

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



110002

Ostmerheimer Straße 200,
D 5000 Köln-91 (Merheim)

FERNRUF-SA. NR. 89 1031

TELEX: 8873 658 bzga d

JUSTUS - LIEBIG - UNIVERSITÄT GIESSEN
FACHBEREICH PSYCHOLOGIE
PROF. DR. K. R. SCHERER

G U T A C H T E N

"ABBAU VON VORURTEILEN GEGENÜBER
PSYCHISCH KRANKEN UND BEHINDERTEN -
AUS SOZIALPSYCHOLOGISCHER SICHT"

ANSCHRIFT DES VERFASSERS:

PROF. DR. K. R. SCHERER
FACHBEREICH PSYCHOLOGIE
JUSTUS-LIEBIG-UNIVERSITÄT GIESSEN
63 G I E S S E N

OTTO-BEHAGEL-STRASSE 10

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-Nr.: 118770-1

141 9 1 Cutler 1-45

Vorbemerkung

Die in dem Titel des vorliegenden Gutachtenauftrages aufgeführte Zielvorstellung des Vorurteilsabbaus gegenüber einer gesellschaftlich benachteiligten Randgruppe läßt sich nicht auf sozialtechnologische oder psychologisch-methodologische Verfahrensfragen eingrenzen. Bei diesem Thema handelt es sich nicht lediglich darum, mit Hilfe gezielter Aufklärungsmaßnahmen bestehende Mißverständnisse zu beseitigen, sondern um das sehr viel komplexere Problem, die gesellschaftliche Integration einer aufgrund verschiedenster abweichender Verhaltensweisen als "abnormal" empfundenen Bevölkerungsgruppe neu zu überdenken. Obwohl die Informationen, Gefühle und Verhaltenstendenzen der Bevölkerung diesem Personenkreis gegenüber, in den Sozialwissenschaften gemeinhin als "Einstellung" bezeichnet, eine wesentliche Rolle in diesem Zusammenhang spielt, wäre, wie im folgenden zu zeigen sein wird, eine einseitig durch Informationsvermittlung und Sympathiewerbung auf Einstellungsänderung zielende Aufklärungsstrategie wenig erfolgversprechend.

Zunächst ist es eine bedenkliche Vereinfachung, das Bestehen von Vorurteilen vorauszusetzen, ohne gesicherte empirische Befunde über Art und Ausprägungsgrad solcher negativen Einstellungen vorliegen zu haben. Bevor Maßnahmen zum Abbau solcher Vorurteile erwogen werden, sollte mithin geprüft werden, welche Informationen uns über die Einstellungen der Bevölkerung zu psychisch Kranken und psychisch Behinderten vorliegen. Darüberhinaus ist zu fragen, wie diese Einstellungen entstanden sind und welche psychologischen Funktionen sie ausüben, da Versuche zur Einstellungsänderung ohne Berücksichtigung dieser Faktoren nicht selten zu sogenannten "Bumerangeffekten" führen und eine Verfestigung der negativen Einstellungen zur Folge haben können. Nach einer

solchen Tatbestandsaufnahme ist sodann ein konkreter Zielkatalog in Bezug auf die gesellschaftspolitisch erwünschten Einstellungen aufzustellen, da es ja nicht mit einem Abbau von Vorurteilen im Sinne eines Wegräumens von Hindernissen getan ist, sondern es darum geht, negative Einstellungen durch positive Einstellungen mit sozial-integrativen Verhaltenstendenzen zu ersetzen. Hier ist insbesondere die Frage zu klären, inwieweit es lediglich um Einstellungsveränderungen geht, oder ob eine soziale Beeinflussung in Bezug auf bestimmte Verhaltensweisen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten geplant ist. Besonders wichtig ist auch die Frage der Zielgruppen für die beabsichtigten Einstellungs- und Verhaltensänderungen, da sich sowohl Zielvorstellungen als auch Vorgehensweisen je nach der Zielgruppe stark unterscheiden können.

Erst nach Vorklärung von Ist- und Sollzuständen sind wir in der Lage, konkrete Maßnahmen zu diskutieren, wobei zunächst ein kurzer Überblick über die verfügbaren sozialpsychologischen Mechanismen des sozialen Einflusses erforderlich ist. Nach einer Darstellung der nicht sehr umfangreichen Literatur über einschlägige Erfahrungen in anderen Ländern mit Möglichkeiten der Einstellungsänderung gegenüber psychisch Kranken und Behinderten, erfolgt eine Darstellung der möglichen Maßnahmen, die sich für bestimmte Ziele bei bestimmten Zielgruppen anbieten sowie eine Diskussion der Vor- und Nachteile verschiedener Methoden.

Das Gutachten orientiert sich mithin an folgendem Fragenkatalog:

1. Welche Einstellungen bestehen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten?
2. Wie sind diese Einstellungen entstanden und welche Funktionen haben sie?

3. Welche Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber dieser Bevölkerungsgruppe sind gesellschaftspolitisch wünschenswert?
4. Welche Zielgruppen sollten sozialen Einflußmaßnahmen besonders intensiv ausgesetzt sein?
5. Welche Erfahrungen wurden mit Einstellungsversuchen in diesem Bereich gemacht?
6. Welche konkreten Maßnahmen eignen sich für bestimmte Ziele und bestimmte Zielgruppen?

Es ist bereits an dieser Stelle zu betonen, daß es aufgrund der außerordentlich unzureichenden empirischen Forschung auf diesem Gebiet, vor allem in der Bundesrepublik, keine verbindlichen Antworten auf diese Fragen geben kann. Der Gutachter muß sich darauf beschränken, zumeist in den USA erhobenes empirisches Material zu diesem Themenbereich darzustellen und darüberhinaus Aussagen aufgrund allgemein-theoretischer Überlegungen in der Sozialpsychologie und Extrapolationen aus anderen Untersuchungsgebieten zu treffen. Weder letzteres noch die Übertragung amerikanischer Befunde auf die Situation in der Bundesrepublik sind ungefährlich und lassen sich eigentlich nur durch die besondere Dringlichkeit des hier behandelten Problems rechtfertigen. Dies sollte jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, daß, wie hoffentlich im folgenden deutlich wird, Bemühungen in Richtung auf einen langfristigen Erfolg auf dem Gebiet der gesellschaftlichen Integration von psychisch Kranken und Behinderten durch eine erhebliche Intensivierung der sozialwissenschaftlichen Forschung auf diesem Gebiet in der Bundesrepublik begleitet sein müssen.

1. Einstellungen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten

Im folgenden soll statt der Begriffe "Vorurteile" oder "Stereotypen" bevorzugt der übergeordnete Begriff

der "Einstellungen" verwandt werden. Die Sozialpsychologie versteht unter einer Einstellung gegenüber Objekten, Begriffen, Personen oder sozialen Gruppen eine relativ stabile Tendenz eines Individuums, bestimmte Vorstellungen, Wertungen und Handlungsdispositionen dem Einstellungsobjekt gegenüber zu zeigen, denen im allgemeinen eine stark verhaltensprägende Wirkung zugeschrieben wird. Die Frage, ob Einstellungen wirklich als wichtige Determinanten konkreter Verhaltensweisen in sozialen Situationen anzusehen sind, ist jedoch noch weitgehend ungeklärt und wird auch bei der in diesem Gutachten zu behandelnden Problematik diskutiert werden müssen.

Häufig wird eine Unterscheidung zwischen kognitiven, affektiven und handlungsbezogenen Komponenten einer Einstellung getroffen, wobei die kognitive oder informationsbezogene Komponente das Wissen und die Vorstellungen über das Einstellungsobjekt, die affektive oder gefühlsmäßige Komponente eine Wertung desselben und die handlungsbezogene Komponente die Verhaltensdisposition gegenüber dem Einstellungsobjekt darstellen. Unter Stereotyp versteht man im allgemeinen eine kognitive Einstellungskomponente, die weniger auf tatsächlichen Informationen über das Einstellungsobjekt sondern auf ungeprüft übernommenen, zumeist stark vereinfachten und wenig differenzierten Vorstellungen diesem gegenüber beruht, die nicht selten von nahezu allen Mitgliedern einer sozialen Gruppe geteilt und dementsprechend tradiert werden. Der Begriff des Vorurteils impliziert alle drei Einstellungskomponenten, wobei zu den stereotypen Vorstellungen eine negative gefühlsmäßige Wirkung, meist von Ablehnung begleitet, und eine auf Vermeiden oder Aggression gerichtete Verhaltenstendenz tritt. Der Begriff des Vorurteils ist in der Sozialpsychologie bislang nahezu ausschließlich für die negativen Einstellungen und Verhaltenstendenzen gegenüber Fremdgruppen, die durch eindeutige rassische, ethnische oder subkulturelle Unterschiede erkennbar sind, angewandt worden. Dies ist

insofern sinnvoll, als die Bezeichnung "Vorurteil" impliziert, daß ein abwertendes Urteil über eine oder mehrere Personen schon allein aufgrund der Identifizierung ihrer Gruppenzugehörigkeit anhand entsprechender Hinweisreize erfolgt.

In der öffentlichen Diskussion über die Versorgung psychisch Kranker und Behinderter in der Bundesrepublik wird nun häufig das Vorliegen von "Vorurteilen" der Bevölkerung gegenüber solchen Personen vorausgesetzt und es wird postuliert, daß einer Besserung der Lage dieser Personen ein Abbau solcher Vorurteile vorangehen muß. Diese Anschauung setzt voraus, daß 1) die "Gruppe" der psychisch Kranken und Behinderten von der Bevölkerung aufgrund eindeutiger Kriterien identifizierbar wäre, so daß man von Vorurteilen gegenüber einer Fremdgruppe sprechen könnte, und daß 2) tatsächlich extrem negative Einstellungen und Verhaltenstendenzen gegenüber diesem Personenkreis in der Bevölkerung vorliegen.

Obwohl das Vorliegen dieser beiden Voraussetzungen mitunter unter Berufung auf zumeist amerikanische Forschungsergebnisse, in Tagungsbeiträgen, Denkschriften und programmatischen Aufsätzen häufig unwidersprochen angenommen wird, gibt es in der einschlägigen Fachliteratur erhebliche Kontroversen über beide Punkte. Besonders in Beziehung auf die Fähigkeit und Bereitwilligkeit der Bevölkerung abnormales und abweichendes Verhalten als "Geisteskrankheit" zu identifizieren, gibt es fundamentale Gegensätze zwischen den Standpunkten (und der Interpretation der einschlägigen Forschungsergebnisse) der Vertreter des soziologisch orientierten "Devianzmodells" und des sozialpsychiatrisch orientierten "Krankheitsmodells" für sozio-emotionale Störungen und Verhaltensabweichungen. Das in der Medizin und weit-

gehend auch im sozialpolitischen Bereich akzeptierte psychiatrische Modell geht davon aus, daß solche Affekt- und Verhaltensstörungen Ausdruck einer "Geisteskrankheit" sind und dem Patienten mithin alle der "Krankenrolle" angemessenen Rechte auf therapeutische Bemühungen und zumindest zeitweilige Suspendierung der sozialen Rollenanforderungen zu kommen. Insbesondere in der Sozialpsychiatrie wird dieses Modell durch Bestrebungen unterstützt, im Sinne der Förderung geistiger Gesundheit ("mental health movement") Psychohygiene zu betreiben, in dem man die Bevölkerung über Ursachen und Ablauf psychischer Krankheiten zu informieren sucht, die Heilungsmöglichkeiten betont und die Akzeptierung psychisch Gestörter als kranker Mitglieder der Gesellschaft zu fördern versucht.

Fehlender Erfolg bei diesen Bemühungen wird von vielen Vertretern der Sozialpsychiatrie dafür verantwortlich gemacht, daß nur sehr langsame Fortschritte bei dem Versuch, das traditionelle psychiatrische Konzept der Isolierung von Geisteskranken in entlegenen Anstalten durch "offene", auf Rehabilitation und Integration gerichtete Behandlungseinrichtungen zu ersetzen, gemacht werden. Sie verweisen auf eine Reihe empirischer Erhebungen, vor allem in den USA, bei der Annahme, daß durch Furcht, Ablehnung und Stigmatisierung gekennzeichnete Vorurteile der Bevölkerung "unsichtbare Schranken" zwischen Geisteskranken und der Gesellschaft darstellen. Ein neueres Sammelreferat (Rabkin, 1972) über die Einstellungen zur Geisteskrankheit kommt zu folgendem Schluß: "Das Stigma der Klassifikation als "Geisteskranker" ist weithin anerkannt und dokumentiert. Innerhalb des psychiatrischen Krankenhauses, in das viele gegen ihren Willen eingewiesen werden, kommen die Patienten selten in den Genuß der gleichen Rechte, Freiheiten und Befriedigungen wie der normale Bürger, und nach ihrer Entlassung müssen sie

häufig feststellen, daß sie es bei der Suche nach Wohnung, Arbeit und Bekannten noch schwerer haben als ehemalige Strafgefangene. Eine Reihe unserer Untersuchungen haben die insgesamt negativen und ablehnenden Einstellungen der meisten Amerikaner zu psychischen Krankheiten und zu psychisch Kranken aufgezeigt. Obwohl sich auch widersprechende Ergebnisse und Ansichten in der Literatur finden, so stellen diese jedoch eine Minderheit dar. (S. 157 - 158, Übers. d. Verf.)

Die Vertreter des soziologisch orientierten Devianzmodells, die den Begriff der Geisteskrankheit nicht selten als Fiktion oder Mythos bezeichnen, interpretieren die empirischen Befunde größtenteils als Etikettierungsprobleme oder methodische Artefakte. Sarbin und Manusco (1970) bezeichnen diese Resultate als Anzeichen des gescheiterten Versuchs der sozialpsychiatrischen "Moralunternehmer", die Öffentlichkeit dazu zu bewegen, abweichendes Verhalten als Krankheit zu bezeichnen, und unabhängig von moralisch-ethischen und rechtlichen Richtlinien zu werten. Nach einer systematischen Literaturanalyse vertreten diese Autoren die Ansicht, daß die Bevölkerung 1) ungewöhnlichem und leicht abweichendem Verhalten keine übertriebene Aufmerksamkeit schenke und, anders als die diagnostische Praxis in der Psychiatrie, nur Personen mit ungewöhnlich schwerwiegenden Verhaltensstörungen als geisteskrank bezeichne, und 2) als "geisteskrank" etikettierte Personen mit Abneigung und Mißtrauen betrachte und von sich fernzuhalten suche. Letzteres führt Sarbin nicht zuletzt auf die negativen Einstellungen der Psychiatrie selbst gegenüber Geisteskranken und die Behandlungsbedingungen in den psychiatrischen Institutionen zurück, in denen der Patient weitgehend seiner sozialen Identität beraubt und als "Nicht-Person" behandelt wird.

Stumme, der in seiner Dissertation (1972) viele dieser Argumente aufnimmt, verweist darüberhinaus auf eine Reihe möglicher methodischer Artefakte bei vielen dieser Einstellungsuntersuchungen, wie beispielsweise eine Beeinflussung der Untersuchungsergebnisse durch die einseitige Erwartung der Forscher, negative Einstellungen finden und bestätigen zu können. Stumme verweist in diesem Zusammenhang wieder auf das Problem der Etikettierung: "... die bisher untersuchten Vorurteile der Laien gegenüber 'Geisteskranken' (sind) nicht identisch mit deren Attitüden zu allen psychisch Kranken, denn aufgrund unterschiedlicher Designata bei Laien und Experten muß die durchgängig anzutreffende Interpretation zurückgewiesen werden, man habe die Vorurteile zu psychisch Kranken allgemein untersucht." (Stumme, 1972, S. 208).

Nach den bisherigen Ausführungen stellt sich die Lage der empirischen Forschung so dar, daß wenig Zweifel an den generell negativen Einstellungen der Bevölkerung gegenüber Geisteskranken besteht, wobei die Anhänger des psychiatrischen Krankheitsmodells dies als Vorurteil gegenüber allen psychisch gestörten und behinderten Personen sehen, während die Anhänger eines soziologischen Devianzmodells dies nur für außerordentlich schwerwiegende Verhaltensstörungen annehmen und glauben, daß darüberhinausgehende Befunde auf methodischen Fehlern oder auf der Generalisierung der negativen Einstellung durch zu umfassende Verwendung des Etiketts "Geisteskrankheit" beruhen.

Die Schlußfolgerungen werden jedoch in der neusten und umfassendsten Publikation auf diesem Gebiet, dem 1974 erschienenen Buch "Contemporary Attitudes toward Mental Illness" von Crocetti, Spiro und Siassi, mit ge-

wichtigen Argumenten widersprochen. Die Autoren, die sich auf eine systematische Analyse, u.a. auch weniger bekannter, empirischer Arbeiten und auf zwei umfangreiche Meinungsumfragen stützen, sind der Meinung, daß sich die herrschende "Ablehnungstheorie", deren Attraktivität sie auf psychologische, standespolitische und wissenschaftssoziologische Faktoren zurückführen, empirisch nicht belegen läßt. Folgende Annahmen der "Ablehnungstheorie" werden systematisch geprüft:

1. Nur schwere Verhaltensstörungen, z.B. Paranoia, werden von Laien als "Geisteskrankheit" bezeichnet
2. Die Bevölkerung ist nicht willens, psychisch Gestörte als "krank" und behandlungsbedürftig zu betrachten
3. Es bestehen außerordentlich negative Stereotypen und Vorurteile gegenüber Geisteskrankheit und Geisteskranken
4. Die Bevölkerung lehnt persönlichen Kontakt mit Geisteskranken ab und besteht auf ihrer Isolierung durch Einweisung in Anstalten
5. Die Bevölkerung wünscht, daß sich der Anstaltscharakter auf Aufbewahrung der Eingewiesenen beschränkt und evtl. strafende Funktionen hat
6. Die Bevölkerung leistet der Reintegration ehemaliger Geisteskranker in konventionelle soziale Rollen Widerstand und erhält maximale Sozialdistanz zu solchen Personen

Die Schlußfolgerung der Autoren lautet: "Diese Annahmen wurden in unterschiedlicher Art und Weise überprüft. Seit 1960 findet sich in der Literatur kein empirisches Forschungsergebnis, das auch nur eine dieser Annahmen eindeutig stützen würde. Die meisten Forschungs-

berichte widersprechen diesen Annahmen. Es ist mihin empirisch nicht mehr zu rechtfertigen, diese Annahmen als Grundlage sozialpolitischer Entscheidungen, als Faktor bei sozialpsychiatrischen Aufgaben, und als Voraussetzung soziologischer Theorienbildung zu betrachten". (S. 145 - 146, Übers. d. Verf.). Crocetti, Spiro und Siassi wenden sich darüber hinaus vor allem gegen den Begriff des Vorurteils gegenüber einer "Gruppe der Geisteskranken" und der Gleichsetzung mit Vorurteilen gegen rassische und ethnische Minderheiten, da psychisch Kranke keine einheitliche Gruppe oder Schicht darstellen und nicht, wie ethnische Fremdgruppen, sichtbar sozial differenzierbar sind. Die Autoren sind der Ansicht, daß der in der Psychiatrie und bei sozialpolitischen Entscheidungsträgern vorherrschende Glauben an die Ablehnung der psychisch Kranken durch die Gesellschaft wahrscheinlich das wichtigste Hindernis auf dem Weg zu einer rational finanzierten, effektiven und umfassenden Versorgung der psychisch Kranken in den USA darstellt. Sie versuchen, anhand eigener empirischer Befunde nachzuweisen, daß zumindest wesentliche Teile der Bevölkerung bereit sind, Personen mit Gemüts- und Verhaltensstörungen zeitweise die Krankenrolle mit allen ihren Implikationen - Sympathie und Suspendierung der moralischen Wertung des Verhaltens - zuzuweisen und plädieren dafür, Einstellungen gegenüber verschiedenen psychischen Störungen und Symptomen zu untersuchen, da es ja auch unterschiedliche Einstellungen zu verschiedenen organischen Krankheiten gibt, statt von einem globalen Konzept der "Geisteskrankheit" auszugehen.

Obwohl in dieser wichtigen Arbeit wesentliche neue Gesichtspunkte und empirische Daten vorgelegt werden, die zu einem Überdenken der bisherigen Positionen führen sollten, wird die Kontroverse über die Einstellungen der Öffentlichkeit zu psychisch Kranken hierdurch keines-

wegs beendet. Zum einen finden sich auch in den hier berichteten empirischen Untersuchungen, die 1960, 1968 und 1970 in Baltimore, teilweise an einer ausgewählten Subpopulation (Mitglieder der Automobilarbeitergewerkschaft) durchgeführt wurden, die methodischen Mängel, die Stumme (1972) sehr zu Recht an vielen dieser Untersuchungen kritisiert; zum anderen fehlt es noch immer an der nötigen Stringenz der Begriffsdefinitionen, die erforderlich scheint, um die Kontroverse zwischen dem Devianzmodell und Krankheitsmodell zu entscheiden.

Selbst wenn es gelänge, aufgrund amerikanischer Untersuchungen zu einer relativ präzisen Charakterisierung zu gelangen, so könnte dies in keinem Falle bedenkenlos auf die Verhältnisse in der Bundesrepublik übertragen und zur Grundlage einer Aufklärungskampagne gemacht werden, da sich gerade bei Stereotypen und Vorurteilen gravierende interkulturelle Unterschiede, auf historischen, soziokulturellen oder politischen Faktoren beruhend, zeigen können. Die vorangegangene Diskussion der einschlägigen Forschung in den USA kann somit nur als Grundlage für die Diskussion empirischer Forschungsansätze auf diesem Gebiet in Deutschland dienen. Leider handelt es sich bei den meisten deutschen Veröffentlichungen zu diesem Thema um theoretische oder sozialkritische Aufsätze, die bestenfalls Anekdoten oder Verweise auf Sekundärliteratur als Belege für negative Einstellungen zu psychisch Kranken beisteuern. In den letzten Jahren sind vor allem drei empirische Arbeiten zu diesem Thema zu nennen: Jaeckel und Wieser (1970), Feldes (1971), Stumme (1972). Die in der DDR durchgeführte Untersuchung von Feldes ist stark methodisch orientiert und beschäftigt sich vor allem mit der Entwicklung einer sozialen Distanzskala, die bei 739 Probanden administriert wurde. Obwohl einige interessante Vergleiche mit ähnlichen Untersuchungen möglich sind, erscheint der

Aussagewert dieser Arbeit sowohl für die Verhältnisse in der Bundesrepublik als auch für eine differenzierte Charakterisierung von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken gering. Die häufig zitierte Umfrage von Jaeckel und Wieser (1970) bei 150 repräsentativ ausgewählten Bremer Bürgern bestätigt weitgehend die Ergebnisse der frühen amerikanischen Untersuchungen, an die sie sich anlehnt: "Das Bild vom Geisteskranken setzt sich also aus negativen Bewertungen seiner Person, einem ihm zugeschriebenen ^{schwachen} Potential und niedriger Aktivität zusammen, es enthält außerdem eine mangelnde Verstehbarkeit die von ihm ausgeht, und eine Unberechenbarkeit seiner Handlungsweisen". (Wieser, 1973, S. 83) Jaeckel und Wieser kommen zu dem Ergebnis: "Man wird also annehmen dürfen, daß es in der Praxis des Alltagslebens die sozialen Störwirkungen des Geisteskranken sind und insbesondere unverständlich erscheinende Schwierigkeiten bei seiner Sanktionierung, die die Basis seiner Beurteilung ausmachen, und die zu seiner Identifizierung führen". (1970, S. 76)

Die Untersuchung von Jaeckel und Wieser ist, ganz abgesehen von der recht geringen Basis von 150 Bremer Respondenten, jedoch nicht frei von methodischen Schwächen (vg. Stumme, 1972). Besonders gravierend ist die ausschließliche Verwendung des Begriffs "Geisteskranker" in dieser Untersuchung, was, wie bereits oben dargestellt wurde, zu Übergeneralisierung von Extremeinstellungen durch Etikettierungswirkungen geführt haben könnte. Die Ergebnisse dieser Untersuchung können somit kaum als Grundlage für Einstellungsänderungsansätze dienen.

Die von Stumme 1969 bis 1971 in Köln und Düsseldorf bei einer Studenten- und einer repräsentativen Bevölkerungsstichprobe durchgeführten Umfragen sind sowohl theoretisch als auch methodisch aussagekräftiger, da

Stumme seine Arbeit auf einer detaillierten Kritik des Einstellungskonzepts als auch der bisherigen psychiatrischen Vorurteilsforschung aufbaut. In einem von der üblichen Vorgehensweise abweichenden Fragebogenaufbau untersuchte Stumme die Bedeutungshaltigkeit verschiedener umgangssprachlicher Bezeichnungen "psychisch abweichenden Verhaltens" und der entsprechenden sozialen Sanktionen. Darüberhinaus ließ er typische Fallschilderungen und Symptombeschreibungen mit Hilfe des semantischen Differentials und umgangssprachlicher Begriffe einschätzen sowie eine Zuordnung von Sanktionen zu Verhaltensweisen vornehmen. Stumme (1972) interpretierte die Ergebnisse der Untersuchung dahingehend, daß der Laie - vor allem wenn er sich umgangssprachlicher Bezeichnungen bedienen kann - über sehr differenzierte Ansichten hinsichtlich des Problemkreises psychischer Erkrankungen verfügt, was den bisherigen Annahmen über starre negative Stereotypen gegenüber der Gesamtheit der psychisch Kranken deutlich widerspricht.

Stumme untersuchte darüberhinaus eine Anzahl von Respondenten aus Berufsgruppen, die direkt oder indirekt mit psychischen Erkrankungen in Berührung kommen (Lehrer, Geistliche, Redakteure, Parlamentarier, Polizeibeamte), und stellte fest, daß sich die Einstellungen dieser Gruppen "so gut wie nicht" von denen der Bevölkerungsstichprobe unterscheiden.

Trotz der wichtigen Ergebnisse dieser Untersuchung wurden hier - wie Stumme selbst bemerkt (S. 202) - keine handlungsrelevanten Einstellungen erhoben. Aufgrund der Zweifel, mit Umfragemethoden solche Einstellungen erfassen zu können, hatte Stumme die zentrale Fragestellung so modifiziert: "...etwas darüber in Erfahrung zu bringen, in welchem Ausmaß der Laie in der Lage ist, den Problemkreis psychisch abweichenden Verhaltens dif-

ferenziert wahrnehmen". Da offensichtlich eine recht differenzierte Wahrnehmung vorliegt, wirft die Arbeit Stummes weit mehr Fragen auf als sie beantworten könnte. So wird man nicht umhin können, statt nach handlungsrelevanten Einstellungen gegenüber der Gesamtheit der psychisch Kranken, Vorstellungen und Verhaltensdispositionen gegenüber spezifischen Untergruppen zu erforschen und dementsprechend eine umgangssprachlich verfügbare Klassifikationsterminologie zu entwickeln. Aus dem hier vorgelegten Literaturüberblick geht hervor, daß es bislang der empirischen Sozialforschung, vor allem in der Bundesrepublik, nicht gelungen ist, eindeutig zu ermitteln, welche emotionalen Störungen und Verhaltensstörungen von der Bevölkerung als Anzeichen einer psychischen oder auch andersgearteten "Krankheit" gesehen werden, welche alternativen Klassifizierungen für abweichendes oder abnormales Verhalten verwandt werden und welche Einstellungen die Bevölkerung den so klassifizierten Personenkreisen gegenüber hegt. Hierbei sind differenzierte Kenntnisse über die kognitiven, affektiven und verhaltensgerichteten Komponenten der Einstellung erforderlich, sowie möglichst gesicherte Hinweise auf die Ursachen und Vermittlungsfaktoren dieser Einstellungen und ihrer soziokulturellen und psychischen Funktionen.

Auch wenn man bereit ist, zuzugestehen, daß es wenig wahrscheinlich ist, daß künftige empirische Untersuchungen positive Einstellungen gegenüber psychisch Kranken zeigen, so kann die Annahme negativer Einstellungen allein nicht ausreichen, um erfolgversprechende Einstellungsänderungsmaßnahmen zu entwickeln.

Wie eine der ersten der außerordentlich wenigen experimentellen Einstellungsänderungsversuche in diesem Bereich, die von Cumming und Cumming (1957) in einer

kanadischen Gemeinde durchgeführte Aufklärungskampagne zeigte, kann das Gegenteil der intendierten Einstellungsveränderung der Fall sein, wenn der Versuch gemacht wird, ohne Kenntnis der Einstellungsstrukturen und der gesellschaftlichen und psychischen Funktionen der spezifischen Einstellungen einen Einstellungswandel herbeizuführen: Die Bewohner der kleinen kanadischen Stadt fürchteten sich vor der Geisteskrankheit und bemühten sich, Anzeichen und Symptome möglichst von sich fernzuhalten. Die in der Aufklärungskampagne enthaltene Information, daß normales und abnormales Verhalten auf einem Kontinuum liegen und sich nicht qualitativ unterscheiden, mußte mithin bedrohlich wirken und zu Ich-Verteidigungs-Reaktionen führen. Dies Beispiel zeigt besonders deutlich, wie wichtig es ist, die Struktur der Einstellung, ihre psychische Funktion und ihre Einbettung in ein umfassendes soziokulturelles Wertesystem zu kennen, bevor ein Versuch zur Einstellungsänderung unternommen wird.

Abgesehen vom Vermeiden solcher Bumerangeffekte, scheint es kaum möglich, konkrete Ziele für den Prozeß des Einstellungswandels und konkrete Mechanismen und Maßnahmen zu entwickeln, ohne präzise Informationen über die jeweils vorliegenden Einstellungssysteme zu besitzen. Es wird daher empfohlen, vor der Entwicklung und Durchführung konkreter Aufklärungsmaßnahmen auf diesem Bereich, ein umfangreiches, mit Hilfe eines interdisziplinären wissenschaftlichen Teams entwickeltes Forschungsprogramm zur Erhebung der gegenwärtigen Einstellung der Bevölkerung der Bundesrepublik zu psychisch Kranken durchzuführen, wobei darauf zu achten ist, daß die oben angedeuteten methodischen Probleme vermieden werden und nicht wiederum lediglich die Konnotationen der Begriffe "Geisteskrankheit" und "Geisteskranker" untersucht werden.

Um im Rahmen dieses Gutachtens dennoch vor Vorliegen einer solchen Untersuchung zu Aussagen über mögliche Maßnahmen zur Einstellungsänderung kommen zu können, sollen im nächsten Abschnitt einige in einer solchen Studie zu erhebenden Einstellungskomponenten beschrieben und Hypothesen zu ihrer Verursachung und Vermittlung diskutiert werden, um sodann konkrete Möglichkeiten zur Veränderung dieser Einstellungskomponenten erwägen zu können.

2. Ursachen und Funktionen der Einstellungen gegenüber psychisch Kranken

An dieser Stelle muß nochmals betont werden, daß in Anbetracht nur bruchstückhaft vorliegender und wenig zufriedenstellender empirischer Daten über die Einstellungen der Bevölkerung zu psychisch Kranken und Behinderten, vor allem in der BRD, an dieser Stelle lediglich Vermutungen geäußert werden können, die sich meist auf die einschlägige Literatur zu diesem Problembereich und allgemein anerkannte sozialpsychologische Annahmen stützen.

In Bezug auf die kognitive oder informationsbezogene Komponente der Einstellungen gegenüber psychisch Kranken ist zu vermuten, daß eine weitgehende Unwissenheit der Bevölkerung über Vorbedingungen und Ursachen der psychischen Krankheiten, der Symptome und des Krankheitsverlaufes, wie auch der Heilungschancen und der zu einer Reintegration in die Gesellschaft erforderlichen sozialen Maßnahmen vorliegt. Durch diesen Mangel an Informationen und konkretem Wissensbestand über psychische Krankheiten werden undifferenzierte stereotype Urteile und die unkritische Übernahme von Fehlinformationen erleichtert. Besonders gefördert wird durch solche Un-

wissenheit auch die Gefahr, aufgrund mangelhafter Informationen falsche Schlußfolgerungen (Fehlattributionen) über die Ursache ungewöhnlicher oder nicht unmittelbar verständlicher Verhaltensweisen anderer Personen zu ziehen.

Die Frage nach den Ursachen dieses weit verbreiteten Unwissens und der daraus folgenden Stereotypen und Fehleinschätzungen führt zu mehreren möglichen Faktoren. Eine der wichtigsten Ursachen ist zweifelsohne die Tabuisierung und Isolierung des psychisch Kranken, die sich in sehr vielen Kulturen und in verschiedenen geschichtlichen Perioden gezeigt hat. Diese Tabuisierung beginnt in der Familie des Kranken, die den Umstand, daß eines der Familienmitglieder psychisch krank oder behindert ist und alle damit zusammenhängenden Informationen möglichst von Nachbarn, Bekannten und Freunden fernzuhalten versucht, da es gemeinhin als Makel aufgefaßt wird, einen solchen Fall in der Familie zu haben. Das Problem wird dadurch besonders brisant, daß man sich angesichts der weit verbreiteten, allerdings kaum wissenschaftlich belegten Annahme der Vererbbarkeit der meisten psychischen Krankheiten nur schwer von einem kranken Familienmitglied völlig dissoziieren kann, wie es beispielsweise im Falle eines kriminellen Delikts eines Familienmitglieds möglich ist, in dem man sich in den eigenen Augen und den Augen der Mitbürger von jeder Verantwortung freisprechen kann. Wenn man berücksichtigt, daß die meisten Bürger, ähnlich wie die Sozialpsychiatrie, annehmen, daß ihre Mitbürger außerordentlich negative Einstellungen gegenüber psychisch Kranken haben, ist der Versuch des Verheimlichens von psychischen Krankheiten, indem man möglichst gar nicht darüber redet, durchaus verständlich.

Diese Einstellung wird verstärkt durch die Isolierung der psychisch Kranken durch die Gesundheits- und Ordnungs-

behörden. Wie bereits weiter oben erwähnt, mag einer der Ursachen der negativen Einstellung gegenüber psychisch Kranken in der negativen Behandlung der psychisch Kranken durch die Gesellschaft zu suchen sein. Die Tatsache, daß psychisch Kranke meist in abgelegenen, zum Teil stark gesicherten Krankenhäusern und Heilanstalten "aufbewahrt" werden, bringt es ebenfalls mit sich, daß die meisten Bürger noch nie direkt mit psychisch Kranken und Behinderten zu tun gehabt haben, geschweige denn mit ihnen interagiert haben. Zu den Schwierigkeiten, überhaupt mit Fällen von Geisteskrankheit direkt in Berührung zu kommen, kommt die ebenfalls weit verbreitete Bemühung, solchen Kontakt möglichst zu vermeiden. Beispiele dafür sind zum einen die mitunter sehr heftigen Proteste von Anliegern und Bürgerinitiativen, wenn neue Heil- oder PflGESTÄTTEN für psychisch Kranke in der Nähe eines Wohnviertels errichtet werden sollen. Dies gilt häufig besonders in Fällen von Institutionen für geistig gestörte oder behinderte Kinder und Jugendliche, da von Seiten der Eltern ein Kontakt ihrer Kinder mit solchen Personen außerordentlich ungern gesehen wird. So zeigte es sich beispielsweise bei der Durchführung einer vom Verfasser betreuten wissenschaftlichen Untersuchung über die Interaktion normaler Kinder mit mongoliden und spastisch gelähmten Kindern an der Universität Gießen, daß es außerordentlich schwierig war, die Eltern der normalen Kinder davon zu überzeugen, daß ihrem Kind kein Schaden dadurch entstehen würde, für etwa eine Stunde mit einem der behinderten Kinder zu spielen. Die Tatsache, daß viele Eltern trotz des wissenschaftlichen Charakters dieser Interaktion nicht bereit waren, ihre Einwilligung zu geben, zeigt, wie wenig Möglichkeiten normale Kinder haben, im Verlaufe des Sozialisationsprozesses mit psychisch Kranken oder gestörten Kindern zusammen zu kommen und eine Einstellung zu diesen Personen aufgrund persönlicher Erfahrung zu entwickeln. Die wenigen Ver-

suche, die in den vergangenen Jahren unternommen wurden, um normale und geistig behinderte Kinder in bestimmten Situationen gemeinsam zu unterrichten oder zumindest zusammen spielen zu lassen, scheinen als Ausnahme eher die Regel totaler Isolierung psychisch Kranker behinderter Kinder zu bestätigen.

Man kann also davon ausgehen, daß der Normalbürger weder im Verlaufe seiner Kindheit und Jugend, noch im Kollegen- oder Bekanntenkreis direkt mit psychischen Erkrankungen in Berührung gekommen ist. Das Wissen, daß er über psychische Krankheiten, deren Ursachen und Heilungschancen hat, bezieht er mithin aus Sekundärquellen. Hier kommen zunächst die im primären Sozialisationsprozeß vermittelten Informationen im Elternhaus und in der Schule in Betracht. Da, wie bereits oben geschildert, der Bereich der psychischen Krankheiten weitgehend tabuisiert ist, kann man nicht damit rechnen, daß in den Familien ausführliche und sachliche Informationen über psychische Krankheiten vermittelt werden. Im Gegenteil ist anzunehmen, daß, wie weiter unten zu schildern sein wird, im Elternhaus und in den "peer groups" in erster Linie verbale Stereotypen zumeist derogierenden Charakters vermittelt werden.

Was die Informationsübermittlung über psychische Krankheiten in der Schule anbetrifft, so wäre auch hier eine umfangreiche empirische Untersuchung angebracht. Angesichts der im allgemeinen recht wenig zufriedenstellenden Gesundheitserziehung in der BRD ist kaum zu erwarten, daß in den Schulen, vor allem in den Grundschulen, Informationen über Ursachenformen und Behandlungsmöglichkeiten für Geisteskrankheiten besprochen werden. Während also im Verlauf der primären Sozialisation kaum sachliche

Informationen über psychische Krankheiten vermittelt werden, liegt hier sicherlich dennoch die Quelle der kognitiven Vorstellungen der meisten Menschen über psychische Behinderungen. Besonders wichtig sind in diesem Zusammenhang die im Verlauf der Spracherlernung übernommenen Ausdrücke zu diesem Bedeutungsbereich und deren Konnotationen. Im Gegensatz zu sachlichen Informationen werden umgangssprachliche Bezeichnungen für psychische Krankheiten und den betroffenen Personenkreis außerordentlich häufig vermittelt, da sie zu einem beliebten Mechanismus der Abwertung, Herabsetzung oder Beschimpfung des anderen dienen. So kann man in der Rangfolge der Schimpfmittel die auf das "Verrücktsein" oder die "Idiotie" des anderen bezugnehmenden Schimpfworte durchaus direkt vor den Analinjurien einreihen. Die Untersuchung dieser Form der Beschimpfung ist psychologisch außerordentlich interessant, da hier die verbreitete Tendenz, Ursachen für uns unverständliches oder unseren Interessen zuwiderlaufendes Verhalten einer Geistesgestörtheit des anderen zuzuordnen, zutage tritt. Da der Mensch, wie von der Psychologie häufig betont, eine sehr starke Tendenz hat, die Ursachen der Phänomene, mit denen er konfrontiert wird, zu kennen, um diese erklären und vorherzusagen zu können, ist leicht zu sehen, warum es eine bequeme Lösungsmöglichkeit ist, im Falle unverständlicher Verhaltensweisen anderer ein "Irresein" sozusagen als Residualkategorie anzunehmen.

Aus psychologischer Sicht erscheint es unumgänglich, diese im Rahmen des durch Spracherwerb innerhalb des Sozialisationsprozesses erworbenen Konzepte und Sprachstereotypen bei dem Versuch der Einstellungsveränderung zu berücksichtigen. Stumme (1972) hat bereits in seiner Arbeit die große Bedeutung der Differenzierungsfähigkeit für verschiedene Symptome und Typen geistiger Erkrankungen

und deren Ausprägungsgrad anhand des dem einzelnen⁴ hierfür zur Verfügung stehenden Vokabulars hingewiesen. Hierbei ist wichtig, daß insbesondere im kognitiven Bereich der Einstellungen sprachliche Faktoren eine überragende Rolle spielen, da sich die Informationen zu einem bestimmten Themenbereich an semantischen Markierungspunkten, in Begriffen und Konzepten, die den semantischen Raum bestimmen, orientieren. Es ist daher durchaus keine nebensächliche Frage, ob in Aufklärungsmaßnahmen, die in Richtung auf einen Vorurteilsabbau hin erwogen werden, Begriffe wie psychische Krankheit oder psychische Behinderung, Geisteskrankheit, Nervenkrankheit o. ä. mehr verwandt werden. Der psychologische Effekt dieser Wortwahl wird sehr stark von den existierenden Konnotationen dieser Begriffe und ihrer Beziehungen zu den von einem großen Teil der Bevölkerung verwandten verbalen Bezeichnungen abhängen.

Es erscheint somit dringend geboten, das Lexikon der populären Bezeichnungen für Geisteskrankheiten und deren Konnotationen in verschiedenen sprachlichen Kontexten zu untersuchen, um die psychologische Reaktion auf die Verwendung bestimmter Begriffe in diesem Zusammenhang voraussagen zu können. Ein zentraler Punkt in diesem Zusammenhang ist die Entscheidung zwischen dem Krankheitsmodell und dem Devianzmodell, wie oben angeführt, da eine Entscheidung für das eine oder andere Modell auch entsprechende sprachliche Konsequenzen mit sich bringen sollte. In Anbetracht der gegenwärtigen Lage der Psychiatrie in Deutschland ist jedoch von einer überwiegenden Akzeptierung des Krankheitsmodells auszugehen, wie es im übrigen auch dem internationalen Stand entspricht. Falls sich die offizielle Gesundheitspolitik für dieses Modell entscheidet, sollte man hieraus auch sprachliche und organisatorische Konsequenzen ziehen und den Bereich der

psychischen Krankheiten und Behinderungen soweit wie möglich der Vorgehensweise bei somatischen Krankheiten anpassen.

Nach diesem Exkurs über die Bedeutung der sprachlichen Bezeichnungen für psychisch Kranke, gilt es, zum Thema der Unwissenheit der Bevölkerung über psychische Erkrankungen und deren Ursachen zurückzukehren. Wir haben festgestellt, daß im Rahmen der primären Sozialisation durch Elternhaus und Schule außerordentlich wenig Information über psychische Erkrankungen vermittelt wird. Eine zweite Möglichkeit der Information im Rahmen des sekundären Sozialisationsprozesses besteht in der Unterrichtung durch die Massenmedien. Obwohl auch hier bis auf ganz wenige Ausnahmen empirische Arbeiten fehlen, kann man doch annehmen, daß die Massenmedien zum überwiegenden Teil keine umfassenden, sachlichen Informationen über psychische Erkrankungen liefern, sondern im Gegenteil häufig die existierenden Stereotypen unterstützen oder gar aufgrund ihrer Berichterstattung oder durch bestimmte Unterhaltungs-sendungen selbst Stereotypen vermitteln. Systematische Inhaltsanalysen von Berichten über psychisch Kranke in der Presse, im Rundfunk und im Fernsehen durch Nunnally in den USA (1961) und Schneider & Wieser (1972) in der BRD haben gezeigt, daß das Bild des Geisteskranken in den Massenmedien häufig noch sehr viel negativer und verzerrter ist, als man es aufgrund der Vorurteile der Bevölkerung erwarten würde. In der Tagesberichterstattung wird der psychisch Kranke häufig in reißerisch und sensationell aufgemachten Berichten als besonders verabscheuungswürdiger Triebtäter und als Gefahr für die Allgemeinheit dargestellt. Diese Art der Berichterstattung läßt sich, wie Wieser (1973) meint, vor allem auf die Art der Berichterstattung bei aktuellen Anlässen, einem von einem psychisch Kranken begangenen Verbrechen oder einem Selbstmord zu-

rückführen, da die Presse meist nur von solchen spektakulären Fällen, von Polizeidienststellen mitgeteilt und von Presseagenturen aufgegriffen, Notiz nimmt, und diese Fälle, da Kriminalberichterstattung im allgemeinen sehr publikumswirksam ist, groß aufmacht. Lediglich in Wochenzeitschriften und Illustrierten finden sich gelegentlich Berichte über psychische Erkrankungen, die weniger auf spektakuläre Einzelfälle als auf die gesellschaftliche Lage der psychisch Kranken, oder neuere wissenschaftliche Entwicklungen bei der Untersuchung der Genese und der Heilungsmöglichkeiten Bezug nehmen. Zu dem Problem, daß in der Tagesberichterstattung häufig nur negative, aufsehenerregende Berichte über psychisch Kranke veröffentlicht werden, kommt die Tendenz, auch in Fällen, in denen die Motive für ein Verbrechen nicht eindeutig sind, auf das Vorliegen von psychischen Erkrankungen zu spekulieren, wobei, wie die Analysen gezeigt haben, mit sehr zweifelhaften, negativ emotional geladenen Bezeichnungen wie "Verrückter, Idiot, Narr, Unhold, Blöder, Kindsverderber, oder Blödling" (Wieser, 1973, S. 74) gearbeitet wird. Hinzu kommt, daß auch in fiktiven Darstellungen, vor allem in Horrorfilmen, das Element des Wahnsinns eine beliebte Rolle spielt. In nicht wenigen Kriminal- und Horrorfilmen findet man den geisteskranken Verbrecher, der schon vom Äußeren her mit irren Blicken, fratzenhaften Gesichtszügen, unzusammenhängender Sprechweise und ungewöhnlichem Verhalten völlig überzeichnet und karikiert dargestellt, eine wesentliche Rolle bei der Erzeugung des Gruselns zu spielen scheint. Eine wissenschaftliche Analyse des Bildes des Geisteskranken in solchen fiktiven Darstellungen wäre auch für die Untersuchung der Vorurteile und Ängste der Bevölkerung sehr aufschlußreich, da die Produzenten von Horrorfilmen natürlich nur dann Erfolg und volle Kassen erwarten können, wenn es ihnen gelingt, die tatsächlich vorhandenen Ängste und Befürchtungen des

Publikums durch eine entsprechend überzogene Darstellung auf der Leinwand schon beim Zuschauen manifest zu machen.

Wenn man zu dem Schluß kommen muß, daß die Berichte der Massenmedien "ein Musterbeispiel an unsachlicher und tendenziös anmutender Berichterstattung" sind und sich das Bild des Geisteskranken in den Medien insgesamt als "wahrhaft inhuman" darstellt (Wieser, 1973, S. 75), so ist kaum anzunehmen, daß das mangelhafte Wissen der Bevölkerung über psychische Erkrankungen durch solche Darbietungen verbessert wird. Es ist im Gegenteil zu befürchten, daß viele der gängigen Stereotypen erst durch die ständige Wiederholung von Horrorgeschichten geprägt werden. Selbst wenn man annimmt, daß die Inhalte der Einstellungen der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken, die gemäßigten und den Stellungnahmen von Experten eher angenähert sind als die überzogenen Bilder der Massenmedien, durch solche Berichterstattung nicht übermäßig beeinflusst werden, so ist doch anzunehmen, daß die zum großen Teil unrealistischen Befürchtungen der Bevölkerung über die von den psychisch Kranken drohende Gefahr durch die Berichte in den Massenmedien ständig gestützt und durch lebhaftes Anschauungsmaterial verdeutlicht werden. (Jäckel & Wieser, 1970, S. 54 - 55)

Es ist zweifelsohne richtig, daß sich in einigen Massenmedien, vor allem in Wochenzeitschriften, im Rundfunk und auch im Fernsehen mitunter informative Beiträge zum Problem der psychischen Erkrankungen finden. Zum einen sind solche Sendungen jedoch wohl außerordentlich selten (vgl. Schneider & Wieser, 1972), zum anderen ist die von diesen Sendungen erreichte Zielgruppe wahrscheinlich recht klein, da solche Informationssendungen vielen Zuhörern und Zuschauern nicht unterhaltsam genug oder als Dokumentationssendung nicht attraktiv genug sind, wie etwa Berichte über Tiere.

Man kann sich mithin des Eindrucks nicht erwehren, daß die öffentlich-rechtlichen Rundfunk- und Fernsehanstalten ihrer Informationspflicht auf diesem Gebiet nicht in dem Maße nachkommen, wie man es aufgrund der gesellschaftspolitischen Bedeutung dieses Themenkreises erwarten müßte. So wurde kürzlich in dem aus Gründen von Einsparungsmaßnahmen auf 30 Minuten Sendezeit geschrumpften Gesundheitsmagazin Praxis (ARD, 11.1.1975) eine Zuschauerfrage nach der Ursache und den Heilungschancen von Hebephrenie mit einigen wenig informativen Sätzen beantwortet und mit dem lakonischen Satz beendet, daß das größte Problem auf diesem Gebiet der Abbau von Vorurteilen in der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken sei. Auf diese Weise und zu einer Sendezeit, zu der ohnehin nur außerordentlich wenige Geräte eingeschaltet sein dürften, ist eine Aufklärung der Bevölkerung wohl kaum zu erreichen. Daß es jedoch in den Fernsehanstalten vereinzelt Bemühungen gibt, die Aufklärung der Bevölkerung über psychische Krankheiten und Behinderungen intensiver zu betreiben, zeigte die Sendung "Unser Walter", auf die weiter unten noch eingegangen werden soll.

Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß das Unwissen der Bevölkerung über psychische Erkrankungen und psychisch Kranke mit dem Fehlen eines direkten Kontaktes zu diesem Bereich und dem entsprechenden Personenkreis sowie durch das Fehlen der Vermittlung geeigneter Informationen sowohl im primären als auch sekundären Sozialisationsbereich zu erklären ist. Die häufig anzutreffenden Fehlinformationen und Fehleinschätzungen beruhen auf einseitiger und verzerrter Berichterstattung, vor allem in der Tages- und Massenpresse und nicht zuletzt auf sprachlich vermittelten Stereotypen und Attributionsprozessen.

In Bezug auf die affektive oder emotionale Komponente

von Einstellungen haben die bisherigen Untersuchungen eindeutig ergeben, daß die Bevölkerung im allgemeinen häufig Abneigung, Furcht, Unbehagen und Unsicherheit in Bezug auf den Problembereich psychische Krankheit empfindet. Die Gründe dafür sind zum wesentlichen Teil auf die oben geschilderten Ursachen für Unwissenheit und Mißverständnisse in Bezug auf psychische Erkrankungen zurückzuführen. Zunächst einmal ist es ein allgemein bekanntes psychologisches Phänomen, daß alles Fremdartige und Unbekannte Furcht erregt, da es eine potentielle, nicht vorausberechenbare Gefahr in sich bergen kann. Da zu dem Fremdartigen und Unbekannten dieser Personengruppe, das in sich schon einen Faktor der Unberechenbarkeit ja eines der Kriterien für die Etikettierung eines Menschen als geisteskrank darstellt, ausgedrückt durch Verhaltensweisen, deren Motive und Ursachen sich nicht mit dem "normalen Menschenverstand" erklären lassen, erscheinen die Emotionen Furcht und Unbehagen und die sich daraus ergebende Abneigung durchaus verständlich. Die aus dieser Unberechenbarkeit resultierenden Probleme der mangelnden Vorhersagbarkeit und der mangelnden Erklärbarkeit der Verhaltensweisen von Geisteskranken werden durch die Tatsache verschärft, daß die üblichen Mechanismen der sozialen Kontrolle durch Sanktionierung im Falle des Verhaltens von Geisteskranken zu versagen scheinen (vgl. Jäckel & Wieser, 1970, S. 76). Solche Ängste und Befürchtungen werden natürlich durch die einseitige Presseberichterstattung, wie oben dargestellt, betont und konkret faßbar gemacht. Hinzu tritt die Möglichkeit, daß in nicht unwesentlichem Maße das Gefühl der Furcht durch die bedrohliche Darstellung geisteskranker Verbrecher in Filmen und ähnlichen fiktiven Darstellungen konditioniert worden ist und sich mit der Bezeichnung Irrer oder Geisteskranker verbunden hat.

In Bezug auf die Verhaltenskomponente der Einstellung gegenüber psychisch Kranken nimmt man im allgemeinen an, daß die Bevölkerung psychisch Kranke meidet, Schwierigkeiten hat, mit solchen Personen zu interagieren, sollte sich einmal die Gelegenheit dazu ergeben, und es möglicherweise versäumt, Hilfe zu leisten. Diese Verhaltensfaktoren äußern sich vor allem, wenn ein aus einer Heilanstalt Entlassener versucht, sich in der Gesellschaft zu reintegrieren, also bei der Suche nach Arbeit, Wohnung und neuen sozialen Beziehungen. Natürlich sind diese Verhaltensfaktoren in erster Linie durch die kognitiven und emotionalen Komponenten der Einstellungen gegenüber psychisch Kranken zu erklären. Hinzu kommt jedoch, daß selbst bei Personen, die relativ positive Einstellungen gegenüber psychisch Kranken haben, häufig aufgrund der fehlenden Erfahrung in der Interaktion mit diesen Personen mangelnde Interaktionskompetenz und dadurch hervorgerufene Unsicherheit besteht. Dieses Phänomen zeigt sich auch sehr deutlich bei der Interaktion von normalen mit behinderten Menschen, da man aufgrund des Andersseins des anderen annimmt, sich auch anders verhalten zu müssen, aber nicht weiß wie. Durch die geringen Erfahrungen mit solchen Interaktionen und durch das Fehlen realistischer Modelle in der sozialen Umwelt oder in der Mediendarstellung sowie aufgrund fehlender Gruppenstandards oder Normen ergibt sich die fehlende soziale Geschicklichkeit in der Interaktion mit psychisch Kranken, die dann häufig zum Vermeiden jeglicher Interaktion führen und somit auch das Fehlen von Hilfeleistungen erklären kann.

Dies bedeutet, daß aufgrund der erwarteten Schwierigkeiten bei einer Interaktion bei psychisch Kranken auch nach einer Genesung die verhaltensorientierte Einstellungskomponente ebenfalls negativ, auf Vermeiden

des Einstellungsobjekts gerichtet, erscheint.

Abschließend sollen die psychischen Funktionen solcher negativen Einstellungen, deren Komponenten und Ursachen besprochen wurden, kurz erwähnt werden. Die in der Sozialpsychologie weitgehend akzeptierte Theorie der Einstellungsfunktionen von Katz (vgl. Mc Guire, 1969) postuliert vier Funktionen von Einstellungen: adaptive Funktion, Wissensfunktion, expressive Funktion und Selbstverteidigungsfunktion. Die Annahme einer adaptiven Funktion von Einstellungen beruht darauf, daß man Einstellungen als Anpassungsmechanismen an die soziale Umwelt sehen kann, mit Hilfe derer zum Beispiel die Identifikation mit anderen erreicht werden kann. Die Folge dieser adaptiven Funktion ist es, daß vor allem häufig eine Angleichung der Einstellungen von einander ähnlichen Personen in Untergruppen oder Subkulturen stattfindet. Aufgrund dieser adaptiven Funktion von Einstellungen ist es auch außerordentlich schwierig, die Einstellung eines Einzelnen isoliert zu ändern, da seine Einstellung hierdurch in Gegensatz zu den Einstellungen seiner sozialen Umwelt geriete. Es ist somit wichtig, bei dem Versuch der Einstellungsveränderung, die Einstellungen möglichst großer Gruppen gleichzeitig zu verändern, wobei besonderer Wert darauf gelegt werden muß, die Einstellungen der Meinungsführer zunächst zu beeinflussen. Hierauf wird noch näher einzugehen sein.

Die Wissensfunktion von Einstellungen bezieht sich darauf, daß Einstellungen, wie wissenschaftliche Theorien, immer den Versuch der Erklärung von beobachtbaren Phänomenen beinhalten. Einstellungen, die ja häufig aufgrund der Beziehung oder des Kontaktes mit dem Einstellungsobjekt entstehen, stellen somit Theorien darüber dar, wie das Einstellungsobjekt zu erklären ist,

wie es zu bewerten ist und wie man sich ihm gegenüber zu verhalten hat. Natürlich sind Einstellungen in diesem Sinne sehr simplifizierte Theorien für komplexe soziale Zusammenhänge, die jedoch gerade durch diese Simplifizierung eine relativ rasche Strukturierung und Einordnung neuer Informationen und somit die Fähigkeit, Stabilität in einer sich ständig verändernden Welt zu bewahren, gewährleisten. Aufgrund der Bedeutung dieser Stabilisierung, die durch die Simplifizierung der wahren Zusammenhänge durch Einstellungen erreicht wird, entsteht auch die häufig anzutreffende Intensivität der Einstellungen gegenüber neuen Informationen, die eigentlich eine Einstellungsänderung mit sich bringen müßten. Da Einstellungen ohnehin relativ grobe Raster darstellen, reichen wenige und nicht besonders eindrucksvolle Invalidierungen der Grundannahmen, auf der eine Einstellung beruht, nicht aus, um diese Einstellungen zu verändern. Dies wird erst dann der Fall sein, wenn sich die auf den Einstellungen basierenden Verhaltensentscheidungen als dysfunktional für die Anpassung an die Umwelt herausstellen, dann nämlich, wenn sie die soziale Realität über längere Zeiträume hinweg falsch widerspiegeln.

Die expressive Funktion oder Ausdrucksfunktion der Einstellungen bezieht sich auf die Tatsache, daß Einstellungen häufig dazu dienen, die Verhaltensweisen des Einzelnen sozusagen im Nachhinein zu rechtfertigen. Ein großer Teil der neueren sozialpsychologischen Theorien über Einstellungsänderungen beruht auf der Annahme, daß Einstellungen verhaltensunterstützende Wirkung haben, daß also Einstellungsänderungen erreicht werden können, indem man zuvor mit Hilfe subtiler Einflußnahme Änderung von Verhaltensweisen erzwingt. Mit Hilfe dieser Recht-

fertigungsfunktion der Einstellungen erreicht der Einzelne eine Selbstdefinition im Sinne von Erklärungsmöglichkeiten für die eigenen Verhaltensweisen.

Die letzte Einstellungsfunktion, die Selbstverteidigungsfunktion, beruht darauf, daß Einstellungen häufig in erster Linie nicht eine Beziehung zum Einstellungsobjekt ausdrücken, sondern es dem Individuum erlauben, im Sinne intrapsychischer Konfliktbewältigung innere Harmonie zu bewahren, indem beispielsweise Aggressionen auf Außengruppen abgelenkt werden, gesellschaftlich akzeptable Wünsche und Vorstellungen für tabuisierte substituiert werden und ähnliches mehr.

Während manche Einstellungen nur eine dieser Funktionen erfüllen, wird von Vorurteilen angenommen, daß auf sie alle geschilderten Funktionen zutreffen (Mc Guire, 1969). Dies macht verständlich, warum der Abbau von Vorurteilen mit Hilfe von Einstellungsveränderungsversuchen solch große Schwierigkeiten bereitet.

Häufig, wie in dem oben geschilderten Beispiel von Cumming & Cumming (1957) berücksichtigt man die Funktionen der Einstellung, die man zu verändern sucht, nicht, und erreicht dann oft eine Verfestigung dieser Attitüden anstatt einer Veränderung. In Bezug auf die Einstellung gegenüber psychisch Kranken ist anzunehmen, daß die adaptive Funktion dadurch erfüllt wird, daß man sich mit der großen Mehrzahl der Mitmenschen in der Beurteilung von Phänomenen der "Verrücktheit" oder des Wahnsinns einig weiß. Ein Mechanismus, mit Hilfe dessen man diese grundlegende Übereinstimmung der Einstellungen gegenüber diesem Bereich demonstrieren kann, ist der Irrenwitz, der es erlaubt, auf immer neue Weise das verbindende

Element des Überlegenheitsgefühls gegenüber "den Irren" herauszustellen. Um die, die gegenwärtigen Einstellungen stützende Anpassungsfunktion zu umgehen oder für das Ziel der Einstellungsänderung einsetzen zu können, ist es somit erforderlich, dem Einzelnen das Gefühl zu geben, daß sich die Einstellung der Gesellschaft um ihn herum wandelt, so daß eine Anpassung im Sinne einer positiveren Einstellung erforderlich wird. Eine wesentliche Rolle spielt hierbei die Behandlung des psychisch Kranken durch die entsprechenden Institutionen der Gesellschaft, da dies eine der Informationsquellen des Einzelnen über die Bewertung dieser Personengruppe in der Gesellschaft, also eine Widerspiegelung der allgemeinen Attitüden, darstellt.

Bei der Wissensfunktion der Einstellung gegenüber psychisch Kranken muß gegenwärtig davon ausgegangen werden, daß die Informationen, die der Bürger über die Verhaltensweisen psychisch Kranker erhält (in erster Linie durch Berichterstattung in der Tagespresse) durch seine Einstellungen erklärt werden müssen, um das Gefühl, daß die eigenen Einstellungen eine Strukturierung und ein Verständnis der wahrgenommenen Informationen erlauben, zu bewahren. Diese Wissensfunktion der Einstellungen wird mithin solange keine Änderung erlauben, wie sich die Informationen über die Verhaltensweisen psychisch Kranker nicht ändern. Mit anderen Worten, man kann nicht erwarten, daß sich positive Einstellungen aufgrund von Aufklärungsmaßnahmen entwickeln können, deren Aufgabe es dann wäre, nach wie vor negative und furchterregende Berichte in den Medien verstehen und einordnen zu können. Erst wenn neue Informationen über psychisch Kranke und ihre Verhaltensweisen vorliegen, erscheint es aufgrund der Wissensfunktionen der Einstellungen möglich, positivere, diesen neuen Informationen

angepaßte, Einstellungen entwickeln zu können.

Die expressive oder Selbstausdrucksfunktion von Einstellungen hat besonders bei dem Versuch der Einstellungsänderung gegenüber psychisch Kranken potentiell außerordentlich große Bedeutung. Da anzunehmen ist, daß trotz negativer Einstellungen ein gewisses Schuldgefühl und Mitleid gegenüber dem Schicksal dieser Bevölkerungsgruppe vorliegt, würde ein durch eine Aufklärungskampagne erhöhtes Pflichtgefühl zur Hilfeleistung bei gleichzeitig bestehender Abneigung und mangelnder Möglichkeiten zur Hilfe u.U. eine Verstärkung der negativen Einstellungen mit sich bringen können, um das eigene Verhalten, also das Unterlassen von Hilfeleistungen und die weitgehende Abkapselung, zu rechtfertigen. Bei dem Versuch einer Einstellungsänderung sollte somit auch die Möglichkeit geprüft werden, Vorschläge für mögliche Verhaltensweisen anzubieten, die durch die veränderten Einstellungen eine Rechtfertigung erfahren könnten.

Bei der Selbst- oder Ichverteidigungsfunktion von Einstellungen gegenüber psychisch Kranken ist der Faktor der Abgrenzung des Selbst von solchen Personengruppen nicht zu unterschätzen. Je mehr es mir meine Einstellungen erlauben, die Gruppe der psychisch Kranken als abnorme Außenseiter zu sehen; desto unwahrscheinlicher wird die Annahme, daß man selbst oder ein Angehöriger der eigenen Familie von einer solchen Krankheit bedroht sein könnte. Wie die Untersuchung von Cumming & Cumming (1957) gezeigt hat, kann der Versuch einer Verharmlosung des Unterschiedes zwischen Normalen und psychisch Kranken ebenfalls zu einer Verhärtung negativer Einstellungen führen, da hier die schützende Schranke durchbrochen wurde, ohne andere Möglichkeiten

der Ichverteidigung im Hinblick auf die Möglichkeit eigener Erkrankung bereitzustellen.

— Die Schlußfolgerungen für einen Versuch, Einstellungen gegenüber psychisch Kranken aufgrund dieser theoretischen Analyse ihrer psychischen Funktionen zu verändern, lassen sich folgendermaßen zusammenfassen:

1. Einstellungsänderungen werden nur dann eintreten, wenn der Einzelne das Gefühl hat, sich veränderten Gegebenheiten bei der Einschätzung und Behandlung von psychisch Kranken in der Gesellschaft und einem insgesamt positiveren Einstellungsklima, vor allem bei den Meinungsführern, anpassen zu müssen.
2. Veränderte Einstellungen gegenüber psychisch Kranken müssen es dem Einzelnen ermöglichen, die ihm bekanntwerdenden Informationen über psychisch Kranke und ihre Verhaltensweisen einordnen und erklären zu können, d.h. die einstellungsbezogenen Annahmen und Bewertungen müssen Ursachen und Motive der Verhaltensweisen von psychisch Kranken und der mit ihrer Betreuung beauftragten Personen verständlich erscheinen lassen. Hier ist insbesondere darauf zu achten, daß die zu verarbeitenden Informationen nicht so einseitig negativ und verzerrt dargestellt werden wie gegenwärtig in der Massenpresse, um den Erfolg einer Einstellungsveränderung nicht zunichte zu machen.
3. Veränderte Einstellungen des Einzelnen müssen mit seinen Verhaltensweisen konsistent sein. Bei dem Versuch, Einstellungen zu verändern, sollten somit Möglichkeiten für entsprechende praktikable Verhaltensänderungen aufgezeigt werden. Es ist

zu prüfen, ob es nicht leichter ist, Verhaltensänderungen mit Hilfe verschiedener Strategien herbeizuführen und indirekt Einstellungsänderungen zur Rechtfertigung der neuen Verhaltensweisen zu erreichen.

4. Durch den Versuch der Einstellungsänderung darf keine Bedrohung des intrapsychischen Gleichgewichts oder eine Verstärkung z.T. unbewußter Ängste und Befürchtungen herbeigeführt werden. Sollte diese Gefahr bestehen, sollte die Möglichkeit der Bereitstellung alternativer Ichverteidigungsmechanismen erwogen werden, um eine Verhärtung der ursprünglichen Einstellungen zu vermeiden.

Diese kurze Übersicht sollte zeigen, wie komplex die Ursachen und Funktionen der Einstellungen der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken und Behinderten sind. Dabei sollte besonders herausgestellt werden, daß blinde Aufklärungskampagnen im Stil von Werbefeldzügen in Anbetracht der Komplexität der psychologischen Hintergrundfaktoren eher schaden als nützen können. Der Versuch einer isolierten Veränderung interpersonaler Einstellungen gegenüber einer gesellschaftlichen Randgruppe ohne eine gleichzeitig erfolgende oder zumindest in Ansätzen sichtbare Veränderung des gesellschaftlichen Stellenwerts, der Lebensbedingungen und der Wertschätzung dieser Gruppe sowie der Informationsverbreitung über sie in den Massenmedien ist m.E. von vorneherein zum Scheitern verurteilt. Es ist zu hoffen, daß diese Diskussion gezeigt hat, in welchem Maße Einstellungen die Anpassung des Individuums an seine soziale Umwelt zur Aufgabe haben. Es ist daher nicht verwunderlich, daß Einstellungen sehr stark auf Veränderungen der sozialen Umwelt reagieren, um diese Anpassungsfunktion gewähr-

leisten zu können. Überspitzt könnte man sagen, daß jede Gesellschaft die Einstellungen produziert, die sie verdient.

Darüberhinaus sollte deutlich werden, daß man nicht abstrakt von Vorurteilsabbau, Stereotypenbeseitigung und Verbesserung negativer Einstellungen sprechen kann, sondern verschiedene Aspekte der Einstellungskomponenten und ihre Ursachen in Betracht ziehen muß - wie etwa die Informationen über psychische Erkrankungen, die Bedeutung sprachlicher Phänomene bei der Differenzierung und Bezeichnung von Symptomen und Krankheitstypen, kognitive Aspekte der Motivsuche und Ursachenattributionen für abweichendes Verhalten, die emotionalen Reaktionen auf Fremdartigkeit und Unberechenbarkeit und die hierdurch, wie auch durch mangelnde Interaktionskompetenz zu erklärenden, auf Meidung dieser Personengruppe gerichteten Verhaltensdispositionen. Bei dem Versuch der Einstellungsänderung müssen somit geeignete Mittel gefunden werden, um alle diese Faktoren in entsprechender Weise zu beeinflussen. Es reicht nicht aus, wie bei der Waschmittelwerbung Bekanntheitsgrad und Sympathiewirkung zu steigern. Eine der wichtigsten Aufgaben ist daher die Formulierung eines detaillierten Zielkatalogs in Bezug auf die gesellschaftspolitisch wünschenswerten Einstellungen und Verhaltensweisen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten und der Berücksichtigung der verschiedenen Einstellungskomponenten und ihrer Interrelationen.

3. Allgemeine Ziele von Aufklärungsmaßnahmen und spezifische Zielgruppen

Im diesem Abschnitt sollen, bevor konkrete Maßnahmen zur Einstellungsveränderung besprochen werden,

einige allgemeine Ziele, die in Bezug auf die Einstellung und Verhaltensdisposition der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken und Behinderten sozial- und gesellschaftspolitisch wünschenswert erscheinen, zusammengestellt werden. Ein solcher Zielkatalog in Bezug auf Bevölkerungsreaktionen müßte, wie mehrfach erwähnt, durch ähnliche Zielkataloge in Bezug auf die Verbesserung der Lage der psychisch Kranken und ihrer Versorgung, Änderungen in der Berichterstattung der Massenpresse u.ä.m. ergänzt werden. Vorschläge in dieser Beziehung, vor allem von seiten der Sozialpsychiatrie, liegen bereits seit längerer Zeit vor, so daß man sich hier auf die im Hinblick auf die Reaktion der Bevölkerung anzustrebenden Ziele beschränken kann. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit kann man folgende Ziele von Aufklärungs- und Informationsmaßnahmen aufstellen:

1. Kenntnis der wesentlichen Typen psychischer Erkrankungen und adäquater sprachlicher Bezeichnungen hierfür (Voraussetzung dafür ist natürlich, daß man sich zunächst in der Psychiatrie, in der Psychologie und im Gesundheitswesen auf eine eindeutige Terminologie festlegt). Wissen um die Problematik umgangssprachlicher Bezeichnungen und deren Konnotationen.
2. Kenntnis der wesentlichsten Symptome der wichtigsten psychischen Erkrankungen und Behinderungsformen, vor allem in Bezug auf die Störung des sozialen Verhaltens und der Sanktionierbarkeit abweichenden Verhaltens, um entsprechende Verhaltensweisen besser verstehen und voraussagen zu können. Verständnis für die empirischen und rechtlichen Aspekte des Zusammenhanges zwischen psychischen Störungen, Verhaltensstörungen und Kriminalität.

3. Einsicht in die möglichen Ursachen psychischer Erkrankungen, einmal durch Abbau hartnäckiger Falschinformationen (mit teilweise abergläubischem Charakter - z.B. Folgen der Onanie!), zum anderen Betonung der Multikausalität vieler Erkrankungen und der wichtigen Rolle sozio-emotionaler Ursachen. Aufzeigen und Objektivierung eigener Ängste über die Möglichkeit psychischer Erkrankung, Aufklärung über die Beziehungen zwischen Nervenleiden und psychischen Erkrankungen, Wissen um mögliche Vorbeugemaßnahmen.
4. Kenntnis der wesentlichen Behandlungsmethoden und Entmythologisierung des "Seelendoktors" (nicht zuletzt um auch eine positivere, sachlichere Einstellung zur Psychiatrie und den Psychiatern zu erreichen) und der Forschungsvorhaben in diesem Bereich (wie es in der somatischen Medizin, z.B. bei der Krebsforschung, teilweise ja schon der Fall ist). Weitergehende Informationen über die Zustände in psychiatrischen Krankenhäusern und Unterschiede in verschiedenen Versorgungsinstitutionen, ambulanter Behandlung, etc. Wissen um das Sozialverhalten von Patienten (z.B. Gruppentherapie, etc.). Realistischere Einschätzung von Erfolgs- und Rückfallquoten, Wissen um die Voraussetzungen eines langfristigen Heilerfolges.
5. Besseres Verständnis der Bedeutung der gesellschaftlichen Reintegration und der dieser entgegenstehenden Schwierigkeiten wie Stigma der Institutionalisierung, Schwierigkeiten bei Arbeits- und Wohnungsbeschaffung, Probleme in interpersonellen Beziehungen.
6. Einsicht in die eigenen emotionalen Reaktionen

gegenüber Behinderten aller Art und Randgruppen im allgemeinen und der Ursachen hierfür (Fremd-
artigkeit, Unberechenbarkeit, etc.), Beseitigung
unbewußter Schuldgefühle, die zu Ichverteidi-
gungsreaktionen führen könnten.

7. Resistenz gegen den Einfluß von Medienstereo-
typen, Einsicht in den Prozeß der Berichter-
stattung und der Aufmachung von Nachrichten in
der Massenpresse, Verdeutlichung der Attributi-
onsprozesse, die aus einseitiger Nachrichten-
vermittlung resultieren.
8. Familiarität mit Verha'tensweisen und Aussehen
von Behinderten und dadurch Desensitivierung
der emotionalen Reaktion. Wecken von Mitleid
und Sympathie durch Betonung des Leidens und
der menschlichen Schicksale.
9. Erhöhen der Interaktionskompetenz mit Behinder-
ten durch Verminderung der Angst, etwas Falsches
zu tun oder verletzend zu wirken.
10. Internalisierung sozialer Normen der Verant-
wortlichkeit und der Hilfsbereitschaft gegen-
über behinderten Mitbürgern.
11. Bewußtheit über die Möglichkeiten, durch Ände-
rung des eigenen Verhaltens zu helfen oder Ver-
besserungen zu erreichen (oder zumindest keine
zusätzlichen Probleme zu schaffen, wie z.B. bei
dem Protest gegen Heime und Behandlungsstätten).
Verständnis für und Unterstützung der erfor-
derlichen politischen Maßnahmen, evtl. Beein-
flussung der politischen Entscheidungsträger.

Zusammenfassend kann man mithin sagen, daß durch
Aufklärungsmaßnahmen in erster Linie bessere sachliche
Informationen über Arten, Symptome, Ursachen und Be-

handlungsmöglichkeiten psychischer Krankheiten, neutrale emotionale Reaktionen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten und eine Betonung der sozialen Verantwortlichkeit und der Normen der Hilfsbereitschaft erreicht werden sollten. Wenn auch, wie eingangs argumentiert wurde, einer groß angelegten Aufklärungskampagne einer Untersuchung der empirisch aufweisbaren Einstellungen der Bevölkerung vorausgehen sollte, so kann man jedoch davon ausgehen, daß die hier skizzierten Ziele in jedem Falle erstrebenswert und wohl bislang auch nur sehr geringfügig erreicht sind.

Man sollte sich jedoch vor der Fiktion hüten, daß es möglich sei, mit Hilfe einer Serie von Aufklärungs- und Informationskampagnen in den Massenmedien kurzfristig eine tiefgreifende Veränderung der Einstellungen und Verhaltensweisen der Bevölkerung in Richtung auf diese Ziele hin erreichen zu können. Wie unten noch ausführlich darzustellen sein wird, haben die bisherigen Erfahrungen mit sozialen Einflußversuchen über die Massenmedien nur außerordentlich selten den angestrebten Erfolg gezeitigt und es hat sich immer wieder gezeigt, daß im Laborversuch durchaus erfolgreiche sozialpsychologische Mechanismen der Einstellungsveränderung in realistischen Felduntersuchungen wenig oder gar keine Wirkung hatten (Mc Guire, 1969; Weiss, 1969). Besonders deutlich wird dies im Falle der Wahlpropaganda, wo in Anbetracht der erheblichen Mittel, die hier aufgewendet werden, außer der Beeinflussung unentschiedener oder gleichgültiger Wähler, nur selten festgefügte Einstellungen verändert werden können (Sears, 1969).

Es ist daher zu erwägen, ob nicht statt einer breit gezielten Aufklärungskampagne für die Bevölkerung insgesamt, auf einzelne, besonders relevante Zielgruppen

zugeschnittene Methoden der Einstellungs- und Verhaltensänderung eingesetzt werden sollten. Obwohl eine langfristige Verbesserung der Einstellung der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken und Behinderten zur Verbesserung der Lage dieses Personenkreises wesentlich beitragen könnte, erscheinen Einstellungsänderungen bei gesellschaftlichen Gruppen, die mittelbar oder unmittelbar mit der Betreuung der Behinderten befaßt sind, kurzfristig wesentlich bedeutsamer als auch praktikabler. Im folgenden sollen einige konkrete Zielgruppen für solche Maßnahmen aufgeführt werden.

Besonders wichtig erscheinen solche Maßnahmen für die Gruppe des psychiatrischen Pflegepersonals, also der Schwestern, Pfleger und Helfer, die mit den psychisch Kranken und Behinderten in Institutionen für stationäre und ambulante Behandlung unmittelbar zusammentreffen, und deren Interaktion mit den Patienten wohl den größten Teil der Beziehungen dieser Personengruppe mit der Außenwelt ausmachen. Während es in den USA bereits eine sehr große Zahl von ^{Untersuchungen der} empirischen Einstellungen des Pflegepersonals zu den Patienten gibt, sind ähnliche Informationen für die BRD nur vereinzelt zu finden (De Carozzo, 1971). Die amerikanischen Untersuchungen, in denen bereits seit langem standardisierte Einstellungsmeßinstrumente verwandt werden (vgl. Rabkin, 1972) zeigen, daß verschiedene Berufs- und Ausbildungsgruppen deutliche Unterschiede in ihren Einstellungen gegenüber den Patienten zeigen und daß Alter und Ausbildungsstand ebenfalls in Beziehung zu den Einstellungen des Personals stehen. Von besonderem Interesse ist in diesem Zusammenhang die in vielen amerikanischen Untersuchungen getroffene Unterscheidung zwischen einer in erster Linie auf Rehabilitation und gesellschaftliche Reintegration gerichtete, humanitäre Einstellung

("humanitarianism") und einer vorwiegend auf Aufbewahrung und Verschluß der Patienten gerichteten Einstellung ("custodialism"). Viele dieser Befunde beziehen sich über die engere Gruppe des Pflegepersonals auch auf die Gruppe der Ärzte, Psychologen, Sozialarbeiter, etc., der "mental health workers" im allgemeinen. Wie auch die deutschen Untersuchungen gezeigt haben (Jaeckel & Wieser, 1970), ist auch die Einstellung der Experten der ihnen anvertrauten Gruppe gegenüber durchaus nicht immer positiv. Es erscheint somit von besonderer Bedeutung, zunächst einmal im Bereich der Versorgung der psychisch Kranken und Behinderten selbst, Einstellungsveränderungen bei den verschiedenen Gruppen der für die Betreuung und Behandlung zuständigen Personenkreise zu erzielen.

Dies muß in gleicher Weise auch für die in den Gesundheits- und Sozialverwaltungen tätigen öffentlichen Bediensteten gelten, in deren Tätigkeitsbereich Entscheidungen und Maßnahmen, die Behinderte betreffen, fallen. Auch hier existieren gegenwärtig für die Situation in der Bundesrepublik keinerlei empirische Anhaltspunkte. Unsystematische Beobachtungen und Erfahrungen, die im Verlauf einer Vorstudie des Gutachters und seiner Forschungsgruppe über Interaktionen von Bürgern und Beamten im sozialen Infrastrukturbereich im Rahmen eines Schwerpunktforschungsprogramms des Bundesministeriums für Forschung und Technologie gemacht wurden, deuten jedoch darauf hin, daß die Einstellungen und Informationen über die sog. "Nerven- und Gemütskranken" in diesem Bereich nicht sehr viel positiver sind als die der Bevölkerung insgesamt (vgl. auch Stumme, 1972), so daß auch hier systematische Einstellungsveränderungsmaßnahmen dringend geboten erscheinen. Maßnahmen dieser Art sollten jedoch nicht auf den unteren Verwaltungsbereich, etwa auf Gesundheitsämter und

Sozialarbeiter beschränkt bleiben, sondern sich auch auf die Entscheidungsträger in der Sozialverwaltung, etwa die Träger der psychiatrischen Landeskrankenhäuser, die Ministerialbürokratie in den Sozialministerien, aber auch auf die Politiker in den Parlamenten erstrecken. Es ist anzunehmen, daß die Lage der psychisch Kranken und Behinderten in unserer Gesellschaft durch Einwirkung politischer Entscheidungen, die auf dieser Ebene getroffen werden, am schnellsten und nachhaltigsten beeinflusst werden können (vgl. Stumme, 1972).

Schließlich sind auch die Personenkreise, die außerhalb des öffentlichen Gesundheits- und Sozialverwaltungswesens in unmittelbarem Kontakt mit psychisch kranken und behinderten Menschen stehen, in die Reihe konkreter Einstellungsveränderungsmaßnahmen einzubeziehen. Eine besonders wichtige Rolle spielen in diesem Zusammenhang die Einstellungen der Verwandten von psychisch Kranken und Behinderten, da anzunehmen ist, daß den aus solchen Einstellungen resultierenden Verhaltensweisen dieser Personen gegenüber dem Behinderten in einem intimen sozialen Kontext besondere Bedeutung für die Ausbildung und Verlaufsform seiner Krankheit, die Heilungschancen und die Reintegration in die alten sozialen Netzwerke zukommen. In Anbetracht dieser bedeutsamen Rolle der Einstellungen und Verwandten und Bekannten ist die außerordentlich geringe Zahl einschlägiger Arbeiten auf diesem Gebiet recht erstaunlich (Rabkin, 1972). Vor allem finden sich in der Literatur kaum Berichte über Versuche, die Einstellungen von Verwandten im Hinblick auf einen besseren und dauerhaften Heilerfolg zu beeinflussen.

Eine weitere Zielgruppe für Einstellungsverände-

rungsmaßnahmen, die sehr gezielt in Richtung auf konkrete Ziele bei der Reintegration von psychisch Kranken und Behinderten beeinflußt werden könnte, sind potentielle Arbeitgeber für Personen, die aus Heil- und Pflegeanstalten entlassen werden. Vor allem in Zeiten von Konjunkturschwächen und hohen Arbeitslosenzahlen sollten besondere Bemühungen darauf gerichtet werden, die Arbeitgeber davon zu überzeugen, daß Arbeitnehmer, mit einer "klinischen Vergangenheit" nicht zuerst entlassen oder gar nicht erst eingestellt werden sollten. In diesem Zusammenhang sind besonders sorgfältige Informationen über die Symptome verschiedener Krankheits- und Behinderungsarten, der dadurch bedingten Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit, der Behandlungserfolge und der Bedeutung einer erfolgreichen Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß anzustreben.

Bislang wurden besonders Zielgruppen aufgeführt, bei denen Einstellungsveränderungen aufgrund ihrer unmittelbaren Beziehungen zu psychisch Kranken und Behinderten besonders bedeutsam erscheinen. Aber auch für relativ unbeteiligte Personengruppen lassen sich Kriterien angeben, die sie für eine vorrangige Behandlung im Verhältnis zur Bevölkerung insgesamt qualifizieren. Hier ist besonders die Gruppe der Kinder- und Jugendlichen, vor allem die Schüler in den verschiedenen Schultypen zu nennen. Angesichts der Tatsache, daß ein wesentlicher Teil der sozialen Einstellungen im primären Sozialisationsprozeß, vor allem auch in der Schulzeit und mit Hilfe von in der Schule vermittelten Informationen erworben wird, sollte man keine Zeit verlieren, im Hinblick auf die Gestaltung von Unterrichtsrichtlinien, etwa in den Fächern Sozial- und Gesellschaftskunde aber auch für Biologie und Psychologie,

Maßnahmen in Richtung auf die oben angeführten Ziele zu ergreifen. Auch den Gruppen der "Vermittler" einschlägiger Informationen, wie Lehrer, Pfarrer, Journalisten, Redakteure, etc. ist besondere Aufmerksamkeit bei Einstellungsänderungsmaßnahmen zu widmen.

4. Empirische Untersuchungen über die Erfolge von Aufklärungskampagnen

In Anbetracht der von der Sozialpsychiatrie bereits seit vielen Jahren vorgebrachten Forderung nach einer weitgehenden Aufklärung der Bevölkerung über Symptome und Ursachen psychischer Krankheiten und möglicher Heilungschancen, würde man eine recht große Anzahl von empirischen Evaluationsuntersuchungen über die Erfolge solcher Aufklärungskampagnen, die vor allem in den USA unter der Bezeichnung "mental health education" unternommen worden sind, erwarten. Das Gegenteil ist jedoch der Fall. Selbst eine gründliche Durchsicht der relevanten Literatur fördert nur außerordentlich wenige empirische Untersuchungen über Aufbau, Anwendung und Erfolge von Maßnahmen für die Aufklärung der Bevölkerung über psychische Krankheiten und zum Vorurteilsabbau zu Tage.

Seit der ersten umfassenden Untersuchung dieser Art im Jahre 1951 in Kanada (Cumming & Cumming, 1957) hat es keinen ähnlichen Versuch gegeben, die Auswirkungen von Informationskampagnen mit Hilfe experimenteller Techniken im Feld, d.h. in einer größeren Bevölkerungsgruppe, wie einer Gemeinde, und nicht im Labor, zu untersuchen. Die Cummings hatten ihre Studie als Feldexperiment in "mental health education" in zwei Kleinstädten in Kanada mit ca. 1 500 Einwohnern konzipiert, wobei die Bevölkerung in einer der kleinen Städte einer mit Hilfe der Massenmedien durchgeführten intensiven Informationskampagne (unter Verwendung von Aufklärungs-

filmen und Gruppendiskussionen) ausgesetzt wurde, während die Bewohner der zweiten Stadt als Kontrollgruppe dienen sollten und keinerlei Informationen erhielten. Die Aufklärungsmaßnahme, die sich über einen Zeitraum von 6 Monaten erstreckte, sollte positivere Einstellungen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten herbeiführen, wobei vor allem zwei Dimensionen beeinflußt werden sollten: Die soziale Distanz gegenüber und die soziale Verantwortung für die psychisch Kranken in der Bevölkerung.

In den Filmen und Gruppendiskussionen wurde versucht, die Bevölkerung davon zu überzeugen, daß erstens die Variationsbreite normalen Verhaltens breiter ist als meist angenommen, zweitens, daß abweichendes Verhalten nicht zufällig ist, sondern analysierbar und modifizierbar ist und drittens, daß sowohl normale als auch anormale Verhaltensweisen auf einem Kontinuum angesiedelt und nicht qualitativ unterschiedlich sind. Die Einstellungen der Bevölkerung in den Kleinstädten wurden vor und nach der Aufklärungskampagne mit Fragebögen zu ihren Einstellungen über psychisch Kranke befragt, wobei die beiden Dimensionen der sozialen Distanz und der sozialen Verantwortung mit Hilfe von Guttman-Skalen gemessen wurden. Die Ergebnisse zeigten, daß die Informationskampagne keinerlei Erfolg in Richtung auf Erzeugung einer positiven Einstellung hatte, sondern im Gegenteil, zu einer negativen Reaktion der Bevölkerung und einer Ablehnung der Kampagne führte.

Die Untersuchung ist häufig dahingehend interpretiert worden, daß die Einstellung der Bevölkerung gegenüber psychisch Kranken in einem ausgedehnten Wertesystem verankert ist, so daß es fast unmöglich erscheint, eine einzelne Einstellung getrennt von diesem Wertesystem zu verändern. Ein Versuch in dieser Richtung,

in dem wie in der Studie der Cummings zusätzlich die bedrohliche Möglichkeit aufgewiesen wird, daß das eigene Verhalten von dem psychisch Kranker gar nicht soweit entfernt sei, führt daher notwendigerweise zu dem oben bereits angeführten Bumerang-Effekt. Obwohl man methodische Schwierigkeiten dieser frühen Untersuchung (so wurden nur zwischen 50 - 60 % der Bevölkerung in der "experimentellen" Kleinstadt befragt, wobei keine Informationen über die Charakteristika der Nicht-Befragten existieren) in neueren Untersuchungen mit modernen Sozialforschungstechniken durchaus vermeiden könnte, hat es bislang keine vergleichbare Feldsstudie gegeben, die versucht hätte, die Erfolge einer Aufklärungskampagne dieser Art zu untersuchen.

Eine ausführliche Literatursuche, zum Teil mit computergestützten Suchverfahren in den USA und in der BRD, in dieser Richtung war ohne Ergebnis. Gespräche mit Vertretern des Advertising Council in den USA und Anfragen an die Dokumentationsstelle des National Institute of Mental Health haben ebenfalls keinerlei Anhaltspunkte auf Feldexperimente dieser Art oder zumindest Versuche der sozialwissenschaftlichen Evaluation von Aufklärungskampagnen in diesem Bereich ergeben. In einschlägigen Fachzeitschriften finden sich lediglich einige wenige qualitative Schilderungen von Fernseh-Talkshows, in denen Probleme der Psychohygiene in gemeinverständlicher Sprache diskutiert werden, wobei Anrufe des Publikums möglich sind (vgl. Bohleber & Kenner, 1972).

Die mitunter anzutreffende Annahme, daß die in einigen neueren Meinungsumfragen im Verhältnis zu früheren

Studien positiver erscheinenden Einstellungen der Bevölkerung auf die Erfolge von Aufklärungskampagnen der starken Mental-Health-Bewegung zurückzuführen seien (vgl. Reiman, 1969) ist sicher nicht als Nachweis des Erfolges solcher Kampagnen anzusehen. Einmal wird von verschiedenen Autoren darauf hingewiesen, daß aufgrund einer merkwürdigerweise auf den Nachweis negativer Einstellungen der Bevölkerung gerichtete Mentalität vieler Forscher in der Psychiatrie wie auch bei Vertretern der Gesundheitsbehörden, frühe Ergebnisse, in denen ebenfalls relativ positive Einstellungen berichtet wurden, nicht zur Kenntnis genommen wurden (Crocetti, Spiro & Siassi, 1974). Zum anderen erscheint es durchaus fragwürdig, selbst wenn solche positiven Veränderungen eingetreten sein sollten, diese im Laufe mehrerer Jahre oder gar Jahrzehnte aufgetretenen Einstellungsveränderungen auf konkrete Informationskampagnen, die nur vereinzelt und sporadisch durchgeführt wurden, zurückführen zu wollen und die große Zahl anderer historischer und gesellschaftlicher Faktoren zu vernachlässigen. Es existiert somit keine methodisch einwandfreie Untersuchung, in der die Auswirkungen einer mit Hilfe der Massenmedien betriebenen Informationskampagne auf die Einstellungen der Bevölkerung zu psychisch Kranken untersucht worden sind, so daß ein Nachweis des Erfolges solcher Aufklärungskampagnen eine den Anforderungen der modernen Feldforschung entsprechend konzipierten Studie erforderlich macht. Dies ist umso mehr erforderlich, als es auch in anderen Bereichen der Einstellungen gegenüber sozialen Gruppen, z. B. bei dem Versuch des Abbaus von Vorurteilen gegenüber rassischen oder ethnischen Minoritäten, keine verbindlichen empirischen Daten über die Erfolge von Aufklärungs- oder Beeinflussungskampagnen gibt (McGuire, 1969; Weiss, 1969).

Wenn auch die Möglichkeiten zur Veränderung der Einstellung der Bevölkerung bislang nicht empirisch untersucht worden sind, so gibt es jedoch eine relativ große Zahl von Untersuchungen, in denen Versuche zur Veränderung von Einstellungen von Studenten oder von spezifischen Berufsgruppen im Gesundheitsbereich, vor allem im psychiatrischen Bereich, untersucht wurden. Diese Untersuchungen lassen sich nach Art der verwendeten Einflußmethode aufteilen, wobei unterschieden werden kann zwischen Untersuchungen, in denen lediglich Information vermittelt wurde, solchen, in denen Kontakt oder persönliche Erfahrungen mit der Gruppe der psychisch Kranken oder Behinderten geschaffen wurde, und solchen in denen sowohl Information als auch Kontakt vorlag. Die Ergebnisse dieser Studien sind in zusammenfassenden Arbeiten von Rabkin (1972) und Anthony (1972) ausführlich dargestellt worden. Nach einem systematischen Überblick über die vorhandene Literatur kommen beide Autoren zu dem gleichen Schluß: Weder Information noch Kontakt allein können Einstellungsänderungen herbeiführen, nur eine Verbindung von Aufklärung durch Informationsvermittlung und emotionaler Erfahrung durch persönlichen Kontakt mit psychisch Kranken und psychisch und körperlich Behinderten kann positive Einstellungsveränderungen erzielen.

Rabkin (1972): "Zusammengefaßt kann man sagen, daß Einstellungsveränderungen gegenüber psychischen Krankheiten sich für mehrere Bevölkerungsgruppen einschließlich Krankenschwesternschüler, Krankenpfleger und anderer Berufsgruppen im Gesundheitsbereich als erfolgreich und möglich herausgestellt haben. Der kritische Faktor in solchen Versuchen scheint eine Interaktion zwischen persönlicher Konfrontation mit dem psychiatrischen Krankenhaus und dem Patienten und einem ergänzenden

Informationsprogramm zu sein. In den hier dargestellten Untersuchungen führte direkter Kontakt mit den Patienten im allgemeinen zu toleranteren und verständnisvolleren Einstellungen gegenüber psychischen Krankheiten wenn gleichzeitig bestimmte Arten formeller Ausbildung und Information bereitgestellt werden" (S. 166, Übers. d. Verf.).

Anthony (1972): "Die Einstellungen normaler Personen gegenüber behinderten Personen können dadurch positiv verändert werden, daß man nichtbehinderte Personen einer Erfahrung aussetzt, die sowohl Kontakt mit den behinderten Personen als auch Informationen über die Behinderung enthält. Keine dieser Bedingungen ist allein fähig, signifikante und andauernde positive Auswirkungen auf die Einstellungen gegenüber behinderten Personen auszuüben. Es scheint, daß ohne Informationsvermittlung persönlicher Kontakt nur einen sehr begrenzten positiven Effekt hat oder negative Einstellungen sogar verstärken kann. Information allein ohne Kontakt erhöht zwar das Wissen über die Behinderung, scheint aber nur wenig oder gar keinen Effekt auf die Einstellungen zu haben" (Übers. d. Verf., S. 123).

Anthony weist darauf hin, daß die Übereinstimmung der verschiedenen Untersuchungsbefunde umso bedeutsamer ist, wenn man bedenkt, daß der Literaturüberblick die Einstellungen gegenüber drei verschiedenen Gruppen von Behinderten (körperlich Behinderten, psychisch Behinderten und psychisch Kranken) und eine Vielzahl verschiedener Einstellungsmaße umfaßte. Hinzu kommt, daß die spezifische Form der persönlichen Kontakte in jeder Untersuchung anders aussah; bei einigen gab es kurze intensive Kontakte, bei anderen längerfristige Mitarbeit in einem Krankenhaus im Rahmen von freiwilligen Programmen.

Dennoch sind diese Ergebnisse, die zum größten Teil mit Studenten oder allgemein in der Ausbildung befindlichen Personen durchgeführt wurden, solange als vorläufig zu betrachten, bis weitere Studien mit anderen Altersgruppen, mit Versuchspersonen, die sich nicht freiwillig zur Verfügung gestellt haben, und mit Berufsgruppen, die nicht im Gesundheitsbereich tätig sind, durchgeführt werden konnten. Anthony weist ebenfalls darauf hin, daß bislang sehr wenig darüber bekannt ist, in welchem Zeitraum eine Einstellungsveränderung möglich ist. Die von ihm besprochenen Untersuchungen variieren in der Länge von 6 Stunden bis zu 2 Jahren. Eine Untersuchung von Rusalem (1967), in der in einem Zeitraum von nur 6 Stunden sowohl Einstellungs- als auch Verhaltensänderungen gegenüber tauben und blinden Personen herbeigeführt wurden, läßt nach Anthony vermuten, daß eine sehr kurze, aber sehr intensive Erfahrung von Kontakt-plus-Information positive Einstellungsveränderungen herbeiführen kann.

Solche eindeutigen und konsistenten Ergebnisse vieler verschiedener Untersuchungen finden sich in der empirischen Evaluationsforschung wie auch in der Psychologie nur außerordentlich selten, so daß die Annahme, daß Kontakt plus Information erforderlich ist, um Einstellungsänderungen gegenüber einer vorurteilsbehafteten Gruppe herbeizuführen, auf eindrucksvolle Weise bestätigt wurde. Ein psychologisch interessantes, aber auch für die weitere Verwendung solcher Einstellungsveränderungsverfahren durchaus wichtiges Problem sind die psychologischen Mechanismen, die für den Erfolg dieser Einstellungsveränderungsmaßnahmen verantwortlich gemacht werden können. Im Sinne der oben aufgeführten Komponenten der Einstellungen scheinen Informationen plus Kontakt im kognitiven Bereich zu einer Korrektur von

unzutreffenden Vorstellungen und Meinungen, zu einer Differenzierung des Urteils sowie zu einer besseren Fähigkeit, Ursachen und Konsequenzen von Krankheiten und Behinderungen zu erkennen und die jeweiligen Symptome und Verhaltensweisen somit weniger fremdartig und "berechenbarer" erscheinen lassen. In Bezug auf die emotionale Komponente ist sicher der Kontakt die wichtigste Variable, durch den sowohl eine Desensitivierung und dadurch eine Neutralisierung von Furcht und Abneigung durch die Gewöhnung an das Phänomen erfolgt. Zusätzlich ist durch die Interaktion mit Kranken und Behinderten das Entstehen von Mitleid und Sympathie über das Schicksal und die Leiden dieser Menschen möglich.

Im Bezug auf die Verhaltenskomponente erscheint im Rahmen der Kontakte mit solchen Personen eine Schulung der Interaktionskompetenz und vielleicht auch eine Modellwirkung des Verhaltens des bei vielen dieser Kontakterfahrungen ebenfalls anwesenden Pflegepersonals dringend erforderlich. Ein besonders wichtiger Gesichtspunkt ist in diesem Zusammenhang die Beziehung zwischen Verhalten und Einstellung im Sinne der Rechtfertigungsfunktion der Einstellungen. Man kann annehmen, daß das Individuum seine negative Einstellung revidieren muß, um die Tatsache seiner Interaktion mit der Personengruppe, gegen die ein Vorurteil bestand, sich selbst gegenüber rechtfertigen zu können. Im Sinne der Dissonanztheorie Festingers könnte eine Einstellungsänderung dadurch herbeigeführt werden, daß man ohne allzu starken Zwang solche Kontakte herbeiführt und somit durch die unzureichende Rechtfertigung dieses Kontakts eine Einstellungsänderung erreicht, die die Konsonanz des kognitiven Systems des Einzelnen wahrt.

Es läßt sich zeigen, daß eine Reihe psychologi-

scher und sozialpsychologischer Theorien der Einstellungsänderung die positiven Auswirkungen von Information und Kontakt vorhersagen und somit auch theoretisch absichern können. Hinzu kommt, daß diese Verfahrensweise auch allen o. a. Funktionen der Einstellung Rechnung trägt und somit, bei richtiger Dosierung von Information und Kontakt, keine "Bumerangeffekte" zu erwarten sind.

5. Konkrete Methoden der Einstellungsänderung und ihre Erfolgswahrscheinlichkeit

Es war in den vorangegangenen Abschnitten wegen der Komplexität des Themenbereichs erforderlich, relativ weit auszuholen, um die psychologischen Faktoren, die die Erfolgswahrscheinlichkeit von Maßnahmen zur Einstellungsänderung bestimmen, darstellen zu können. Aus dieser Diskussion ergeben sich nun Vorschläge und Überlegungen zur Einsatzfähigkeit bestimmter Methoden zur Einstellungsänderung. Es sollte bisher deutlich gemacht werden, daß nach Ansicht dieses Gutachters Versuche zur positiven Änderung der Einstellung der Bevölkerung zu psychisch Kranken und Behinderten nur dann erfolgreich sein können, wenn sie mit einer gesamtgesellschaftlichen Verbesserung der Lage dieser Personengruppe, einer Versachlichung der Berichterstattung in den Medien, einer Aufklärung bereits in den Schulen, einer Informationsvermittlung, die nicht zu psychischen Verteidigungsreaktionen führt, und möglichst mit Kontakt zu psychischen Kranken und Behinderten, wenn auch u. U. nur mittelbar durch die Identifizierung mit Mediendarstellungen, einhergeht.

Ein bislang vernachlässigter, wesentlicher Faktor

bei der Diskussion geeigneter Methoden zur Einstellungsänderung, ist die Frage der Beziehung zwischen Einstellung und Verhalten. Da es bei der angestrebten sozialreformerischen Maßnahme der Verbesserung der Lage der psychisch Kranken und Behinderten letztlich darum geht, die Verhaltensweisen der Bevölkerung im allgemeinen und insbesondere einiger spezieller Zielgruppen gegenüber diesem Personenkreis zu verändern, muß die Verhaltenskomponente weitaus stärker als bisher bei der Überlegung geeigneter Möglichkeiten zur Einstellungsänderung bedacht werden. Im Gegensatz zu der in den Sozialwissenschaften häufig anzutreffenden Annahme, daß Einstellungen Verhaltensweisen direkt bedingen und vorhersagen können, haben eine Reihe empirischer Untersuchungen in den letzten Jahren ergeben, daß Attitüdenmaßhöchstens ca. 10% der Verhaltensvariationen erklären können, und daß andere persönliche und situationale Faktoren einen sehr starken Einfluß auf die konkreten Verhaltensweisen, die mitunter sogar den Einstellungen widersprechen können, ausüben (Wicker, 1969).

Dieses Problem der Diskrepanz oder zumindest der Unabhängigkeit von Einstellungen und Verhalten hat sich auch im Bereich der Betreuung psychisch Kranker und Behinderter gezeigt. In ihrem Übersichtsreferat über Untersuchungen in diesem Bereich stellt Rabkin (1972) fest, daß die Beziehungen zwischen den Einstellungen, mit Fragebogen gemessen, und den Verhaltensweisen von Personen die häufig mit psychisch Kranken interagieren, (gemessen durch Beurteilung von Patienten oder Vorgesetzten) nur sehr schwer nachzuweisen sind. Sie schildert eine Reihe von Untersuchungen, in denen positive Einstellungsänderungen zu keinen nachweisbaren Verhaltensänderungen führten. Andererseits zeigen Untersuchungen von Ellsworth (1968),

daß Angehörige des Krankenhauspersonals mit autoritären Einstellungen sich aus der Sicht der Patienten stärker kontrollierend restriktiver und dominanter verhalten als weniger autoritär eingestellte Personen. Es wäre eine unzulässige Vereinfachung, den Zusammenhang zwischen Einstellungen und Verhaltensweisen völlig abzustreiten, da sich sowohl theoretisch als auch empirisch zeigen läßt, daß interpersonale Einstellungen eine wichtige Determinante des sozialen Verhaltens ist. Diese Lageeinschätzung muß jedoch dazu führen, dem Versuch der Messung und der Veränderung konkreter Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Versuchen zur Einstellungsänderung sehr viel größere Bedeutung beizumessen als bisher. Bei den nun folgenden Vorschlägen zu konkreten Vorgehensweisen wird daher sehr viel Wert auf Möglichkeiten zur Messung und Beeinflussung des Verhaltens gegenüber psychisch Kranken und Behinderten gelegt.

Die möglichen Ansätze zur Einstellungs- und Verhaltensänderung, die erfolgversprechenden Verfahren sowie die sich hierzu anbietenden Medien sollen nach Zielgruppen getrennt besprochen werden, da unterschiedliche Methoden und Medien je nach Art der Zielgruppe eingesetzt werden müssen, um eine maximale Wirkung zu erzielen. Einstellungs- und Verhaltensänderungsmaßnahmen sollten vorrangig für den Personenkreis der Therapeuten und Betreuer im weitesten Sinne entwickelt werden. Hierzu gehören Ärzte und Psychologen, Pfleger und Schwestern in Krankenhäusern, Sozialarbeiter und Beamte in den Sozial- und Gesundheitsämtern, aber auch Verwandte von psychisch Kranken und Behinderten, also alle Personen, die in unmittelbarer Interaktion mit psychisch Kranken und Behinderten stehen. Gerade hier erscheint es besonders wichtig, die Effizienz von Einstellungsänderungsmaßnahmen und Verhaltensschulung zu

messen, um den Erfolg verschiedener Maßnahmen mit Hilfe von Vor- und Nachuntersuchungen angeben zu können. Hierzu wäre es erforderlich, mit Hilfe empirischer psychologischer Forschungsmethoden geeignete standardisierte Maße zur Messung von Einstellung und Verhalten dieses Personenkreises zu gewinnen, wobei letzteres vor allem auch (über Papier- und Bleistiftmethoden hinaus) mit den modernen Methoden der Verhaltensanalyse, z. B. der Mikroanalyse von Interaktionsverhalten (vgl. Scherer, 1974 a,b) untersucht werden müßte. Die Ergebnisse dieser Vorarbeiten würden sowohl die für die Erarbeitung der Aufklärungs- und Einstellungsveränderungsmaßnahmen wesentliche Angaben über die konkreten Ziele (z. B. die besonders der Korrektur bedürftigen Einstellungsbereiche) liefern, sowie die nötigen Mittel zu einer methodisch einwandfreien Evaluationsforschung zur Verfügung stellen.

Die Informationsvermittlung für diese Gruppen könnte einmal durch Broschüren, in denen sowohl didaktisch geschickt als auch wissenschaftlich abgesichert, das erforderliche Wissen über psychische Krankheiten, wie oben im Zielkatalog geschildert, vermittelt würde. Vor allem aufgrund sozialpsychologischer Untersuchungen über sozialen Einfluß erscheinen jedoch Versuche wichtiger, über eine solche Einzelaufklärung hinaus mit Hilfe von Gruppens Diskussionen sehr viel intensivere und persönlich involvierendere Einflußsituationen zu schaffen, von denen sowohl stärkere Wirkungen als auch anhaltendere Veränderungen erwartet werden können. Im Bereich der Ausbildung der verschiedenen Berufsgruppen wären darüber hinaus in verstärktem Maße Schulungsfilme und Videokassettenprogramme einzusetzen, die mit Hilfe audiovisueller Techniken die Informationsvermittlung erheblich erleichtern können. Darüber hinaus wird hierdurch bereits

eine gewisse Desensitivierung und Familiarisierung mit den Phänomenen der psychischen Krankheiten und Behinderungen erreicht und somit ein späterer Kontakt erleichtert.

Obwohl diese Personen naturgemäß sehr viel Kontakt zu psychisch Kranken und Behinderten haben, wäre es wünschenswert, bei der Ausbildung des Personals verschiedener Bereiche wie auch bei der Ausbildung von Berufsgruppen, die zwar Entscheidungen über einen Personenkreis treffen müssen, mit diesen Personen aber nicht viel Kontakt haben, - man denke etwa an Beamte der verschiedensten Dienststellen - Möglichkeiten zu intensivem Kontakt und damit zur weiteren Informationsvermittlung zu schaffen. In diesem Zusammenhang ist die Frage nach der Praktikabilität solcher Kontakterfahrungen, vor allem im Hinblick auf die institutionellen Bedingungen, zu stellen. Es ist sicher in sehr vielen psychiatrischen Krankenhäusern nicht zumutbar, die relativ abgeschlossene Atmosphäre des Krankenhauses mit allzu vielen, ständig wechselnden Besuchern zu belasten. Aus diesem Grunde sollten, da man auf die Forderung Informationsvermittlung und Aufklärung durch persönliche Kontakte zu ergänzen, aufgrund der theoretischen Überlegungen und der empirischen Befunde nicht verzichten kann, Modelleinrichtungen zu diesem Zweck geschaffen werden. Diese Modelleinrichtungen sollten weitestgehend nach den zum Teil ja bereits vorliegenden Vorstellungen der Sozialpsychiatrie als halboffene Anstalten geplant sein, in die sich die verschiedenen Kontaktprogramme und Praktika optimal eingliedern ließen. Hierbei muß natürlich gewährleistet sein, daß solche Programme nicht zu unerträglichen Belastungen für die Patienten in diesen Anstalten werden, sondern sehr behutsam institutionalisiert werden.

Schließlich ist gerade bei dieser Gruppe, die ständig mit psychisch Kranken und Behinderten interagiert und deren Verhaltensweisen somit direktem Einfluß auf die Lage dieser Personengruppe wie auch ihre Rehabilitationschancen haben, besondere Beachtung des Verhaltens erforderlich. In diesem Zusammenhang ist auf die in der Sozialpsychologie immer wichtiger werdenden Ansätze zur Schulung der sozialen Interaktionskompetenz oder der sozialen Fertigkeiten hinzuweisen, die gerade in diesem Bereich besonders wesentlich erscheinen. Argyle (1972) hat zu Recht darauf hingewiesen, daß es in Anbetracht der hohen Bedeutung, die der Ausbildung allenthalben zugemessen wird, sehr merkwürdig ist, daß gerade die in publikumsintensiven Bereichen arbeitenden öffentlichen Berufe für die reibungslose Interaktion mit ihren Klienten bislang überhaupt nicht geschult werden. Es ist sicher darauf zurückzuführen, daß gemeinhin davon ausgegangen wird, daß wir alle ohnehin immer in sozialen Interaktionen stehen, deshalb dafür keine besondere Ausbildung erforderlich ist. Es zeigt sich jedoch immer deutlicher, daß wir uns keineswegs in diesen Interaktionen immer richtig verhalten, sondern daß soziale Geschicklichkeit im Umgang mit anderen Menschen durchaus erlernbar und trainierbar ist. Man sollte annehmen, daß gerade in einem Bereich, wo Patienten häufig aufgrund von Kommunikations- und Interaktionsstörungen aus der Gesellschaft ausgestoßen wurden, besondere soziale Interaktionsfertigkeiten von Seiten der Betreuer vorhanden sein müssen, um mit diesen Personen interagieren und ihre Rehabilitation herbeiführen zu können. Die zwei wesentlichen Fähigkeiten, die es im Rahmen eines solchen Interaktions- und Verhaltenstrainings zu schulen gilt, sind die soziale Wahrnehmungsgenauigkeit, insbesondere die nonverbale Sensitivität, die im Bereich von Verhaltens- und Kommunikationsstörungen eine

besondere Rolle spielt, und die Interaktionssteuerungskompetenz. Eine im Rahmen eines Forschungsprogramms des Bundesministeriums für Forschung und Technologie durchgeführte Vorstudie des Gutachters und seiner Forschungsgruppe hat ergeben, daß es hier eine ganze Reihe von praktikablen Möglichkeiten zur Schulung sozialer Geschicklichkeit gibt (Scherer, 1974 c).

Natürlich sind die hier vorgeschlagenen Vorgehensweisen je nach Art der zu beeinflussenden Gruppe abzuwandeln. So wird man beispielsweise bei dem Versuch, die Verwandten und Bekannten von psychisch Kranken und Behinderten zu positiveren Einstellungen zu veranlassen, zum Teil mit ganz anderen Verfahren und anderem Material arbeiten müssen als bei der Interaktionsschulung von Krankenpflegern. Andererseits ist es durchaus denkbar, daß man die Methoden und Materialien in diesem Bereich kombinieren kann und zum Teil sogar gemeinsame Veranstaltungen, z. B. Gruppendiskussionen mit Ärzten, Psychologen, Pflegern, Verwandten von Patienten u. a. erproben kann.

Die zweite große Kategorie von Zielgruppen für Einstellungsveränderungsmaßnahmen ist der Personenkreis der Vermittler von Informationen über psychisch Kranke und Behinderte, wie beispielsweise Lehrer, Pfarrer, Journalisten, Pressereferenten usw. Auch in diesem Bereich wäre es sehr wünschenswert, mit Evaluationsuntersuchungen den Erfolg von entsprechenden Aufklärungsmaßnahmen untersuchen zu können. In diesem Falle erscheint es nicht praktikabel, persönliche Einstellungs- und Verhaltensmessungen durchzuführen. Es erscheint jedoch durchaus möglich und sinnvoll, empirische Felduntersuchungen zu verschiedenen Zeitpunkten vor und nach Beeinflussungsmaßnahmen durchzuführen, aufgrund derer

man beispielsweise durch Inhaltsanalysen von Presseberichten und durch ähnliches Material wie auch durch gezielte Einstellungsuntersuchungen bei bestimmten Berufsgruppen zu Anhaltspunkten für den Erfolg der Einflußmaßnahme kommen könnte.

Die Informationsvermittlung für diese Zielgruppe müßte auf einem relativ hohen Niveau erfolgen, da anzunehmen ist, daß viele der angesprochenen Personen als Meinungsführer auf diesem Gebiet gelten können und somit bereits einen relativ hohen Wissensstand haben. Die Informationen sollten also sehr stark an den neuesten Ergebnissen der wissenschaftlichen Forschung orientiert sein und darüberhinaus Möglichkeiten zur Weiterbildung bieten. Für diesen Zielgruppenbereich scheint es besonders sinnvoll, Tagungen zu veranstalten, auf denen sich ebenfalls im Rahmen von Gruppendiskussionen sozialpsychologisch wirksame Einflußprozesse erzielen ließen. Über solche allgemeinen Maßnahmen hinaus könnte man sehr konkrete informative Hinweise für die Tätigkeit dieser Zielgruppen geben, z. B. detaillierte Leitfäden für Lehrer für Unterrichtsveranstaltungen in Biologie und Sozial- und Gesellschaftslehre, die sich mit dem Phänomen der psychischen Krankheiten und Behinderungen befassen, kurzgefaßte Nachschlagebroschüren für Journalisten, die bei der Abfassung von Berichten über Verhaltensweisen psychisch Kranker zu Rat gezogen werden könnten (auch terminologisch) u.a.m. Bei diesen Zielgruppen wird die Frage der Bereitstellung von Kontakterfahrungen mit psychisch Kranken und Behinderten natürlich bereits sehr schwierig. Es wäre jedoch zu prüfen, ob es möglich ist, sehr kurze intensive Programme der Art zu entwickeln, wie sie beispielsweise Rusalem (1967) mit Erfolg verwandt hat. Auch hier würden natürlich die bereits oben erwähnten Modelleinrichtungen zur Gewähr-

leistung einer effizienten Durchführung solcher Kontaktprogramme erforderlich sein. Wie in letzter Zeit mitunter in der Presse zu lesen war, haben sich jedoch schon einige Initiativen in verschiedenen Städten, wie z. B. eine Party mit psychiatrischen Patienten in Essen, ergeben. Es erscheint durchaus möglich, hier zu neuen Lösungen zu gelangen, was allerdings, wie bereits mehrfach erwähnt, voraussetzen würde, daß sich die Organisation der psychiatrischen Anstalten und die Lage der Patienten in diesen Anstalten weitgehend verändert.

Eine weitere Zielgruppe, die mit besonderen Techniken zu beeinflussen wären, ist die Gruppe der Besitzer von Ressourcen, die für die Rehabilitation psychisch Kranker wichtig sind. Hierzu gehören z. B. insbesondere Politiker und führende Verwaltungsbeamte, öffentliche und private Arbeitgeber wie auch Wohnungsvermieter. Aufgrund der Heterogenität dieser Gruppen und der zu erwartenden Probleme bei dem Versuch Vertreter dieser Gruppen zur Teilnahme an organisierten Veranstaltungen zu gewinnen, lassen sich keine allgemein gültigen Vorgehensweisen angeben. Daß gerade hier aber Maßnahmen erforderlich sind, zeigen auch Überlegungen in anderen Ländern. So ist Anthony (1972) der Meinung, daß man beispielsweise Schulungsveranstaltungen für die Personalleiter von Behörden durchführen könne und daß man versuchen könne, die Einstellungen privater Arbeitgeber dadurch zu ändern, daß man behinderte oder rehabilitierte Personen dazu ausbildet, mit Arbeitgebern oder Personalschefs

Informationsgespräche im Auftrage des Arbeitsamtes oder ähnlicher offizieller Stellen zu führen, um somit auch für diese Arbeitgeber eine Information-plus-Kontakterfahrung bereitzustellen. Im Falle von Politikern und hohen Verwaltungsbeamten im Bereich der Sozial- und Gesundheitsverwaltung ließe sich darauf hinwirken, daß diese Rollenträger nicht nur zu Grundsteinlegungen oder Jubiläumsfeiern in psychiatrische Anstalten reisen, sondern auch einmal einen Routinetag in einem solchen Krankenhaus erleben.

Schließlich stellt sich die Frage nach geeigneten Einstellungsänderungsmaßnahmen für die Bevölkerung insgesamt. Zunächst wäre konkret anzugeben, welche Verhaltensweisen man über eine allgemein positive Einstellung hinaus für gesellschaftlich wünschenswert hält. Es ist außerordentlich wichtig, vor dem Entwurf einer groß angelegten Aufklärungskampagne, Überlegungen darüber anzustellen, welche Verhaltenswirkungen angestrebt werden. Als Beispiel lassen sich zwei Dimensionen des Verhaltens aufweisen: die Hilfsbereitschaft gegenüber psychisch Kranken, insbesondere aber gegenüber Behinderten aller Art im öffentlichen Leben, z. B. bei Unfällen, und der Wille zur politisch-gesellschaftlichen Förderung der betroffenen Personengruppe, also z. B. Zustimmung zum Einsatz von Steuermitteln für die Rehabilitation, der Bau von menschenwürdigen Krankenhäusern, das Tolerieren von "offenen Anstalten", usw. Es erscheint wenig sinnvoll, die Erfolge von Einstellungsänderungsmaßnahmen auf diese Verhaltensweisen lediglich mit Fragebogen untersuchen zu wollen. Im Hinblick auf die bei allen Versuchen zur Beeinflussung von Personengruppen erforderliche Evaluationsforschung ist hier daran zu denken, auch mit Hilfe von Felduntersuchungen, z. B. im Stil der Altruismusforschung in der Sozialpsychologie, zu arbeiten.

Aus den bisherigen Ausführungen geht hervor, daß es aufgrund der bisherigen Forschung auf dem Gebiet der sozialen Beeinflussung in der Sozialpsychologie außerordentlich schwierig ist, präzise Angaben, sowohl theoretisch als auch empirisch, über die Erfolgswahrscheinlichkeit von Aufklärungsmaßnahmen mit Hilfe von Massenmedien zu machen. Dies gilt insbesondere für den Versuch der Beseitigung von Vorurteilen gegenüber Randgruppen und Minoritäten. Ein umfassender Überblick von Harding u. a. (1969) zeigt, daß es außer einigen Untersuchungen in den vierziger Jahren in letzter Zeit fast überhaupt keine empirische Untersuchung über die Möglichkeit, mit Hilfe von Massenmedien zum Abbau von Vorurteilen gegenüber Bevölkerungsgruppen zu kommen, gegeben hat. Die frühen Ergebnisse zeigen, daß lediglich die Vorführung emotional wirksamer Propagandafilme zu Einstellungsveränderungen führten, vor allem bei Verwendung mehrerer solcher Filme in bestimmten Zeitabständen. Bei diesen frühen Untersuchungen handelte es sich allerdings in fast allen Fällen im Laboratoriumstudien, in denen zum Teil sehr atypische, homogene Bevölkerungsgruppen als Versuchspersonen verwandt wurden.

Trotz dieses Mangels an ausreichenden empirischen Befunden ist der Gutachter der Ansicht, daß aufgrund theoretischer Überlegungen im Rahmen der sozialpsychologischen Forschung und der wenigen frühen empirischen Befunde die Darbietung von Filmen oder Fernsehfilmen mit Informationen über eine Bevölkerungsgruppe gepaart mit emotionalen Inhalten, vor allem der Möglichkeit der Identifizierung mit bestimmten Personen und Gruppen, zu erfolgreichen Einstellungsveränderungen führen kann. Hierbei wird insbesondere angenommen, daß durch die Identifizierung mit einer Person in einer filmischen Darstellung einer Art "vicarious contact", also ein mittel-

barer, psychologisch empfundener Kontakt zu der dargestellten Person entsteht. Wenn die durch diesen emotionalen Prozeß entstehende positive Einstellung zu der Person nicht mit dem Stereotyp oder dem Vorurteil gegenüber der Bevölkerungsgruppe, der diese Person angehört, übereinstimmt, so ist die Möglichkeit für eine Veränderung des Vorurteils, eine positive Einstellungsänderung, gegeben. In einer frühen Untersuchung konnte der Gutachter zeigen, daß die Verwendung von dunkelhaarigen, jüdisch aussehenden Hauptdarstellern als Helden und germanisch-blonden Schurken in Fernsehfilmen in Sendungen einer westdeutschen Fernsehgesellschaft zu positiven Einstellungsänderungen gegenüber dem dunkelhaarigen schwarzäugigen Typ führte (allerdings wiederum nur in einer kleinen im Labor getesteten Gruppe von Fernsehzuschauern) (Scherer, 1971). Wenn über diesen positiven Identifizierungsmechanismus hinaus Informationen in einen solchen Film aufgenommen werden, so kann man annehmen, daß die empirisch als erfolgreich ausgewiesene Kombination von Information-plus-Kontakt mit einer Person oder Gruppe zumindest annäherungsweise erfüllt ist und die Voraussetzungen für eine erfolgreiche Einstellungsänderung vorliegen.

Aufgrund dieser Überlegungen wird vorgeschlagen, statt der üblichen, zumeist kognitiv auf Informationsvermittlung ausgerichteten Aufklärungskampagnen mit Broschüren oder anderem Material eine Serie von Fernsehfilmen zu entwickeln, in der über einen längeren Zeitraum hinweg im Rahmen einer Spielhandlung Informationen über psychisch Kranke und Behinderte im Sinne des o. a. Zielkataloges vermittelt werden. Hierbei ist das Format einer Serie auch aus dem Grunde wichtig, daß sich eine sehr viel andauerndere Einstellungsänderung erreichen läßt, wenn ähnlich Inhalte mehrfach über einen längeren Zeitraum hinweg vermittelt werden. Als Beispiel

für eine Fernsehserie dieser Art ist die in den letzten Monaten ausgestrahlte Sendung "Unser Walter", in der das Schicksal eines mongoloiden Kindes in verschiedenen Altersstufen in einer Familie, die von bekannten Schauspielern dargestellt wurde, gezeigt wurde.

Für die durch den Einsatz von Massenmedien erreichbaren Ziele, Aufmerksamkeit und Verständnis des Rezipienten, Einstellungsänderungen, Konstanz dieser Veränderung und Verhaltensänderung, erscheint die Form der Fernsehserie ebenfalls ein optimales Mittel zu sein. Durch eine attraktive und interessante, mit guten Schauspielern besetzte Serie wäre einmal die Aufmerksamkeit der Zuschauer für dieses Thema zu erreichen, was bei ausschließlicher Behandlung des Themas psychische Krankheit oder Behinderung sicher kaum der Fall sein dürfte. Zusätzlich zu dem Aufmerksamkeitswert einer solchen Sendung könnte man durch begleitende Fernsehspots (etwa im Sinne von "Der 7. Sinn") und Anzeigen in Tageszeitungen auf den Themenbereich selbst und die Beziehung zur Sendung hinweisen. In Bezug auf das Verständnis der dargebotenen Informationen ist zu hoffen, daß durch die lockere Darstellung der Informationen in einer Spielhandlung ein sehr viel höherer Verständnisgrad erreicht werden kann als in dokumentarischen oder halbwissenschaftlichen Darstellungen, die für den Durchschnittszuschauer meist zu komplex ausfallen. Es ist zu hoffen, daß eine Einstellungsänderung durch die oben angeführten Faktoren, vor allen Dingen durch den emotionalen Charakter der Beziehung zu einer Person oder Gruppe und durch Desensitivierung und Familiarisierung mit einem Thema dieser Art, erfolgt. Durch den Seriencharakter wird gewährleistet, daß es sich nicht um eine einmalige und kurzfristige Einstellungsreaktion handelt, sondern durch ständige Erinnerung und Verstärkung zu einer andauernden Einstellungsänderung wird. Schließlich

ist es durchaus denkbar, daß durch eine solche Sendung auch Verhaltensänderungen wahrscheinlicher werden, da durch das Modellverhalten der Darsteller den Zuschauern ebenfalls mögliche Verhaltensweisen gegenüber psychisch Kranken und Behinderten gezeigt werden könnten. Da das Lernen am Modell in diesem Falle, in dem ein Lernen durch Verstärken positiver Verhaltensweisen gegenüber psychisch Kranken nahezu ausgeschlossen scheint, die einzige Möglichkeit ist, die sehr stark verhaltensprägenden Wirkungen von Lernprozessen auszunutzen, erscheint die Verwendung einer solchen Vorgehensweise psychologisch sehr vorteilhaft.

Es wäre zu erwägen, Sendungen dieser Art mit einer Lotterie (etwa im Stile der "Aktion Sorgenkind", u. ä.) zu verbinden, in der die Möglichkeit von Geld- und Sachgewinnen mit der Bereitstellung von Mitteln für die Rehabilitation von psychisch Kranken und Behinderten verbunden werden könnte. Die positiven Auswirkungen einer solchen Lotterie wären einmal zu sehen in dem Aufmerksamkeitswert, den eine solche Veranstaltung im Zusammenhang mit einer Sendung der geschilderten Art hätte. Darüber hinaus gibt es jedoch eine Reihe von interessanten sozialpsychologischen Überlegungen. Es ist anzunehmen, daß die Tatsache, daß man eventuell nur wegen des möglichen Gewinnes an der Lotterie teilnimmt, in den Hintergrund tritt, wenn, beispielsweise nach Einsetzung des Einsatzes, die mit diesem Geld finanzierten Ziele sehr stark betont werden. Der Zuschauer, der 5 Mark zu diesem Zweck beigesteuert hat, muß dann im Sinne der expressiven Einstellungsfunktion sein Verhalten, nämlich die Spende, durch seine Einstellung rechtfertigen, was mit einer negativen Einstellung gegenüber der Gruppe, der geholfen werden soll, nicht möglich ist. Es handelt sich hier natürlich um die Extrapolation einer bislang nur in sozialpsychologischen Laborexperi-

menten verwandten Verfahrensweise, die jedoch durchaus im Rahmen des hier behandelten Vorhabens erprobenswert erscheint.

6. Zusammenfassung

Abschließend sollen noch einmal die wesentlichen Anregungen, die in diesem Gutachten zum Ausdruck kommen sollten, zusammengefaßt werden:

1. Es erscheint dringend geboten, vor Durchführung umfassender Maßnahmen zur Veränderung von Einstellungen und zum Abbau von Vorurteilen Art und Funktion der Einstellungen der Bevölkerung in der BRD zu psychisch Kranken und Behinderten empirisch zu untersuchen, um eine Aufklärungskampagne optimal auf die Anforderungen zuschneiden zu können und um mögliche Bumerangeffekte zu vermeiden.

2. Einstellungsänderungen in der Bevölkerung aufgrund von Aufklärungsmaßnahmen ohne gleichzeitige Verbesserung der Lage der psychisch Kranken und Behinderten erscheinen wenig wahrscheinlich.

3. Eine positive Einstellungsänderung durch sachliche Informationen und emotionale Appelle ist so lange nicht möglich, wie solchen Ansätzen negative, unsachliche und Furcht produzierende Darstellungen der Verhaltensweisen von psychisch Kranken in den Massenmedien entgegenstehen.

4. Es gilt, einen konkreten Zielkatalog in Bezug auf die gesellschaftspolitisch wünschenswerten Einstellungen und Verhaltensweisen der Bevölkerung und insbesondere einer Reihe von für diesen Bereich wesentlichen Zielgruppen in der Bevölkerung zu entwickeln.

5. Eine Übersicht über die Literatur zeigt, daß bei der Bewertung der Verhaltensweisen psychisch Kranker und Behinderter ein Krankheitsmodell gemeinhin als sinnvoller erachtet wird als ein Devianzmodell. Die Versuche, die Einstellung der Bevölkerung zu diesen "Krankheiten" positiver zu gestalten, haben in nahezu allen Fällen gezeigt, daß sachliche Informationsvermittlung mit persönlichem Kontakt mit den betroffenen Personengruppen kombiniert werden muß, um eine Einstellungsänderung herbeizuführen.

6. Es ist anzunehmen, daß die Entwicklung von Kursen, Veranstaltungen und ähnlichen Maßnahmen, die eine optimal auf eine bestimmte Zielgruppe ausgerichtete Kombination von Informationsvermittlung und Kontakterfahrung beinhalten, eine sehr sinnvolle und erfolgversprechende Vorgehensweise ist, wobei großer Wert auf wissenschaftliche Begleituntersuchungen im Sinne von Evaluationsforschung gelegt werden sollte.

7. In Bezug auf das Herbeiführen von Einstellungsänderungen in der Bevölkerung mit Hilfe der Massenmedien wird vorgeschlagen, Information-plus-Kontakt durch psychologische Identifizierungsmechanismen (mit Darstellern in Spielhandlungen) und in diesem Zusammenhang vermittelte Information im Rahmen einer Fernsehserie herzustellen. Darüberhinaus sollten mit Hilfe geeigneter Verfahrensweisen die sozialpsychologisch für Medienkampagnen wesentlichen Faktoren wie Aufmerksamkeitserregung, Gewährleistung des Verständnisses der dargebotenen Inhalte, Erleichterung von Einstellungsänderungen, Hinarbeiten auf das Beibehalten von Einstellungsänderung und Darbietung von Möglichkeiten zur Verhaltensänderung bedacht werden.

Abschließend ist zu sagen, daß aufgrund der vielen Faktoren, die bei Aufklärungsmaßnahmen der hier angesprochenen Art zu erwägen sind, ein grundlegender Fehler darin zu sehen wäre, ohne Berücksichtigung aller Faktoren und vor allen Dingen der möglichen Gefahren der Verfestigung oder gar negativen Verstärkung von Einstellungen Aufklärungskampagnen in Angriff zu nehmen, die wenig durchdacht, nicht auf ihre Effizienz hin überprüfbar und nicht durch andere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Lage der psychisch Kranken und Behinderten begleitet sind. Es ist zu hoffen, daß es in diesem Falle möglich sein wird, in einer auf praktischer Aufklärungsziele bezogenen Vorgehensweise mit Hilfe wissenschaftlicher Begleituntersuchungen zu fruchtbaren und empirisch abgesicherten Erkenntnissen über die Möglichkeiten des Abbaus von Vorurteilen gegenüber gesellschaftlichen Gruppen und positiver Verhaltensänderungen zu kommen.

- Nunnally, J.C. Jr.
Popular Conceptions of Mental Health, Their Development
and Change.
New York: Holt, Rinehart & Winston, 1961.
- Rabkin, J.G.
Opinions about mental illness: a review of the literature.
Psychological Bulletin: 1972, 77(3), 153-171.
- Reimann, H.
Die Gesellschaft und der Geisteskranke.
Social Psychiatry (Berlin): 1969, 4(3), 87-94.
- Rusalem, H.
Engineering changes in public attitudes toward a severely
disabled group.
Journal of Rehabilitation, 1967, 33, 26-27.
- Sarbin, Th. & Mancuso, J.
Failure of a moral enterprise: attitudes of the public
toward mental illness.
Journal of consulting and clinical psychology, 1970,
35(2), 159-173.
- Scherer, K.R.
Stereotype change following exposure to counterstereo-
typical media heroes.
Journal of Broadcasting, 1970/71, 15, 91-100.
- Scherer, K.R.
Beobachtungsverfahren zur Mikroanalyse nonverbaler
Verhaltensweisen.
In: Koolwijk, J. & Wieken-Mayser, M.
Techniken der empirischen Sozialforschung, Bd. 3.
München: Oldenbourg, 1974 (a).
- Scherer, K.R.
Methoden der empirischen Sprachforschung.
In: Koolwijk & Wieken-Mayser, op.cit. (b).
- Scherer, K.R. u.a.
Der menschliche Faktor in der Sozialforschung: Unter-
suchungen zum bürgernahen Verhalten öffentlicher Be-
diensteter.
Unveröff. Vorstudien-Manuskript, Univ. Gießen, 1974 (c).
- Sears, D.O.
Political Behavior.
In: Lindzey & Aronson, op.cit., Vol. V, 1969.
- Schneider, U. & Wieser, St.
Der psychisch Kranke in den Massenmedien: Ergebnisse
einer systematischen Inhaltsanalyse.
Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenz-
gebiete (Stuttgart): 1972, 40(3), 136-163.

Literaturverzeichnis

- Anthony, William A.
Societal Rehabilitation: Changing society's attitudes toward the physically and mentally disabled.
Rehabilitation Psychology, 1972, 19, 117-126 (PA 50:5001).
- Argyle, M.
Soziale Interaktion.
Köln: Kiepenheuer & Witsch, 1972
- Bohleber, M.E., Kenner, R.
Weekly Television program answers questions about mental health.
Hospital & Community Psychiatry, 23 Suppl: 10-1, Okt. 1972.
- Crocetti, G.M., Spiro, H.R. & Siassi, J.
Contemporary Attitudes toward Mental Illness.
Pittsburgh: Univ. of Pittsburgh Press, 1974.
- Cumming, E. & Cumming, J.
Closed Ranks.
Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press, 1957.
- De Carozzo, G.C.
Ein Versuch zur Erforschung der Einstellungen gegenüber psychisch Kranken.
Social Psychiatry (Berlin): 1971, 6(1), 34-39.
- Ellsworth, R.B.
Nonprofessionals in psychiatric rehabilitation.
New York: Appleton-Century-Crofts, 1968.
- Feldes, Dieter
Untersuchungen zur sozialen Stellung ehemaliger psychiatrischer Patienten. In: Schwartz, B. (Hrsg.) Sozialpsychiatrie in der sozialistischen Gesellschaft.
Leipzig: Georg Thieme, 1971, 103-142.
- Harding, J. u.a.
Prejudice and Ethnic Relations.
In: Lindsay, G. & Aronson, E. (Hrsg.) Handbook of Social Psychology, Vol. V.
Reading, Mass.: Addison-Wesley, 1969.
- Jäckel, M. & Wieser, S.
Das Bild der Geisteskranken in der Öffentlichkeit.
Stuttgart: Thieme, 1970.
- Mc Guire, W.
The Nature of Attitudes and Attitude Change.
In: Lindzey & Aronson, op.cit., Vol. III.

Stumme, W.

Die differenzierten Vorstellungen des Laien zum Problemkreis psychischer Erkrankungen. Eine Kritik der Vorurteilsforschung.
Dissertation, Seminar für Soziologie, Univ. Köln, 1972.

Weiss, E.

Effects of Mass Media of Communication.
In: Lindzey & Aronson, op.cit., Vol. V.

Wicker, A.

Attitudes vs. actions: The relationship of verbal and overt behavioral responses to attitude objects.
Journal of Social Issues, 1969, 25, 41-78.

Wieser, St.

Isolation: Vom schwierigen Menschen zum hoffnungslosen Fall.
Hamburg: Rowohlt, 1973.