

Zeitschrift "Behinderung und Dritte Welt", Ausgabe 2/91

INHALT

EDITORIAL

BERICHTE UND PROJEKTE

BLUMEN UND BEHINDERUNG

ZUR AUSBILDUNGSSITUATION VON SONDERPÄDAGOGINNEN IN ECUADOR

MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN IN DER DRITTEN WELT - MÖGLICHKEITEN DER HILFE DURCH

ENTWICKLUNGSZUSAMMENARBEIT

DISABLED PERSON AND THE COMMUNITY - SOCIAL AND CULTURAL ASPECTS

ORGANISATIONEN

UNESCO INSTITUT FÜR PÄDAGOGIK

SCHWEDISCHE ORGANISATION UNTERSTÜTZT PROJEKTE IN ASIEN

INSTITUT FÜR KULTURVERGLEICHENDE THERAPIEFORSCHUNG GEGRÜNDET

NEWS

SYMPOSIUM BEHINDERUNG UND DRITTE WELT

VEREINTE NATIONEN FÜHRTE ERSTES SEMINAR FÜR FRAUEN MIT BEHINDERUNGEN DURCH

Globales Projekt zum Ende der Dekade der Behinderten der Vereinten Nationen

LITERATUR UND MEDIEN

UNESCO LITERATUR

SPANISCHE LITERATURHINWEISE

ALLGEMEINE LITERATURHINWEISE

THEMENSCHWERPUNKT IN DER ZEITSCHRIFT "BEHINDERTENPÄDAGOGIK" Nr.3, AUGUST 1991

EDITORIAL

Liebe Leserinnen und Leser!

Der vorliegende Rundbrief enthält wieder eine Sammlung von Beiträgen und Hinweisen, die in den letzten Monaten bei der Redaktionsgruppe eingegangen sind. Neben deutschsprachigen Texten, die sich mit verschiedenen Aspekten der Hilfe für Menschen mit Behinderungen beschäftigen, haben wir diesmal auch einen Beitrag in englischer Sprache aufgenommen. Der Beitrag von Benedicte Ingstad beschäftigt sich konkret mit der Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen und ihrer Familien und untersucht die Berechtigung einiger "Legenden" in der Entwicklungszusammenarbeit im Behindertenbereich. Wir haben uns für diesen Beitrag entschieden, da er unseres Erachtens wichtige Aspekte erhellt und nur schwer erhältlich ist.

Weiterhin möchten wir an dieser Stelle die Auswahl von Beiträgen für den Rundbrief generell ansprechen: Der Rundbrief wird zur Zeit an ca. 200 Fachleute der Behindertenhilfe in der Bundesrepublik und im Ausland versandt
1. Da erfahrungsgemäß Wissenschaftler mehr Zeit und vor allem Gelegenheit haben, ihre Gedanken und

Erfahrungen aufzuschreiben, stammen relativ viele Beiträge von diesem Personenkreis. Aus diesem Grunde hat die geäußerte Ansicht, der Rundbrief enthalte zu wenige praxisorientierte Beiträge durchaus seine Berechtigung.

Aus diesem Grunde möchten wir an dieser Stelle noch einmal alle aufrufen, die in Behindertenprojekten in Ländern der Dritten Welt arbeiten oder gearbeitet haben, Beiträge über ihre konkrete Arbeit und interessante Fragestellungen für den Rundbrief zu verfassen. Nur so kann er seine beabsichtigte Funktion als Kommunikationsmedium zwischen Personen, die mit dem Themengebiet "Behinderung und Dritte Welt" im In- und Ausland beschäftigt sind, erfüllen.

Besonders möchten wir noch auf die Ankündigung des Symposiums "Behinderung und Dritte Welt" auf Seite XX hinweisen, das vom 27. bis 29. März 1992 an der Universität Oldenburg stattfinden wird. Auch wir freuen uns schon auf diese Gelegenheit, wieder einmal persönlich Erfahrungen und Gedanken auszutauschen. Um vor diesem Symposium die nächste Ausgabe des Rundbriefes herausbringen zu können, bitten wir alle Autorinnen und Autoren den vorne angegebenen Redaktionsschluß einzuhalten.

Die Redaktionsgruppe

1: Wir begrüßen in diesem Zusammenhang, daß der Deutsche Entwicklungsdienst (DED) das Inhaltsverzeichnis der Rundbriefe an seine in Behindertenprojekten in Ländern der Dritten Welt arbeitenden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verschickt.

BERICHTE UND PROJEKTE

Blumen und Behinderung

Dr. Heidemarie Adam

Nach Weihnachten kaufe ich keine Chrysanthemen und Astern mehr. Ich habe Sehnsucht nach dem Frühling und freue mich in den Blumenläden an Tulpen, Hyazinthen, Krokussen und Flieder. Obwohl ich schon länger ein ungutes Gefühl beim Kauf dieser Blumen habe, weil in den Gewächshäusern unnötig Energie verpulvert wird, konnte ich doch der Lust auf etwas Frühling im Zimmer selten widerstehen. Aber in diesem Jahr wurde meine Blumenliebe so gründlich erschüttert, daß ich zunächst einmal einen großen Bogen um sämtliche Blumenläden gemacht habe.

Es fing damit an, daß ich eine Mitarbeiterin von "terres des hommes" in ein Seminar eingeladen hatte, um den Studierenden die Arbeit dieser Organisation vorzustellen. Sie berichtete über verschiedene Aktivitäten und erzählte beiläufig, daß für dieses Frühjahr eine "Blumenkampagne" geplant sei. Zunächst glaubte ich, daß es sich um eine Werbekampagne handeln würde, bei der die Angesprochenen neben einem Informationsblatt auch eine Blume überreicht bekämen. Ich wurde rasch über meinen Irrtum aufgeklärt.

Wie die meisten Deutschen hatte ich bisher nicht gewußt, daß ein Großteil der Blumen in unseren Läden nicht aus Holland sondern der Dritten Welt kommt. Dort werden sie unter Bedingungen produziert, die Menschen und Natur verachten. Vor allem werden Pestizide eingesetzt, die in Europa längst verboten sind. Die Arbeiterinnen in den Blumenplantagen sind diesem Gift ohne Schutzkleidung und Vorsichtsmaßnahmen ausgesetzt.

Unter großen Plastikdächern, die schnell Temperaturen um die 40 Grad entstehen lassen, werden die Blumen mit Schutzmitteln besprüht. Die Blumen müssen makellos sein, um im Konkurrenzkampf mithalten zu können. Die meisten Frauen haben zwar keine Ahnung um welche Gifte es sich handelt, aber sie merken schnell, daß etwas nicht in Ordnung ist. Sie leiden bald an Allergien, Hautausschlägen, Geschwüren und Kopfschmerzen. Bei vielen Arbeiterinnen ist das vegetative Nervensystem durch den Kontakt mit dem Gift bereits so angegriffen, daß sie an

Epilepsie oder Leukämie erkrankt sind. Verschieden Organisationen, wie Fian (Food First Informations- und Aktions-Netzwerk), Brot für die Welt oder Medico International haben darauf hingewiesen, daß die Frauen nicht nur ihre Gesundheit ruinieren, sondern langfristig gesehen an den Folgen der langsamen Vergiftung sterben werden.

Die Reste der nicht exportfähigen Blumen und der verseuchte Abfall werden als Tierfutter weiterverwertet und gelangen so in die menschliche Nahrungskette. Darüber hinaus ist der Boden, auf dem die Blumen wachsen, nach kurzer Zeit eine Wüste giftverbrannter Erde. Nahrungsmittel können auf diesem Boden nicht mehr angebaut werden. Der achtlose Umgang mit dem Gift, führt auch dazu,

daß Pestizidrückstände in die Wassergräben gelangen, aus denen Rinder, Ziegen und Schafe trinken. Dies gefährdet die Gesundheit der Tiere und noch mehr die der Kinder, die diese Milch trinken. Langfristig werden die Kinder am meisten geschädigt. Sie sind zum einen über die Nahrungskette gefährdet. Es wird immer wahrscheinlicher, daß die wenigen Lebensmittel, die sie erhalten, durch Gift und Chemikalien belastet sind. Außerdem haben Frauen, die unter den beschriebenen Umständen arbeiten müssen, unverhältnismäßig häufig unter Schwangerschaftskomplikationen zu leiden. Es gibt Hinweise dafür, daß sie öfter kranke und behinderte Kinder zur Welt bringen als Frauen, die nicht so ungünstigen Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind.

Als Sonderpädagogin habe ich mich natürlich auch mit den möglichen Ursachen von geistiger Behinderung beschäftigt. In jedem Lehrbuch ist zu lesen, daß Vergiftungen zu geistiger Behinderung führen können. Insbesondere Ottfried Spreen hat darauf hingewiesen, daß eine Verminderung der Umweltbelastungen ein wichtiger Weg ist um die Zahl der Kinder, die behindert sind zu verringern. "Die Bemühungen der ökologischen Bewegung der letzten Jahrzehnte um eine Verbesserung der allgemeinen Umwelt durch Kontrolle der Luft- und Wasserverseuchung, durch Vermeidung von Strahlenschäden und von Überreizung durch Licht- und Geräuschreize... tragen indirekt zur Reduzierung der geistigen Behinderung bei" (Spreen S.66). Für noch wichtiger hält er "die Bemühung um eine Verbesserung der persönlichen Umwelt durch Vermeidung von Unterernährung, bessere Betreuung werdender Mütter, ausreichenden Wohnraum und ausgeglichene Nahrungsversorgung, die in direkter Weise auf das körperliche Wohlergehen des Fötus und des Kleinkindes einwirken" (Spreen S. 66).

Die Zusammenhänge sind hinreichend bekannt. Es ist eigentlich nicht notwendig, sie noch einmal besonders hervorzuheben. Es ist auch klar, was gegen diese zur Behinderung von Kindern führenden Mißstände getan werden müßte. Trotzdem scheine ich wieder einmal tatenlos zusehen zu müssen, wie zahllose Frauen und Kinder in eine persönliche Katastrophe geraten.

Alle an der Blumenkampagne beteiligten Organisationen betonen, daß ein Boykott dieser Blumen die Situation der Arbeiterinnen nur verschlimmert. Wenn wir keine Sträuße mehr kaufen, verlieren die Frauen ihre Arbeitsplätze. Damit ist ihnen nicht geholfen. Das sehe ich zwar ein, aber ich habe doch zunehmend Probleme, mich über Blumen zu freuen, bei denen ich nun weiß, unter welchen Umständen sie produziert werden.

Was kann man sonst noch tun? Fian tritt unter dem Motto "Für das Recht sich zu ernähren" für die Einhaltung der bei der UNO verankerten sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Menschenrechte ein. Ähnlich wie Amnesty International führt auch diese Organisation Briefaktionen durch, d.h. man schreibt Briefe an Politiker, Pharmakonzerne usw. Medico International hat Informationsmaterial entwickelt und unterstützt gezielt einzelne Projekte. Eines dieser Projekte liegt am südlichen Stadtrand von MexikoCity. Es handelt sich um eines der wenigen erhaltenen Zeugnisse der aztekischen Landwirtschaft.

In dem auch als "Schwimmende Gärten" von Xochimilco bekannten Gebiet wurde bis vor kurzem Gemüse für den heimischen Markt angebaut. Inzwischen bieten multinationale Konzerne den Bauern,

Hybridsaatgut an. Das bringt zwar bessere Erträge, macht aber auch den Einsatz von Kunstdünger und Pestiziden notwendig. Das Ende ist abzusehen. Die Bauern werden über Kredite unter die Kontrolle der Konzerne gebracht und werden in absehbarer Zeit Blumen für den Export produzieren.

Medico International versucht diesen Prozeß aufzuhalten. Experten dieser Organisation helfen den Bauern landwirtschaftliche Alternativen zu organisieren und erklären die gesundheitlichen Gefahren, die bei der

Anwendung von Agrochemikalien und Hybridzüchtungen auftreten. Wie man sich vorstellen kann, ist dies eine schwierige Überzeugungsarbeit.

Für diejenigen, die sich noch weiter informieren wollen hier einige Adressen:

Medico International
Obermainanlage 7
6000 Frankfurt 1
Tel: 069/4 99 00 41

Fian Internationale
Menschenrechtsorganisation
für das Recht sich zu ernähren
Overwegstr. 31
4690 Herne 1
Tel: 02323/490099

Literatur:

Otfried Spreen: Geistige Behinderung. Springer Verlag Berlin,
1978

Folgende Hefte können über Medico International bestellt werden.
Außerdem ist noch das Heft "Blumenstudie-Südafrika" in Vorbereitung.

- "Vorsicht Blumen" ca. 70 Seiten mit allen relevanten thematischen Hinweisen zu Blumenproduktion DM 12,-
- "Blumenstudie-Mexiko" v. Justus Fenner 5,- in Briefmarken.

Frank Braßel, Petra Sauerland, Iris Schürmann, Mock (Hg.):
Unverblümete Geschäfte - Wie man mit Blumen einen guten Schnitt macht. Die Verbraucher Initiative e.V. Breite
Str. 51, 5300 Bonn 1. 1. Auflage 1991

Zur Ausbildungssituation von SonderpädagogInnen in Ecuador

Friedrich Albrecht

Im Juli und August diesen Jahres befanden sich mein Kollege Ludger Bär und ich auf einem achtwöchigen Arbeitsaufenthalt in Ecuador. Nach der Studienreise des Arbeitskreises "Sonderpädagogik Dritte Welt" in 1988 und dem Gegenbesuch ecuadorianischer SonderpädagogInnen in 1990 war dies die dritte Reise im Rahmen unseres Austauschprojektes. Ziel der Reise war unter anderem, Erkenntnisse über den aktuellen Stand der Ausbildungssituation von SonderpädagogInnen zu gewinnen. Im Folgenden hierzu einige Bemerkungen:

Zwei Sachverhalte kennzeichnen die Situation an den Universitäten:

- Die Ausbildung von Personen, die im Behindertenbereich arbeiten, ist in Bezug auf akademische Verortung, Abschlüsse und Studiendauer bemerkenswert uneinheitlich.
- Die Universitäten sind - mit wenigen Ausnahmen - reine Ausbildungsstätten. Im sonderpädagogischen Bereich findet keine Forschung statt.

Es gibt hauptsächlich drei verschiedene Typen von Hochschulen: die staatlichen, die katholischen und ideologisch unabhängige. Alle Universitäten haben in Bezug auf die Studiengänge, die sie anbieten, eine sehr große Autonomie. Es sind kleine Systeme, die immer wieder verschiedene Richtungen und Abschlüsse kreieren, ohne daß diese in ein staatliches Gesamtkonzept eingebunden sind.

Eine kurze Auflistung der Universitäten, mit denen wir in Kontakt traten und die Personen ausbilden, die im Behindertenbereich arbeiten, soll dies verdeutlichen:

- An der **Universidad Central in Quito** werden an der psychologischen Fakultät sogenannte **PsychorehabilitatorInnen** ausgebildet. Die Ausbildung erstreckt sich über sechs Jahre mit dem Doktorandenabschluß.
- An der **Universidad Catolica in Quito** können die Lehrer-Studenten in der philosophisch-pädagogischen Fakultät eine **Zusatzqualifikation im Bereich Lernbehinderung** erwerben. Gerade abgeschlossen hat die Universidad Catolica ein Kooperationsabkommen mit der Universidad de Sevilla in Spanien über ein viersemestriges **Postgraduierten-Studium (Master) über geistige Behinderung und Lernbehinderung**.
- An der **Universidad Estatal in Guayaquil** werden in der psychologischen Fakultät **PsychorehabilitatorInnen** ausgebildet. Die Ausbildung dauert fünf Jahre mit dem Abschluß Licenciado (unserem Hochschuldiplom vergleichbar).
- Ebenfalls an der **Universidad Estatal in Guayaquil** werden an der medizinischen Fakultät **SprachtherapeutInnen, BeschäftigungstherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen und Pädagogische TherapeutInnen** ¹ ausgebildet. Die Ausbildung erstreckt sich über drei Jahre und endet mit dem Technischen Abschluß (unserem Fachhochschulabschluß vergleichbar).
- Die **Universidad Laica Vicente Rocafuerte in Guayaquil** (ideologisch unabhängig) bildet in der psychologischen Fakultät **PsychopädagogInnen** aus. Die Studiendauer beträgt fünf Jahre mit dem Abschluß Licenciado.
- Die **Universidad Catolica in Esmeraldas** bildet in der pädagogischen Fakultät **SonderpädagogInnen** aus. Die Ausbildung dauert vier Jahre mit dem Abschluß Licenciado.
- Die **Universidad Catolica in Cuenca** bildet ebenfalls **SonderpädagogInnen** in der pädagogischen Fakultät mit gleichem Abschluß und Studiendauer aus.

1: Hinter dem Studiengang Therapeutische Pädagogik versteckt sich die von FASINARM - der ältesten und wichtigsten sonderpädagogischen Einrichtung - entworfene und durchgeführte SonderpädagogInnenausbildung. Für den kompletten pädagogischtherapeutischen Teil der Ausbildung zeigt sich das Centro de Recursos dieser NGO verantwortlich. Lediglich der medizinische Teil des Studiums verläuft innerhalb der medizinischen Fakultät der Universidad Central.

Neben den Universitäten, in die wir Einblick hatten, gibt es noch eine Reihe weiterer Hochschulen und Ausbildungsstätten, die Personen ausbilden, die in der Behindertenarbeit tätig werden (können). Wie etwa die Universidad de Loja, die auch ein Fernstudium für Sonderpädagogik anbietet oder das Instituto de Profesiones Intermedias in Guayaquil, das eine zweijährige Fachschulausbildung für Sonderpädagogik anbietet.

Die Ausbildung in allen Studienstätten ist absolut verschult. Der Studienplan ist hierarchisch aufgebaut, in jedem Semester sind eine Anzahl von festgelegten Fächern zu absolvieren, die alle überprüft werden und für die dann Punkte, sog. credits vergeben werden. Die Gestaltung der einzelnen "Klassen" obliegt dem Lehrer, Ansätze von eigenverantwortlicher Aneignung, Projektstudium oder Handlungsforschung sind so gut wie nicht zu finden. Die Universitäten reihen sich mit ihrem Vermittlungsstil in den repetierenden Ablauf von Erziehung ein, der sich, angefangen bei den Vorschulen und Kindergärten über die Primar- und Sekundarschulen bis zu den Hochschulen, durchzieht.

Es war feststellbar, daß die Kritik an diesem Erziehungsstil konstant wächst, es ist aber wiederum nicht davon auszugehen, daß dieses Erziehungsverhalten in absehbarer Zeit verändert wird, da außer Erkenntnis noch weitere Faktoren ausschlaggebend sind. So z.B. findet man kaum StudentInnen, die sich ausschließlich ihrem Studium widmen können. Sehr viele dieser jungen Leute arbeiten fulltime, wenn sie Glück haben in einem relativ gesicherten Angestelltenverhältnis, ansonsten in einem Job innerhalb des informellen Sektors. Für das Studium an sich bleibt dabei relativ wenig Zeit. Möglich ist es aber trotzdem, da die Universitäten den StudentInnen einen Stundenplan in verschiedenen Schichten anbieten. Man trifft somit an den ecuadorianischen Universitäten Menschenmassen zu Zeiten an, zu denen man keine/n deutsche/n Studierende/n vom WG-Küchentisch, oder keine/n deutsche/n ProfessorIn von der frühmorgendlichen SPIEGEL-Lektüre weglocken könnte, jedenfalls nicht dauerhaft. Universitäre Hauptzeiten sind von 7.00 bis 9.00 und von 18.00 bis 22.00 Uhr. In der vorhandenen Zeit bleibt kaum mehr, als den vom Lehrer in Kursen aufbereiteten Stoff im Klassenverband aufzunehmen. Für Entwicklung und Erprobung neuer Methodologien fehlt die Zeit. Auch die ProfessorInnen stehen unter permanentem Zeitdruck. Sie wechseln von der einen Uni-Schicht der Hochschule X zur anderen der Hochschule Y, dazwischen Erledigen sie die Aufgaben ihrer Tätigkeiten in einem Centro, der Provinzdirektion o.ä. Den bei uns

bekanntem ProfessorInnentyp, der genug Zeit, Raum und Mittel für Forschung und Lehre hat, gibt es aufgrund der niedrigen Bezahlung nicht.

Forschung und Lehre können keine Einheit bilden. Für mich ist dies ein als hochrangig einzuschätzendes Problem. Wichtige Erkenntnisse fließen nicht in die Ausbildung ein. Es gibt einzelne Forschungsvorhaben, vom Nationalen Forschungsrat oder auch aus dem Ausland gefördert, deren Resultate aber ganz zuletzt die Hochschulen und deren StudentInnen erreichen, weil ProfessorInnen zum Teil immer noch die Scripte aus ihrer eigenen Studienzeit benutzen und dies als ausreichend empfinden, und weil es am wissenschaftlichen Diskurs innerhalb des sonderpädagogischen Gebietes fehlt. Die Gründe hierfür sind fehlende Ressourcen und mangelhafte Kommunikationsstrukturen.

Es bestehen immense Lücken im Kenntnisstand darüber, was an anderen Universitäten passiert, sowohl inhaltlich, wie auch organisatorisch. Es werden kaum Auseinandersetzungen darüber geführt, wie die Hochschulen einen adäquaten Platz innerhalb einer sich zweifelsfrei entwickelnden und strukturierenden Sonderpädagogik schaffen können. Anstatt sich an Konzeptdiskussionen (wie etwa von FASINARM und dem Departamento für Sonderpädagogik im Erziehungsministerium momentan geführt) zu beteiligen, treten einzelne Fakultäten und deren Unterabteilungen in immer wieder neue Wettstreite zur Schaffung neuer Ausbildungsgänge, ohne genaue Überprüfung des Berufsbildes, ohne Einbindung in ein Gesamtkonzept, ohne Methodendiskussion und ohne Vorhandensein von HochschullehrerInnen². Letztendlich sind neue Ausbildungsgänge nur über eine höhere Intensität der Lehrer-Rotation unter den einzelnen Universitäten zu erreichen. Das führt dann aber leider nur zu quantitativen, nicht aber zu qualitativen Verbesserungen.

2: Sehr gut gefällt mir ein Entwurf der Universidad Catolica in Quito über eine sonderpädagogische Ausbildung (LicenciadoAbschluß) innerhalb der pädagogischen Fakultät. In fünf Jahren will sie Licenciados habitieren, die in den vier Behinderungsarten geistige Behinderung, Lernbehinderung, Blindheit und Hör- und Sprachbehinderung pädagogisch-didaktisch geschult sind. Weiterhin legt die Ausbildung Wert auf eine allgemeine sonderpädagogische Ausbildung, die die ecuadorianische Gesamtsituation mit einbezieht. Das heißt, man hat ein Berufsprofil eines/r Sonderpädagogen/-in im Auge, der/die über das nötige know how verfügt und dieses zudem noch in Gesamtzusammenhänge einbringen kann. Da man für die Realisierung dieses Anliegens nicht über die nötigen Lehrer verfügt, ist das Projekt konsequenterweise auf Eis gelegt.

Menschen mit Behinderungen in der Dritten Welt - Möglichkeiten der Hilfe durch Entwicklungszusammenarbeit¹

Geert Freyhoff

Menschen mit Behinderungen gibt es in jedem Land der Erde. Diese Feststellung ist ebenso einleuchtend wie für viele überraschend. Zu selten wird deutlich, daß Kriege², Hungerkatastrophen, Seuchen oder die alltägliche Unter- bzw. Mangelernährung in vielen Ländern der Dritten Welt nicht nur tausendfachen Tod und Leiden verursachen, sondern auch langfristige Behinderungen bei einer großen Zahl von Menschen.

1: Mit freundlicher Genehmigung aus den Blättern der Wohlfahrtspflege - Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, 6/91. Seite 153-155.

2: Vgl. aktuell hierzu Lebenshilfe Zeitung Nr. 1, Februar 1991

So geht die Weltgesundheitsorganisation (WHO) von ca. 10 % direkt betroffener Menschen in jedem Land der Erde aus und für Indien berichtet das Statistische Bundesamt, daß von jährlich 19 Millionen überlebenden Neugeborenen 9 Millionen an "ernsten körperlichen oder geistigen Beeinträchtigungen ihrer 'Gesundheit', weitere 7 Millionen unter weniger folgenschweren Beeinträchtigungen" (S. 26) leiden. Darüber hinaus schätzte eine Expertengruppe der Vereinten Nationen, daß mindestens 25 % aller Menschen direkt oder indirekt von den Auswirkungen von Behinderungen betroffen sind (Hammerman/Maikowski, S. 152). Soziale Gemeinschaften entfalten ihr Potential nicht vollständig, solange behinderte Menschen wegen mangelnder Förderung nicht selbständig leben und arbeiten können bzw. Familienmitglieder mit Betreuungsaufgaben beschäftigt sind.

Behinderungen haben demzufolge erhebliche Auswirkungen auf die sozialen und ökonomischen Verhältnisse einer Familie, einer sozialen Gemeinschaft und einer Gesellschaft als Ganzes.

Insofern ist Hilfe für Menschen mit Behinderungen keineswegs nur die karitative Förderung einer Randgruppe, sondern leistet einen Beitrag zur gleichmäßigen Entwicklung der Gesellschaft. Dies gilt jedoch nur dann, wenn nicht der Aspekt der Betreuung und Versorgung im Vordergrund steht, sondern die Befähigung zu einem selbständigen Leben (vgl. Misereor, S. 5). Diese Einschränkung setzt Maßstäbe für die Gestaltung von Hilfen: Sie fordert zum einen eine Abkehr von traditionellen Versorgungsmodellen und setzt zum anderen gezielte und fachlich angemessene Fördermaßnahmen voraus. Es zeigt sich, daß Menschen mit Behinderungen in Entwicklungsprojekten nicht 'quasi automatisch' mitgefördert werden, sondern daß gezielte Maßnahmen für diese Personengruppe integriert werden müssen.

Definition und Begriffsbestimmung

Wenn hier von Menschen mit Behinderungen die Rede ist, handelt es sich um eine Vereinfachung, da dieser Begriff suggeriert, Schädigungen der körperlichen, geistigen oder seelischen Gesundheit hätten in unterschiedlichen sozialen, wirtschaftlichen und kulturellen Verhältnissen vergleichbare Auswirkungen. Tatsächlich aber sind Behinderungen in starkem Maße kulturell determiniert. Diese Tatsache gehört zum Grundwissen der Sonderpädagogik - ihre Implikationen wurden bei der Gestaltung von Hilfsmaßnahmen in Ländern der Dritten Welt jedoch oft nicht berücksichtigt.

Unter den Lebensbedingungen in diesen Ländern ist die Häufigkeit von Gesundheitsschädigungen allem Anschein nach wesentlich höher als in den industrialisierten Ländern. Krankheiten wie Kinderlähmung, Cholera oder Typhus treffen unter- oder mangelernährte Menschen wesentlich härter und hinterlassen millionenfach körperliche, aber auch geistige Schädigungen. Die Zusammenhänge von allgemeinen Lebensbedingungen und dem Auftreten von Schädigungen sind einsichtig und schon verschiedentlich herausgearbeitet worden (vgl. Satapati/Tschannen, S. 262f).

Aus dem Auftreten von Schädigungen kann jedoch nicht unmittelbar auf die Häufigkeit von Behinderungen geschlossen werden - dieses Verhältnis kann sich in den Ländern der Dritten Welt grundsätzlich anders gestalten als in den Industrienationen. So weisen z.B. Stein und Susser darauf hin, daß "leichte geistige Behinderung wahrscheinlich dort nicht auffällt, wo keine allgemeine Schulbildung gegeben ist" (S. 235) und Richardson berichtet aus

Nepal, daß Personen mit ausgeprägten körperlichen Schädigungen von ihrer Gemeinschaft nicht als behindert angesehen wurden, da sie wichtige soziale Funktionen wahrnahmen. Diese Beispiele verdeutlichen die Feststellung von Neubert und Cloerkes, daß "die Bestimmung des Personenkreises auf der Basis eindeutig diagnostizierbarer Schädigungen inter- und intrakulturell inkonsistent" ist (S. 33).

Aus diesem Grunde lassen sich Behinderungen nur vor dem Hintergrund der Werte, Praktiken, Gebräuche und Verhaltenserwartungen der jeweiligen sozialen Bezugsgruppe bestimmen. Da diese jedoch nicht nur interkulturell, sondern gerade in den Ländern der Dritten Welt mit ihren großen sozialen Gegensätzen auch intra-kulturell stark variieren³, kann Behinderung nicht für alle Länder und Kulturen gleich definiert werden.

Einige Untersuchungen beschäftigen sich mit der weiteren Aufklärung dieses Sachverhaltes, jedoch ist neben immensen methodischen Problemen auch die Legitimation derartiger Untersuchungen zweifelhaft. So stellt Fryers fest, daß "epidemiologische Forschung in sehr armen Gemeinschaften nicht allein mit dem Streben nach Wissen gerechtfertigt werden kann. Dieses wäre ein unangemessener Gebrauch von lokalen und internationalen Ressourcen, eine nicht akzeptierbare Ausbeutung, da die potentiellen Vorteile für die untersuchten Gemeinschaften zu entfernt sind, um wirkliche Bedeutung zu haben"(S. 192).

Für die betroffenen Menschen mit Behinderungen in Ländern der Dritten Welt ist hingegen die zentrale Frage, ob für sie konkrete Hilfen in absehbarer Zeit erreichbar sein werden.

Hilfen für Menschen mit Behinderungen

Wie leben nun Menschen mit Behinderungen in Ländern der Dritten Welt? Selbstverständlich läßt sich diese Frage nicht pauschal beantworten, zu groß sind die kulturellen, sozialen und wirtschaftlichen Unterschiede. Wie oben schon herausgearbeitet, wirken sich außerdem Schädigungen äußerst unterschiedlich auf die Lebenssituation von Menschen aus.

Der wichtigste Faktor in der Hilfe für Menschen mit Behinderungen ist und war jedoch immer die Familie. Bei westlichen Fachleuten ist oft die Vorstellung verankert, daß behinderte Menschen in diesen Ländern ohne Hilfe und Unterstützung leben müssen. Ist es denn keine enorme Anstrengung für eine Familie, wenn ein behindertes Kind selbstverständlich mit versorgt wird, wenn ein erheblicher Teil des Familieneinkommens für Medikamente ausgegeben wird oder wenn Reisen über hunderte von Kilometern unternommen werden, um das behinderte Familienmitglied zu einem Wunderheiler zu bringen? Ingstad wendet sich vehement gegen die 'Legenden' von Vernachlässigung und negativen Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderungen und belegt dieses mit Erfahrungen aus verschiedenen afrikanischen Ländern. In vielen Fällen sind die Familien also bereit, erhebliche Anstrengungen auf sich zu nehmen, oft fehlt es jedoch an Informationen, durch welche konkreten Maßnahmen sie ihren Angehörigen helfen können.

3: So sind auch die äußerst unterschiedlichen Ergebnisse von Prävalenzstudien zu erklären, die von 0,7 % in Nepal bis zu 25 % auf den Philippinen reichen.

Schon vor Jahrhunderten wurden in verschiedenen Kulturen autochthone Unterstützungsmaßnahmen für Menschen mit Behinderungen entwickelt. Hierfür liegen z.B. aus dem Reich der Inka (Duttler/Köpcke-Duttler) oder aus dem frühen Indien (Pflug) eindrucksvolle Belege vor, und Miles (1985, S. 7f) belegt die Anwendung traditioneller therapeutischer Techniken.

Als erste institutionalisierte Form der Hilfe für Menschen mit Behinderungen wurden schon Anfang dieses Jahrhunderts, zumeist von christlichen Missionaren, Anstalten und Heime für blinde, leprakranke und körperbehinderte Menschen in Ländern der Dritten Welt aufgebaut. Diese bezogen weder traditionelle Formen der Hilfe ein, noch berücksichtigten sie die wirtschaftlichen, sozio-kulturellen und religiösen Gegebenheiten des jeweiligen Landes. Damit wirkten sie noch in weit stärkerem Maße segregierend und kulturell entfremdend als derartige Einrichtungen in industrialisierten Ländern.

Diese Kritik trifft in vielen Fällen auch auf Einrichtungen zu, die in den vergangenen Jahren in Ländern der Dritten Welt aufgebaut wurden. Sie bestehen aus vergleichsweise aufwendigen Gebäuden, arbeiten mit teuren Materialien und beschäftigen spezialisiertes Personal. Es wurde erwartet, daß solche '**Modelleinrichtungen**' allmählich durchsickern, d.h. sich in den betreffenden Ländern 'irgendwie' vervielfältigen würden. Dies ist nicht geschehen und heute sind viele Fachleute überzeugt, daß auf diese Weise die Bedürfnisse der überwältigenden Mehrzahl der Betroffenen nicht befriedigt werden können.

Vor dem Hintergrund der Integrationsdiskussion und der offensichtlich werdenden Grenzen großer Rehabilitationseinrichtungen begann die WHO vor einigen Jahren mit der Entwicklung einer alternativen Konzeption. Unter der Leitung von Einar Helander wurde in Genf ein Versorgungsmodell entwickelt, das die Verantwortung für und die Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen in die Hände der Familien und der sozialen Gemeinschaft als Ganzes legt. Die **Community-Based Rehabilitation** zielt nicht primär auf Menschen mit Behinderungen, sondern sieht diese als integralen Teil der sozialen Gemeinschaft.

Nach diesem Modell sollen 70 % der Hilfen in den Familien und Gemeinden geleistet werden, 20 % durch Fachkräfte auf Distriktebene und nur 10 % durch spezialisierte Einrichtungen (vgl. Satapati/Tschannen, S. 273). Auf allen Ebenen gibt es detaillierte Handbücher und Anleitungen. Am wichtigsten ist hier das Buch "Training in the community for people with disabilities" (Helander et.al.), in dem in 30 Trainingseinheiten genaue Handlungsanweisungen für Angehörige und Mitglieder der Gemeinde gegeben werden.

Wichtig ist, daß in den vergangenen Jahren verschiedene Ansätze der Community-Based Rehabilitation entwickelt worden sind, die sich zum Teil erheblich von dem Modell der WHO unterscheiden, das sich den lokalen Verhältnissen nicht immer als angemessen erweist. Miles (1985) hat die Schwachstellen des WHO-Modells in dem Buch "Where there is no rehab plan" ausführlich analysiert und auch andere Autoren weisen immer wieder auf die entstehenden Probleme hin. Es bleibt jedoch festzuhalten, daß das Modell der WHO entscheidende Anregungen zur Abkehr von institutionenzentrierter Behindertenhilfe in Ländern der Dritten Welt gegeben hat.

Eine weiterer möglicher Ansatz verbindet die Vorteile einer Einrichtung, wie Sichtbarkeit und leichtere Finanzierbarkeit, mit den Vorteilen gemeindeorientierter Rehabilitationsmaßnahmen: das '**Resource Center**'. Hier handelt es sich um eine Einrichtung, in der zentral Diagnose und Therapiemöglichkeiten angeboten werden und die

eine Peripherie gemeindeorientierter Hilfen umgibt. Dieses Modell hat sich in den vergangenen Jahren in vielen Ländern der Erde bewährt und ermöglicht die Hilfe für eine größere Anzahl von Menschen mit Behinderungen. Das wohl bekannteste Projekt dieser Art wurde in Mexico entwickelt - David Werner berichtet in seinem Buch "Disabled Village Children" ⁴ ausführlich darüber.

Mobile Rehabilitations-Einheiten sind eine weitere Möglichkeit, Wissen über Hilfsmöglichkeiten für Menschen mit Behinderungen weiterzugeben. Hier begeben sich Teams von Fachleuten für einige Tage in einzelne Kommunen und informieren Betroffene, Angehörige und Interessierte über Möglichkeiten der Hilfe und Therapie. Die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) berichtet, daß die Kosten-Nutzen Relation bei 'Mobile Rehabilitation Units' gegenüber anderen Hilfeformen am überzeugendsten war (Momm/König, S. 13) und Gudalefsky berichtet von positiven Erfahrungen in vielen Ländern Asiens.

Eine weitere Form der Vermittlung behinderungsspezifischen Wissens ist die **Nutzung der Medien** im weitesten Sinne. Auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung in Ländern der Dritten Welt werden Radio- und Fernsehsendungen, Zeitungsanzeigen, Plakate oder Flugblätter schon seit langem eingesetzt. Auch im Bereich der Hilfe für Menschen mit Behinderungen lassen sich diese Mittel nutzen, da viele Grundinformationen in einfacher Form darstellbar sind. Der Vorteil dieser Strategie ist, daß mit geringen Kosten eine große Anzahl von Menschen erreicht werden kann - eine Einschränkung ist hingegen, daß nur sehr generalisierte Hinweise gegeben werden können. Jedenfalls werden z.B. Manuskripte für Radiosendungen über verschiedene Arten von Behinderungen (Miles 1987) in einigen Ländern der Dritten Welt mit Erfolg genutzt.

Die Wahl einer oder mehrerer dieser Strategien muß selbstverständlich unter maßgebender Beteiligung der Betroffenen erfolgen, da nur sie die Möglichkeiten der lokalen Situation beurteilen können. So kann z.B. eine Einrichtung als zentraler Punkt der Entwicklung, Sammlung und Verbreitung sonderpädagogischen Fachwissens notwendig sein, in anderen Verhältnissen dagegen die Community-Based Rehabilitation der WHO.

Entwicklungszusammenarbeit im Behindertenbereich
Hilfen für Menschen mit Behinderungen in Ländern der Dritten Welt verbessern nicht nur die Lebenssituation der direkt Be-

4: Dieses Buch ist wegen seiner detaillierten und praxisnahen Beschreibungen von Hilfsmöglichkeiten für Menschen mit unterschiedlichsten Behinderungen Entwicklungshelfern und Praktikern der Behindertenhilfe gleichermaßen zu empfehlen!

troffenen, sondern leisten auch einen erheblichen Beitrag zur Entlastung der sozialen Gemeinschaft. Aus diesem Grunde gehören derartige Maßnahmen unabdingbar in das Mandat von Organisationen der Entwicklungshilfe.

Die Gestaltung dieser Hilfen steht im Schnittpunkt verschiedener Fachgebiete. Deshalb ist bei der Projektplanung und -durchführung interdisziplinäre Zusammenarbeit von Fachleuten der Entwicklungshilfe, Pädagogen, Psychologen und Therapeuten entscheidend. Einige Fachleute der Behindertenhilfe haben in Ländern der Dritten Welt Erfahrungen gesammelt, die genutzt werden sollten um die Maßnahmen kulturadäquat zu gestalten.

Weiterhin wurden in der Vergangenheit in ungezählten Projekten für Menschen mit verschiedenen Behinderungen Materialien und Strategien entwickelt, von denen heute profitiert werden kann. Werden diese lokalen und internationalen Ressourcen genutzt, können Arbeitskraft und Mittel in die Fortentwicklung von Hilfen investiert werden.

Wie in anderen Bereichen der Entwicklungszusammenarbeit ist jedoch auch auf dem Gebiet der Behindertenhilfe die Beteiligung der Betroffenen ein zentrales Element. Nur durch größtmögliche Selbständigkeit und Selbstvertretung von Menschen mit Behinderungen und durch Aktivierung des Selbsthilfepotentials der sozialen Gemeinschaften in Ländern der Dritten Welt kann eine wirkungsvolle und anhaltende Verbesserung ihrer Lebenssituation erreicht werden.

Literatur

Cornelia Duttler und Arnold Köpcke-Duttler: Behinderte Menschen im Reich der Inka; in: H. Kemler (Hrsg.): Behinderung und Dritte Welt, Verlag für interkulturelle Kommunikation, Frankfurt 1988, 110-126
Tom Fryers: The Epidemiology of Severe Intellectual Impairment; London 1984

Adam B. Gudalefsky: Educational Program for People who Care for Mentally Handicapped Persons; INTERAID, Hongkong 1990

Susan Hammerman, Stephen Maikowski: The economics of disabilities: International perspectives; in: Int. J. Rehab. Research, 1982, 5, (2), 149-166

Einar Helander, P. Mendis, G. Nelson und A. Goerd: Training in the community for people with disabilities; WHO, Genf 1989

Benedicte Ingstad: Disabled Person and the Community. Social and cultural aspects; Vortrag auf einem Seminar der "Organisation for International Health Cooperation", Bologna 1989

M. Miles: Where there is no rehab plan; Mental Health Centre, Peshawar, Pakistan, 1985

M. Miles: Rehabilitation Broadcasts for Rural Areas; Mental Health Center, Peshawar, Pakistan, 1986

Misereor: Leitlinien für die Förderung von Behindertenprojekten in der Dritten Welt; Freiburg und Aachen 1986

Willy Momm und Andreas König: From Community-Based Rehabilitation to Community-Integration Programmes; ILO Genf 1989

Dieter Neubert und Günther Cloerkes: Behinderung und Behinderte in verschiedenen Kulturen; Schindele, Heidelberg 1987

Bernd Pflug: Sozialdienste für Behinderte im frühen Indien; in: Heilpädagogische Forschung, 5 / 1974, 249-268

Stephen A. Richardson: Physical impairment, disability and handicap in rural Nepal; in: Developmental Medicine and Child Neurology, Vol. 25, 1983, 717-726

Rao P. Satapati und Richard Tschannen: Behinderte in der Dritten Welt; in: A. Bächthold u.a.(Hrsg.): Sonderpädagogik. Handlung, Forschung, Wissenschaft. Berlin 1986

Statistisches Bundesamt (Hrsg.): Länderbericht Indien; Wiesbaden 1984

Zena Stein und Mervyn Susser: The Less Developed World: Southeast Asia as Paradigm; in: Mental Retardation and Developmental Disabilities, Vol. XI, 1980, 227-240

David Werner: Disabled Village Children; The Hesperian Foundation, Palo Alto, USA, 1987

DISABLED PERSON AND THE COMMUNITY - Social and cultural aspect

Benedicte Ingstad Ph.d.

Introduction

In the recent year's focusing on Community-Based Rehabilitation it has become increasingly important to find out how the situation of the disabled person in the local community actually is. There are various "myths" surrounding this topic, bringing out an historical as well as a north-south dimension, but how true are they actually?

Through the historical myth we are taught to think that in the old days in Europe a disabled family member was considered a shame, a sign of God's punishment and thus someone to be hidden, killed etc. This may have been true to some extent, but if we go to what is probably our best sources, the folk tales and literature, we get a much more nuanced picture. True enough we read about people who were stigmatised and ostracised in various ways, but we also read about those who were well loved and cared for, those who had a meaningful life and were recognised for their ability to do simple tasks in the community, and even those who were considered "wise" men and women just because they were different from others in one way or the other.

Generally we may say that in an European society that found itself on a fairly simple technological level, where a large part of the population lived in close-knit rural communities, disabled people stood a good chance of living in a state of what we may call "natural integration". By this we mean that they were part of a family and a community in which their basic needs were met and in which they might be able to find meaningful roles for themselves according to their physical and mental abilities.

Paper presented at a seminar by the Organization for International Health Cooperation, Bologna Febr. 24-26 1989

Dieser Bericht ist ebenfalls im 'International Journal of Rehabilitation Research' 13, pp. 187-194 (1990) erschienen (Anmerk. d. Redaktion).

Segregation of disabled people in general, really started with the development of "special services" for them, most often with the best of intentions, but with unfortunate unintended consequences. This development was closely linked to the development of society in general, with the introduction of more complicated technology and larger emphasis on education for everybody as a means to achieve a recognised place in society.

The north-south "myth" is of more recent origin. It has to some extent developed as a result of measures initiated by the industrialised countries to help disabled people in developing countries, especially since the International Year for Disabled 1981. In order to raise money, create awareness etc. a picture of the situation for disabled people has often been painted as bad as possible, emphasizing shame, hiding, killing etc. This implies an idea that "now we are going out to teach them how to integrate their disabled people" which in itself must be said to be an ethnocentric and rather arrogant assumption.

But again, the "myth" does not necessarily reflect the whole truth. If we gather our knowledge from what little research has been done on this topic in developing countries, we find a variety in attitudes and behaviour ranging from ostracism and killing to acceptance and considering disabled people "holy" (Edgerton 1970).

In many ways the situation of disabled people in developing countries is similar to that of Europe in the old days, with a state of "natural integration" in the rural communities, and a tendency towards specialisation in services as a result of modern development and urbanisation. The big challenge of today is to try to avoid the unintended and unfortunate consequences of development that Europe experienced. In other words - to see to it that modern rehabilitative measures build on, and develop further, the resources of the local community in a way that promotes integration and avoids segregation. That is what community-based rehabilitation is all about.

THE DISABLED FAMILY.

In modern medicine rehabilitation is most often seen as an individual concern, a question of improving the function of bodily parts or improving individual skills. This view is to a large extent carried on even when rehabilitation is taken to include social services, educational and vocational training. It is the individual disabled which is being rehabilitated.

This view may however, in many cases be rather unfortunate. Being to a large extent dependent on others, the whole life situation of disabled people is shaped by how the immediate care unit is able to cope with the problems that arise from the disability, as well as with life problems in general. Thus it is useful to see the care unit, which is most often the close family or extended family, as a disabled family.

According to this view, rehabilitative measures to improve the life situation of disabled people should aim at four levels - the individual, the family, the local community and the larger society.

THE DISABLED PERSON IN THE COMMUNITY.

In order to analyze the situation of disabled people in the community, we have to isolate two main types of factors that influence how the individual and the family cope with being disabled. These are cultural factors and socio-economic factors. In addition we have the personality factors which obviously are quite influential in determining individual choices of coping behaviour, but these will be left to the psychologists to deal with.

Cultural factors.

Culture influence the life situation of disabled people through believes about disabilities, peoples attitudes and how these are expressed through behaviour.

Beliefs: In many non-western cultures to be disabled is seen as only one of many manifestations of misfortune in general. To be born with an impairment, to have an accident, to fall ill or to loose your job or sweetheart may be nuances of the same picture, caused by the same circumstances. Although an interest in finding a "cure" will most often be there, to find the cause of origin is seen as equally and sometimes even more important. Without knowing the origin, prevention becomes impossible and misfortune may strike again at any time. The cause of origin, if found, will determine the further actions to be taken and the chances people see of improvement.

Roughly the causes believed to be the reason for impairment and disabilities in various cultures may be grouped as (1) caused by others, (2) caused by oneself and (3) caused by fate, by nature or the will of God.

1. Misfortune leading to disability may be caused by others through witchcraft and sorcery, the evil eye, curses, spirit possession etc. Although prevalent in a variety of cultures, the belief in witchcraft and sorcery is maybe most prominent in Africa South of Sahara. Accusations of witchcraft are mostly seen in close relationships marked by potentials for envy. Examples of this are relationships between co-wives and their children especially with regard to inheritance, relationship between spouses and their in-laws or between competitors for love or employment. Witches are believed to be people with an inborn potential for doing evil, while sorcery is usually believed to be something any one can do, alone or through the help of others (for instance a traditional healer).

Belief in the "evil eye" is particularly common in the Middle East but is also found in other muslim cultures, for instance Somalia. The "evil eye" is believed to be the result of someone's envy, for instance a childless woman looking at a small baby, leading to illness and possibly lasting damage or death. Accusations of "evil eye" usually occurs in relationships somewhat more distant than witchcraft/sorcery, between people living in the same local community but not closely related or sometimes between strangers.

Curses usually occur in very close relationships, for instance between parents and children. They may take a variety of forms in various cultures and is related to the concept of ancestors punishments (see below). Beliefs in spirits and their ability to possess people also take different forms all over the world. Perhaps the best known are the Shamans, people with "strange behaviour" who are believed to have their supernatural powers through such possessions.

As for believes in witchcraft, sorcery, "evil eye" and curses we clearly see that they have a function of social control. If one does not stick to the rules of society, for instance by not sharing ones wealth with others, one stand the risk of being struck by other peoples envy or be accused of using black magic oneself.

In relation to disability, the belief that other people or spiritual beings have caused the condition, usually may have the effect of relieving the victim of the burden of guilt, and thus also a possible stigma. Thus for instance in Botswana were witchcraft is a common explanation for physical disabilities, parents seemed much less bothered by guilt than Norwegian parents (believing in mothers responsibility for a successful pregnancy and/or God's punishment for sins).

In exceptional cases however, witchcraft may be blamed on the victim, claiming that he or she has tried to harm someone who was protected by strong "medicine", thus getting the evil back that has been returned like a boomerang.

2. One may cause disabilities on oneself in a variety of ways. Except for pure carelessness break of taboo and provoking of the anger of the ancestors are some of the most common explanations given. In Sub-Saharan Africa the concept of taboo is closely linked to sexuality and the beliefs in the vulnerability or impurity of the female body in certain faces of life (during menstruation, lactation or after an abortion or delivery). For instance in Botswana, severe mental and physical retardation in a child (Mopakwane) is believed to be caused by one of the parents (usually the father) having had extra marital sexual relationship(s) while the mother was still in confinement with the newborn child. Pollution picked up in such a relationship is then believed to pass to the mothers blood and milk and unto the baby creating lasting damage. If the father is the one who has been unfaithful he passes the pollution on to the mother by having intercourse with her before any of them have been through the purification rituals that follows a confinement period (Ingstad forthcoming).

Ancestors anger is seen as provoked by the living relatives either by not behaving properly while the person was still alive, for instance by not providing for an aging relative, or by not nourishing the relationship after death through proper offerings and rituals. In Botswana it is interesting to note that disabilities considered to be caused by ancestors anger usually are milder and/or considered more curable than those caused by witchcraft. This springs from the logic that ancestors would not be believed to wish upon a descendant misfortune of the same degree as a witch would do.

Disabilities caused by oneself are usually considered shameful and may place a stigma upon the disabled person as well as the close family. Thus we may here see a potential for the hiding, killing etc. that the "myth" tells us about.

3. In spite of a variety of beliefs in very specific causes for disabilities, all cultures seem to give room for the possibility that such misfortune may "just happen". This is expressed in various ways as "natural reasons", "faith" or "God's will". However when African people talk about God's will they seem to place a much more positive emphasis on it than Europeans do. God's will is not seen as a punishment, but more as God's trust in the parents ability to take care of a special child. Thus a Botswana mother who gave birth to a child with very deformed feet called her "Mpho ya modimo" a gift from God.

Peoples attitudes towards disabled people are influenced but not determined by their beliefs about the origin of the disability. In talking about such attitudes it is important to distinguish between those carried by people in general, (those who do not have any close knowledge of disabled persons), and those who know disabled people well, live in the same household etc. Attitudes demonstrated through words or other type of behaviour by these two categories of people may be quite different.

People in general tend to express their opinion more in line with the common beliefs as discussed already. People with more knowledge tend to give a more nuanced picture were several other factors tend to be considered as equally or even more important than beliefs about origin.

For instance in Botswana, where fear of a disabled person is considered dangerous for pregnant women, (since it may lead to the baby having the same disability) I found that such women do not consider a disabled man in the same ward dangerous because as they say: "I know him so I am not afraid of him". Similarly the belief in the contagiousness of epilepsy does not seem to have implications among friends and relatives because: "we have been with her for a long time without anything happening to us". Also conditions that are believed to be shameful because of believed break of sexual tabus, most often are given other explanations of origin by caring parents, and thus does not usually lead to the hiding and neglect that other people tend to expect.

The analytical concept of explanatory models is useful (Kleinman 1980) in trying to understand the relationship between beliefs, attitudes and behaviour.

Explanatory models differ from beliefs in several respects. One major difference is that they are very concrete. Whereas at a level of beliefs a large number of possible causes may be held to result in a disability and, conversely, a large number of different disabilities may be held to have one single cause. The explanatory model however, applied to a specific case has made a selection among these options. A second difference concerns the articulateness. Whereas beliefs are fairly vague, explanatory models are precise and provide detailed information on specific case stories. A further difference is that beliefs may differ between different persons (and age/sex) in a community, whereas there is often a high degree of consensus concerning the character of particular cases.

It is also important to stress that in so far as people at all can be said to act according to their beliefs and attitudes, it is only when these are brought into contact with concrete social situations and manifested through an explanatory model that this is observable. Furthermore, explanatory models frequently come to involve other significant factors than the belief system. The system of authority, the kind of experts consulted, the prestige and social situation of the family - all these are crucial for the shaping of explanatory models (Helander forthcoming).

Socio-economic factors.

We will now turn to the second important set of factors influencing the situation of the disabled person in the family and the community, the socio-economic factors.

It is rather obvious, but not always given proper consideration, that a disabled person will not fare better than the average household member. Thus in a situation of poverty and food shortage the disabled child is quite likely to be malnourished. When the family cannot afford to send all children to school the disabled person is not likely to go. When unemployment is a general problem disabled people are not likely to be employed etc. In addition to the general problems that everybody in the community are facing, the additional constraints caused by the impairment as such (feeding problems, mobility problems etc.) may easily aggravate the situation.

There seems to be a general tendency for outsiders observing such problems to see only the situation of the disabled family member, and automatically to interpret such problems as a sign of neglect, lack of interest etc. What we should do however is to look into the situation of the whole household unit, and try to understand under what constraints they are acting and what are their motives for doing as they do. In most cases we will find that

the family is trying its best under the given circumstances but have to make certain priorities taking the whole situation of the household into consideration.

Is it fair to expect parents of a mentally retarded child to send him to school when they feel certain that the teachers cannot cope with him among 50 others, and when they can only afford to buy uniforms for two of their five children? Is it fair to blame a mother for not carrying her brain damaged 3 year old child to the clinic several miles away to be treated for diarrhoea, when this means leaving a baby and two other small ones unattended at home for many hours?

In these cases it is social circumstances and not cultural beliefs that influence behaviour and it is not right to use labels like disinterest or neglect. But that is exactly what many rehabilitation workers do because they have been taught that parents of disabled children are disinterested or neglecting.

In the future we must get away from this myth, not because it is never true (it may obviously be so in some cases), but because it gives us the wrong perspective from which to interpret what we see. We must try to see the situation from the point of view of those we try to help.

This implies planning and implementing rehabilitation at various levels of society. The individual level to compensate for impairment through medicine, physiotherapy, (special) education and vocational training. The family level to make the whole household unit function better and thus be able to perform its care functions more satisfactory (food rations, job for father, education for siblings etc.). The community level to remove barriers for mobility and promote participation of the disabled person in social life. The level of the larger society by creating special rehabilitation policies, change legislation, create awareness etc.

If a rehabilitation programme comes in as something new, added to a modern PHC system, they tend to take little account of socio-cultural factors. These are however of the greatest importance for the recipients interests and ability to participate.

A perspective which takes in both cultural and socio-economic factors, like we have indicated here, is a necessary foundation on which a sustainable rehabilitation programme should be built. This means making pre-project studies that not only counts types and numbers of disabilities, rehabilitation facilities, charitable organisations and interest groups etc., but which also makes a thorough study of social and cultural factors in order to learn about the situation of the disabled person in that particular setting.

A CASE OF A "HIDDEN" DISABLED.

In order to illustrate how parents behaviour towards a disabled person may easily be misinterpreted as abuse and neglect due to bad attitudes, I will give a case from my own field work in Kweneng district Botswana.

During two years of fieldwork in close cooperation with a Social Welfare Officer responsible for the disabled in the CBR programme I had several times been confronted with the statement that the parents were hiding and neglecting their disabled children. Finally I asked her to take me to one of those families that she thought was the best example of this.

One day we went to a compound with a hut in one of the larger villages from which screaming and howling could be regularly heard. The hut which had no windows and a locked door was located next to a larger one where the rest of the household lived. This was said to be parents who were hiding their grown up mentally disturbed son by locking him up like this. We interviewed the family and got the following story:

The man had been mentally retarded since birth, but peaceful as a child and in no way difficult, to care for. At the age around eight the family was told by someone that they should send him to the mental hospital in the city so that he could get cured and become "normal". This was done.

The parents visited him regularly over several years, in spite of long travelling distance and expenses for bus fares. There was no improvement whatsoever. On the contrary, in the crowded ward at the mental hospital he developed symptoms that had not been there before, symptoms well known from similar institutions in industrialised countries. He became restless and violent to the extent that his front teeth had to be pulled out to keep him from biting people.

On seeing this development the parents started to request that he be discharged from the hospital and left in their care. By now however, he had grown big and strong, and their request was rejected on the grounds that they would not be able to control him.

The parents however, did not give up. After several years of trying in vain, they finally turned to the local counsellor and asked for his help. This happened to coincide with the time it was decided to decentralise the psychiatric services and return as many as possible of the mental patients to their home villages (late 70's). The young man was then released in charge of the family on the condition that they would build a special hut for him and keep him locked up so that he would not harm others.

The parents had complied to this, afraid that any break of their promise would lead to the authorities returning him to the mental hospital. However, they were quite aware of the sad life he was leading locked up in the hut like this, and used to take him out occasionally to have meals with the family and walk around under guard in the near surroundings. This however, became increasingly difficult when the father died and there was only the mother and a teen-age sister in the household to control him. After a few episodes when he ran away and attacked children, he was more or less confined to his hut.

Although she could probably easily have had him readmitted to the mental hospital and thus relieve herself of the burden of care, the mother preferred to keep him at home. She had not asked the psychiatric services or the CBR Social Welfare Officer for help, being afraid that this might lead to him being taken away.

I visited him again just before I left the country (Dec. 1985) together with my assistant. His condition was then even worse. He was sitting naked in the hut, smearing himself with his stools and digging holes in the mud floor with his hands. All the furniture in the hut had to be taken out so that he would not harm himself or others. We sat for a long time and talked to the family, trying to advise them to let him out regularly to eat and be with others and to teach him simple tasks, but had little hope that they would manage to do so.

Three years later (Feb. 1989) I revisited the family unexpectedly together with the same assistant. When we came to the compound we saw the door to the hut open, inside it was clean and tidy with a made-up bed and a table and a chair. When we looked towards the main house we hardly believed our own eyes. There the man was sitting, smiling with his toothless mouth, dressed in a clean white shirt and good trousers and eating porridge from a bowl. He recognised us and called out "lekgoa wa me" (my white person) followed by sentences much more coherent than what he was able to before. His sister who was alone with

him at the time explained that now his door was always open, he walked around freely in the village and never attacked anyone. She even dared to sleep in the same hut with him. He could stamp corn, sweep the floor and chop wood and looked after the goats when they were at the lands.

What had happened? On revisiting the mother we were told that they had had no help or medication from the psychiatric services, no contact with the Social Welfare Officer and no help from traditional doctor or faith healer. The only thing they had done she said was to follow the advises we had given them in 1985 with good help from the mothers new boyfriend. No one who now saw the pride and joy in this mothers eyes when looking at her retarded son would doubt the love she felt for him.

This example shows us how much can sometimes be done with very little (plus some luck) and the danger of judging the situation of a disabled family as a result of attitudes mainly. A good judgement must be based on thorough knowledge of how the family members see their own situation and an understanding of the possibilities and constraints under which their choices of action are made. Only then can we give advice that stand a chance of being realised and thus promote integration of the disabled person in the community.

It is part of the story that out of the 8 families shown to me by the Social Welfare Officer as being neglecting or abusing, only two proved to be so when looked closer into. And even in those two families the miserable situation of the disabled person was only a reflection of the very difficult situation the whole family unit was living under.

Benedicte Ingstad is associate professor at Institute of Social Medicine, University of Oslo, Rikshospitalet 0027 Oslo 1, Norway.

REFERENCES.

- Bruun F. et al. (forthcoming):** Disability and culture. Some cross-cultural perspectives. Report to WHO.
- Edgerton R.B.** 1970: Mental retardation in non-Western societies. Towards a cross-cultural perspective on incompetence. Haywood H.C. (ed.); Social-cultural Aspects of mental Retardation. N.Y. Appelton - Century - Crofts.
- Helander B. (forthcoming):** Disability and Culture in Somalia. Preliminary notes for a comparative paper within the project "Disability and Culture".
- Ingstad B. (forthcoming):** The myth of the hidden disabled. Socio-cultural factors in Community-based rehabilitation. A study from Kweneng district, Botswana.
- Kleinman A.** 1980: Patients and healers in the Context of Culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry. Univ. of California press.

ORGANISATIONEN

Unesco Institut für Pädagogik

zusammengefaßt von Gabriele Weigt

Über das Institut

Das 1951 gegründete Unesco-Institut für Pädagogik (UIP) ist ein internationales Forschungszentrum, das sich schwerpunktmäßig mit nicht-formalen Aspekten des lebenslangen Lernens befaßt. Priorität haben gegenwärtig die Förderung von Erwachsenenalphabetisierung und Grundbildung sowie die Erweiterung von Bildungsmöglichkeiten für nicht zur Schule gehende Kinder und Jugendliche.

Folgeaktivitäten der Weltkonferenz: "Bildung für alle"

Die Aktivitäten des UIP in der nicht-formalen Bildung und in der Alphabetisierung stimmen seit langem mit den Zielen der Bildung für Alle überein. Das Institut bestreitet deshalb einen Hauptteil der Folgeaktivitäten der Weltkonferenz "Bildung für Alle".

Drei Forschungs-, Demonstrations- und Fortbildungsprojekte sind geplant:

1. Entwicklung von angemessenen Lehr-/Lernstrategien in der nicht-formalen Grundbildung für außerhalb der Schule Lernende:
Die Ergebnisse dieses Projekts werden zur Entwicklung von "reproduzierbaren" Strategien und Methodologien und zur Fortbildung von Spezialisten aus ausgewählten Ländern in der Anwendung von Selbstlernen, voneinander Lernen und einander Lehren verwendet.
2. Überwachung und Evaluierung der Alphabetisierung und Nichtformalen Grundbildung:
Ziel ist eine Verbesserung von Qualität und Wirksamkeit der nicht-formalen Erziehung.
3. Alphabetisierung von Erwachsenen und Kindern:
Diese Forschungsarbeit über die Dimensionen der gleichzeitigen Alphabetisierung beider Generationen wird auf Erfahrungen vor Ort in Afrika, Asien, den arabischen Staaten und Lateinamerika basieren. Der Einfluß von Erwachsenenalphabetisierung auf die Schulbeteiligung und die Anzahl der Kinder, die die Schule vollenden, sowie auf die Lernergebnisse soll so besser eingeschätzt werden können. Erwartet wird auch die Bereitstellung von Instrumentarien für eine erhöhte Wirksamkeit dieses doppelten Ansatzes.

Nicht-formale Ansätze zur Bildung auf Primarstufe

Weltweit gibt es mehr als 100 Millionen nicht zur Schule gehende Kinder. 1986 stellte sich das UIP der Aufgabe dazu beizutragen, den Bedürfnissen dieser Kinder gerecht zu werden. Eine vorläufige Untersuchung der unterschiedlichen in Entwicklungsländern angewandten Strategien zur Verknüpfung formaler und nicht-formaler Strukturen, Lerninhalte und -methodologien wurde initiiert. In diesem Zusammenhang wurden Probleme hinsichtlich Akzeptanz, Anerkennung und Äquivalenz im Vergleich zum konventionellen System aufgedeckt. Weitere Informationen erhalten Sie bei A. Mahinda Ranaweera, Koordinator des UIP für das Projekt nicht-formale Bildung.

Nachalphabetisierung und Weiterbildung

Das UIP ist seit 1980 in der Nachalphabetisierung tätig. Zwischen 1984 und 1987 gab das Institut eine Synthese und fünf Veröffentlichungen über Lernstrategien für Nachalphabetisierung und Weiterbildung heraus. 1986-87 wurde eine zweite Forschungs- und Fortbildungsphase initiiert, deren Schwerpunkte Modalitäten des Vermittelns, der Ausbildung von Personal der mittleren und "grass-root" Ebene sowie der Evaluierung von Lernergebnissen sind.

Evaluierung der Alphabetisierungs- und Nachalphabetisierungsprogramme

Eine Reihe von Studien über die Evaluierung der Lernergebnisse und einen größeren Erfolg dieser Vorhaben steht in engem Zusammenhang mit den Projekten zur Nachalphabetisierung und der nicht-formalen Erziehung. Die 1982 begonnenen Studien befassen sich mit Praktiken, Methoden, Werkzeugen und Instrumenten für die Lernenden und der Evaluierung des Curriculums, der Beobachtung der Fortschritte und der Evaluierung des Erfolgs. Ein 1989 abgehaltenes Seminar machte deutlich, daß die konventionellen Ansätze für nicht zur Schule gehende Kinder ungeeignet sind, und durch das Seminar 1990 wurden dem "Handbuch für Praktiker" Erfahrungen vor Ort hinzugefügt.

Weitere Informationen erhalten Sie im UIP vom Koordinator für Alphabetisierungs- und Evaluierungsprogramme, Sr Adama Ouane, der auch das Forschungsprojekt über Alphabetisierung in den Industrieländern leitet.

Alphabetisierung in den Industrieländern

Das Forschungsprogramm des UIP über funktionalen Analphabetismus begann 1986 mit einer europäischen Tagung von Spezialisten über die "Verhinderung von funktionalem Analphabetismus und die Integration der Jugendlichen in die Arbeitswelt" und der Inauftraggabe einer Studie über funktionalen Analphabetismus in der Bundesrepublik Deutschland. Weitere Fallstudien wurden bzw. werden in den Niederlanden, Belgien, Spanien und Kanada durchgeführt.

Das Alphabetisierungsnetzwerk

Die Einrichtung eines Netzwerkes zum Funktionalen Analphabetismus und zur Erwachsenen Grundbildung mit dem Ziel eines regelmäßigen und systematischen Ideen- und Informationsaustausches geht auf eine Empfehlung des Workshops von 1986 zurück. 1987 beauftragte die Unesco das UIP mit dem Aufbau eines solchen Netzwerkes; das Institut fungiert nunmehr als Clearinghouse, in dem es unter anderem:

- Informationen auf Anfrage erteilt,
- Workshops und round-tables organisiert,
- Kontakte zwischen Spezialisten herstellt,
- Anregungen für Forschung und Praxis gibt
- und Informationen durch Publikationen verbreitet.

Weitere Informationen erhalten Sie im UIP bei der Koordination des Netzwerkes, Ursula Giere, die sich ihrerseits über zusätzliches Material freuen würde.

Dokumentationsdienste

Das Dokumentationszentrum des UIP hat einen internationalen Bestand von z.Zt. ca. 50.000 Medieneinheiten. Die etwa 300 laufend gehaltenen Zeitschriften werden regelmäßig ausgewertet. Darüber hinaus ist eine einzigartige Spezialsammlung von mehr als 6.000 exemplarischen Lernmaterialien aus Alphabetisierungs- und Post-Alphabetisierungsprojekten aus über 100 Ländern in 150 Sprachen aufgebaut worden. Zu dieser Sammlung gehören Poster, ländliche Zeitungen, Spiele, Video-Kassetten, Filme, Lehrbücher und Evaluationsinstrumentarien. Neuerwerbungslisten, periodisch herausgegebene Spezialbibliographien und andere Studien werden an Forschungs- und Dokumentationseinrichtungen sowie interessierte Personen verschickt.

Der europäische Kontext

Obwohl das UIP seinen Sitz in Europa hat und eng mit den Institutionen seines Gastlandes zusammenarbeitet, erstreckt sich sein Wirkungsbereich über die ganze Welt. Die Zusammenarbeit mit Forschungs- und Arbeitsgruppen nicht-staatlicher Organisationen, mit Regierungen und mit zwischen-staatlichen Organisationen auf allen Kontinenten wird ständig vertieft.

Das UIP gibt eine dreisprachige Zeitschrift für Bildungsabteilungen und Institute, politische Entscheidungsträger und Planer heraus. Fragen an die Redaktion beantwortet der leitende Redakteur im UIP, Peter Sutton;

Abonnementsanträge sind an Kluwer Academic Publishers, PO Box 322, 3300 AH Dordrecht, Niederlande zu richten. Auf Anfrage erhalten Sie Mustere Exemplare der Zeitschrift.

Erwachsenen- und Berufsbildung

Das Institut hat die Absicht, sich um die Mitarbeit von Spezialisten bei der Analyse von wesentlichen Trends hinsichtlich des Inhalts und der Zugänglichkeit von Bildung für Erwachsene aus allen sozialen Schichten in den Industrie- und Entwicklungsländern zu bemühen.

Inhalt der Allgemeinbildung

1990 wurde ein Bericht über "Relevanz, Ausgewogenheit und Integration der Allgemeinbildung" für Unesco Paris ausgearbeitet. Seit 1987 werden zu diesem und dem damit zusammenhängenden Thema über den Inhalt lebenslangen Lernens Konferenzen abgehalten. Das UIP soll dies im Zuge der sich ändernden Erkenntnisse in Bezug auf Menschenrechte und interkulturelles Verständnis weiterentwickeln.

Frühkindliches Lernen

Das UIP beabsichtigt eine Untersuchung der Möglichkeiten zur Erweiterung seiner Studie über nicht-formale Bildung, um die Auswirkungen ungleicher Entwicklungsbedingungen auf unterschiedliche soziale Gruppen und nationale Gemeinschaften zu erforschen.

aus: Unesco-Institut für Pädagogik, Mitteilungsblatt 1990-1991.
Feldbrunnenstr. 58, W-2000 Hamburg 13, Tel: 49 (0)40 - 7843.

Schwedische Organisation unterstützt Projekte in Asien

Im Jahre 1981 gründeten 13 Organisationen von Menschen mit Behinderungen in Schweden die Organisation SHIA, die "Swedish Organization for International Aid to Disabled Persons in Developing Countries". Die Aufgabe von SHIA ist die Durchführung von Projekten, die Organisationen von Menschen mit Behinderungen in Entwicklungsländern unterstützen. Grundlage für die Finanzierung von Projekten sind Beiträge der 13 teilnehmenden Organisationen, der Rest wird von der "Swedish International Development Authority" (SIDA) zur Verfügung gestellt. Momentan unterstützt SHIA über 50 Projekte in Afrika, Südasien und Zentralamerika.

Projekte in Asien

In Indien wird ein Arbeitsbeschaffungsprogramm von der "All India Confederation of the Blind" in Neu Delhi durchgeführt. In Bangladesch unterstützt SHIA den Bau eines Gebäudes für Behindertenorganisationen. In Thailand unterstützen Projekte die Organisationen von Menschen mit Hörschädigungen, die Blindenvereinigung und ein Pilotprojekt zur Prävention von Hörschädigungen. Zusätzlich zu diesen Projekten sind weitere in Sri Lanka und Vietnam vorgesehen. In Sri Lanka unterstützt SHIA drei Projekte in den Bereichen Arbeitstraining und Beschäftigung, Arbeitstraining und Beratung in einer Blindenschule und die Herstellung von Rollstühlen und Dreirädern.

(Zusammenfassung eines Berichts von Herrn Ole Sten Andersen, gegeben auf der 9. Asiatischen Konferenz von Rehabilitation International. Nach: International Rehabilitation Review, Vol. XLII, Nos. 1 and 2, June 1991.

Institut für kulturvergleichende Therapieforschung gegründet

Aus einer Pressemitteilung

Am 23. Mai konstituierte sich das bereits 1990 bei einem Symposium an der Universität zu Köln gegründete INTERNATIONALE INSTITUT FÜR KULTURVERGLEICHENDE THERAPIEFORSCHUNG (IIKT) mit Sitz in Düsseldorf als gemeinnütziger Verein. Aufgabe und Ziel des Instituts ist die klinisch orientierte Untersuchung von ethnischen und alternativen Heilmethoden und der Versuch, daraus anwendungsorientiert Konzepte für die Weiterentwicklung der westlichen Medizin zu entwickeln.

Nach einer Schätzung des wissenschaftlichen Leiters, Dipl.-Psychologen Dr. Walter Andritzky, gibt es 5000 bis 6000 ethnische Gruppen mit eigenständigen Medizinkulturen sowie speziellem Wissen über den Heilpflanzengebrauch und die Kombination mit psychosozial wirksamen Heilritualen auf der Welt. Die Tatsache, daß diese Kulturen über Jahrtausende oft nahezu gleich bleibende Heilmethoden hervorgebracht haben, die den Menschen als integrales biopsychosoziales Wesen auffassen, ist für die künftige Arbeit des IIKT von besonderer Bedeutung. Heilrituale und scheinbar lediglich religiös motivierte Bräuche entpuppen sich nämlich im Lichte neuer

Forschungsansätze wie der Psychoneuroimmunologie weniger als Magie und Aberglaube, sondern als sinnvolle Methoden der Prophylaxe und Therapie bei einem breiten Spektrum an Störungen.

In einer Zeit, in der die westliche Biomedizin und die Psychiatrie bei den verbreitetsten Zivilisationskrankheiten wie Herz- und Kreislauferkrankungen, Krebs und Depressionen nur beschränkte Erfolge erzielen kann und man von bis zu 50% psychosomatischer Störungen bei den Patienten einer Allgemeinpraxis ausgeht, kann das Studium ethnischen Medizinwissens neue Wege kulturgeschichtlich lange bewährter Hilfen weisen. Psychosoziale Wirkfaktoren, wie sie ethnische Medizinsysteme in großer Vielfalt enthalten, so z.B. die Rolle sozialer Unterstützung der Klienten, das systematische Erzeugen von Zuversicht und Hoffnung sowie die Veränderung der Stimmungslage erweisen sich in der Gesundheitspsychologie und der Verhaltensmedizin als Kernstücke eines medizinischen Denkansatzes, der Glaubensvorstellungen anderer Kulturen aufweist.

Ein Mitglied des Kuratoriums des IIKT, die Medizinanthropologin Marlene Dopkin de Rios von der California State University referierte an der Universität Köln über kulturanthropologische Alternativen zum heutigen Drogenproblem. Sie betonte, diese bewußtseinsverändernden Stoffe würden in vielen Gesellschaften nicht individuell wie bei uns, sondern unter Anleitung von Medizinern zielgerichtet zu therapeutischen Zwecken verwendet, z.B. um psychische Belastungen bei Lebenskrisen abzubauen. Halluzinogene Drogen könnten ihrer Meinung nach auch in den Industriegesellschaften konstruktiv verwendet werden, wenn es im Umgang damit geschulte Gruppenleiter gäbe, die z.B. mit jugendlichen Risikogruppen arbeiten. Angesichts der Unmöglichkeit der Kontrolle des Drogenhandels und der Produktion immer billiger "Designer-Drogen" erscheint die Verbotsstrategie aussichtslos. Mißbrauch sei nur durch Erlernen konstruktiven Gebrauchs vermeidbar, wie er in traditionellen Gesellschaften seit Jahrtausenden üblich sei.

Interdisziplinäres Denken soll die Forschungspolitik des Instituts prägen, das deshalb zunächst außerhalb der Universität angesiedelt ist. Was das bedeutet, erläuterte Dr. Andritzky so: Es gehe nicht darum, ethnische und alternativer Medizinkulturen nach den Klassifikationen wissenschaftlicher Disziplinen zu zerlegen, sondern zuerst um detaillierte Bestandsaufnahmen aller möglichen Wirkfaktoren, unabhängig davon, ob diese bereits als bestätigt gelten könnten oder nicht. In einem zweiten Schritt würde dann in einer interdisziplinären Zusammenschau möglicher Erklärungsansätze quasi synthetisch ein Abbild in der Wissenschaftssprache entwickelt, das Auskunft über die Anwendungs- und Übertragungsmöglichkeit geben könne.

Gegenwärtig wird als vordringlichste Aufgabe des IIKT die Gewährleistung einer Grundfinanzierung durch private und öffentliche Sponsoren angestrebt, die es ermöglicht, mit Forschungsprojekten zu beginnen. Die Pläne dazu sind bereits entwickelt, z.B. für eine Bestandsaufnahme der sog. New Age Therapien, der Motivationen ihrer Klienten und die psychosozialen sowie medizinischen Auswirkungen. Ferner im Entwicklungsland Peru soll detailliert ein sich bis Brasilien ausweitender Medizinkult mit dem Halluzinogen 'ayahuasca' untersucht werden, - mit Befragungen von Klienten, Heilern sowie Ärzten und Gesundheitspersonal in einer ausgewählten Region. Das Institut gibt seit 1990 das 'Jahrbuch für Transkulturelle Medizin und Psychotherapie' mit Beiträgen renommierter Forscher heraus. Die ersten zwei Bände erscheinen dieses Jahr. Die nächsten Ausgaben sind Schwerpunkten gewidmet: 1992: Ethnische und alternative Therapien im euro-amerikanischen Kulturkreis und

1993: ethnopsychiatrische Therapien in Kulturen der Dritten Welt. Das IIKT organisiert an der Universität Köln ferner eine Vortagsreihe zu Themen der transkulturellen Medizin.

Vortragszyklus Wintersemester 1991/92 in der Universität Köln, Seminar für Allgemeine Heilpädagogik, Sozialpädagogik, Soziologie der Behinderten jeweils donnerstags um 19.30,
Ort: Hörsaal VII a

14. November Behandlungsstrategien in Schamanismus und Psychotherapie/Psychoanalyse. Referent: Dr. med. H. Kraft, Psychoanalyse, Köln.

12. Dezember Tibetische Heilkunde im Vergleich mit der westlichen Medizin. Unterschiede und Gemeinsamkeiten. Referent: Dr. med. M. Stöckl-Hinke, Münster.

9. Januar 1992 Therapeutisches Allgemeinwissen bei Türken. Referent: Prof. Dr. R. Wirsing M.P.H. Universität Hamburg

13. Feb. 1992 Westliche und traditionelle Psychotherapie in Asien. Referent: Prof. Dr. van Quekelberghe, Universität Landau

12. März 1992 Traditionelle Heilverfahren in der europäischen Medizingeschichte. Referent: Prof. Dr. R. Wiedersheim, Universität Witten-Herdecke.

9. April 1992 In Betracht altperuanischer Kunst - Mutmaßungen über einen verschollenen Krankheitsbegriff. Referent: Dr. J. Heck, Verbandskrankenhaus Schwelm.

Symposium Behinderung und Dritte Welt vom 27. - 29.03.1992 an der Universität Oldenburg

Zum 6. Mal veranstaltet der Arbeitskreis "Behinderung und Dritte Welt" ein Symposium, das der Information, dem Erfahrungsaustausch und der gemeinsamen inhaltlichen Arbeit dienen soll.

Kontaktadresse

Die Organisation des nächsten Symposiums übernimmt die:
"Arbeitsstelle Behindertenarbeit und Dritte Welt"
der Universität Oldenburg
Fachbereich 1/EW 2
Postfach 25 03
2900 Oldenburg

TeilnehmerInnen

Am Symposium können alle interessierten Personen teilnehmen. Wer an einer Teilnahme interessiert ist und dies der "Arbeitsstelle Behindertenarbeit und Dritte Welt" noch nicht rückgemeldet hat, sollte sich möglichst bald an die Arbeitsstelle wenden, um weiterhin über das Symposium informiert zu werden und um uns eine genauere Planung zu ermöglichen. Für verbindliche Anmeldungen müssen wir den 01. Februar 1992 als Anmeldeschluß festsetzen. Bei später eingehenden Anmeldungen kann eine Teilnahme nicht mehr garantiert werden.

Verpflegung und Unterkunft

Die Unterkunft erfolgt privat oder in Hotels. Ein Hotelverzeichnis kann angefordert werden, die Verpflegung (außer Frühstück) erfolgt direkt am Tagungsort. Die Kosten für Verpflegung (Kaffee u. Kuchen, 2x Abendessen, 2x Mittagessen) werden ca. 70,- bis 80,- betragen.

Tagungsgebühren

Aus finanziellen Gründen sehen wir uns gezwungen, zur Deckung der Unkosten (Porto, Telefonate, Kopierkosten) einen Unkostenbeitrag von 5,- für Studenten und Arbeitslose bzw. 10,- für Vollverdiener zu erheben. Falls jemandem eine andere Möglichkeit zur Deckung dieser Kosten bekannt ist, möge er/sie uns dies bitte mitteilen. Bisher erfolgte die Finanzierung der Vorbereitung des Symposiums aus der Individualquote für Forschung und Lehre von Peter Sehrbrock, was aber nicht mehr tragbar ist.

Verlaufsplanung (Vorläufig: Änderungsvorschläge bitte mitteilen!)

Freitag

14.00 Uhr Eintreffen der TeilnehmerInnen . Vorstellungsrunde,
Besprechung des Programms
15.00 Uhr Einführungsvortrag: Der Golfkrieg - soziale und gesundheitliche Folgen (Mustapha Ouertani)

17.00 Uhr Arbeitsgruppen:

Situation Behinderter in den palästinensischen Gebieten (evtl. Vortrag von Elia Awwad)

Sonderpädagogik in Jordanien (Vortrag von Musa Al- Munaizel)

Situation behinderter Kinder in Mozambik (evtl. Vortrag von Silvia Vespermann)

(evtl. Vorstellung der Arbeit von Terre des Hommes

18.00 Uhr Abendessen

20.00 Uhr Plenum

Samstag

9.00 Uhr Arbeitsgruppen:

Methoden des Erkenntnisgewinns: Das dialogische Prinzip nach Paulo Freire (Peter Sehrbrock)

Projektive Verfahren (Andreas Otto)

Frauenprojekte:

Situation der Frau - Schädigungen ungeborener Kinder
Einfluß sozio-ökonomischer Bedingungen auf die Lebenseinstellung
12.30 Uhr Mittagessen
14.00 Uhr Plenum
16.00 Uhr Rahmenprogramm
Alternativ Stadtrundfahrt (evtl. mit Museumsbesuch) oder Kohlfahrt
Sonntag

9.00 Uhr Berichte (werden z.T. gleichzeitig angeboten):
Integration im ländlichen Ram Zimbabwe (Bernhard; Riße)
Selbsthilfegruppen in Kayes/Mali (Bâ)
Forschungsaufenthalt in Süd/Mitteleuropa (Schmidtke)
Allgemeines und Sonderschulwesen in Brasilien (Schäfer)
Behinderte im Kontext von Tradition und sozialem Umbruch in Kenia (Guimbous)
12.30 Uhr Mittagessen
14.00 Uhr Plenum
15.30 Uhr Ende

Vereinte Nationen führten erstes Seminar für Frauen mit Behinderungen durch

Vom 20. bis 24. August 1990 wurde in Wien eine Fachtagung der Vereinten Nationen durchgeführt, die sich mit Fragen beschäftigte, die durch die doppelte Diskriminierung von Frauen mit Behinderungen entstehen. Wenn durch Behinderungen entstehende Diskriminierungen mit geschlechtsspezifischen Diskriminierungen zusammenfallen, können Frauen mit Behinderungen stärker benachteiligt sein als nicht-behinderte Frauen oder Männer mit Behinderungen. Situationen doppelter Diskriminierung von Frauen mit Behinderungen können u.a. in den Gebieten der Erziehung, Ausbildung, Gesundheit und Beschäftigung nachgewiesen werden.

Die Fachleute, die an der Tagung teilnahmen, sind der Meinung, daß:

- Frauen eine extrem wichtige Rolle in der Entwicklung und dem Fortschritt der menschlichen Gesellschaft spielen (Hört, Hört!!! - Anmerk. A.M.);
- die vorherrschenden Einstellungen der Gesellschaft in Bezug auf den menschlichen, ökonomischen und sozialen Stellenwert von Frauen mit Behinderungen fehlgeleitet und unberechtigt negativ sind;
- Frauen mit Behinderungen bisher marginalisiert wurden und nicht offen von Frauenbewegungen akzeptiert wurden;
- wahrscheinlich jede Frau in ihrem Leben Erfahrungen mit Behinderung macht, entweder indem sie selbst eine Behinderung hat oder als Frau, Mutter oder Tochter einer anderen behinderten Person;
- das "Independent Living" Konzept weltweit und für Frauen mit Behinderungen umgesetzt werden muß.

Die Empfehlungen beschäftigen sich mit Bedürfnissen unter den folgenden Überschriften: statistische Informationen; Ethik und Menschenrechte; nationale Gesetzgebung; Konventionen und andere internationale rechtliche Instrumente; nationale Anlaufstellen für Frauen mit Behinderungen; Erziehung; berufliche Bildung und Beschäftigung; Heirat und Elternschaft; Gewalt, sexueller Mißbrauch und Sicherheit; Massenmedien, Kommunikation und Information; Beratung; Soziale Sicherheit; Gesundheit; Rehabilitation; Öffentliche Gebäude und Wohnen; Transport; technische Bedürfnisse und Hilfen; Forschung; Projektfinanzierung; regionale und unterregionale Aktivitäten; und internationale Anlaufstellen.

Die Generaldirektorin des "United Nations Office" in Wien und Vorsitzende des "Centre for Social Development and Humanitarian Affairs", Frau Joan Anstee, eröffnete die Fachtagung. In ihrem Referat betonte sie, daß das zentrale Thema der Tagung die Identifikation von Bereichen sei, die sich aus dem Fehlen der Gleichberechtigung als Frauen und als Menschen mit Behinderungen ergeben und die die gegenwärtige Situation von Frauen mit Behinderungen hervorgerufen haben. Sie sagte, daß die Teilnehmer praktikable Lösungen finden sollten und sich der komplexen Aufgabe der Veränderung von Einstellungen widmen sollten.

An der Tagung nahmen Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus Österreich, Brasilien, Kamerun, Kongo, Dominika, Ägypten, El Salvador, Griechenland, Italien, Mauritius, den Niederlanden, Norwegen, Pakistan und Schweden teil, außerdem einige Beobachter aus anderen Ländern und Repräsentanten von Nicht-Regierungsorganisationen. Kopien des Berichts über diese Tagung sind in Englisch erhältlich von: United Nations Office at Vienna, Centre for Social Development and Humanitarian Affairs, Division for the Advancement of Women, P.O. Box 500, A-1400 Vienna, Austria (International Rehabilitation Review, Vol. XLII, Nos. 1 a. 2, June 1991).

Globales Projekt zum Ende der Dekade der Behinderten der Vereinten Nationen

Zum Ende der Dekade der Behinderten, die im Jahre 1983 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen beschlossen wurde, wurde von den Vereinten Nationen, internationalen Organisationen und Menschen mit Behinderungen und ihren Organisationen in der ganzen Welt ein "Global Project" gestartet, das die folgenden Ziele hat:

1. Weltweite Aufmerksamkeit für den Umfang und die Konsequenzen von Behinderungen und die Fähigkeiten und Wünsche von behinderten Menschen
2. Die Beschaffung von umfangreichen Geldmitteln, um Projekte besonders in Ländern der Dritten Welt unterstützen zu können, um Prävention, Rehabilitation und Gleichheit zu stützen.
3. Die Entwicklung eines praktischen Aktionsplanes bis zum Jahr 2000 und darüber hinaus.

Das 'Globale Projekt' möchte die Einstellung der Öffentlichkeit in Bezug auf Behinderung ändern. Dabei soll jeder möglicher Zugang zu den Medien genutzt werden, um das Wissen über Behinderungen und die Prävention zu verbessern, um den Menschen zu helfen, die behindert sind, und um gleiche Möglichkeiten für alle Menschen zu sichern. Mittel für Projekte sollen beschafft werden durch internationale Ereignisse, nationale Kampagnen und kommerzielle Sponsoren. Die Gelder sollen verwendet werden, um besonders Projekte in Entwicklungsländern zu unterstützen. Das "Global Project" zielt insbesondere darauf, das "World Program of Action Concerning Disabled Persons" der Vereinten Nationen in jedem Land bekannt zu machen und einzuführen.

Weitere Informationen sind erhältlich von: Global Project, Room 109, 11 Belgrave Road, London SW1V 1RB, United Kingdom

LITERATUR UND MEDIEN • Unesco Literatur • **Hugh Hawes**: Child to Child: Another Path to Learning. (Monograph 13). ISBN 92 820 1049 X, 1988. DM 14,-
A. Mahinda Ranaweera: Non-Conventional Approaches to Education at the Primary Level. (Monograph 14). ISBN 92 820 1056 2, 1989. DM 14,-
Adama Ouane: Handbook on Learning Strategies for Post-Literacy and Continuing Education. (Studies on Post-Literacy 7/ Handbooks and Reference Books 2). ISBN 92 820 1053 8, 1989. DM 24,-
Adama Ouane, Mercy Abreu de Armengol and D.V. Sharma: Handbook on Training for Post-Literacy and Continuing Education. (Handbooks and Reference Books 2) ISBN 92 820 1054 6, 1990. in Druck, DM 24,-
H.S. Bola: Evaluating "Literacy for Development" Projects, Programs and Campaigns. (Handbooks and Reference Books 3). ISBN 92 820 1061 9, 1990. in Druck. DM 24,-
Jean-Paul Hautecoeur (Hrsg.): Alpha 90. (enthält Beiträge über Untersuchungen in Europa und Nordamerika; gemeinsame Veröffentlichung mit Bildungsministerium, Regierung Quebec. ISBN 92 820 1060 0, erhältlich bei UIP für eine Postgebühr von DM 10,-
Ursula Giere, Adama Ouane and A. Mahinda Ranaweera: Literacy in developing countries: an analytical bibliography. (Bulletin 254-257 der IBE), 1990. erhältlich bei Unesco Press/International Bureau of Education.
UIP-Berichte: kostenlos gegen Bearbeitungsgebühr von DM 6,- beim UIP zu beziehen:
A. Mahinda Ranaweera: Relevance, Balance and Integration of the Content of General Education: Achievements, Trends and Issues. A Synthesis. 1990
David Barton and Mary Hamilton: Researching Literacy in Industrialized Countries: Trends and Prospects. 1990.
Ursula Giere and Jean-Paul Hautecoeur: Selected Bibliography on Literacy in Industrialized Countries. 1990.

Eine ausführliche Liste der im Englischen, Französischen, Spanischen und Arabischen erhältlichen Publikationen wird auf Anfrage zugeschickt.

Spanische Literaturhinweise

Für Leute, die sich mit Behindertenarbeit in Lateinamerika und speziell in Ecuador befassen, folgen nun Titel unveröffentlichter Manuskripte:

Ministerio de Educación y Cultura de la República del Ecuador, Departamento Nacional de Educación Especial: Plan Nacional de Educación Especial (Nationalplan für Sonderpädagogik), Quito 1990.

Cazar, Ramiro: La integración escolar del discapacitado en el contexto del Plan Nacional de Educación Especial, (Schulische Integration Behinderter im Kontext des Nationalplans für Sonderpädagogik), Quito 1991.

Macias C., Gilda: La Educación Especial en Ecuador, (Sonderpädagogik in Ecuador), Guayaquil 1990.

Ministerio de Educación y Cultura de la República del Ecuador, Dirección Nacional de Capacitación y Perfeccionamiento Docente e Investigación Pedagógica: Consideraciones para la integración de las excepcionales al sistema educativo regular. (Berücksichtigungen für die Integration Behinderter in das reguläre Schulsystem).

Seminario nacional sobre políticas y alternativas de la atención al discapacitado en el Ecuador: El Estado y la atención al discapacitado. "La información de Recursos Humanos para la atención al Discapacitado". (Der Staat und die Betreuung des Behinderten. Die Ausbildung von Fachkräften für die Betreuung Behinderter), Quito 1991.

Interessierte wenden sich bitte an:

Friedrich Albrecht, Johann Wolfgang Goethe Universität, Institut für Sonder- und Heilpädagogik, Senckenberganlage 15, D-6000 Frankfurt a.M. 11.

Allgemeine Literaturhinweise

Sylvia Vespermann: Behinderte Kinder und Jugendliche in der Volksrepublik Mosambik - Bedingungen, Möglichkeiten und Perspektiven für ihre Erziehung und Rehabilitation. Dissertation an der Humboldt Universität Berlin, April 1990.

In ihrer umfangreichen Dissertation untersucht Sylvia Vespermann die Lebenssituation von Menschen mit Behinderungen in der Volksrepublik Mosambik und beschreibt detailliert das dortige Erziehungs- und Rehabilitationssystem. Ein weiterer Schwerpunkt ihrer Arbeit liegt in der Untersuchung von Einstellungen gegenüber Menschen mit Behinderungen. Auch der Einfluß internationaler Hilfsmaßnahmen auf die Prävention und Rehabilitation Behinderter in Entwicklungsländern wird erörtert.

Diese Dissertation, die auch deshalb interessant ist, weil sie in der ehemaligen DDR entstanden ist, steht u.a. in der Bibliothek der Bundesvereinigung Lebenshilfe.

EPI Taschenbuch Entwicklungspolitik; Organisationen, Medien, Journalisten. EPI Verlag GmbH Bismarckstr.32, 6601 Saarbrücken

Das EPI Taschenbuch Entwicklungspolitik enthält auf fast 200 Seiten Adressen von Organisationen, Medien Journalistinnen und Journalisten, die sich mit Entwicklungszusammenarbeit beschäftigen. Dieses Taschenbuch wird jährlich überarbeitet.

James R. Himes, Susi Kessler and Cassie Landers: Children in Institutions in Central and Eastern Europe; Innocenti Essays No.3; Unicef, 1991

Infolge der weitreichenden Veränderungen der politischen Systeme in Zentral- und Osteuropa ist auch die Situation von behinderten und nicht-behinderten Kindern in den Großanstalten in diesen Ländern ins Blickfeld geraten. Nach einer allgemeinen Darstellung der Folgen von Institutionalisierung beschreiben die Autoren die Situation von Kindern in Anstalten in den Ländern Zentral- und Osteuropas, ausgehend von der Situation in Rumänien, der Tschechoslowakei und Ungarn. Dieser Situation werden Erfahrungen im Bereich der Kindesentwicklung und -betreuung aus westlichen Ländern gegenübergestellt. Auf dieser Grundlage entwickeln

die Autoren Vorschläge, wie internationale Zusammenarbeit die Situation von Kindern in diesen Anstalten verbessern und die zugrundeliegende Politik beeinflussen kann.

Walter Bachmann und Zsuzsa Mesterházi, (Hrsg.): Trends und Perspektiven der gegenwärtigen ungarischen Heilpädagogik. Gießener Dokumentationsreihe Heil- und Sonderpädagogik, Bd. 11, 1990. ISBN 3-922346-23-5, DM 32,-
Bestellungen nur über das "Institut für Heil- und Sonderpädagogik der Justus-Liebig-Universität (Prof. Dr. W. Bachmann), Karl-Glöckner- Str.21, 6300 Gießen.

Die von einem Autorenkollektiv dargestellten Trends und Perspektiven der gegenwärtigen ungarischen Heilpädagogik bieten sich nicht nur als Lehrbuch an, das sich an den Praktiker wendet, um die Vervollkommnung der Theorie und Praxis zu gewährleisten, sondern geben auch als historische Dokumentation die in Ungarn zum Tragen gekommene Heilpädagogik zu erkennen.

Zugleich mit der sichtbar werdenden interdisziplinären Verflechtung der einzelnen Wissenschaften versteht sich diese Edition zum Zwecke einer interkulturellen Kooperation als Beitrag zu einer europäischen Geschichte der Heilpädagogik.

Gertrud Wülser: Wenn Hilfe nicht hilft. Verstehen und Handeln in der Zusammenarbeit mit behinderten Kindern in verschiedenen Kulturen. Edition SZH, Luzern (Schweiz) 1991, ISBN 3-908384-35-9.

Aus der Info-Broschüre der 'Schweizer Zentralstelle für Heilpädagogik': Durch unsere weltweiten Beziehungen und unsere Art der Zusammenarbeit beeinflussen wir auch Erziehung, Schulung und Bildung, Wohl und Leid von Kindern und Erwachsenen in anderen Ländern. Sonderpädagogik hat in diesem Sinne grenzüberschreitende Perspektiven. Völlig verschiedene Integrationsmuster und Sinnhorizonte müssen gegenseitig vermittelt werden. Wenn einseitig und ohne Übereinkommen untersucht, belehrt und bestimmt wird, kommt es in der Sonderpädagogik zur Kolonialisierung behinderter Menschen, sei es in der eigenen oder der fremden Kultur. Das Buch befaßt sich anhand der Beispiele der Sehbehinderung in Westafrika mit einigen dieser komplexen Zusammenhänge.

Themenschwerpunkt in der Zeitschrift "Behindertenpädagogik" Nr.3, August 1991

In der Augustausgabe der Zeitschrift "Behindertenpädagogik" finden sich folgende Beiträge, die sich mit interkulturellen Aspekten der Hilfe für Menschen mit Behinderungen beschäftigen:

Peter Rödler: Das Fremde zulassen!

Claudia Reimann: Denn sie wissen nicht, was sie tun - Fragen an die Spiegelfechter der "neuen Disziplin" vergleichende Sonder-

pädagogik. Claudia Reimann setzt sich in diesem Artikel mit versteckten Vorurteilstrukturen, Fragestellungen, Wahrnehmungen, und Bezugsgrößen im Forschungsprozeß dieser "neuen Disziplin" auseinander.

Willi Momm und Andreas König: Von der Rehabilitation zur Integrationförderung - Programmatische Überlegungen zu Erfahrungen aus Afrika und Asien. Die Autoren beschreiben in diesem Artikel Erfahrung und Schlußfolgerungen der Internationalen Arbeiterorganisation (IAO) - eine Sonderorganisation der Vereinten Nationen - für den Bereich der gemeindenahen Rehabilitation behinderter Personen.

Friedrich Albrecht: Auf der Suche nach dem Interkulturellen Dialog im Arbeitsfeld "Sonderpädagogik Dritte Welt". Der Autor faßt in seinem Artikel die bisherige Arbeit des Frankfurter Arbeitskreises in Austausch und Zusammenarbeit mit ecuadorianischen PartnerInnen zusammen.

Susanne Elsner: Eine Sonderschule in Nicaragua. Hier wird am Beispiel einer Initiative in der Stadt Diriamba ein Einblick in den sonderpädagogischen Alltag in Nicaragua gegeben.

Emmenegger, Roschi Schulz: Arbeitseinsatz in rumänischen Heimen