, Stuttgart, Toronto: Huber, 37 - 48
- Hunziker, Hans W. (1970): Visuelle Informationsaufnahme und Intelligenz: Eine Untersuchung über die Augenfixation beim Problemlösen.  
In: Schweizer. Zeitschrift für Psychologie, 1970, 29, 165 - 171
- ICIDH (1995): International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps.



Teil 1: Matthesius, Rolf-Gerd / Jochheim, Kurt-Alphons / Barolin, Gerhard S. / Heinz, Christoph (Hrsg.): Die ICDH - Bedeutung und Perspektiven.

Teil 2: World Health Organisation: Internationale Klassifikation der Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen. Ein Handbuch zur Klassifikation der Folgeerscheinungen der Erkrankung.

Wiesbaden: Ullstein Mosby

Iljine, Vladimir N. (1965): Le corps et le coeur. Skriptum zur gleichlautenden Vorlesung am Institut St. Denis, Paris, WS 1965.

Paris: Institut St. Denis

Issing, Ludwig J. / Mickasch, Heidemarie D. / Haack, Johannes (Hrsg.) (1986): Blickbewegung und Bildverarbeitung. Kognitionspsychologische Aspekte visueller Informationsverarbeitung.

Frankfurt a. M., Bern, New York: Lang

Jansen, Dorothea A. (1976<sup>2</sup>): Die Persönlichkeitsstruktur von Körperbehinderten. Psychodiagnostische Untersuchungen zur Persönlichkeitsstruktur von Körperbehinderten in der beruflichen Rehabilitation und Nichtbehinderten.

Weinheim, Basel: Beltz Verlag

- Jansen, Gerd W. (1976<sup>3</sup>): Die Einstellung der Gesellschaft zu Körperbehinderten. Eine psychologische Analyse zwischenmenschlicher Beziehungen aufgrund empirischer Untersuchungen.  
Neuburgweier: Schindele Verlag
- Jansen, Gerd W. (1983): Besonderheiten der emotional-sozialen Entwicklung körperbehinderter Kinder.  
In: Haupt, Ursula / Jansen, Gerd W. (Hrsg.) (1983): Handbuch der Sonderpädagogik. Band 8: Pädagogik der Körperbehinderten.  
Berlin: Carl Marhold Verlagsbuchhandlung, 394 - 409
- Jansen, Gerd / Leyendecker, Christoph (1987): Probleme der Identitätsfindung. Untersucht am Selbstkonzept körperbehinderter Jugendlicher und junger Erwachsener.  
Köln: unveröffentlichter Forschungsbericht (Zitate und Verweise nach Typoskript)
- Joraschky, Peter (1983): Das Körperschema und das Körper selbst als Regulationsprinzipien der Organismus-Umwelt-Interaktion.  
München: Minerva Publikation
- Kaufmann, Franz / Kaufmann, Ruth (1977): Der Erkenntniswert der Blickregistrierung.  
In: Schweizerische Zeitschrift für Psychologie und ihre Anwendung, 1977, 36, 134 - 151
- Kebeck, Günther (1994): Wahrnehmung. Theorien, Methoden und Forschungsergebnisse der Wahrnehmungspsychologie.  
Weinheim, München: Juventa Verlag
- Keitz, Beate von (1986): Wahrnehmung von Informationen.  
In: Unger, Fritz (Hrsg.): Konsumentenpsychologie und Markenartikel.  
Heidelberg: Physika-Verlag, 97 - 121

- Kelly, George A. (1955): The psychology of personal constructs.  
New York: Norton
- Kiphard, Ernst, J. (1990<sup>3</sup>): Mototherapie. Teil I.  
Dortmund: verlag modernes lernen
- Klee, Ernst (1987): Behindert. Über die Enteignung von Körper und Bewußtsein.  
Frankfurt: Fischer Taschenbuch Verlag
- Knop, Jürgen (1988<sup>3</sup>): Laßt mich wie ich bin.  
Bonn: Reha-Verlag
- Kohut, Heinz (1975): Überlegungen zum Narzißmus und zur narzißtischen Wut.  
In: Kohut, Heinz (1975): Die Zukunft der Psychoanalyse: Aufsätze zu allgemeinen Themen und zur Psychologie des Selbst  
Frankfurt: Suhrkamp, 205 - 251
- Kunert, Sieglinde (1973): Verhaltensstörungen und psychagogische Maßnahmen bei körperbehinderten Kindern.  
Neuburgweier: Schindele
- Langeveld, Martinus J. (1966<sup>6</sup>): Einführung in die theoretische Pädagogik.  
Stuttgart: Ernst Klett Verlag
- Lecky, Prescott (1969): Self-consistency: A theory of personality.  
New York: Doubleday
- Leyendecker, Christoph H. (1982<sup>2</sup>): Lernverhalten behinderter Kinder. Eine vergleichende experimentelle Untersuchung zum Lernverhalten bei Kindern mit cerebralen Bewegungsstörungen.  
Heidelberg: G. Schindele Verlag
- Leyendecker, Christoph (1985): Körpererfahrung und Behinderung. Ein Diskurs zur Frage der Identitätsfindung Körperbehinderter.

In: Sonderpädagogik, 1985, 15, 1, 1 - 15

Leyendecker, Christoph (1986): Geschädigter Körper - beschädigtes Selbst? - Von der Schwierigkeit der Selbstfindung in personaler und sozialer Identität.

In: Forschungsgemeinschaft „Das körperbehinderte Kind“ e.V. (Hrsg.) (1986): Entwicklung und Förderung Körperbehinderter.  
Heidelberg: Edition Schindele, 307 - 319

Leyendecker, Christoph (1987<sup>2</sup>): Psychologie der Körperbehinderten.

In: Fengler, Jörg / Jansen, Gerd (Hrsg.) (1987<sup>2</sup>): Handbuch der Heilpädagogischen Psychologie.

Stuttgart, Berlin, Köln: Verlag W. Kohlhammer, 153 - 188

Leyendecker, Christoph (1992a): Körperbehindertenpädagogik.

In: Klauer, Karl Josef (Hrsg.) (1992): Grundriß der Sonderpädagogik.  
Berlin: Edition Marhold, 94 - 117

Leyendecker, Christoph (1992b): Die Behinderung akzeptieren - oder ausblenden?

In: Psychologie heute, 1992, 1, 52 - 56

Leyendecker, Christoph / Seifert, Rainer / Stadler, Hans (1991): Dortmunder Stellungnahme zu Fragen von Ethik und Behinderung.

In: Zeitschrift für Heilpädagogik 42, 1991, 270 - 272

Leyendecker, Christoph / Isenberg, Christian / Schroll, Paul-Johannes / Thäle, Thomas (1992): Forschungsprojekt „Selbst- und Fremdwahrnehmung des Körpers“ experimentell untersucht durch Registrierung von Blickbewegungen (eye-movement-recording).

Dortmund: unveröffentlichter Forschungsbericht

Likert, R. (1932): A technique for the measurement of attitudes.

In: Archives of Psychology, 1932, 140

- Lindenmeyer, Johannes (1983): Behindert-Werden. Zur Psychologie einer Bewältigung einer traumatischen Körperbehinderung.  
Heidelberg: Schindele
- Lipp, Leland / Kolstoe, Ralph / James, William / Randall, Harold (1968): Denial of disability and internal control of reinforcement: a study using a perceptual defense paradigm.  
In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1968, 32, 72 - 75
- Loftus, Geoffrey R. / Mackworth, Norman H. (1978): Cognitive Determinants of Fixation Location during Picture Viewing.  
In: Journal of experimental Psychology: Human Perception and Performance, 1978, 4, 565 - 572
- Losco-Szpiler, J. (1977): The relative influence of favorable and unfavorable evaluations on emotional, behavioral and cognitive reactions as a function of level of self-esteem and level of depression.  
Amherst: University of Massachusetts, unveröffentlichte Diplomarbeit
- Lüer, Gerd / Lass, Uta (Ed.) (1987): Fourth European Conference on Eye Movements. Volume 1: Proceedings.  
Toronto, Lewiston (N. Y.), Göttingen, Zürich: C. J. Hogrefe
- Lüer, Gerd / Lass, Uta / Shallo-Hoffmann, Josephine (Ed.) (1988): Eye Movement Research. Physiological and Psychological Aspects.  
Toronto, Lewiston (N. Y.), Göttingen, Zürich: C. J. Hogrefe
- Lussier, André (1960): The Analysis of a Boy with Congenital Deformity.  
In: The Psychoanalytic Study of the Child, 1960, 15, 430 - 453

Lurija, Alexander R. (1963): The mentally retarded child.  
New York, London

Mackworth, Norman H. / Morandi, Anthony J. (1967): The gaze selects  
informative details within pictures.  
In: Perception and Psychophysics, 1967, 2 (11), 547 - 552

Mahler, Margaret S. (1985): Studien über die drei ersten Lebensjahre.  
Stuttgart: Klett-Cotta

Mead, George Herbert (1934): Mind, self and society.  
Chicago: University of Chicago Press  
(dt.: (1968): Geist, Identität und Gesellschaft. Frankfurt: Suhrkamp)

Mehrabian, Albert / Russell, James A. (1974): An approach to environ-  
mental psychology.  
Cambridge, Mass.: The Massachusetts Institute of Technology Press

Meinberg, Eckhard (1988): Das Menschenbild der modernen Erziehungs-  
wissenschaft.  
Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft

Menz, Christine / Groner, Rudolf (1986): Blickpfade bei der Bildbetrach-  
tung.  
In: Issing, Ludwig J. / Mickasch, Heidemarie D. / Haack, Johannes  
(Hrsg.) (1986): Blickbewegung und Bildverarbeitung. Kognitionspsycho-  
logische Aspekte visueller Informationsverarbeitung.  
Frankfurt a. M., Bern, New York: Peter Lang, 83 - 102

Merleau-Ponty, Maurice (1966): Phänomenologie der Wahrnehmung.  
Berlin: Walter De Gruyter & Co.

Moor, Paul (1965): Heilpädagogik. Ein pädagogisches Lehrbuch.  
Bern: Huber Verlag

- Moor, Paul (1967<sup>3</sup>): Heilpädagogische Psychologie. Band I: Grundtatsachen einer allgemeinen pädagogischen Psychologie.  
Bern, Stuttgart: Huber Verlag
- Moor, Paul (1974<sup>3</sup>): Heilpädagogische Psychologie. Band II: Pädagogische Psychologie der Entwicklungshemmungen.  
Bern, Stuttgart: Huber Verlag
- Moos-Hofius, Birgit / Rapp, Ilse (1993<sup>2</sup>): Selbsthilfegruppen. Ein Leitfaden für die Gruppenarbeit.  
Hrsg.: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
- Mrazek, Joachim (1986): Einstellungen zum eigenen Körper - Grundlagen und Befunde.  
In: Bielefeld, Jürgen (1986): Körpererfahrung. Grundlage menschlichen Bewegungsverhaltens.  
Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe, 223 - 251
- Mummendey, Hans Dieter (1984<sup>2</sup>): Methoden und Probleme der Messung von Selbstkonzepten.  
In: Filipp, Sigrun-Heide (Hrsg.) (1984<sup>2</sup>): Selbstkonzept-Forschung. Probleme, Befunde, Perspektiven.  
Stuttgart: Klett-Cotta, 171 - 189
- NAC Incorporated (1987): Operation Manual. Eye Mark Recorder, Model V.  
Tokyo
- Natale, Michael / Gur, Raquel E. / Gur, Ruben C. (1983): Hemispheric Asymmetries in Processing Emotional Expressions.  
In: Neuropsychologia 1983, 21, 555 - 565
- Neumaier, August (1979): Visuelle Informationsaufnahme sportlicher Bewegungsabläufe: eine Untersuchung zum Blickverhalten beim

Betrachten von filmisch dargebotenen Übungsteilen aus dem Bodenturnen.

Köln: unveröffentlichte Dissertation

Niederland, William G. (1965): Narcistic Ego Impairment in Patients with Early Physical Malformation.

In: The Psychoanalytic Study of the Child, 1965, 20, 518 - 534

Noton, David / Stark, Lawrence (1971): Eye Movements and Visual Perception.

In: Scientific American 1971, 6, 224, 34 - 43

Parker, Sue Taylor / Mitchell, Robert W. / Boccia, Maria L. (1994): Expanding dimensions of the self: Through the looking glass and beyond.

In: Parker, Sue Taylor / Mitchell, Robert W. / Boccia, Maria L. (Ed.) (1994): Self-awareness in animals and humans: developmental perspectives.

Cambridge: Cambridge University Press, 3 - 19

Parkes, C. M. (1973): Factor determining the persistence of phantom pain in the amputee. In: Journal of psychosomatic research 1973, 17, 97-108

Paulus, Peter (1982): Zur Erfahrung des eigenen Körpers.

Weinheim und Basel: Beltz Verlag

Paulus, Peter (1986): Körpererfahrung und Selbsterfahrung in persönlichkeitspsychologischer Sicht.

In: Bielefeld, Jürgen (1986): Körpererfahrung. Grundlage menschlichen Bewegungsverhaltens.

Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe, 87 - 124

Pestalozzi, Johann H. (1797): Meine Nachforschungen über den Gang der Natur in der Entwicklung des Menschengeschlechts.

Hrsg.: Stenzel, Arnold (1962).



Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt

Peter-Bolaender, Martina (1986): Förderung von Körperbewußtheit und Körperbewußtsein durch Tanzimprovisation.

In: Bielefeld, Jürgen (1986): Körpererfahrung. Grundlage menschlichen Bewegungsverhaltens.

Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe, 252 - 279

Petzold, Hilarion (Hrsg.) (1980<sup>2</sup>): Die neuen Körpertherapien.

Paderborn: Junfermann-Verlag

Pfeiffer, Eva-Maria (1989): Bewältigung kindlicher Behinderung.

In: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 1989, 38, 288-293.

Piaget, Jean (1975): Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde.

Stuttgart: Klett

Pick, A. (1922): Störung der Orientierung am eigenen Körper. Beitrag zur Lehre vom Bewußtsein des eigenen Körpers.

In: Psychologische Forschung. Zeitschrift für Psychologie und ihre Grenzwissenschaften. Band 1.

Berlin: Verlag von Julius Springer, 303 - 318

Plessner, Helmuth (1953): Zwischen Philosophie und Gesellschaft.

Bern: Francke

Postman, Leo / Bruner, Jerome S. / McGinnies, Elliott (1948): Personal values as selective factors in perception.

In: Journal of Abnormal and Social Psychology, 1948, 43, 142 - 154

Profazi, Thomas (1987): Wahrnehmungswiderstände und Behinderungsbewältigung bei Körperbehinderten.

In: Heilpädagogische Forschung, 1987, Band XIII, Heft 2, 84 - 88

- Rauh, Hellgard (1987<sup>2</sup>): Frühe Kindheit.  
In: Oerter, Rolf / Montada, Leo (1987<sup>2</sup>): Entwicklungspsychologie.  
München, Weinheim: Psychologie Verlags Union, 131 - 203
- Rogers, Carl (1961): On becoming a person: A therapist`s view of psychotherapy.  
Boston: Houghton Mifflin
- Rohr, Barbara (1984): Mädchen-Frau-Pädagogin. Texte zu Problemen der Persönlichkeitsentwicklung.  
Köln: Pahl-Rugenstein Verlag
- Ross, E.D. (1981): The Aprosodias: Functional-anatomical Organization of the Affective Components of Language in the Right Hemisphere.  
In: Archive of Neurology, 1981, 38, 561 - 569
- Roth, Heinrich (1971<sup>3</sup>): Pädagogische Anthropologie. Band I: Bildsamkeit und Bestimmung.  
Hannover, Berlin, Darmstadt, Dortmund: Schroedel
- Roth, Heinrich (1971): Pädagogische Anthropologie. Band II: Entwicklung und Erziehung. Grundlagen einer Entwicklungspädagogik.  
Hannover, Berlin, Darmstadt, Dortmund: Schroedel
- Russo, J. Edward (1978): Adaption of Cognitive Processes to the Eye Movement System.  
In: Senders, John W. / Fisher, Dennis F. / Monty, Richard A. (Hrsg.) (1978): Eye Movement and the Higher Psychological Functions.  
Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass., 89 - 112
- Saal, Fredi (1992): Warum sollte ich jemand anderes sein wollen? Erfahrungen eines Behinderten - biografisches Essay  
Gütersloh: Verlag Jakob van Hoddis

- Safilios-Rothschild, Constantina (1976): Disabled Persons` Self-Definitions and Their Implications for Rehabilitation.  
In: Albrecht, Gary L. (Ed.) (1976): The Sociology of Physical Disability and Rehabilitation.  
Pittsburgh: University of Pittsburgh Press, 39 - 56
- Schilder, Paul (1923): Das Körperschema. Ein Beitrag zur Lehre vom Bewußtsein des eigenen Körpers.  
Berlin: Verlag von Julius Springer
- Schilder, Paul (1950<sup>2</sup>): The Image and Appearance of the Human Body. Studies in the constructive energies of the psyche.  
New York: International Universities Press, Inc.
- Schlack, Hans G. (1978): Aktiviation und geistige Leistung bei Kindern. Psychophysiologische Untersuchungen an gesunden, leicht hirngeschädigten und mongoloiden Kindern.  
München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg
- Schlack, Hans G. (1988): Funktionsstörungen nach Hirnschädigungen.  
In: Remschmidt, Helmut / Schmidt, Martin (Hrsg.) (1988): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Band 1.  
Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 195 - 202
- Schönberger, Franz (1974): Körperbehinderungen - Ein Gutachten zur schulischen Situation körperbehinderter Kinder und Jugendlicher in der BRD.  
In: Deutscher Bildungsrat (Hrsg.) (1974): Sonderpädagogik 4. Verhaltensgestörte, Sprachbehinderte, Körperbehinderte.  
Stuttgart: Klett, 199 - 279
- Schönberger, Franz (1982): Ökologische Aspekte der Sonderpädagogik.  
In: Moser, Heinz (Hrsg.) (1982): Soziale Ökologie und pädagogische Alternativen: Initiativen, Konzepte und Projekte.  
München: Kösel-Verlag, 101 - 125

- Schroiff, Hans-Willi (1983): Experimentelle Untersuchungen zur Reliabilität und Validität von Blickbewegungsdaten.  
Aachen, Technische Hochschule: Dissertation
- Schuchardt, Erika (1985): Krise als Lernchance. Eine Analyse von Lebensgeschichten.  
Düsseldorf: Patmos Verlag
- Schuntermann, Michael F. (1996): Die internationale Klassifikation der Impairments, Disabilities und Handicaps ICDH - Ergebnisse und Probleme  
In: Die Rehabilitation 1996, 35, 6 - 13
- Schwebel, Andrew I. / Cherlin, Dennis L. (1972): Physical and social distancing in teacher-pupil relationships.  
In: Journal of Educational Psychology, 1972, 63, 543 - 550
- Shaffer, David (1985): Psychische Störungen nach früh erworbenen Hirnschädigungen.  
In: Remschmidt, Helmut / Schmidt, Martin H. (Hrsg.) (1985): Kinder- und Jugendpsychiatrie in Klinik und Praxis. Band II.  
Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 142 - 160
- Shontz, Franklin C. (1969): Perceptual and cognitive aspects of body experience.  
New York, London: Academic Press

- Shontz, Franklin C. (1975): The psychological aspects of physical illness and disability.  
New York: Macmillan Publishing Co., Inc.
- Siegenthaler, Hermann (1993): Menschenbild und Heilpädagogik. Beiträge zur heilpädagogischen Anthropologie.  
Luzern: Edition SZH (SPC)
- Sokolov, Evgenij N. (1963): Perception and the Conditioned Reflex.  
Oxford: Pergamon Press
- Sommer, R. (1972): Design awareness.  
New York: Holt, Rinehart & Winston
- Speck, Otto (1987): System Heilpädagogik. Eine ökologisch reflexive Grundlegung.  
München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Speck, Otto / Warnke, Andreas (Hrsg.) (1983): Frühförderung mit den Eltern.  
München, Basel: Ernst Reinhardt Verlag
- Spiel, W. (1982<sup>2</sup>): Psychiatrisch-psychologische Phänomene bei den infantilen Zerebralpareesen.  
In: Thom, Harald (Hrsg.) (1982<sup>2</sup>): Die infantilen Zerebralpareesen: Diagnose, Therapie, Rehabilitation und Prophylaxe.  
Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag, 187 - 193
- Spiess, Werner E. (1985): Bemerkungen zum Tagesthema „Normen und Werte in der Erziehung“.  
In: Habel, Werner u.a. (1985): Normen und Werte in der Erziehung.  
Braunschweig: Internationaler Arbeitskreis Sonnenberg
- Stadler, Hans (1989): Konzepte für den Unterricht von Behinderten mit spezifischen Behinderungen. Band 1: Didaktisches Arbeitshandbuch für

den Unterricht und die Unterweisung von Schädel-, Hirn-Traumatikern.  
Forschungsbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und  
Sozialordnung.

Heidelberg: Stiftung Rehabilitation Heidelberg

Stadler, Hans (1992): Behinderung - Negativ-Variante des „Normalen“ -  
oder ? Anmerkungen zum Problem der Defizitorientierung in der  
Rehabilitation und zu ethischen Fragen.

In: Die Rehabilitation, 1992, 31. Jg., Heft 3, 178 - 181

Stadler, Hans (1993): Ethische Grundfragen in der Rehabilitation.

In: Die Rehabilitation, 1993, 32. Jg., Heft 2, 93 - 98

Stadler, Hans (1996): Menschenwürde und Behinderung.

In: Zwierlein, Eduard (Hrsg.) (1996): Handbuch Integration und Aus-  
grenzung. Behinderte Mitmenschen in der Gesellschaft.

Neuwied, Kriftel, Berlin: Luchterhand, 165 - 174

Stadler, Hans (1997): Rehabilitation bei Körperbehinderung - Einführung  
in schul-, sozial- und berufspädagogische Aufgaben.

(im Druck, zitiert nach Typoskript)

Stegie, Reiner (1988): Familien mit behinderten Kindern.

In: Koch, Uwe / Lucius-Hoene, Gabriele / Stegie, Reiner (Hrsg.) (1988):  
Handbuch der Rehabilitationspsychologie.

Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer-Verlag,  
120 - 139

Sturm, Erika (1979): Rehabilitation von Querschnittgelähmten.

Bern, Stuttgart, Wien: Verlag Hans Huber

Theunissen, Georg (1992): Heilpädagogik und soziale Arbeit mit  
verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen. Eine Einführung.

Freiburg i. Br.: Lambertus-Verlag

- Thurstone, L.L. / Chave, E.J. (1929): The measurement of attitudes.  
Chicago: University of Chicago Press
- Tröster, Heinrich (1988): Interaktionsspannungen zwischen Körperbehinderten und Nichtbehinderten. Verbales und nonverbales Verhalten gegenüber Körperbehinderten.  
Göttingen, Toronto, Zürich: Verlag für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe
- Wegener, Hermann (1959): Die psychologische Problematik des körperbehinderten Kindes.  
In: Hetzer, Hildegard (Hrsg.) (1959): Handbuch der Psychologie. Band 10: Pädagogische Psychologie.  
Göttingen: Verlag für Psychologie, Dr. C. J. Hogrefe, 435 - 451
- Wehrhan, Walter (1984): Erleben, Empfinden und Verarbeiten von Frustrationen bei körperbehinderten und nichtbehinderten Jugendlichen und jungen Erwachsenen.  
Köln: unveröffentlichte Dissertation
- Weltgesundheitsorganisation (WHO) (1980): International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease.  
Genf: Eigenverlag
- Wilker, Friedrich-Wilhelm / Wiemers, Mathias / Weiss, Jürgen / Becker, Stefan: Is there a side preference in face perception?  
In: Lürer, Gerd / Lass, Uta (Ed.) (1987): Fourth European Conference on Eye Movements. Volume 1: Proceedings.  
Toronto, Lewiston (N. Y.), Göttingen, Zürich: C. J. Hogrefe, 186 - 188
- Winterhoff, P. (1978): Blickbewegungen und kognitive Psychologie - ein Überblick.  
In: Arbeiten der Forschungsgruppe Sprache und Kognition am Lehrstuhl Psychologie III der Universität Mannheim.  
Mannheim

- Wittling, Werner (1976): Einführung in die Psychologie der Wahrnehmung.  
Hamburg: Hoffmann und Campe Verlag
- Würtz, Hans (1921): Das Seelenleben des Krüppels.  
Leipzig: Voß
- Yarbus, Alfred L. (1967): Eye-Movements and Vision.  
New York: Plenum Press
- Yarrow, L. J. et al. (1972): Dimensions of early stimulation and their differential effects on infant development.  
In: Merrill-Palmer Quarterly 18 (1972), 205 - 218
- Young, Lawrence R. (1976): Physical Characteristics of the Eye Used in Eye-Movement Measurement.  
In: Senders, John W. / Monty, Richard A. (1976): Eye Movements and Psychological Processes.  
Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Ass., 157 - 160
- ZAK GmbH, Medizin-Technik, Psychologische Testgeräte, Computer Systeme (1986): Operation Manual. EMR - V Data Output Unit, V - 99 B  
München
- ZAK GmbH, Medizin-Technik, Psychologische Testgeräte, Computer Systeme (1988): NAC EMR-V Data Analysis Software.  
München
- Zimmer, Renate / Cicurs, Hans (1993<sup>3</sup>): Psychomotorik. Neue Ansätze im Sportförderunterricht und Sonderturnen.  
Schorndorf: Verlag Karl Hofmann



**ANHANG**

Anhang 1:	Fragebogen.....	269
Anhang 2:	Fremdeinschätzung der Auswirkungen der Behinderung.....	277
Anhang 3:	Korrelation zwischen den Körperbild- und Selbstbild- Qualitäten.....	283
Anhang 4:	Vergleich der Körperbild- und Selbstbild-Qualitäten zwischen den einzelnen Vergleichsgruppen.....	284
Anhang 5:	Vergleich der Beachtung der Sektoren über die Gesamtstichprobe.....	288
Anhang 6:	Vergleich der Beachtung der Sektoren zwischen den behinderten und den nichtbehinderten Versuchspersonen.....	289
Anhang 7:	Vergleich der Beachtung der linken und rechten Körperhälfte über die Gesamtstichprobe.....	308
Anhang 8:	Vergleich der Beachtung der linken und rechten Körperhälfte zwischen den behinderten und den nichtbehinderten Versuchspersonen.....	311
Anhang 9:	Vergleich der Beachtung der auffälligen Körperbereiche zwischen den einzelnen Gruppen der behinderten Versuchspersonen.....	316
Anhang 10:	Vergleich der Beachtung der auffälligen Körperbereiche zwischen den Versuchspersonen mit unterschiedlichen Körperbild- und Selbstbild- Qualitäten.....	323
Anhang 11:	Vergleich der Beachtung der linken und rechten Körperhälfte zwischen den Personen mit unterschiedlichen Körperbild- und Selbstbild- Qualitäten.....	326

## **ANHANG 1**

Fragebogen (s. S. 270 - 276)

















**ANHANG 2**

## Fremdeinschätzung der Auswirkungen der Behinderung

## Versuch einer Objektivierung durch Operationalisierung

**1. Lokomotion: Beeinträchtigung in der Fortbewegung**

<p><b>1: trifft sehr zu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• immer auf den Rollstuhl und Hebe- und Umlagerungshilfen angewiesen</li> <li>• mangels Kompensation durch Armfunktionen keine eigenaktive Fortbewegung bzw. nur schlechte Kompensation durch Elektro-Rollstuhl</li> <li>• z.B. Pbn mit schwerer Muskeldystrophie /-atrophie, umfassender Cerebralparese, Tetraplegie</li> </ul>	<p><b>4:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fußgänger mit leichter Gehbeeinträchtigung</li> <li>• schnelleres Laufen nicht möglich</li> <li>• teilweiser Gebrauch von Unterarmgehstütze/Stock</li> <li>• sehr gute Kompensation durch Prothesen/Orthesen</li> <li>• z.B. Pbn mit leichter Hemiplegie, leichter Cerebralparese, Hüftdysplasien, guter Prothesen-/Orthesenversorgung</li> </ul>
<p><b>2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• immer auf den Rollstuhl angewiesen bzw. sehr unsicheres Gangbild</li> <li>• selbständiges Antreiben eines Aktiv-Rollstuhls bzw. gute Kompensation durch Elektro-Rollstuhl</li> <li>• Kompensation durch Armfunktionen</li> <li>• Gehen mit Hilfe von zwei Unterarmgehstützen möglich</li> <li>• z.B. Pbn mit leichterer Muskeldystrophie/-atrophie, Cerebralparese, Paraplegie</li> </ul>	<p><b>5:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fußgänger mit sehr leichter Gehbeeinträchtigung</li> <li>• evtl. Gebrauch orthopädischer Schuhe</li> <li>• schnelleres Laufen möglich</li> <li>• z.B. Pbn mit leichten Gelenkproblemen, gut kompensierbaren Fußdeformitäten, leichten Hüftdysplasien</li> </ul>
<p><b>3:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• teilweise auf den Rollstuhl angewiesen (für längere Strecken)</li> <li>• gute Kompensation durch Unterarmgehstütze/Stock</li> <li>• z.B. Pbn mit inkompletter Spina bifida, leichter Cerebralparese, leichter Poliomyelitis</li> </ul>	<p><b>6: trifft gar nicht zu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fußgänger ohne Geh- und Laufbeeinträchtigungen</li> <li>• keine Kompensation durch orthopädische Hilfsmittel nötig</li> </ul>

## 2. Greiffunktion: Beeinträchtigung im Gebrauch der Hände

<p><b>1: trifft sehr zu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• beide Hände (und Arme) sind stark betroffen</li> <li>• kein willkürlicher Gebrauch der Hände</li> <li>• (zielgerichtetes) Greifen nicht möglich</li> <li>• z.B. Pbn mit umfassender Cerebralparese, starker Muskeldystrophie/-atrophie, Amelie der oberen Extremitäten, Tetraplegie</li> </ul>	<p><b>4:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine Hand ist leicht betroffen</li> <li>• Palmar- und 3-Punkt-Griff sind (erschwert) möglich</li> <li>• Pinzettengriff ist kaum möglich</li> <li>• teilweise Kompensation durch die andere Hand (z.B. Schreiben)</li> <li>• z.B. Pbn mit Hemiplegie, einhändigen Deformationen</li> </ul>
<p><b>2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• beide Hände sind betroffen</li> <li>• erschwerter willkürlicher Gebrauch beider Hände</li> <li>• beidhändiges Greifen ist erschwert möglich</li> <li>• z.B. Pbn mit leichterer Tetraplegie, beidhändigen Amputationen, beidseitiger Phokomelie, Muskeldystrophie/-atrophie, umfassender Cerebralparese</li> </ul>	<p><b>5:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sehr leichte Einschränkung einer Hand</li> <li>• Palmar-, 3-Punkt- und Pinzettengriff sind verlangsamt möglich</li> <li>• teilweise Kompensation durch die andere Hand</li> <li>• z.B. Pbn mit leichter Hemiplegie, einseitigen Fingerdeformationen</li> </ul>
<p><b>3:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine Hand ist stark betroffen, so daß max. ein palmares Greifen möglich ist</li> <li>• Kompensation durch die andere Hand</li> <li>• z.B. Pbn mit starker Hemiplegie, einhändigen Amputationen/Peromelien, schweren Verletzungen/Deformitäten einer Hand</li> </ul>	<p><b>6: trifft gar nicht zu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• keine handmotorischen Einschränkungen</li> </ul>

### 3. Gesamteindruck / Wirkung auf andere: Beeinträchtigung der persönlichen Ausdrucksmöglichkeiten (Mimik, Körpersprache, Wirkung auf andere)

<p><b>1: trifft sehr zu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mimik und Gestik sind deutlich beeinträchtigt</li> <li>• schwere Gesichtsentstellungen</li> <li>• z.B. Pbn mit umfassender Cerebralparese, Entstellungen von Körper und Gesicht, schweren Gesichtsentstellungen</li> </ul>	<p><b>4:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mimik und Gestik sind unauffällig</li> <li>• leicht auffälliges Gangbild</li> <li>• leicht auffälliges Aussehen (insbesondere im Gesicht)</li> <li>• relativ kaschierbar durch Kleidung, Schminke</li> <li>• z.B. Pbn mit Gehbehinderungen, Narben, Pigmentstörungen und ähnlichem an sichtbaren Stellen (Gesicht)</li> </ul>
<p><b>2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mimik oder Gestik oder Aussehen des Körpers und/oder des Gesichtes sind deutlich auffällig</li> <li>• nicht kaschierbar</li> <li>• z.B. Pbn mit Verwachsungen des Körpers, Dysmelien, Kleinwuchs mit Disproportionalität, Cerebralparese, Tetraplegie, Hemiplegie, deutlich sichtbaren Amputationen (doppelseitig Oberschenkel, ein- und doppelseitig Unterarm)</li> </ul>	<p><b>5:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mimik und Gestik sind unauffällig</li> <li>• leichte Auffälligkeiten wie Narben, Pigmentstörungen, Pickel im Gesicht</li> <li>• gut kaschierbar</li> </ul>
<p><b>3:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mimik oder Gestik oder Aussehen (insbes. des Gesichtes) sind auffällig</li> <li>• auffälliges Gangbild (starkes Humpeln)</li> <li>• Benutzung von Unterarmgehstützen, Stöcken, Rollstuhl: die Hilfsmittel lenken vom Menschen ab</li> <li>• nicht kaschierbar</li> <li>• z.B. Pbn mit Paraplegie, Diplegie, Gesichtsauffälligkeiten</li> </ul>	<p><b>6: trifft gar nicht zu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• keine äußerlichen Auffälligkeiten</li> </ul>

#### 4. Kommunikation: Beeinträchtigung der Kommunikationsmöglichkeiten (Sprache, Sprechen, Unterhalten)

<p><b>1: trifft sehr zu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• keine verständliche Sprachäußerung</li> <li>• ((deutliche) Beeinträchtigung im Sprachverständnis)</li> <li>• Kompensation durch Mimik, Gestik oder Hilfsmittel kaum bzw. nur schwer möglich</li> <li>• z.B. Pbn mit sehr starker Dysarthrie durch Cerebralparese, Aphasie</li> </ul>	<p><b>4:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sprache etwas verlangsamt</li> <li>• Prosodie (Rhythmus, Tempo, Melodie) und Artikulation leicht auffällig</li> <li>• verständlich</li> <li>• z.B. Pbn mit leichter Dysarthrie, leichten Stottersymptomen</li> </ul>
<p><b>2:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sprache stark verlangsamt und schwer verständlich</li> <li>• Kompensation durch Mimik und Gestik</li> <li>• Prosodie (Rhythmus, Tempo, Melodie) sehr auffällig</li> <li>• z.B. Pbn mit starker Dysarthrie</li> </ul>	<p><b>5:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zeitweise leichte Auffälligkeiten im Redefluß</li> <li>• z.B. Pbn mit leichten Anzeichen einer Dysarthrie, leichten Anzeichen von Stottern</li> </ul>
<p><b>3:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sprache verlangsamt</li> <li>• Prosodie (Rhythmus, Tempo, Melodie) auffällig</li> <li>• z.T. etwas unverständlich</li> <li>• z.B. Pbn mit leichter bis mittlerer Dysarthrie, Stottersymptomen</li> </ul>	<p><b>6: trifft gar nicht zu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• keine Störungen der Artikulation und Prosodie</li> </ul>

#### Prinzipien der Skaleneinteilung

##### 1. Lokomotion

- Bereiche 1 - 3: Das Gehen ist nicht bzw. nur eingeschränkt möglich
  - 1: „unfitte“ Rollstuhlfahrer
  - 2: „fitte“ Rollstuhlfahrer, „gehen“ z.T. mit zwei Unterarmgehstützen
  - 3: Fußgänger, die mit Hilfe einer/s Unterarmgehstütze / Stockes gehen können
- Bereiche 4 - 6: Das Gehen und teilweise schnellere Laufen ist möglich
  - 4: Gehen gut, schnelleres Laufen ist nicht möglich, gute Prothesen-/Orthesenversorgung
  - 5: Gehen gut, schnelleres Laufen möglich
  - 6: keine Einschränkungen beim Gehen und Laufen

##### 2. Greiffunktion

- Bereiche 1 - 3: beide Hände sind (stark) betroffen bzw. eine Hand ist stark betroffen
  - 1: beide Hände sind stark betroffen
  - 2: beide Hände sind betroffen
  - 3: eine Hand ist stark betroffen
- Bereiche 4 - 6: eine Hand ist leicht betroffen
  - 4: eine Hand ist leicht betroffen, Pinzettengriff kaum möglich
  - 5: eine Hand ist sehr leicht betroffen, alle Greifarten sind verlangsamt möglich
  - 6: keine Einschränkungen der Greiffunktionen

### 3. Gesamteindruck / Wirkung auf andere

- Bereiche 1 - 3: Auffälligkeit ist nicht kaschierbar und lenkt von der Persönlichkeit des/der Betroffenen ab (auch Ablenkung durch Hilfsmittel)
  - 1: Mimik und Gestik sind deutlich beeinträchtigt (entstellt), Schwerpunkt Gesicht
  - 2: ein Bereich ist deutlich auffällig (entstellt) (Mimik oder Gestik oder Aussehen des Körpers)
  - 3: ein Bereich ist auffällig (Mimik oder Gestik oder Aussehen des Körpers)
- Bereiche 4 - 6: Auffälligkeit ist kaschierbar
  - 4: leicht auffälliges Aussehen des Körpers, insbesondere des Gesichts, sonstiges: z.B. auffälliges Gangbild
  - 5: sehr leichte, gut kaschierbare Auffälligkeiten des Gesichts
  - 6: keine äußerlichen Auffälligkeiten

In dem Bereich Gesamteindruck / Wirkung ist es nicht möglich, die primäre körperliche Beeinträchtigung allein zu „klassifizieren“. Bei einer Summierung mehrerer Auffälligkeiten wird der Person ein niedrigerer Skalenwert zugeordnet. Einer Person mit einem leicht auffälligen Gangbild (Skalenwert 4) und einer nur relativ kaschierbaren Gesichtsakne (Skalenwert 4) wird der Skalenwert 3 zugeordnet.

#### 4. Kommunikation

- Bereiche 1 - 3: Sprache unverständlich oder z.T. unverständlich
  - 1: Sprache ist nicht verständlich
  - 2: Sprache ist schwer verständlich
  - 3: Sprache ist z.T. schwerer verständlich, Probleme bei Artikulation und Prosodie
- Bereiche 4 - 6: Sprache ist verständlich, teilweise etwas auffällig
  - 4: Prosodie und Artikulation sind leicht auffällig
  - 5: zeitweise leichte Auffälligkeiten im Redefluß
  - 6: unauffällige Sprache

#### Einteilung in die Kategorien leicht-, mittelgradig - und schwerbehindert

Die Einteilung erfolgt über die Summe der Skalenwerte:

- 4 - 16 Punkte: schwer behindert
- 17 Punkte: mittelgradig behindert
- 18 - 23 Punkte: leicht behindert

**ANHANG 3**

Korrelation zwischen den Körperbild- und Selbstbild-Qualitäten

**SPEARMAN CORRELATION COEFFICIENTS**

SBQUALI ,2052

N( 87)

Sig ,057

KBQUALI

(Coefficient / (Cases) / 2-tailed Significance)

" , " is printed if a coefficient cannot be computed



**ANHANG 4**

Vergleich der Körperbild- und Selbstbild-Qualitäten zwischen den einzelnen Vergleichsgruppen

**Mann-Whitney U - Wilcoxon Rank Sum W Test**

KBQUALI		Körperbild - Qualität	
by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
40,24	1892	47 KB = 1 ja	
48,41	1937	40 KB = 2 nein	
		87 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
763,5	1891,5	-1,5732	,1157

SBQUALI		Selbstbild - Qualität	
by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
42,74	2052	48 KB = 1 ja	
46,61	1865	40 KB = 2 nein	
		88 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
875,5	2051,5	-,8822	,3777

KBQUALI		Körperbild - Qualität	
by KKBZEIT			
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
24,70	543,5	22 KKBZEIT = 1 frühe Beeinträc	
26,98	782,5	29 KKBZEIT = 2 späte Beeinträc	
		51 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
290,5	543,5	-,5634	,5732

SBQUALI		Selbstbild - Qualität	
by KKBZEIT			
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
22,64	498,0	22 KKBZEIT = 1 frühe Beeinträc	
29,33	880,0	30 KKBZEIT = 2 späte Beeinträc	
		52 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
245,0	498,0	-1,8990	,0576

**Kruskal-Wallis 1-Way Anova**

KBQUALI Körperbild - Qualität  
 by KBSELBS2 Selbsteinschätzung der körperl. Beeinträ

Mean Rank	Cases
24,40	21 KBSELBS2 = 1 leichte Behinderung
28,00	4 KBSELBS2 = 2 mittlere Behinderung
19,24	19 KBSELBS2 = 3 schwere Behinderung
	44 Total

Chi-Square D.F. Significance  
 2,6566 2 ,2649

SBQUALI Selbstbild - Qualität  
 by KBSELBS2 Selbsteinschätzung der körperl. Beeinträ

Mean Rank	Cases
23,09	22 KBSELBS2 = 1 leichte Behinderung
30,00	4 KBSELBS2 = 2 mittlere Behinderung
21,42	19 KBSELBS2 = 3 schwere Behinderung
	45 Total

Chi-Square D.F. Significance  
 2,1187 2 ,3467

KBQUALI Körperbild - Qualität  
 by KBSELBS2 Selbsteinschätzung der körperl. Beeinträ

Mean Rank	Cases
49,87	43 KBSELBS2 = 0 keine Behinderung
42,00	21 KBSELBS2 = 1 leichte Behinderung
48,25	4 KBSELBS2 = 2 mittlere Behinderung
32,03	19 KBSELBS2 = 3 schwere Behinderung
	87 Total

Chi-Square D.F. Significance  
 7,4907 3 ,0578

SBQUALI Selbstbild - Qualität  
 by KBSELBS2 Selbsteinschätzung der körperl. Beeinträ

Mean Rank	Cases
45,16	43 KBSELBS2 = 0 keine Behinderung
44,02	22 KBSELBS2 = 1 leichte Behinderung
57,50	4 KBSELBS2 = 2 mittlere Behinderung
40,82	19 KBSELBS2 = 3 schwere Behinderung
	88 Total

Chi-Square D.F. Significance  
 2,2776 3 ,5168

KBQUALI Körperbild - Qualität  
 by KBSELBS2 Selbsteinschätzung der körperl. Beeinträ

Mean Rank	Cases
24,40	21 KBSELBS2 = 1 leichte Behinderung
28,00	4 KBSELBS2 = 2 mittlere Behinderung
19,24	19 KBSELBS2 = 3 schwere Behinderung
	44 Total

Chi-Square D.F. Significance  
 2,6566 2 ,2649

SBQUALI Selbstbild - Qualität

by KBSELBS2 Selbsteinschätzung der körperl. Beeinträ  
 Mean Rank Cases  
 23,09 22 KBSELBS2 = 1 leichte Behinderung  
 30,00 4 KBSELBS2 = 2 mittlere Behinderung  
 21,42 19 KBSELBS2 = 3 schwere Behinderung  
 45 Total  
 Chi-Square D.F. Significance  
 2,1187 2 ,3467

KBQUALI Körperbild - Qualität  
 by KBSELBS2 Selbsteinschätzung der körperl. Beeinträ  
 Mean Rank Cases  
 49,87 43 KBSELBS2 = 0 keine Behinderung  
 42,00 21 KBSELBS2 = 1 leichte Behinderung  
 48,25 4 KBSELBS2 = 2 mittlere Behinderung  
 32,03 19 KBSELBS2 = 3 schwere Behinderung  
 87 Total  
 Chi-Square D.F. Significance  
 7,4907 3 ,0578

SBQUALI Selbstbild - Qualität  
 by KBSELBS2 Selbsteinschätzung der körperl. Beeinträ  
 Mean Rank Cases  
 45,16 43 KBSELBS2 = 0 keine Behinderung  
 44,02 22 KBSELBS2 = 1 leichte Behinderung  
 57,50 4 KBSELBS2 = 2 mittlere Behinderung  
 40,82 19 KBSELBS2 = 3 schwere Behinderung  
 88 Total  
 Chi-Square D.F. Significance  
 2,2776 3 ,5168

KBQUALI Körperbild - Qualität  
 by KBFREM2 Fremdeinschätzung der körperl. Beeinträc  
 Mean Rank Cases  
 22,73 13 KBFREM2 = 1 leichte Behinderung  
 23,42 18 KBFREM2 = 2 mittlere Behinderung  
 21,00 13 KBFREM2 = 3 schwere Behinderung  
 44 Total  
 Chi-Square D.F. Significance  
 ,2966 2 ,8622

SBQUALI Selbstbild - Qualität  
 by KBFREM2 Fremdeinschätzung der körperl. Beeinträc  
 Mean Rank Cases  
 18,38 13 KBFREM2 = 1 leichte Behinderung  
 24,45 19 KBFREM2 = 2 mittlere Behinderung  
 25,50 13 KBFREM2 = 3 schwere Behinderung  
 45 Total  
 Chi-Square D.F. Significance  
 3,4589 2 ,1774

KBQUALI Körperbild - Qualität			
by KBFREM2 Fremdeinschätzung der körperl. Beeinträc			
Mean Rank	Cases		
48,33	43	KBFREM2 = 0	keine Behinderung
40,92	13	KBFREM2 = 1	leichte Behinderung
41,31	18	KBFREM2 = 2	mittlere Behinderung
36,50	13	KBFREM2 = 3	schwere Behinderung
	87	Total	
Chi-Square	D.F.	Significance	
3,0725	3	,3806	

SBQUALI Selbstbild - Qualität			
by KBFREM2 Fremdeinschätzung der körperl. Beeinträc			
Mean Rank	Cases		
45,64	43	KBFREM2 = 0	keine Behinderung
34,27	13	KBFREM2 = 1	leichte Behinderung
46,26	19	KBFREM2 = 2	mittlere Behinderung
48,38	13	KBFREM2 = 3	schwere Behinderung
	88	Total	
Chi-Square	D.F.	Significance	
3,9754	3	,2641	

**ANHANG 5**

## Vergleich der Beachtung der Sektoren über die Gesamtstichprobe

**Friedman Two-Way Anova**

Mean Rank	Variable	Mean Rank	Variable
4,79	B1HAUF1	4,90	B2HAUF1
4,08	B1HAUF2	5,42	B2HAUF2
5,40	B1HAUF3	4,65	B2HAUF3
5,39	B1HAUF4	5,44	B2HAUF4
3,59	B1HAUF5	3,40	B2HAUF5
4,14	B1HAUF6	4,13	B2HAUF6
3,65	B1HAUF7	3,23	B2HAUF7
4,97	B1HAUF8	4,83	B2HAUF8
Cases	Chi-Square	D.F.	Significance
81	56,4817	7	,0000
4,38	B3HAUF1	4,64	B1RANG1
3,86	B3HAUF2	4,78	B1RANG2
4,57	B3HAUF3	3,62	B1RANG3
5,06	B3HAUF4	3,98	B1RANG4
3,73	B3HAUF5	4,71	B1RANG5
4,20	B3HAUF6	4,64	B1RANG6
4,01	B3HAUF7	5,55	B1RANG7
6,19	B3HAUF8	4,09	B1RANG8
Cases	Chi-Square	D.F.	Significance
81	68,5198	7	,0000
4,04	B2RANG1	4,31	B3RANG1
3,56	B2RANG2	5,23	B3RANG2
4,30	B2RANG3	4,49	B3RANG3
4,07	B2RANG4	4,01	B3RANG4
5,04	B2RANG5	4,91	B3RANG5
4,88	B2RANG6	4,77	B3RANG6
5,86	B2RANG7	4,96	B3RANG7
4,26	B2RANG8	3,34	B3RANG8
Cases	Chi-Square	D.F.	Significance
81	51,9227	7	,0000
5,29	B1ZEIT1	5,19	B2ZEIT1
4,42	B1ZEIT2	5,81	B2ZEIT2
5,08	B1ZEIT3	4,46	B2ZEIT3
5,02	B1ZEIT4	5,27	B2ZEIT4
3,65	B1ZEIT5	3,36	B2ZEIT5
3,99	B1ZEIT6	3,98	B2ZEIT6
3,59	B1ZEIT7	3,06	B2ZEIT7
4,96	B1ZEIT8	4,87	B2ZEIT8
Cases	Chi-Square	D.F.	Significance
81	46,8532	7	,0000
4,75	B3ZEIT1	3,86	B3ZEIT7
4,04	B3ZEIT2	6,15	B3ZEIT8
4,29	B3ZEIT3	Cases	Chi-Square
4,88	B3ZEIT4	81	61,3802
3,77	B3ZEIT5	7	,0000
4,25	B3ZEIT6		

**ANHANG 6**

Vergleich der Beachtung der Sektoren zwischen den behinderten und den nichtbehinderten Versuchspersonen

### Mann-Whitney U - Wilcoxon Rank Sum W Test

#### B1HAUF1

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
44,59	1828	41 KB	= 1 ja
37,33	1493	40 KB	= 2 nein
		81	Total
U	W	Z	2-Tailed P
673,0	1493,0	-1,4101	,1585
			Exact 2*(One-Tailed P) = ,1600
			Exact 2-Tailed P = ,1600
			Exact 1-Tailed P = ,0800
			Point Probability = ,0007

#### B1HAUF2

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
36,68	1504	41 KB	= 1 ja
45,42	1817	40 KB	= 2 nein
		81	Total
U	W	Z	2-Tailed P
643,0	1504,0	-1,7316	,0833
			Exact 2*(One-Tailed P) = ,0838
			Exact 2-Tailed P = ,0838
			Exact 1-Tailed P = ,0419
			Point Probability = ,0004

#### B1HAUF3

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
40,35	1654	41 KB	= 1 ja
41,66	1667	40 KB	= 2 nein
		81	Total
U	W	Z	2-Tailed P
793,5	1654,5	-,2542	,7993
			Exact 2*(One-Tailed P) = ,8020
			Exact 2-Tailed P = ,8020
			Exact 1-Tailed P = ,4010
			Point Probability = ,0017

## B1HAUF4

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
41,85	1716	41 KB = 1 ja	
40,13	1605	40 KB = 2 nein	
	81	Total	
U	W	Z	2-Tailed P
785,0	1605,0	-,3400	,7339
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,7347
		Exact 2-Tailed P =	,7370
		Exact 1-Tailed P =	,3674
		Point Probability =	,0019

## B1HAUF5

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
42,87	1758	41 KB = 1 ja	
39,09	1564	40 KB = 2 nein	
	81	Total	
U	W	Z	2-Tailed P
743,5	1563,5	-,7548	,4504
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,4537
		Exact 2-Tailed P =	,4533
		Exact 1-Tailed P =	,2269
		Point Probability =	,0029

## B1HAUF6

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
43,06	1766	41 KB = 1 ja	
38,89	1556	40 KB = 2 nein	
	81	Total	
U	W	Z	2-Tailed P
735,5	1555,5	-,8209	,4117
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,4164
		Exact 2-Tailed P =	,4151
		Exact 1-Tailed P =	,2082
		Point Probability =	,0013

## B1HAUF7

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
38,55	1581	41 KB = 1 ja	
43,51	1741	40 KB = 2 nein	
	81	Total	
U	W	Z	2-Tailed P
719,5	1580,5	-1,0027	,3160
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,3193
		Exact 2-Tailed P =	,3187
		Exact 1-Tailed P =	,1596
		Point Probability =	,0017

## B1HAUF8

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
41,09	1685	41 KB = 1 ja	
40,91	1637	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
816,5	1636,5	-,0336	,9732
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,9753
		Exact 2-Tailed P =	,9753
		Exact 1-Tailed P =	,4877
		Point Probability =	,0020

## B1ZEIT1

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
43,68	1791	41 KB = 1 ja	
38,25	1530	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
710,0	1530,0	-1,0460	,2955
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,2983
		Exact 2-Tailed P =	,2983
		Exact 1-Tailed P =	,1491
		Point Probability =	,0011

## B1ZEIT2

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
36,95	1515	41 KB = 1 ja	
45,15	1806	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
654,0	1515,0	-1,6141	,1065
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,1073
		Exact 2-Tailed P =	,1073
		Exact 1-Tailed P =	,0536
		Point Probability =	,0005

## B1ZEIT3

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
40,48	1660	41 KB = 1 ja	
41,54	1662	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
798,5	1659,5	-,2034	,8388
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,8415
		Exact 2-Tailed P =	,8415
		Exact 1-Tailed P =	,4208
		Point Probability =	,0018



## B1ZEIT4

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
42,11	1727	41 KB = 1 ja	
39,86	1595	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
774,5	1594,5	-,4304	,6669
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,6703
		Exact 2-Tailed P =	,6703
		Exact 1-Tailed P =	,3351
		Point Probability =	,0017

## B1ZEIT5

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
43,04	1765	41 KB = 1 ja	
38,91	1557	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
736,5	1556,5	-,8078	,4192
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,4224
		Exact 2-Tailed P =	,4224
		Exact 1-Tailed P =	,2112
		Point Probability =	,0014

## B1ZEIT6

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
44,33	1818	41 KB = 1 ja	
37,59	1504	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
683,5	1503,5	-1,3050	,1919
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,1937
		Exact 2-Tailed P =	,1937
		Exact 1-Tailed P =	,0969
		Point Probability =	,0008

## B1ZEIT7

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
38,89	1595	41 KB = 1 ja	
43,16	1727	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
733,5	1594,5	-,8557	,3922
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,3952
		Exact 2-Tailed P =	,3953
		Exact 1-Tailed P =	,1976
		Point Probability =	,0014

## B1ZEIT8

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
41,41	1698	41 KB = 1 ja	
40,58	1623	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
803,0	1623,0	-,1614	,8718
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,8744
		Exact 2-Tailed P =	,8743
		Exact 1-Tailed P =	,4372
		Point Probability =	,0019

## B2HAUF1

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
40,74	1671	41 KB = 1 ja	
41,26	1651	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
809,5	1670,5	-,1012	,9194
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,9217
		Exact 2-Tailed P =	,9217
		Exact 1-Tailed P =	,4609
		Point Probability =	,0017

## B2HAUF2

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
36,16	1482	41 KB = 1 ja	
45,96	1839	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
621,5	1482,5	-1,9146	,0555
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,0555
		Exact 2-Tailed P =	,0555
		Exact 1-Tailed P =	,0277
		Point Probability =	,0003

## B2HAUF3

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
42,01	1723	41 KB = 1 ja	
39,96	1599	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
778,5	1598,5	-,4015	,6880
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,6912
		Exact 2-Tailed P =	,6913
		Exact 1-Tailed P =	,3456
		Point Probability =	,0018

## B2HAUF4

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
39,11	1604	41 KB = 1 ja	
42,94	1718	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
742,5	1603,5	-,7442	,4568
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,4602
		Exact 2-Tailed P =	,4604
		Exact 1-Tailed P =	,2301
		Point Probability =	,0015

## B2HAUF5

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
42,78	1754	41 KB = 1 ja	
39,17	1567	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
747,0	1567,0	-,7374	,4609
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,4717
		Exact 2-Tailed P =	,4711
		Exact 1-Tailed P =	,2358
		Point Probability =	,0068

## B2HAUF6

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
43,24	1773	41 KB = 1 ja	
38,70	1548	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
728,0	1548,0	-,9044	,3658
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,3688
		Exact 2-Tailed P =	,3692
		Exact 1-Tailed P =	,1844
		Point Probability =	,0016

## B2HAUF7

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
44,32	1817	41 KB = 1 ja	
37,60	1504	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
684,0	1504,0	-1,4859	,1373
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,1387
		Exact 2-Tailed P =	,1384
		Exact 1-Tailed P =	,0693
		Point Probability =	,0008

## B2HAUF8

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
41,49	1701	41 KB = 1 ja	
40,50	1620	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
800,0	1620,0	-,1932	,8468
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,8500
		Exact 2-Tailed P =	,8500
		Exact 1-Tailed P =	,4250
		Point Probability =	,0022

## B2ZEIT1

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
41,10	1685	41 KB = 1 ja	
40,90	1636	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
816,0	1636,0	-,0380	,9697
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,9718
		Exact 2-Tailed P =	,9717
		Exact 1-Tailed P =	,4859
		Point Probability =	,0019

## B2ZEIT2

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
39,39	1615	41 KB = 1 ja	
42,65	1706	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
754,0	1615,0	-,6242	,5325
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,5360
		Exact 2-Tailed P =	,5360
		Exact 1-Tailed P =	,2680
		Point Probability =	,0016

## B2ZEIT3

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
42,21	1731	41 KB = 1 ja	
39,76	1591	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
770,5	1590,5	-,4732	,6361
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,6394
		Exact 2-Tailed P =	,6394
		Exact 1-Tailed P =	,3197
		Point Probability =	,0017

## B2ZEIT4

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
39,50	1620	41 KB	= 1 ja
42,54	1702	40 KB	= 2 nein
		81	Total
U	W	Z	2-Tailed P
758,5	1619,5	-,5830	,5599
			Exact 2*(One-Tailed P) = ,5634
			Exact 2-Tailed P = ,5634
			Exact 1-Tailed P = ,2817
			Point Probability = ,0016

## B2ZEIT5

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
43,17	1770	41 KB	= 1 ja
38,78	1551	40 KB	= 2 nein
		81	Total
U	W	Z	2-Tailed P
731,0	1551,0	-,8843	,3765
			Exact 2*(One-Tailed P) = ,3796
			Exact 2-Tailed P = ,3795
			Exact 1-Tailed P = ,1898
			Point Probability = ,0013

## B2ZEIT6

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
43,62	1789	41 KB	= 1 ja
38,31	1533	40 KB	= 2 nein
		81	Total
U	W	Z	2-Tailed P
712,5	1532,5	-1,0295	,3032
			Exact 2*(One-Tailed P) = ,3060
			Exact 2-Tailed P = ,3060
			Exact 1-Tailed P = ,1530
			Point Probability = ,0011

## B2ZEIT7

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
44,33	1818	41 KB	= 1 ja
37,59	1504	40 KB	= 2 nein
		81	Total
U	W	Z	2-Tailed P
683,5	1503,5	-1,4886	,1366
			Exact 2*(One-Tailed P) = ,1378
			Exact 2-Tailed P = ,1379
			Exact 1-Tailed P = ,0689
			Point Probability = ,0007

## B2ZEIT8

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
42,07	1725	41 KB	= 1 ja
39,90	1596	40 KB	= 2 nein
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
776,0	1596,0	-,4206	,6741
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,6773
		Exact 2-Tailed P =	,6773
		Exact 1-Tailed P =	,3387
		Point Probability =	,0017

## B3HAUF1

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
43,24	1773	41 KB	= 1 ja
38,70	1548	40 KB	= 2 nein
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
728,0	1548,0	-,8947	,3710
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,3741
		Exact 2-Tailed P =	,3741
		Exact 1-Tailed P =	,1870
		Point Probability =	,0013

## B3HAUF2

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
37,21	1526	41 KB	= 1 ja
44,89	1796	40 KB	= 2 nein
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
664,5	1525,5	-1,5533	,1204
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,1212
		Exact 2-Tailed P =	,1211
		Exact 1-Tailed P =	,0606
		Point Probability =	,0004

## B3HAUF3

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
43,22	1772	41 KB	= 1 ja
38,72	1549	40 KB	= 2 nein
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
729,0	1549,0	-,8833	,3771
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,3801
		Exact 2-Tailed P =	,3801
		Exact 1-Tailed P =	,1900
		Point Probability =	,0011

## B3HAUF4

by KB körperl. Beeinträchtigung

Mean Rank	Sum of Ranks	Cases
43,11	1768	41 KB = 1 ja
38,84	1554	40 KB = 2 nein
		81 Total
U	W	Z 2-Tailed P
733,5	1553,5	-,8318 ,4055
		Exact 2*(One-Tailed P) = ,4084
		Exact 2-Tailed P = ,4089
		Exact 1-Tailed P = ,2042
		Point Probability = ,0008

## B3HAUF5

by KB körperl. Beeinträchtigung

Mean Rank	Sum of Ranks	Cases
42,34	1736	41 KB = 1 ja
39,63	1585	40 KB = 2 nein
		81 Total
U	W	Z 2-Tailed P
765,0	1585,0	-,5509 ,5817
		Exact 2*(One-Tailed P) = ,5851
		Exact 2-Tailed P = ,5849
		Exact 1-Tailed P = ,2925
		Point Probability = ,0024

## B3HAUF6

by KB körperl. Beeinträchtigung

Mean Rank	Sum of Ranks	Cases
43,49	1783	41 KB = 1 ja
38,45	1538	40 KB = 2 nein
		81 Total
U	W	Z 2-Tailed P
718,0	1538,0	-,9966 ,3190
		Exact 2*(One-Tailed P) = ,3227
		Exact 2-Tailed P = ,3217
		Exact 1-Tailed P = ,1613
		Point Probability = ,0019

## B3HAUF7

by KB körperl. Beeinträchtigung

Mean Rank	Sum of Ranks	Cases
39,57	1623	41 KB = 1 ja
42,46	1699	40 KB = 2 nein
		81 Total
U	W	Z 2-Tailed P
761,5	1622,5	-,5800 ,5619
		Exact 2*(One-Tailed P) = ,5651
		Exact 2-Tailed P = ,5655
		Exact 1-Tailed P = ,2825
		Point Probability = ,0016

## B3HAUF8

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
42,70	1751	41 KB = 1 ja	
39,26	1571	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
750,5	1570,5	-,6612	,5085
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,5121
		Exact 2-Tailed P =	,5121
		Exact 1-Tailed P =	,2560
		Point Probability =	,0015

## B3ZEIT1

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
43,90	1800	41 KB = 1 ja	
38,03	1521	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
701,0	1521,0	-1,1434	,2529
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,2552
		Exact 2-Tailed P =	,2552
		Exact 1-Tailed P =	,1276
		Point Probability =	,0010

## B3ZEIT2

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
37,00	1517	41 KB = 1 ja	
45,10	1804	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
656,0	1517,0	-1,6289	,1033
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,1041
		Exact 2-Tailed P =	,1041
		Exact 1-Tailed P =	,0521
		Point Probability =	,0005

## B3ZEIT3

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
43,54	1785	41 KB = 1 ja	
38,40	1536	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
716,0	1536,0	-,9942	,3201
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,3230
		Exact 2-Tailed P =	,3230
		Exact 1-Tailed P =	,1615
		Point Probability =	,0012



## B3ZEIT4

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
43,23	1773	41 KB = 1 ja	
38,71	1549	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
728,5	1548,5	-,8695	,3846
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,3878
		Exact 2-Tailed P =	,3878
		Exact 1-Tailed P =	,1939
		Point Probability =	,0013

## B3ZEIT5

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
42,04	1724	41 KB = 1 ja	
39,94	1598	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
777,5	1597,5	-,4204	,6742
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,6775
		Exact 2-Tailed P =	,6774
		Exact 1-Tailed P =	,3387
		Point Probability =	,0018

## B3ZEIT6

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
44,13	1810	41 KB = 1 ja	
37,79	1512	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
691,5	1511,5	-1,2376	,2159
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,2179
		Exact 2-Tailed P =	,2179
		Exact 1-Tailed P =	,1090
		Point Probability =	,0009

## B3ZEIT7

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
39,12	1604	41 KB = 1 ja	
42,92	1717	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
743,0	1604,0	-,7587	,4480
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,4512
		Exact 2-Tailed P =	,4512
		Exact 1-Tailed P =	,2256
		Point Probability =	,0015

## B3ZEIT8

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
42,73	1752	41 KB = 1 ja	
39,22	1569	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
749,0	1569,0	-,6715	,5019
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,5055
		Exact 2-Tailed P =	,5054
		Exact 1-Tailed P =	,2527
		Point Probability =	,0015

## B1RANG1

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
37,80	1550	41 KB = 1 ja	
44,28	1771	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
689,0	1550,0	-1,2514	,2108
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,2128
		Exact 2-Tailed P =	,2128
		Exact 1-Tailed P =	,1064
		Point Probability =	,0009

## B1RANG2

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
43,50	1784	41 KB = 1 ja	
38,44	1538	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
717,5	1537,5	-1,0013	,3167
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,3194
		Exact 2-Tailed P =	,3194
		Exact 1-Tailed P =	,1597
		Point Probability =	,0012

## B1RANG3

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
42,34	1736	41 KB = 1 ja	
39,63	1585	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
765,0	1585,0	-,5266	,5985
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,6020
		Exact 2-Tailed P =	,6020
		Exact 1-Tailed P =	,3010
		Point Probability =	,0017

## B1RANG4

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
37,59	1541	41 KB	= 1 ja
44,50	1780	40 KB	= 2 nein
		81	Total
U	W	Z	2-Tailed P
680,0	1541,0	-1,3351	,1818
			Exact 2*(One-Tailed P) = ,1836
			Exact 2-Tailed P = ,1836
			Exact 1-Tailed P = ,0918
			Point Probability = ,0008

## B1RANG5

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
41,62	1707	41 KB	= 1 ja
40,36	1615	40 KB	= 2 nein
		81	Total
U	W	Z	2-Tailed P
794,5	1614,5	-,2479	,8042
			Exact 2*(One-Tailed P) = ,8068
			Exact 2-Tailed P = ,8066
			Exact 1-Tailed P = ,4034
			Point Probability = ,0018

## B1RANG6

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
37,94	1556	41 KB	= 1 ja
44,14	1766	40 KB	= 2 nein
		81	Total
U	W	Z	2-Tailed P
694,5	1555,5	-1,2073	,2273
			Exact 2*(One-Tailed P) = ,2296
			Exact 2-Tailed P = ,2294
			Exact 1-Tailed P = ,1148
			Point Probability = ,0010

## B1RANG7

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
43,87	1799	41 KB	= 1 ja
38,06	1523	40 KB	= 2 nein
		81	Total
U	W	Z	2-Tailed P
702,5	1522,5	-1,1648	,2441
			Exact 2*(One-Tailed P) = ,2463
			Exact 2-Tailed P = ,2463
			Exact 1-Tailed P = ,1232
			Point Probability = ,0010

## B1RANG8

by KB körperl. Beeinträchtigung

Mean Rank	Sum of Ranks	Cases
40,72	1670	41 KB = 1 ja
41,29	1652	40 KB = 2 nein
		81 Total
U	W	Z 2-Tailed P
808,5	1669,5	-,1100 ,9124
		Exact 2*(One-Tailed P) = ,9149
		Exact 2-Tailed P = ,9148
		Exact 1-Tailed P = ,4574
		Point Probability = ,0020

## B2RANG1

by KB körperl. Beeinträchtigung

Mean Rank	Sum of Ranks	Cases
43,66	1790	41 KB = 1 ja
38,28	1531	40 KB = 2 nein
		81 Total
U	W	Z 2-Tailed P
711,0	1531,0	-1,0439 ,2965
		Exact 2*(One-Tailed P) = ,2992
		Exact 2-Tailed P = ,2992
		Exact 1-Tailed P = ,1496
		Point Probability = ,0011

## B2RANG2

by KB körperl. Beeinträchtigung

Mean Rank	Sum of Ranks	Cases
43,50	1784	41 KB = 1 ja
38,44	1538	40 KB = 2 nein
		81 Total
U	W	Z 2-Tailed P
717,5	1537,5	-,9838 ,3252
		Exact 2*(One-Tailed P) = ,3282
		Exact 2-Tailed P = ,3281
		Exact 1-Tailed P = ,1641
		Point Probability = ,0012

## B2RANG3

by KB körperl. Beeinträchtigung

Mean Rank	Sum of Ranks	Cases
40,30	1653	41 KB = 1 ja
41,71	1669	40 KB = 2 nein
		81 Total
U	W	Z 2-Tailed P
791,5	1652,5	-,2739 ,7841
		Exact 2*(One-Tailed P) = ,7870
		Exact 2-Tailed P = ,7870
		Exact 1-Tailed P = ,3935
		Point Probability = ,0018

## B2RANG4

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
42,26	1732	41 KB = 1 ja	
39,71	1589	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
768,5	1588,5	-,4922	,6226
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,6261
		Exact 2-Tailed P =	,6260
		Exact 1-Tailed P =	,3131
		Point Probability =	,0018

## B2RANG5

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
39,10	1603	41 KB = 1 ja	
42,95	1718	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
742,0	1603,0	-,7778	,4367
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,4399
		Exact 2-Tailed P =	,4397
		Exact 1-Tailed P =	,2199
		Point Probability =	,0016

## B2RANG6

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
40,61	1665	41 KB = 1 ja	
41,40	1656	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
804,0	1665,0	-,1548	,8769
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,8795
		Exact 2-Tailed P =	,8795
		Exact 1-Tailed P =	,4398
		Point Probability =	,0019

## B2RANG7

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
37,63	1543	41 KB = 1 ja	
44,45	1778	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
682,0	1543,0	-1,5061	,1320
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,1332
		Exact 2-Tailed P =	,1335
		Exact 1-Tailed P =	,0666
		Point Probability =	,0006

## B2RANG8

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
42,26	1732	41 KB = 1 ja	
39,71	1589	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
768,5	1588,5	-,4955	,6203
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,6232
		Exact 2-Tailed P =	,6237
		Exact 1-Tailed P =	,3116
		Point Probability =	,0018

## B3RANG1

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
42,00	1722	41 KB = 1 ja	
39,97	1599	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
779,0	1599,0	-,3970	,6914
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,6944
		Exact 2-Tailed P =	,6944
		Exact 1-Tailed P =	,3472
		Point Probability =	,0018

## B3RANG2

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
44,83	1838	41 KB = 1 ja	
37,08	1483	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
663,0	1483,0	-1,5637	,1179
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,1189
		Exact 2-Tailed P =	,1188
		Exact 1-Tailed P =	,0594
		Point Probability =	,0006

## B3RANG3

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
38,79	1591	41 KB = 1 ja	
43,26	1731	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
729,5	1590,5	-,8692	,3848
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,3880
		Exact 2-Tailed P =	,3879
		Exact 1-Tailed P =	,1940
		Point Probability =	,0014

## B3RANG4

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
40,22	1649	41 KB = 1 ja	
41,80	1672	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
788,0	1649,0	-,3061	,7595
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,7635
		Exact 2-Tailed P =	,7632
		Exact 1-Tailed P =	,3817
		Point Probability =	,0019

## B3RANG5

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
39,00	1599	41 KB = 1 ja	
43,05	1722	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
738,0	1599,0	-,8130	,4162
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,4191
		Exact 2-Tailed P =	,4191
		Exact 1-Tailed P =	,2096
		Point Probability =	,0013

## B3RANG6

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
36,04	1478	41 KB = 1 ja	
46,09	1844	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
616,5	1477,5	-1,9738	,0484
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,0483
		Exact 2-Tailed P =	,0483
		Exact 1-Tailed P =	,0242
		Point Probability =	,0003

## B3RANG7

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
41,07	1684	41 KB = 1 ja	
40,92	1637	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
817,0	1637,0	-,0297	,9763
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,9779
		Exact 2-Tailed P =	,9785
		Exact 1-Tailed P =	,4890
		Point Probability =	,0021

## B3RANG8

by KB      körperl. Beeinträchtigung

Mean Rank	Sum of Ranks	Cases
37,74	1548	41 KB = 1 ja
44,34	1774	40 KB = 2 nein
	81	Total

U      W      Z      2-Tailed P

686,5    1547,5    -1,2826    ,1996

Exact 2\*(One-Tailed P) = ,2016

Exact 2-Tailed P = ,2016

Exact 1-Tailed P = ,1008

Point Probability = ,0009



**ANHANG 7**

Vergleich der Beachtung der linken und rechten Körperhälfte über die Gesamtstichprobe

**Wilcoxon Matched-Pairs Signed-Ranks Test**

B1HAUFL  
with B1HAUFR

Mean Rank	Sum of Ranks	Cases
40,32	1653	41 - Ranks (B1HAUFR LT B1HAUFL)
35,21	1197	34 + Ranks (B1HAUFR GT B1HAUFL)
		6 0 Ties (B1HAUFR EQ B1HAUFL)
		81 Total
Z = -1,2065		2-Tailed P = ,2276
		Exact 2-Tailed P = ,2296
		Exact 1-Tailed P = ,1148
		Point Probability = ,0005

B1ZEITL  
with B1ZEITR

Mean Rank	Sum of Ranks	Cases
45,05	1667	37 - Ranks (B1ZEITR LT B1ZEITL)
36,58	1573	43 + Ranks (B1ZEITR GT B1ZEITL)
		1 0 Ties (B1ZEITR EQ B1ZEITL)
		81 Total
Z = -,2254		2-Tailed P = ,8216
		Exact 2-Tailed P = ,8235
		Exact 1-Tailed P = ,4118
		Point Probability = ,0009

B2HAUFL  
with B2HAUFR

Mean Rank	Sum of Ranks	Cases
40,75	2323	57 - Ranks (B2HAUFR LT B2HAUFL)
38,05	837,0	22 + Ranks (B2HAUFR GT B2HAUFL)
		2 0 Ties (B2HAUFR EQ B2HAUFL)
		81 Total
Z = -3,6368		2-Tailed P = ,0003
		Exact 2-Tailed P = ,0002
		Exact 1-Tailed P = ,0001
		Point Probability = ,0000

B2ZEITL  
with B2ZEITR

Mean Rank	Sum of Ranks	Cases
45,03	2387	53 - Ranks (B2ZEITR LT B2ZEITL)
33,38	934,5	28 + Ranks (B2ZEITR GT B2ZEITL)
		0 0 Ties (B2ZEITR EQ B2ZEITL)
		81 Total

Z = -3,4183      2-Tailed P = ,0006  
Exact 2-Tailed P = ,0005  
Exact 1-Tailed P = ,0003  
Point Probability = ,0000

B3HAUFL  
with B3HAUFR

Mean Rank	Sum of Ranks	Cases
42,12	2359	56 - Ranks (B3HAUFR LT B3HAUFL)
32,84	722,5	22 + Ranks (B3HAUFR GT B3HAUFL)
		3 0 Ties (B3HAUFR EQ B3HAUFL)
		81 Total

Z = -4,0779      2-Tailed P = ,0000  
Exact 2-Tailed P = ,0000  
Exact 1-Tailed P = ,0000  
Point Probability = ,0000

B3ZEITL  
with B3ZEITR

Mean Rank	Sum of Ranks	Cases
41,25	2228	54 - Ranks (B3ZEITR LT B3ZEITL)
38,94	1013	26 + Ranks (B3ZEITR GT B3ZEITL)
		1 0 Ties (B3ZEITR EQ B3ZEITL)
		81 Total

Z = -2,9138      2-Tailed P = ,0036  
Exact 2-Tailed P = ,0033  
Exact 1-Tailed P = ,0016  
Point Probability = ,0000

B1RANGL  
with B1RANGR

Mean Rank	Sum of Ranks	Cases
42,05	1262	30 - Ranks (B1RANGR LT B1RANGL)
37,05	1742	47 + Ranks (B1RANGR GT B1RANGL)
		4 0 Ties (B1RANGR EQ B1RANGL)
		81 Total

Z = -1,2195      2-Tailed P = ,2227  
Exact 2-Tailed P = ,2245  
Exact 1-Tailed P = ,1123  
Point Probability = ,0005

B2RANGL  
with B2RANGR

Mean Rank	Sum of Ranks	Cases
33,58	806,0	24 - Ranks (B2RANGR LT B2RANGL)
41,45	2197	53 + Ranks (B2RANGR GT B2RANGL)
		4 0 Ties (B2RANGR EQ B2RANGL)
		81 Total

Z = -3,5340      2-Tailed P = ,0004  
Exact 2-Tailed P = ,0003  
Exact 1-Tailed P = ,0002  
Point Probability = ,0000

B3RANGL  
with B3RANGR

Mean Rank	Sum of Ranks	Cases
39,50	1304	33 - Ranks (B3RANGR LT B3RANGL)
40,36	1857	46 + Ranks (B3RANGR GT B3RANGL)
		2 0 Ties (B3RANGR EQ B3RANGL)
		81 Total

Z = -1,3525      2-Tailed P = ,1762  
Exact 2-Tailed P = ,1776  
Exact 1-Tailed P = ,0888  
Point Probability = ,0004

**ANHANG 8**

Vergleich der Beachtung der linken und rechten Körperhälfte zwischen den behinderten und den nichtbehinderten Versuchspersonen

**Mann-Whitney U - Wilcoxon Rank Sum W Test****B1HAUFL**

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
38,70	1587	41 KB	= 1 ja
43,36	1735	40 KB	= 2 nein
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
725,5	1586,5	-,8973	,3695
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,3728
		Exact 2-Tailed P =	,3728
		Exact 1-Tailed P =	,1864
		Point Probability =	,0013

**B1HAUFR**

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
43,21	1772	41 KB	= 1 ja
38,74	1550	40 KB	= 2 nein
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
729,5	1549,5	-,8581	,3908
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,3941
		Exact 2-Tailed P =	,3941
		Exact 1-Tailed P =	,1971
		Point Probability =	,0013

**B1ZEITL**

by KB	körperl. Beeinträchtigung		
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
37,01	1518	41 KB	= 1 ja
45,09	1804	40 KB	= 2 nein
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
656,5	1517,5	-1,5447	,1224
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,1234
		Exact 2-Tailed P =	,1234
		Exact 1-Tailed P =	,0617
		Point Probability =	,0006

## B1ZEITR

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
43,91	1801	41 KB = 1 ja	
38,01	1521	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
700,5	1520,5	-1,1289	,2589
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,2615
		Exact 2-Tailed P =	,2615
		Exact 1-Tailed P =	,1307
		Point Probability =	,0010

## B2HAUFL

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
39,06	1602	41 KB = 1 ja	
42,99	1720	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
740,5	1601,5	-,7548	,4503
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,4538
		Exact 2-Tailed P =	,4538
		Exact 1-Tailed P =	,2269
		Point Probability =	,0014

## B2HAUFR

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
43,88	1799	41 KB = 1 ja	
38,05	1522	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
702,0	1522,0	-1,1210	,2623
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,2648
		Exact 2-Tailed P =	,2648
		Exact 1-Tailed P =	,1324
		Point Probability =	,0010

## B2ZEITL

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
40,05	1642	41 KB = 1 ja	
41,97	1679	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
781,0	1642,0	-,3684	,7125
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,7158
		Exact 2-Tailed P =	,7158
		Exact 1-Tailed P =	,3579
		Point Probability =	,0018

B2ZEITR  
 by KB körperl. Beeinträchtigung

Mean Rank	Sum of Ranks	Cases
43,26	1773	41 KB = 1 ja
38,69	1548	40 KB = 2 nein
		81 Total
U	W	Z 2-Tailed P
727,5	1547,5	-,8739 ,3822
		Exact 2*(One-Tailed P) = ,3855
		Exact 2-Tailed P = ,3855
		Exact 1-Tailed P = ,1927
		Point Probability = ,0013

B3HAUFL  
 by KB körperl. Beeinträchtigung

Mean Rank	Sum of Ranks	Cases
41,01	1682	41 KB = 1 ja
40,99	1640	40 KB = 2 nein
		81 Total
U	W	Z 2-Tailed P
819,5	1639,5	-,0047 ,9962
		Exact 2*(One-Tailed P) = ,9981
		Exact 2-Tailed P = ,9981
		Exact 1-Tailed P = ,4991
		Point Probability = ,0019

B3HAUFR  
 by KB körperl. Beeinträchtigung

Mean Rank	Sum of Ranks	Cases
42,54	1744	41 KB = 1 ja
39,42	1577	40 KB = 2 nein
		81 Total
U	W	Z 2-Tailed P
757,0	1577,0	-,5984 ,5496
		Exact 2*(One-Tailed P) = ,5531
		Exact 2-Tailed P = ,5531
		Exact 1-Tailed P = ,2766
		Point Probability = ,0016

B3ZEITL  
 by KB körperl. Beeinträchtigung

Mean Rank	Sum of Ranks	Cases
40,18	1648	41 KB = 1 ja
41,84	1674	40 KB = 2 nein
		81 Total
U	W	Z 2-Tailed P
786,5	1647,5	-,3165 ,7516
		Exact 2*(One-Tailed P) = ,7547
		Exact 2-Tailed P = ,7547
		Exact 1-Tailed P = ,3774
		Point Probability = ,0018

## B3ZEITR

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
42,26	1732	41 KB = 1 ja	
39,71	1589	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
768,5	1588,5	-,4865	,6266
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,6300
		Exact 2-Tailed P =	,6300
		Exact 1-Tailed P =	,3150
		Point Probability =	,0017

## B1RANGL

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
39,28	1611	41 KB = 1 ja	
42,76	1711	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
749,5	1610,5	-,6676	,5044
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,5080
		Exact 2-Tailed P =	,5080
		Exact 1-Tailed P =	,2540
		Point Probability =	,0015

## B1RANGR

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
42,62	1748	41 KB = 1 ja	
39,34	1574	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
753,5	1573,5	-,6293	,5291
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,5327
		Exact 2-Tailed P =	,5327
		Exact 1-Tailed P =	,2663
		Point Probability =	,0015

## B2RANGL

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
43,30	1776	41 KB = 1 ja	
38,64	1546	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
725,5	1545,5	-,8951	,3707
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,3740
		Exact 2-Tailed P =	,3740
		Exact 1-Tailed P =	,1870
		Point Probability =	,0013

## B2RANGR

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
38,65	1585	41 KB = 1 ja	
43,41	1737	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
723,5	1584,5	-,9137	,3609
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,3641
		Exact 2-Tailed P =	,3641
		Exact 1-Tailed P =	,1821
		Point Probability =	,0012

## B3RANGL

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
39,44	1617	41 KB = 1 ja	
42,60	1704	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
756,0	1617,0	-,6059	,5446
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,5481
		Exact 2-Tailed P =	,5481
		Exact 1-Tailed P =	,2741
		Point Probability =	,0016

## B3RANGR

by KB		körperl. Beeinträchtigung	
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases	
39,59	1623	41 KB = 1 ja	
42,45	1698	40 KB = 2 nein	
		81 Total	
U	W	Z	2-Tailed P
762,0	1623,0	-,5495	,5826
		Exact 2*(One-Tailed P) =	,5862
		Exact 2-Tailed P =	,5862
		Exact 1-Tailed P =	,2931
		Point Probability =	,0016



**ANHANG 9**

Vergleich der Beachtung der auffälligen Körperbereiche zwischen den einzelnen Gruppen der behinderten Versuchspersonen

**Mann-Whitney U - Wilcoxon Rank Sum W Test**

B3HAUF8					
by KKBZEIT					
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases			
20,74	352,5	17	KKBZEIT =	1	frühe Beeinträc
24,38	682,5	28	KKBZEIT =	2	späte Beeinträc
		45	Total		
U	W	Z	2-Tailed	P	
199,5	352,5	-,9080		,3639	

B3RANG8					
by KKBZEIT					
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases			
19,62	333,5	17	KKBZEIT =	1	frühe Beeinträc
25,05	701,5	28	KKBZEIT =	2	späte Beeinträc
		45	Total		
U	W	Z	2-Tailed	P	
180,5	333,5	-1,3855		,1659	

B3ZEIT8					
by KKBZEIT					
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases			
22,88	389,0	17	KKBZEIT =	1	frühe Beeinträc
23,07	646,0	28	KKBZEIT =	2	späte Beeinträc
		45	Total		
U	W	Z	2-Tailed	P	
236,0	389,0	-,0468		,9626	

B2HAUF2					
by KKBZEIT					
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases			
22,32	379,5	17	KKBZEIT =	1	frühe Beeinträc
23,41	655,5	28	KKBZEIT =	2	späte Beeinträc
		45	Total		
U	W	Z	2-Tailed	P	
226,5	379,5	-,2762		,7824	

B2RANG2					
by KKBZEIT					
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases			
18,91	321,5	17	KKBZEIT =	1	frühe Beeinträc
25,48	713,5	28	KKBZEIT =	2	späte Beeinträc
		45	Total		
U	W	Z	2-Tailed	P	
168,5	321,5	-1,6492		,0991	

B2ZEIT2				
by KKBZEIT				
Mean Rank	Sum of Ranks	Cases		
22,79	387,5	17	KKBZEIT = 1	frühe Beeinträc
23,13	647,5	28	KKBZEIT = 2	späte Beeinträc
		45	Total	
U	W	Z	2-Tailed P	
234,5	387,5	-,0821	,9346	

### Kruskal-Wallis 1-Way Anova

B2HAUF2				
by KBFREM2 Fremdeinschätzung der körperl. Beeinträc				
Mean Rank	Cases			
22,17	12	KBFREM2 = 1	leichte Behinderung	
20,83	18	KBFREM2 = 2	mittlere Behinderung	
15,44	9	KBFREM2 = 3	schwere Behinderung	
	39	Total		
Chi-Square	D.F.	Significance		
2,0954	2	,3507		

B2RANG2				
by KBFREM2 Fremdeinschätzung der körperl. Beeinträc				
Mean Rank	Cases			
19,00	12	KBFREM2 = 1	leichte Behinderung	
21,11	18	KBFREM2 = 2	mittlere Behinderung	
19,11	9	KBFREM2 = 3	schwere Behinderung	
	39	Total		
Chi-Square	D.F.	Significance		
,3253	2	,8499		

B2ZEIT2				
by KBFREM2 Fremdeinschätzung der körperl. Beeinträc				
Mean Rank	Cases			
22,33	12	KBFREM2 = 1	leichte Behinderung	
18,25	18	KBFREM2 = 2	mittlere Behinderung	
20,39	9	KBFREM2 = 3	schwere Behinderung	
	39	Total		
Chi-Square	D.F.	Significance		
,9416	2	,6245		

B3HAUF8				
by KBFREM2 Fremdeinschätzung der körperl. Beeinträc				
Mean Rank	Cases			
19,25	12	KBFREM2 = 1	leichte Behinderung	
19,47	18	KBFREM2 = 2	mittlere Behinderung	
22,06	9	KBFREM2 = 3	schwere Behinderung	
	39	Total		
Chi-Square	D.F.	Significance		
,3883	2	,8235		

## B3RANG8

by KBFREM2 Fremdeinschätzung der körperl. Beeinträc

Mean Rank	Cases		
19,54	12	KBFREM2 = 1	leichte Behinderung
18,44	18	KBFREM2 = 2	mittlere Behinderung
23,72	9	KBFREM2 = 3	schwere Behinderung
	39	Total	

Chi-Square	D.F.	Significance
1,3931	2	,4983

## B3ZEIT8

by KBFREM2 Fremdeinschätzung der körperl. Beeinträc

Mean Rank	Cases		
20,88	12	KBFREM2 = 1	leichte Behinderung
18,36	18	KBFREM2 = 2	mittlere Behinderung
22,11	9	KBFREM2 = 3	schwere Behinderung
	39	Total	

Chi-Square	D.F.	Significance
,7516	2	,6867

## B2HAUF2

by KBSELBS2 Selbsteinschätzung der körperl. Beeinträ

Mean Rank	Cases		
19,02	21	KBSELBS2 = 1	leichte Behinderung
21,50	3	KBSELBS2 = 2	mittlere Behinderung
19,79	14	KBSELBS2 = 3	schwere Behinderung
	38	Total	

Chi-Square	D.F.	Significance
,1535	2	,9261

## B2RANG2

by KBSELBS2 Selbsteinschätzung der körperl. Beeinträ

Mean Rank	Cases		
18,45	21	KBSELBS2 = 1	leichte Behinderung
19,00	3	KBSELBS2 = 2	mittlere Behinderung
21,18	14	KBSELBS2 = 3	schwere Behinderung
	38	Total	

Chi-Square	D.F.	Significance
,5236	2	,7697

## B2ZEIT2

by KBSELBS2 Selbsteinschätzung der körperl. Beeinträ

Mean Rank	Cases		
18,02	21	KBSELBS2 = 1	leichte Behinderung
16,33	3	KBSELBS2 = 2	mittlere Behinderung
22,39	14	KBSELBS2 = 3	schwere Behinderung
	38	Total	

Chi-Square	D.F.	Significance
1,5697	2	,4562

## B3HAUF8

by KBSELBS2 Selbsteinschätzung der körperl. Beeinträ

Mean Rank	Cases		
16,43	21	KBSELBS2 = 1	leichte Behinderung
19,33	3	KBSELBS2 = 2	mittlere Behinderung
24,14	14	KBSELBS2 = 3	schwere Behinderung
	38	Total	

Chi-Square	D.F.	Significance
4,1077	2	,1282

## B3RANG8

by KBSELBS2 Selbsteinschätzung der körperl. Beeinträ

Mean Rank	Cases		
17,12	21	KBSELBS2 = 1	leichte Behinderung
32,50	3	KBSELBS2 = 2	mittlere Behinderung
20,29	14	KBSELBS2 = 3	schwere Behinderung
	38	Total	

Chi-Square	D.F.	Significance
5,3929	2	,0674

## B3ZEIT8

by KBSELBS2 Selbsteinschätzung der körperl. Beeinträ

Mean Rank	Cases		
15,74	21	KBSELBS2 = 1	leichte Behinderung
18,50	3	KBSELBS2 = 2	mittlere Behinderung
25,36	14	KBSELBS2 = 3	schwere Behinderung
	38	Total	

Chi-Square	D.F.	Significance
6,3273	2	,0423

## B2HAUF2

by KBFREM2 Fremdeinschätzung der körperl. Beeinträ

Mean Rank	Cases		
47,58	42	KBFREM2 = 0	keine Behinderung
37,79	12	KBFREM2 = 1	leichte Behinderung
35,39	18	KBFREM2 = 2	mittlere Behinderung
25,78	9	KBFREM2 = 3	schwere Behinderung
	81	Total	

Chi-Square	D.F.	Significance
8,6572	3	,0342

## B2RANG2

by KBFREM2 Fremdeinschätzung der körperl. Beeinträ

Mean Rank	Cases		
40,42	42	KBFREM2 = 0	keine Behinderung
40,88	12	KBFREM2 = 1	leichte Behinderung
43,61	18	KBFREM2 = 2	mittlere Behinderung
38,67	9	KBFREM2 = 3	schwere Behinderung
	81	Total	

Chi-Square	D.F.	Significance
,3473	3	,9509

B2ZEIT2  
by KBFREM2 Fremdeinschätzung der körperl. Beeinträc

Mean Rank	Cases
43,04	42 KBFREM2 = 0 keine Behinderung
43,63	12 KBFREM2 = 1 leichte Behinderung
35,53	18 KBFREM2 = 2 mittlere Behinderung
38,94	9 KBFREM2 = 3 schwere Behinderung
	81 Total

Chi-Square	D.F.	Significance
1,5102	3	,6799

B3HAUF8  
by KBFREM2 Fremdeinschätzung der körperl. Beeinträc

Mean Rank	Cases
38,87	42 KBFREM2 = 0 keine Behinderung
41,67	12 KBFREM2 = 1 leichte Behinderung
42,03	18 KBFREM2 = 2 mittlere Behinderung
48,00	9 KBFREM2 = 3 schwere Behinderung
	81 Total

Chi-Square	D.F.	Significance
1,2021	3	,7525

B3RANG8  
by KBFREM2 Fremdeinschätzung der körperl. Beeinträc

Mean Rank	Cases
41,24	42 KBFREM2 = 0 keine Behinderung
39,83	12 KBFREM2 = 1 leichte Behinderung
37,86	18 KBFREM2 = 2 mittlere Behinderung
47,72	9 KBFREM2 = 3 schwere Behinderung
	81 Total

Chi-Square	D.F.	Significance
1,1265	3	,7707

B3ZEIT8  
by KBFREM2 Fremdeinschätzung der körperl. Beeinträc

Mean Rank	Cases
38,30	42 KBFREM2 = 0 keine Behinderung
45,38	12 KBFREM2 = 1 leichte Behinderung
40,64	18 KBFREM2 = 2 mittlere Behinderung
48,50	9 KBFREM2 = 3 schwere Behinderung
	81 Total

Chi-Square	D.F.	Significance
1,8924	3	,5950

## B2HAUF2

by KBSELBS2 Selbsteinschätzung der körperl. Beeinträ

Mean Rank	Cases		
46,74	43	KBSELBS2 = 0	keine Behinderung
33,88	21	KBSELBS2 = 1	leichte Behinderung
36,83	3	KBSELBS2 = 2	mittlere Behinderung
34,93	14	KBSELBS2 = 3	schwere Behinderung
	81	Total	

Chi-Square	D.F.	Significance
5,7475	3	,1246

## B2RANG2

by KBSELBS2 Selbsteinschätzung der körperl. Beeinträ

Mean Rank	Cases		
39,90	43	KBSELBS2 = 0	keine Behinderung
40,10	21	KBSELBS2 = 1	leichte Behinderung
41,50	3	KBSELBS2 = 2	mittlere Behinderung
45,64	14	KBSELBS2 = 3	schwere Behinderung
	81	Total	

Chi-Square	D.F.	Significance
,6942	3	,8746

## B2ZEIT2

by KBSELBS2 Selbsteinschätzung der körperl. Beeinträ

Mean Rank	Cases		
43,23	43	KBSELBS2 = 0	keine Behinderung
35,86	21	KBSELBS2 = 1	leichte Behinderung
32,17	3	KBSELBS2 = 2	mittlere Behinderung
43,75	14	KBSELBS2 = 3	schwere Behinderung
	81	Total	

Chi-Square	D.F.	Significance
2,0100	3	,5703

## B3HAUF8

by KBSELBS2 Selbsteinschätzung der körperl. Beeinträ

Mean Rank	Cases		
40,26	43	KBSELBS2 = 0	keine Behinderung
35,43	21	KBSELBS2 = 1	leichte Behinderung
40,83	3	KBSELBS2 = 2	mittlere Behinderung
51,68	14	KBSELBS2 = 3	schwere Behinderung
	81	Total	

Chi-Square	D.F.	Significance
4,1634	3	,2444

## B3RANG8

by KBSELBS2 Selbsteinschätzung der körperl. Beeinträ

Mean Rank	Cases		
40,03	43	KBSELBS2 = 0	keine Behinderung
37,12	21	KBSELBS2 = 1	leichte Behinderung
69,33	3	KBSELBS2 = 2	mittlere Behinderung
43,71	14	KBSELBS2 = 3	schwere Behinderung
	81	Total	

Chi-Square	D.F.	Significance
5,3599	3	,1473

## B3ZEIT8

by KBSELBS2 Selbsteinschätzung der körperl. Beeinträ

Mean Rank	Cases		
40,66	43	KBSELBS2 = 0	keine Behinderung
33,50	21	KBSELBS2 = 1	leichte Behinderung
39,50	3	KBSELBS2 = 2	mittlere Behinderung
53,61	14	KBSELBS2 = 3	schwere Behinderung
	81	Total	

Chi-Square	D.F.	Significance
6,1897	3	,1027

**ANHANG 10**

Vergleich der Beachtung der auffälligen Körperbereiche zwischen den Versuchspersonen mit unterschiedlichen Körperbild- und Selbstbild-Qualitäten

**Kruskal-Wallis 1-Way Anova**

B2HAUF2  
by KBQUALI Körperbild - Qualität

Mean Rank	Cases
43,54	12 KBQUALI = 1 negativ
40,43	45 KBQUALI = 2 neutral
39,04	23 KBQUALI = 3 positiv
	80 Total

Chi-Square      D.F.    Significance  
,3093            2        ,8567

B2ZEIT2  
by KBQUALI Körperbild - Qualität

Mean Rank	Cases
45,17	12 KBQUALI = 1 negativ
40,14	45 KBQUALI = 2 neutral
38,76	23 KBQUALI = 3 positiv
	80 Total

Chi-Square      D.F.    Significance  
,6246            2        ,7318

B2RANG2  
by KBQUALI Körperbild - Qualität

Mean Rank	Cases
40,17	12 KBQUALI = 1 negativ
39,53	45 KBQUALI = 2 neutral
42,57	23 KBQUALI = 3 positiv
	80 Total

Chi-Square      D.F.    Significance  
,2707            2        ,8734

B3HAUF8  
by KBQUALI Körperbild - Qualität

Mean Rank	Cases
48,63	12 KBQUALI = 1 negativ
38,68	45 KBQUALI = 2 neutral
39,83	23 KBQUALI = 3 positiv
	80 Total

Chi-Square      D.F.    Significance  
1,7889            2        ,4088



B3RANG8  
 by KBQUALI Körperbild - Qualität

Mean Rank	Cases
42,83	12 KBQUALI = 1 negativ
40,57	45 KBQUALI = 2 neutral
39,15	23 KBQUALI = 3 positiv
	80 Total

Chi-Square      D.F. Significance  
 ,2053          2          ,9024

B3ZEIT8  
 by KBQUALI Körperbild - Qualität

Mean Rank	Cases
50,88	12 KBQUALI = 1 negativ
38,81	45 KBQUALI = 2 neutral
38,39	23 KBQUALI = 3 positiv
	80 Total

Chi-Square      D.F. Significance  
 2,8256          2          ,2435

B2HAUF2  
 by SBQUALI Selbstbild - Qualität

Mean Rank	Cases
37,50	1 SBQUALI = 1 negativ
42,17	21 SBQUALI = 2 neutral
40,64	59 SBQUALI = 3 positiv
	81 Total

Chi-Square      D.F. Significance  
 ,0910          2          ,9555

B2RANG2  
 by SBQUALI Selbstbild - Qualität

Mean Rank	Cases
21,50	1 SBQUALI = 1 negativ
40,21	21 SBQUALI = 2 neutral
41,61	59 SBQUALI = 3 positiv
	81 Total

Chi-Square      D.F. Significance  
 ,7744          2          ,6790

B2ZEIT2  
 by SBQUALI Selbstbild - Qualität

Mean Rank	Cases
38,50	1 SBQUALI = 1 negativ
39,50	21 SBQUALI = 2 neutral
41,58	59 SBQUALI = 3 positiv
	81 Total

Chi-Square      D.F. Significance  
 ,1324          2          ,9359

B3HAUF8  
 by SBQUALI Selbstbild - Qualität  
 Mean Rank Cases  
 27,50 1 SBQUALI = 1 negativ  
 40,88 21 SBQUALI = 2 neutral  
 41,27 59 SBQUALI = 3 positiv  
 81 Total  
 Chi-Square D.F. Significance  
 ,3424 2 ,8426

B3RANG8  
 by SBQUALI Selbstbild - Qualität  
 Mean Rank Cases  
 48,00 1 SBQUALI = 1 negativ  
 35,26 21 SBQUALI = 2 neutral  
 42,92 59 SBQUALI = 3 positiv  
 81 Total  
 Chi-Square D.F. Significance  
 1,7919 2 ,4082

B3ZEIT8  
 by SBQUALI Selbstbild - Qualität  
 Mean Rank Cases  
 43,00 1 SBQUALI = 1 negativ  
 40,24 21 SBQUALI = 2 neutral  
 41,24 59 SBQUALI = 3 positiv  
 81 Total  
 Chi-Square D.F. Significance  
 ,0353 2 ,9825

**ANHANG 11**

Vergleich der Beachtung der linken und rechten Körperhälfte zwischen den Personen mit unterschiedlichen Körperbild- und Selbstbild-Qualitäten

**Kruskal-Wallis 1-Way Anova**

B1HAUFL  
by KBQUALI Körperbild - Qualität  
Mean Rank Cases  
49,46 12 KBQUALI = 1 negativ  
41,59 45 KBQUALI = 2 neutral  
33,70 23 KBQUALI = 3 positiv  
80 Total  
Chi-Square D.F. Significance  
3,8960 2 ,1426

B1HAUFR  
by KBQUALI Körperbild - Qualität  
Mean Rank Cases  
33,58 12 KBQUALI = 1 negativ  
41,16 45 KBQUALI = 2 neutral  
42,83 23 KBQUALI = 3 positiv  
80 Total  
Chi-Square D.F. Significance  
1,3399 2 ,5117

B1ZEITL  
by KBQUALI Körperbild - Qualität  
Mean Rank Cases  
47,00 12 KBQUALI = 1 negativ  
41,42 45 KBQUALI = 2 neutral  
35,30 23 KBQUALI = 3 positiv  
80 Total  
Chi-Square D.F. Significance  
2,1601 2 ,3396

B1ZEITR  
by KBQUALI Körperbild - Qualität  
Mean Rank Cases  
32,58 12 KBQUALI = 1 negativ  
41,47 45 KBQUALI = 2 neutral  
42,74 23 KBQUALI = 3 positiv  
80 Total  
Chi-Square D.F. Significance  
1,6844 2 ,4308

B2HAUFL  
 by KBQUALI Körperbild - Qualität  
 Mean Rank Cases  
 38,71 12 KBQUALI = 1 negativ  
 40,87 45 KBQUALI = 2 neutral  
 40,72 23 KBQUALI = 3 positiv  
 80 Total  
 Chi-Square D.F. Significance  
 ,0855 2 ,9582

B2HAUFR  
 by KBQUALI Körperbild - Qualität  
 Mean Rank Cases  
 42,92 12 KBQUALI = 1 negativ  
 39,56 45 KBQUALI = 2 neutral  
 41,09 23 KBQUALI = 3 positiv  
 80 Total  
 Chi-Square D.F. Significance  
 ,2214 2 ,8952

B2ZEITL  
 by KBQUALI Körperbild - Qualität  
 Mean Rank Cases  
 39,04 12 KBQUALI = 1 negativ  
 42,93 45 KBQUALI = 2 neutral  
 36,50 23 KBQUALI = 3 positiv  
 80 Total  
 Chi-Square D.F. Significance  
 1,2224 2 ,5427

B2ZEITR  
 by KBQUALI Körperbild - Qualität  
 Mean Rank Cases  
 37,63 12 KBQUALI = 1 negativ  
 42,14 45 KBQUALI = 2 neutral  
 38,78 23 KBQUALI = 3 positiv  
 80 Total  
 Chi-Square D.F. Significance  
 ,5348 2 ,7654

B3HAUFL  
 by KBQUALI Körperbild - Qualität  
 Mean Rank Cases  
 46,92 12 KBQUALI = 1 negativ  
 38,58 45 KBQUALI = 2 neutral  
 40,91 23 KBQUALI = 3 positiv  
 80 Total  
 Chi-Square D.F. Significance  
 1,2371 2 ,5387

B3HAUFR  
 by KBQUALI Körperbild - Qualität

Mean Rank	Cases
34,46	12 KBQUALI = 1 negativ
40,33	45 KBQUALI = 2 neutral
43,98	23 KBQUALI = 3 positiv
	80 Total

Chi-Square      D.F.    Significance  
 1,3438          2        ,5107

B3ZEITL  
 by KBQUALI Körperbild - Qualität

Mean Rank	Cases
49,38	12 KBQUALI = 1 negativ
38,99	45 KBQUALI = 2 neutral
38,83	23 KBQUALI = 3 positiv
	80 Total

Chi-Square      D.F.    Significance  
 2,0608          2        ,3569

B3ZEITR  
 by KBQUALI Körperbild - Qualität

Mean Rank	Cases
27,75	12 KBQUALI = 1 negativ
44,10	45 KBQUALI = 2 neutral
40,11	23 KBQUALI = 3 positiv
	80 Total

Chi-Square      D.F.    Significance  
 4,7001          2        ,0954

B1HAUFL  
 by SBQUALI Selbstbild - Qualität

Mean Rank	Cases
49,50	1 SBQUALI = 1 negativ
39,64	21 SBQUALI = 2 neutral
41,34	59 SBQUALI = 3 positiv
	81 Total

Chi-Square      D.F.    Significance  
 ,2149            2        ,8981

B1HAUFR  
 by SBQUALI Selbstbild - Qualität

Mean Rank	Cases
10,50	1 SBQUALI = 1 negativ
34,55	21 SBQUALI = 2 neutral
43,81	59 SBQUALI = 3 positiv
	81 Total

Chi-Square      D.F.    Significance  
 4,1353          2        ,1265

B1ZEITL  
by SBQUALI Selbstbild - Qualität

Mean Rank	Cases
80,00	1 SBQUALI = 1 negativ
40,40	21 SBQUALI = 2 neutral
40,55	59 SBQUALI = 3 positiv
	81 Total

Chi-Square	D.F.	Significance
2,7836	2	,2486

B1ZEITR  
by SBQUALI Selbstbild - Qualität

Mean Rank	Cases
7,50	1 SBQUALI = 1 negativ
38,74	21 SBQUALI = 2 neutral
42,37	59 SBQUALI = 3 positiv
	81 Total

Chi-Square	D.F.	Significance
2,4229	2	,2978

B2HAUFL  
by SBQUALI Selbstbild - Qualität

Mean Rank	Cases
30,00	1 SBQUALI = 1 negativ
41,02	21 SBQUALI = 2 neutral
41,18	59 SBQUALI = 3 positiv
	81 Total

Chi-Square	D.F.	Significance
,2243	2	,8939

B2HAUFR  
by SBQUALI Selbstbild - Qualität

Mean Rank	Cases
50,00	1 SBQUALI = 1 negativ
36,10	21 SBQUALI = 2 neutral
42,59	59 SBQUALI = 3 positiv
	81 Total

Chi-Square	D.F.	Significance
1,3449	2	,5105

B2ZEITL  
by SBQUALI Selbstbild - Qualität

Mean Rank	Cases
34,00	1 SBQUALI = 1 negativ
41,14	21 SBQUALI = 2 neutral
41,07	59 SBQUALI = 3 positiv
	81 Total

Chi-Square	D.F.	Significance
,0898	2	,9561

B2ZEITR

by SBQUALI		Selbstbild - Qualität	
Mean Rank	Cases		
21,00	1	SBQUALI = 1	negativ
36,86	21	SBQUALI = 2	neutral
42,81	59	SBQUALI = 3	positiv
	81	Total	
Chi-Square	D.F.	Significance	
1,7249	2	,4221	

B3HAUFL

by SBQUALI		Selbstbild - Qualität	
Mean Rank	Cases		
7,50	1	SBQUALI = 1	negativ
39,45	21	SBQUALI = 2	neutral
42,12	59	SBQUALI = 3	positiv
	81	Total	
Chi-Square	D.F.	Significance	
2,2647	2	,3223	

B3HAUFR

by SBQUALI		Selbstbild - Qualität	
Mean Rank	Cases		
79,00	1	SBQUALI = 1	negativ
35,71	21	SBQUALI = 2	neutral
42,24	59	SBQUALI = 3	positiv
	81	Total	
Chi-Square	D.F.	Significance	
3,8745	2	,1441	

B3ZEITL

by SBQUALI		Selbstbild - Qualität	
Mean Rank	Cases		
13,00	1	SBQUALI = 1	negativ
39,50	21	SBQUALI = 2	neutral
42,01	59	SBQUALI = 3	positiv
	81	Total	
Chi-Square	D.F.	Significance	
1,6108	2	,4469	

B3ZEITR

by SBQUALI		Selbstbild - Qualität	
Mean Rank	Cases		
64,00	1	SBQUALI = 1	negativ
38,38	21	SBQUALI = 2	neutral
41,54	59	SBQUALI = 3	positiv
	81	Total	
Chi-Square	D.F.	Significance	
1,2476	2	,5359	