



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Ästhetikempfinden und Eigenschaftszuschreibung
von Schwarzafrikanern bezüglich kaukasischer
Gesichtsprofile mit Progenie und Prognathie

Verfasserin

Josefine Bauer

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im November 2009

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Mag. Dr. Reinhold Jagsch

Als die Bewohner von Nyassaland auf dem See das erste große Schiff der Weißen erblickten, waren sie wie gelähmt vor Angst und sagten: „Das ist Gott. Er geht auf dem Wasser.“ Angesichts der weißen Haut des Mannes, der an Land kam, sagten sie: „Das muss Gott sein. Er ist in Menschengestalt zu uns gekommen.“ Als der weiße Mann in ihrer Gegenwart Bananen aß, sagten sie: „Nein, nicht Gott, aber ein Freund von ihm.“

Urs Bitterli (1991)

Mein Dank gilt den Malawiern, die mich mit Herzlichkeit aufgenommen, vor Ort unterstützt und für mich übersetzt haben, den Entwicklungshelfern, die mir den Zugang zur malawischen Stichprobe erleichtert haben, meinem Betreuer Dr. Reinhold Jagsch, der mich mit fachlichem Rat bei der Umsetzung der Diplomarbeit sehr unterstützt hat, Familie Reichl, die mir die Reise nach Afrika ermöglicht hat und meinen Eltern, für die Motivation, die Ermutigung und das Interesse.

Inhaltsverzeichnis

1 Gebissanomalien und ihre Folgen	3
1.1 Ursachen für die Entstehung von Dysgnathie	3
1.1.1 Dysgnathie und Eugathie	3
1.1.2 Angeborene Ursachen für Dysgnathie	4
1.1.3 Erworbene Ursachen für Dysgnathie	4
1.1.4 Psychische Ursachen für Dysgnathie	4
1.2 Progenie	5
1.3 Prognathie	6
1.4 Die medizinischen und psychosozialen Auswirkungen von Dysgnathie	7
1.5 Kieferorthopädie und Kieferchirurgie bei Dysgnathie	9
1.6 Ästhetische Normen in der Kiefermedizin	11
1.7 Kulturspezifische Aspekte der Dysgnathie	13
1.7.1 Kieferorthopädische Normen und Kultur	13
1.7.2 Asiaten und Kaukasier	14
1.7.3 Afrikaner und Kaukasier	15
2 Ästhetik und Kultur	17
2.1 Ästhetik als ein Bedürfnis des Menschen	17
2.2 Die Ästhetik des Köpers	18
2.3 Der ideale Körper aus der Sicht von Schwarzafrikanern	18
2.4 Körperkult in Malawi	20
3 Ästhetik und Gesichtswahrnehmung	23
3.1 Gesichtswahrnehmung	23
3.1.1 Biologische Aspekte der Gesichtswahrnehmung	23
3.1.2 Das ästhetische Gesicht	24
3.1.3 Rolle des Profils auf den ästhetischen Gesamteindruck	25
3.2 Ästhetik und Gesichtswahrnehmung in afrikanischen Kulturen	26
3.3 Kulturspezifische Gesichtsmerkmale	27
3.4 Gesichtsprofil von Schwarzafrikanern	28
4 Personenwahrnehmung und Soziale Einstellungen	33
4.1 Personenwahrnehmung	33
4.2 Wahrnehmungsfehler bei der Personenwahrnehmung	33
4.3 Zuschreibung von Eigenschaften	34
4.3.1 Implizite Persönlichkeitstheorien	34
4.3.2 Sozialpsychologische Modelle der Personenwahrnehmung	37
4.4 Stereotype	38
4.4.1 Psychologie der Stereotype	38

4.4.2 Ethnische Stereotype	41
5 Zuschreibung von Eigenschaften bei Dysgnathiepatienten	47
<i>Empirischer Teil</i>	47
6 Zielsetzung.....	49
7 Methodik	49
7.1 Untersuchungsinstrument	49
7.2 Untersuchungsdurchführung	50
7.2.1 Malawi – Das Land, aus dem die Stichprobe stammt.....	50
7.2.2 Durchführung	51
7.4 Statistische Grundlagen der Auswertung	51
8 Fragestellungen und Hypothesen	53
8.1 Geschlechtsspezifische Bewertung.....	53
8.2 Bildungsspezifische Bewertung	53
8.3 Altersspezifische Bewertung.....	53
8.4 Eingriffsspezifische Bewertung.....	54
8.5 Vorliegen eines Primacy-Effekts	54
9 Ergebnisse	55
9.1 Stichprobenbeschreibung.....	55
9.2 Geschlechtsspezifische Bewertung.....	56
9.3 Bildungsspezifische Bewertung	57
9.4 Altersspezifische Bewertung.....	57
9.5 Eingriffsspezifische Bewertung.....	61
9.5.1 Dimension Unschön vs. Schön (osakongola vs. okongola)	61
9.5.2 Dimension Unsympathisch vs. Sympathisch (osakonedwa vs. okonedwa)	62
9.5.3 Dimension Unattraktiv vs. Attraktiv (osatsangalatsa vs. otsangalatsa)	63
9.5.4 Dimension Unintelligent vs. Intelligent (opanda nzeru vs. wanzeru)	64
9.5.5 Dimension Aggressiv vs. Gutmütig (kukumudwa vs. osangalala)	65
9.5.6 Dimension Unselbstsicher vs. Selbstsicher (osalabatira vs. olabatira)	66
9.5.7 Dimension Brutal vs. nicht Brutal (mbuli vs. ophunzira)	66
9.5.8 Dimension Dominant vs. Ruhig (kupondeleza ena vs. wofatsa)	68
9.6 Vorliegen eines Primacy-Effekts	68
10 Diskussion.....	71
11 Zusammenfassung	75
<i>Literaturverzeichnis</i>	77

Einleitung

„Das Gesicht ist die Visitenkarte der individuellen Gesamtkonstitution“, sagt Kretschmer schon 1921. Das Gesicht gibt wie eine Visitenkarte einen ersten Eindruck über den Menschen, der sich dahinter verbirgt. So wie die Form des Gesichts, die Proportionen, die Augen, Nase und Haut ist auch das Profil des Gesichts ein für die Bewertung wesentlicher Aspekt.

Durch eine Kieferfehlerentwicklung (Dysgnathie) weicht ein Gesichtsprofil mehr oder weniger stark von der Norm ab. Dysgnathie kann somit wesentlich mitbeeinflussen, wie ein Mensch auf den ersten Blick wahrgenommen wird.

Dysgnathie geht häufig mit Störungen des Kauystems einher. Auch Probleme in der Artikulation, die sich sekundär auf die Kommunikation und auf zwischenmenschliche Beziehungen auswirken, sind die Folge. Doch es gibt auch psychologische Auswirkungen der Gebissanomalie auf den Betroffenen und auf den Betrachter. Zum einen darauf, wie attraktiv und sympathisch der Patient bei der ersten Begegnung auf sein Gegenüber wirkt, zum anderen auch darauf, welche Eigenschaften ihm implizit zugeschrieben werden. Ein kieferorthopädischer Eingriff hat also nicht nur medizinische und ästhetische, sondern auch psychologische Auswirkungen.

Besonders in einer von Idealen und Normen geprägten Gesellschaft fällt Individualität als Andersartigkeit auf. Ideale und Normen sind kulturspezifisch. In Schwarzafrika sind Menschen weniger mit dem kaukasischen Ideal konfrontiert als in Europa. Obwohl Dysgnathie keineswegs ein Phänomen ist, das sich auf Europa beschränkt, begegnen Schwarzafrikaner ihr vielleicht auf eine ganz andere Art und Weise als Europäer. Schwarzafrikaner, deren Kiefer einer bimaxillär protrusiven Charakteristik entspricht, haben möglicherweise einen ganz anderen Begriff von einem normalen Kiefer als Europäer und das, was ihnen als sympathisch und attraktiv begegnet, kann sich von unseren kaukasischen Vorstellungen unterscheiden.

Die vorliegende Arbeit befasst sich damit, wie kaukasische Gesichter mit einer Kieferfehlerentwicklung auf den ersten Blick von Schwarzafrikanern wahrgenommen und bewertet werden, und geht darauf ein, in welchem Maß den dysgnathen kaukasischen Gesichtsprofilen von ihnen gewisse Eigenschaften prä- und postoperativ zugeschrieben werden.

Als Autorin dieser Arbeit möchte ich noch darauf hinweisen, dass mit den Begriffen „Schwarzafrikaner“ oder „Negros“ keine rassistischen Beleidigungen gemeint sind.

Außerdem möchte ich noch erwähnen, dass ich in dieser Arbeit bei Gruppen, die sowohl aus männlichen als auch aus weiblichen Mitgliedern bestehen, in der Bezeichnung auf das genderbedingte „-Innen“ verzichte, trotzdem aber sowohl männliche als auch weibliche Mitglieder meine, sofern das Geschlecht nicht explizit angeführt wird. In diesem Sinne sind mit „die Schwarzafrikaner“, „die Probanden“, „die Kaukasier“, „die Briten“ etc. in dieser Arbeit „die SchwarzafrikanerInnen“, „die ProbandInnen“, „die KaukasierInnen“ oder „die BritInnen“ gemeint.

Da es bei dem Thema dieser Arbeit größtenteils um ästhetische Wertungen geht, möchte ich noch darauf hinweisen, dass es sich hierbei um subjektive Einstellungen und gesellschaftliche und kulturbedingte Norm-Ansichten handelt. In dieser Arbeit enthaltene Begriffe und Wertungen wie „unattraktiv“, „weniger attraktiv“, „weniger normal“, „weniger intelligent“ sollen also nicht als verletzende Wertung, sondern als subjektive Urteile gesellschaftlicher Normen gesehen werden, da idealerweise jedem Menschen mit welcher Norm-Abweichung auch immer seine Individualität zugestanden werden muss.

1 Gebissanomalien und ihre Folgen

1.1 Ursachen für die Entstehung von Dysgnathie

1.1.1 Dysgnathie und Eugnathie

Unter Dysgnathie versteht man Fehlbildungen, die die Zahnstellung, die Kieferform, den Zusammenbiss der Kiefer, die Kiefergelenke oder die Lage des Gebisses zum Schließen betreffen. Es können unterschiedliche Ursachen als Auslöser gesehen werden (Springer, 2004).

Eugnathie, unter der man ein morphologisch absolutes korrektes Gebiss versteht (siehe Abbildung 1), steht der Dysgnathie (siehe Abbildungen 2 bis 5) gegenüber. Es gibt verschiedene Begriffe für Dysgnathien. Sie werden auch als Gebissanomalien, Kieferanomalien, Zahnstellungs- und Bissfehler, Bissabweichungen, Fehlentwicklungen bzw. Fehlbildungen des Gebisses oder der Kiefer, Stellungsabweichungen bzw. Stellungsanomalien bezeichnet. Obwohl Eugnathie von Natur aus nur bei zwei bis vier von 100 Menschen zustande kommt, bildet sie die Grundlage der kieferorthopädischen Diagnostik (Schmuth, 1983).

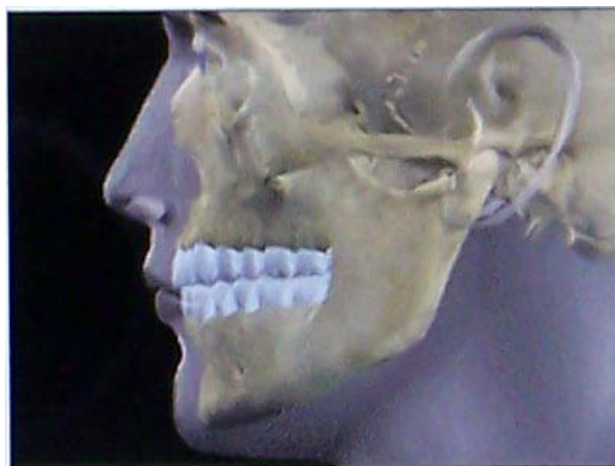


Abbildung 1. Gesichtsprofil mit Eugnathie (morphologisch korrektes Gebiss)

Quelle: www.andersonorthodontics.com/treat_clssface.asp

Es muss unterschieden werden, ob eine Zahnfehlstellung allein oder zusätzlich auch eine Kieferbasenfehlstellung (betrifft den Ober- und Unterkiefer) vorliegt.

1.1.2 Angeborene Ursachen für Dysgnathie

Ursachen für Wachstumsstörungen im Gesichtsbereich können angeboren sein, dazu zählen beispielsweise Progenie, Mikrogenie, Lippen-Kiefer-Gaumenspalten und Zahnaplasien. Dysgnathie kann auch genetisch bedingt sein, und es können alle Mitglieder einer Familie von Progenie betroffen sein, wobei der Grad der Ausprägung unterschiedlich ist (Schmuth, 1983).

1.1.3 Erworbene Ursachen für Dysgnathie

Dysgnathien können auch erst im späteren Leben nach einem Trauma oder allmählicher Fehlentwicklung als Folge von Dysfunktion erworben sein. Zu den erworbenen Ursachen zählt die chronische Mundatmung, bedingt durch Schwellung im Nasenrachenraum, die als Folge von Allergie und Entzündung auftreten kann. Auch schlechte Gewohnheiten wie Fingerlutschen, Zungenpressen und Lippenbeißen begünstigen Zahnfehlstellungen. Ein weiterer Risikofaktor sind abnorme Schluckarten, eine Sonderform des Zungenpressens, die auftritt, wenn die Umstellung des infantilen Schluckens zum somatischen Schluckakt nicht gelingt. Der obere Zahnbogen wird schmal, und die Frontzähne wachsen nach vorne, was wiederum den Lippenschluss erschwert (Haberle, 1999).

1.1.4 Psychische Ursachen für Dysgnathie

Doch auch die Psyche kann zu Fehlstellungen führen. Allein durch die Körperhaltung kann eine Fehlstellung entstehen. Schüchterne Kinder mit gesenktem Kopf und hochgezogenen Schultern tendieren zu kleinem Unterkiefer. Bei Kindern kann ein Fehlbiss weitreichende psychologische Folgen haben: Wenn jeder Biss, jede Mundöffnung nicht störungsfrei verlaufen kann, sondern zusätzliche Koordination

erfordert, bleibt weniger Kapazität für Lernleistung und Konzentration übrig. Die Kinder ermüden schneller, beginnen Fehler zu machen und suchen Ausgleich in übersteigter Aktivität. Rechtzeitige Behandlung kann Lernschwächen beheben oder mindern. Je früher Disharmonien beseitigt werden können, desto gesünder entwickeln sich betroffene Kinder, besonders was Asymmetrien betrifft (Höller, 1999).

1.2 Progenie

Bei der Progenie handelt es sich um eine vererbte Fehlstellung der Kiefer zueinander, bei der die Zähne des Unterkiefers beim Zusammenbiss vor denen des Oberkiefers stehen (siehe Abbildung 2 und 3).

Es gibt unterschiedliche progene Bissformen. Der einfache Schneidezahnvorbiß betrifft die Abweichung von einem oder mehreren Zähnen. Der umgekehrte Überbiss betrifft alle Schneidezähne und eventuell auch die Eckzähne. Der progene Zwangsbiss entsteht, wenn der Unterkiefer durch eine Zwangsführung bei der Schließbewegung nach vorne abgelenkt wird. Die Überentwicklung des Unterkiefers ist entscheidendes Merkmal der echten Progenie (Schmuth, 1983). Von einer Pseudoprogenie oder von unechter Progenie spricht man dann, wenn eine Unterentwicklung des oberen Zahnbogens bzw. des Oberkiefers im Vordergrund steht. Der Unterkiefer ist bei der Pseudoprogenie jedoch normal entwickelt (Springer, 2004).

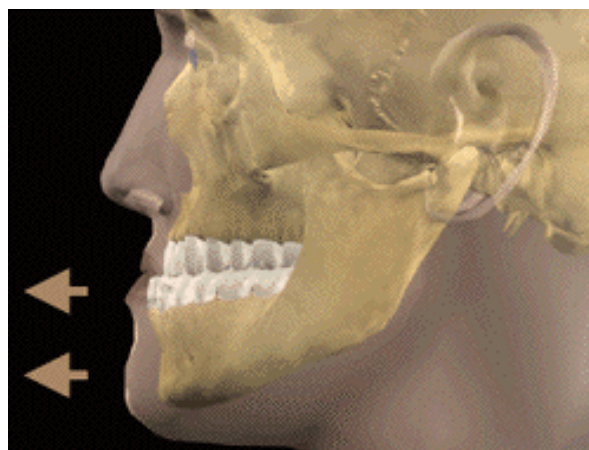


Abbildung 2. Kiefer mit Progenie (protrusiv skeletal mandibulär), bei dieser Form der Progenie ist der Unterkiefer vor dem Oberkiefer hinausgewachsen, und eine komplexe Behandlung mit einer Kombination aus Operation und Kieferorthopädie ist notwendig.

Quelle: www.andersonorthodontics.com/treat_clsface.asp

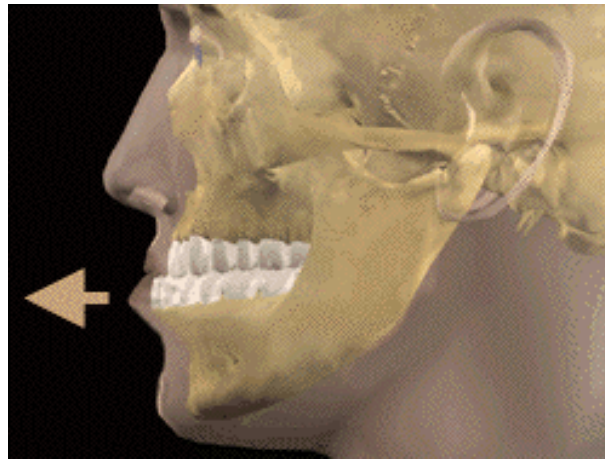


Abbildung 3. Kiefer mit Progenie (protrusiv dental mandibulär), bei dieser einfacheren Form der Progenie ist nur Zahnziehung notwendig.

Quelle: www.andersonorthodontics.com/treat_clsface.asp

1.3 Prognathie

Bei der Prognathie ist der Oberkiefer im Verhältnis zum Unterkiefer überentwickelt und steht vor (siehe Abbildung 4 und 5). Sie wird in dem Fall auch als maxilläre Prognathie bezeichnet (Springer, 2004).

Es können verschiedene Symptome vorhanden sein, die häufig vielfältige Kombinationsmöglichkeiten aufweisen. Symptome der frontalen sagittalen prognathen Stufe zeigen sich im labialen Kippstand der oberen Schneidezähne, im lingualen Kippstand der unteren Schneidezähne, in einer Verlängerung des oberen Alveolarbogens, in einer Verkürzung des unteren Alveolarbogens, in einer sagittalen Überentwicklung des Oberkiefers (maxilläre Prognathie), in einer sagittalen Unterentwicklung des Unterkiefers (mandibuläre Retrognathie) oder in einer Retroposition, also in einer Rückbisslage des Unterkiefers (Schmuth, 1983).

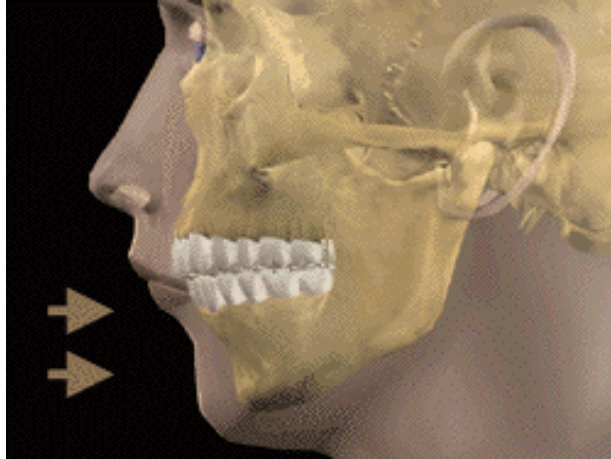


Abbildung 4. Kiefer mit Prognathie (retrusiv skeletal mandibulär), der Unterkiefer ist im Vergleich zum Oberkiefer unterentwickelt. Eine komplexe Behandlung mit einer Kombination aus Operation und Kieferorthopädie ist notwendig.

Quelle: www.andersonorthodontics.com/treat_clsface.asp



Abbildung 5. Kiefer mit Prognathie (protrusiv dental maxillar), bei dieser einfacheren Form der Prognathie ist nur das Ziehen von Zähnen notwendig.

Quelle: www.andersonorthodontics.com/treat_clsface.asp

1.4 Die medizinischen und psychosozialen Auswirkungen von Dysgnathie

Deformitäten, die das Kinn betreffen, gehören zu denen, die von vorne gesehen nicht besonders stark auffallen, jedoch den gesamten Gesichtsausdruck entstellen können, da sie das anatomische Profil beeinflussen. Unter dem anatomischen Profil versteht man die Seitenansicht, in diesem Fall die Linie von der Stirn über die Nase, den Mund und

das Kinn bis zum Hals. Vom Profil spricht man aber auch, wenn man das charakterliche Erscheinungsbild eines Menschen meint (Biegi, 1999).

In erster Linie wirken sich Fehlentwicklungen des Kauorgans auf das Mundprofil aus. Die Mundweichteile sind aber individuell unterschiedlich dick, besonders die Lippen. Deshalb findet man nicht in allen Fällen die typische positive Lippentreppe bei vorstehenden oberen Schneidezähnen oder die negative Lippentreppe bei Vorbiss der unteren Schneidezähne. Dysgnathe Erscheinungen können eine sehr unterschiedliche formale Ausprägung haben, daher weist das Mundprofil unterschiedliche Eigentümlichkeiten auf (Schmuth, 1983).

Nicht nur die Ästhetik des Profils leidet unter einer Kieferfehlstellung. Durch Gebissanomalien kann es zu Funktionsstörungen im Bereich des gesamten Kausystems kommen. Außerdem können Artikulationsstörungen auftreten (Springer, 2004). Abweichungen in der Lautbildung spiegeln sich in Zahn- und Kieferfehlstellungen und -haltungen wider. Infrage kommen können insbesondere Zungenlaute, wie T, D, L, U, S, sowie Gaumenlaute wie K, G, J, UG, CH. Für Kieferorthopäden besonders bedeutsam ist der Sigmatismus (Lispeln). Sigmatismus ist eine häufige Begleiterscheinung von Progenie und Prognathie. Bei Progenien und beim offenen Biss lassen sich in Abhängigkeit von der Zungengröße, Zungenaktivität und der Zungenlage häufig tiefe und nach hinten verlagerte Nasenböden feststellen (Broich, 1992).

Der Kiefer beeinflusst die Sprache, die Sprache beeinflusst die menschliche Kommunikation, und die menschliche Kommunikation beeinflusst das Sozialverhalten. Dysgnathie beeinflusst also auch zwischenmenschliche Beziehungen von Betroffenen. Auch das Lächeln, das den ungezwungenen Zugang zu anderen Menschen erleichtert und Zufriedenheit vermittelt, wird durch eine Zahn- und Kieferfehlstellung beeinträchtigt (Haberle, 1999).

Vor allem eine körperliche Komponente muss bei Dysgnathie berücksichtigt werden. Es besteht eine Wechselbeziehung zwischen Dysgnathie und Körperhaltung, die insbesondere bei Kindern groß ist, bei denen die Kiefer sich noch im Wachstum befinden. Die Kieferfehlstellung begünstigt eine schiefe Körperhaltung insofern, als eine gleichmäßige Okklusion häufig nicht möglich ist. Die Folge sind Ausweichbewegungen, die zu muskulären Verspannungen mit asymmetrischen Gesichtsformen, zu massiven Schmerzen und zu beschädigten Zähnen führen können. Die Körperhaltungscoordination erfordert einen Ausgleich über andere Ebenen, besonders über Schultern und Becken. Dieser Ausgleich ist nur über eine Verwindung

der Wirbelsäule möglich, dadurch haben Fehlbisse weitreichende orthopädische Konsequenzen. Fehlbiss kann sich im wahrsten Sinne des Wortes bis zur Fußspitze auswirken. Die Folge von Rückenbeschwerden, denen eine Zahnfehlstellung zugrunde liegt, ist eine reflektorische Verkürzung eines Beines um ein bis drei Zentimeter. Eine häufig angewandte Kontrolle, inwieweit der Fehlbiss zur Beinverkürzung beiträgt, wird durchgeführt, indem die Okklusion probeweise mit Watterollen ausgeglichen wird. Dadurch werden röntgenologisch nachgewiesene, ungleich lange Beine plötzlich gleich lang (Haberle, 1999). Bei Kindern mit Kiefer- und Zahnfehlstellung konnte nach der Behandlung ein Zuwachs an innerer Aufrichtung und Selbstbewusstsein festgestellt werden (Broich, 1992). Emotionale Konsequenzen können nicht nur durch die Dysgnathie an sich, sondern auch durch die Behandlung entstehen, die psychologische und soziale Aspekte mit sich bringt und zu emotionalen Traumen und Unzufriedenheit führen kann. Das macht eine gute Kommunikation und gutes Management von Kieferorthopäden, oralen Chirurgen und Patienten dringend notwendig, um Unzufriedenheit nach der Operation präventiv vorzubeugen (Heldt, Haffke & Davis, 1982).

Die mentale Gesundheit, die Persönlichkeit und andere psychologische Variablen spielen eine große Rolle in der Adaption des Patienten an die physische Veränderung. Die Zufriedenheit mit der Veränderung ist wichtig für interpersonelle Anziehungskraft und Selbsteinschätzung, die Motivation, sich für einen Eingriff zu entscheiden, setzt sich aus vielen Komponenten zusammen. Soziale Komponenten, die erwartete verbesserte Erscheinung und die Frage, ob die Kosten übernommen werden, spielen eine Rolle (Giddon, Anderson & Will, 2007).

Kieferchirurgische Eingriffe bewirken nicht nur eine Veränderung darin, wie andere Personen den Betroffenen wahrnehmen, sondern auch darin, wie er selbst sich wahrnimmt. Das Selbstkonzept wird nachweislich durch die Veränderung beeinflusst, zum Beispiel die selbst wahrgenommene soziale Kontakt- und Umgangsfähigkeit, die Selbstachtung und die empfundene Zufriedenheit (Jenull, 2004).

1.5 Kieferorthopädie und Kieferchirurgie bei Dysgnathie

Durch den Einsatz kieferorthopädischer Maßnahmen, wie abnehmbarer Platten, Aktivatoren und abnehmbarer oder festsitzender Apparaturen, kann Dysgnathie bereits

im Kindesalter (ab drei Jahren) behandelt werden, und damit können Folgeschäden verhindert werden (Tauscher, Harzer, Wiesner & Schubert, 1999).

Schmuth (1983) empfiehlt, dass bei Progenie mit der kieferorthopädischen Behandlung schon im vierten bis fünften Lebensjahr mit einfachen Maßnahmen zur Entwicklungssteuerung begonnen werden sollte. Durch den frühen Eingriff ist eine frühzeitige Steuerung der Muskelfunktionen sowie ein Gewinn bei der Steuerung der Entwicklung des bleibenden Gebisses gewährleistet. Die aktive kieferorthopädische Behandlungsdauer beträgt zwei bis fünf Jahre.

Laut dem Österreichischen Bundesinstitut für Gesundheitswesen beträgt die durchschnittliche Dauer für eine kieferorthopädische Behandlung etwas mehr als fünf Jahre (Maximalwert: elf Jahre). Im Jahr 1999 trugen bereits 42 Prozent der Jugendlichen eine Zahnregulierung. Die ermittelte kieferorthopädische Behandlungsnotwendigkeit bei einer Querschnittstudie mit Kindern lag in der Altersklasse der Zehnjährigen nach dem IOTN (Index of Orthodontic Treatment Need) und nach dem Deutschen Indikationssystem zwischen 40 und 50 Prozent. 80 Prozent der Kinder waren mit ihrer Zahnstellung zufrieden oder empfanden sie als nicht störend. Die Behandlungsnotwendigkeit bei professioneller Bewertung unterscheidet sich wesentlich von der Einschätzung durch den Patienten. Eine erfolgreiche kieferorthopädische Behandlung führt zu einer Verbesserung der Funktion, der Ästhetik und der Mundhygiene, was ein wichtiger Beitrag für die Zahngesundheit einer Population ist (Tauscher et al., 1999).

Bei Erwachsenen, bei denen in der Jugend eine kieferorthopädische Behandlung überhaupt nicht oder nicht bis zu einem positiven Abschluss durchgeführt worden ist, werden zur Behebung von dysgnather Zahnstellung und Kieferverformung operative Eingriffe angewandt. Eine enge Zusammenarbeit zwischen Kieferorthopäden und dem Kieferchirurgen ist erforderlich, weil weder der operative Eingriff allein noch die orthopädischen Maßnahmen ohne chirurgische Unterstützung zum Ziel führen (Schmuth, 1983).

Schmuth (1983) beschreibt folgende chirurgische Eingriffsarten, die bei Progenie und Prognathie zur Anwendung kommen:

- Ostektomie
- Osteotomie
- Kortikotomie

Bei der Ostektomie werden Knochenteile komplett entfernt, wohingegen bei der Osteotomie Knochenteile nur durchtrennt werden, um Knochenstücke gegeneinander zu verschieben. Unter Kortikotomie versteht man eine Schwächung des Knochens infolge Durchtrennung der Kortikalis, mit dem Ziel, orthopädische Bewegung von Zähnen mittels kieferorthopädischer Apparate zu erleichtern. Bei Progenie- und bei Prognathieoperationen werden Ostektomie, Osteotomie und Kortikotomie in Kombination angewandt. Im Rahmen der kieferorthopädischen Behandlung werden kieferorthopädische Apparate wie Zahnspangen und Klammern, die die Zahn- und Kieferverschiebung in die erwünschte Richtung lenken und unterstützen, oft über mehrere Jahre getragen.

Handelt es sich um eine rein ästhetische Korrektur, wird beim vorspringenden Kinn (Progenie) nur der vorstehende Knochen abgetragen. Da die meisten kieferregulierenden Operationen jedoch mehr als rein ästhetische Korrekturen sind, werden diese nicht von Schönheitschirurgen, sondern von Kieferchirurgen durchgeführt (Biegi, 1999).

1.6 Ästhetische Normen in der Kiefermedizin

Die beiden wichtigsten Ziele in der Kiefermedizin sind ein gut funktionierendes Gebiss und eine Verbesserung der Gesichtsästhetik. Kieferanomalien und die Schönheit des Mundes im Zusammenhang mit der Gesichtsästhetik haben schon im 19. Jahrhundert Forscher beschäftigt. Schon 1836 hat es Versuche gegeben, Bissunregelmäßigkeiten in Klassen zu teilen (Kneisel, 1836, zitiert nach Schmuth, 1983). Auch danach gab es zahlreiche Versuche der Klassifizierung, wobei der Fokus der Einteilung auf komplizierten, morphologischen oder ätiologischen und genetischen Gesichtspunkten lag. Die Klassifizierung ermöglichte die Einordnung sämtlicher Dysgnathien.

Die einfachste Methode der Klassifizierung, nämlich die von Angle (1913, zitiert nach Schmuth, 1983), hat sich bis heute am besten durchgesetzt. Die Grundlage dieser Einteilung ist die Okklusion (Biss) der Seitenzähne. Die Einteilung nach Angle besteht aus drei Klassen:

- Angle-Klasse I Neutralokklusion (normaler Biss)
- Angle-Klasse II Distalokklusion (Prognathie)
- Angle-Klasse III Mesialokklusion (Progenie)

Wie im vorigen Kapitel erwähnt, ist bei einer Behandlung jedoch nicht nur der funktionelle, sondern auch der ästhetische Aspekt wichtig. In besagtem Bereich wurden daher verschiedene Normen entwickelt, die das ästhetische bzw. „normale“ Gesichtsprofil beschreiben sollten. Da in der Fachliteratur das Gesichtsprofil als „Weichteilprofil“ oder „Soft-Tissue-Profil“ bezeichnet wird, werden auch im Folgenden hauptsächlich diese Begriffe verwendet.

Zu den bekanntesten Normen zählen die von Burstone (1959), der von Künstlern 37 junge Erwachsene mit ästhetischem Profil aussuchen ließ und dann die vertikalen und horizontalen Maße des Gesichts erfasste. Er fand unter anderem heraus, dass das Profil mit dem Alter flacher wurde.

Ein Jahr später schlug Ricketts (1960) drei klinisch relevante Ebenen vor, die Gesichtsebene, die Punkt-A-Pogonion-Ebene und die sogenannte E-Linie, die die Skelettgröße, die Gesichtsform, die Zahnposition und die Soft-Tissue-Verhältnisse beschreiben. Laut seiner Linie sollte die Unterlippe von kaukasischen Erwachsenen ein bis zwei Millimeter hinter der Oberlippe sein.

Von Burstones Linie der minimalen Variatio durfte die Oberlippe nur ein bis drei Millimeter anterior liegen und die Unterlippe ein bis zwei Millimeter. Er fand zwischen Männern und Frauen keine signifikanten Unterschiede (Burstone & Legan, 1980). Auch Holdaway (1983) legte eine Linie fest, von der ein perfektes Gesichtsprofil nur wenige Millimeter abweichen durfte, die sogenannte H-Linie.

Normen für Kaukasier waren im 20. Jahrhundert Gang und Gäbe. Die unterschiedliche Gesichtsmorphologie von Kaukasiern und Afrikanern erforderte es, dass für Afrikaner eigene ästhetische Normen erforscht wurden. Dieser Aufgabe stellte sich 1977 Sushner (siehe auch Kapitel 1.7.3). Neben kulturbedingten Unterschieden in der Gesichts- und Schädelform gibt es auch Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Schädeln. Bei einem Eingriff sollten diese beachtet werden, da sich die skelettale und dentale Behandlung bei einer Progenie (mandibuläre Protrusion) geschlechtsspezifisch auf das Soft-Tissue-Profil auswirkt: Bei Frauen findet die Änderung vom Hard- und Soft-Tissue-Profil bei zwei Punkten (Pg und Gn) in einem 1:1-Verhältnis statt, bei Männern hingegen in einem 1:1,1-Verhältnis (Naoumova, Söderfeldt & Lindman, 2008).

Das zeigt, dass die Verwendung von geschlechtsspezifischen Verhältnissen bei der Behandlungsplanung eine akkuratere Vorhersage der Behandlungsergebnisse erlaubt. Es gibt immer mehr Bemühungen, Normwerte für bestimmte Gruppen ausfindig zu

machen. Auch bei Behinderten, wie z.B. Menschen mit Down-Syndrom, werden heute schon eigene Normen des dreidimensionalen Soft-Tissue-Profiles und der Gesichtswinkel gemessen und errechnet, die sich von nicht behinderten Menschen unterscheiden (Ferrario, Dellavia, Serrao & Sfroza, 2005).

1.7 Kulturspezifische Aspekte bei Dysgnathien

1.7.1 Kieferorthopädische Normen und Kultur

Einheitliche Normen in der Kieferorthopädie führten dazu, dass kulturbedingten Unterschieden im anatomischen Profil lange Zeit keine Beachtung geschenkt wurde. Der gerade aufrechte Kiefer, wie er für Kaukasier typisch ist, galt als normal, d.h. er war die Norm.

Schmuth (1983) kritisiert die Festlegung verschiedener Normen für das morphologische, funktionelle und ästhetische Optimum mit der Begründung, dass eine „normale“ Entwicklung des Kauorgans in der Natur verhältnismäßig selten ist. Normwerte haben also wenig mit naturgewachsenen, anatomisch korrekten Gebissen zu tun. Die naturgegebenen eugnathen Gebisse weisen darüber hinaus so viele individuelle Variationen auf, dass es große Differenzen zwischen individuellen Messwerten des Einzelfalls und der „Normwerte“ gibt.

Die im letzten Kapitel behandelten Profil-Normen, die von Experten als Ideal oder auch als „Linien der Harmonie“ festgelegt wurden, gelten nicht für alle Ethnizitäten. Die Normen widersprechen einander in manchen Bereichen, was eine Studie mit anatolischen Türken zeigt. Das durchschnittliche Profil der anatolischen Türken zeigte im Vergleich mit den Normen von Steiner und Ricketts eine retrusive Ober- und Unterlippe, nach den Normen von Burstone (B-Linie) lagen Ober- und Unterlippe aber im Normbereich (Erbay, Caniklioglu & Erbay, 2002).

Auch eine Studie, die sich mit dem Vergleich verschiedener Gesichtsprofilanalysen bei der Evaluation der Schönheit von südindischen Erwachsenen beschäftigte, hat gezeigt, dass die klassischen Normen von Ricketts, Burstone, Sushner und Holdaway nur teilweise für diese reliabel sind und dass Orthodontisten flachere Gesichter ästhetischer finden im Gegensatz zu ihren südindischen Patienten, die vollere Profile mögen. Im

Gegensatz zu den Orthodontisten wurden von der Öffentlichkeit protrusive Lippen bei sonst flachem Profil und kleine Nasen bevorzugt (Anusha, 2005).

Neuere Studien befassen sich ausführlich mit kulturspezifischen Aspekten. Vielleicht ist das auch der Grund, weshalb es so viele unterschiedliche Normen gibt. Die Problematik, was ein „normales Gebiss“ ist, wird demnach komplexer, wenn kulturelle Faktoren miteinbezogen werden, wie die im Folgenden beschriebenen Studien zeigen.

1.7.2 Asiaten und Kaukasier

Soh, Chew und Wong (2005) erhoben die Meinung zur Attraktivität chinesischer Gesichtsprofile. Dabei wurde die Meinung von Kieferorthopäden und von oralen Chirurgen erhoben. Zu bewerten waren Bilder von jeweils einem chinesischen Mann und einer chinesischen Frau, deren Gesichtsprofile digitalisiert und in jeweils sieben verschiedene Profilbilder modifiziert worden waren (retrusiv maxillär, protrusiv maxillär, bimaxillär retrusiv, bimaxillär protrusiv, protrusiv mandibulär, retrusiv mandibulär, orthognat). Orthognate und bimaxillär retrusive Profile wurden als am attraktivsten bewertet. Chinesische Profile mit protrusivem mandibulärem Profil (Progenie) wurden als am wenigsten attraktiv beurteilt. Es gab eine hohe Korrelation der Einschätzungen von Kieferorthopäden und von oralen Chirurgen. Laut den Autoren wird ein bimaxillär protrusives Profil normalerweise mit der chinesischen Ethnizität assoziiert, dennoch wird ein Profil bevorzugt, das eher dem geraden Profil der Weißen entspricht.

Auf ähnliche Ergebnisse kam Mantzikos (1998), der jedoch keine Spezialisten befragte, sondern die Präferenzen von asiatischen Laien erhob, wobei sein Fokus auf der japanischen Bevölkerung lag. Fünf computergenerierte Gesichtsprofiltypen wurden von 2651 Teilnehmern mit japanischem Hintergrund nach ihrer Attraktivität geordnet. Die bevorzugte Reihung war wie folgt: orthognates Profil, bimaxillär retrusives Profil, mandibulär retrognathes Profil und mandibulär prognathes Profil. Dies entspricht der Meinung der Kieferorthopäden und oralen Chirurgen bezüglich chinesischer Gesichtsprofile (Soh et al., 2005).

Chan, Soh, Petocz und Darendelieler (2008), die Präferenzen von weißen Kieferspezialisten und Laien bezüglich chinesischer Gesichtsprofile erfragten, kamen

erneut zu dem Ergebnis, dass bimaxillär retrusive Profile und normale Klasse-I-Profile bei Asiaten vorrangig präferiert werden.

1.7.3 Afrikaner und Kaukasier

Das Soft-Tissue-Profil ist vor allem bei afroamerikanischen Patienten, die umgeben von kaukasischen Idealen leben, ein kritisches Gebiet in der Entwicklung von kieferorthopädischen Behandlungsplänen. Afroamerikanische Patienten bevorzugten bei einer Studie, in der es um die Präferenzen von Gesichtsprofilen ging, relativ flache (orthognate) Profile, die der kaukasischen Charakteristik entsprachen, jedoch mit variiertem Lippenfülle. Bei männlichen Profilen wurde eine vollere Lippe bevorzugt als bei weiblichen Profilen (von männlichen und weiblichen Beurteilern). Mehr als ein Drittel der befragten afroamerikanischen Beurteiler hatten das Verlangen nach einer Veränderung in ihrem eigenen Profil, wie z.B. an Nase, Kinn oder Lippe (Polk, Farman, Yancey, Gholston & Johnson, 1995).

Im Zusammenhang mit afroamerikanischen Gesichtsprofilen ist auch von Interesse, ob schwarze Kieferorthopäden sich in ihren Präferenzen von weißen Kieferorthopäden unterscheiden. McKoy, Evans, Viana, Anderson und Giddon (2006) zeigten, dass weiße Kieferorthopäden flachere Profile bevorzugten als schwarze Kieferorthopäden. Ihre schwarzen Patientinnen wiederum bevorzugten vollere Profile als die schwarzen Kieferorthopäden. Die Unterschiede in der Lippenposition, die am ansprechendsten wahrgenommen wurde, waren signifikant. Eine weitere Erkenntnis der Studie war, dass sich alle fünfzehn Patientinnen nach der Behandlung erinnerten, vollere Profile gehabt zu haben, als dies tatsächlich der Fall gewesen war. Ihre Profile nach der Behandlung konnten sie aber korrekt identifizieren.

Einen Vergleich von gängigen Soft-Tissue-Profil-Normen, nämlich der Ricketts- und Holdaway-Nomen führte Sushner (1977) bei Schwarzafricanern durch. Er zeigte, dass die Standards für weiße Personen nicht für schwarze Individuen applizierbar sind und entwickelte eigene Normen für Schwarze. Eine weitere Erkenntnis war, dass schwarze Männer protrusivere Kiefer als schwarze Frauen haben.

Die Bemühungen, kulturspezifische Normen zu entwickeln und kulturspezifische Charakteristiken mit einzubeziehen, verstärken sich zusehends. Im Jahr 2002 entwickelten Dawjee, Ackerman und Shaw in Südafrika eine neue ästhetische

Komponente des IOTN (Index of Orthodontic Treatment Need) für Schwarzafrikaner, wobei die Gültigkeit auf Subjekte mit bimaxillär protrusivem Gebiss ausgeweitet wurde, was der Charakteristik der Afrikaner entspricht (siehe auch Kapitel 3.4).

Zu bemerken ist, dass sich bei der Evaluierung von Profil-Präferenzen auch die Methode der Erhebung auf die Präferenz auswirkt. Ein Vergleich zwischen der traditionellen semantischen Unterschiedsskala, der Empfindungsmethode und des impliziten Assoziationstests hat gezeigt, dass der Toleranzbereich von Profilen mit mandibulärer Retrognathie (Prognathie) sowohl bei Kieferorthopäden als auch bei Laien von der Erhebungsmethode der Präferenzen abhängt. Idealerweise sollten also sowohl implizite als auch explizite Methoden verwendet werden, um Präferenzen bei Gesichtsprofilen zu erheben (Orsini et al., 2006).

Diese Erkenntnisse zeigen, dass es einerseits wichtig ist, kulturelle Aspekte bei der kieferorthopädischen Behandlung zu berücksichtigen, vor allem aber auch die Meinung der Patienten zu evaluieren, denn nicht allein die technische Expertise der Kieferorthopäden trägt zur Zufriedenheit von Patienten mit speziellem kulturellen Hintergrund bei.

Man sollte sich vor allem nicht nur die Frage stellen, ab wann ein Gebiss „normal“ ist, sondern insbesondere ab wann eine kieferorthopädische Behandlung Sinn macht, nicht einzig und allein ästhetische Richtlinien als Kriterium für eine Behandlung heranziehen, sondern auf medizinische und gesundheitliche Aspekte achten. Genauere Aspekte zum anatomischen schwarzafrikanischen Gesichtsprofil werden in Kapitel 3.4 behandelt.

2 Ästhetik und Kultur

2.1 Ästhetik als ein Bedürfnis des Menschen

Becker-Carus (2004) beschreibt eine in den sechziger Jahren vom Sozialpsychologen Abraham Maslow formulierte Theorie, bei der davon ausgegangen wird, dass menschliche Bedürfnisse eine Hierarchie bilden. Die Motivation eines Menschen wird so lange von Bedürfnissen der jeweils tieferen Hierarchiestufen bestimmt, wie diese noch unbefriedigt sind. Aufmerksamkeit und Handeln wenden sich nach ihrer Erfüllung der nächst höheren Stufe zu. Auch das Bedürfnis nach Ästhetik, nach Ordnung und Schönheit bestimmt menschliches Handeln (siehe Abb. 6).

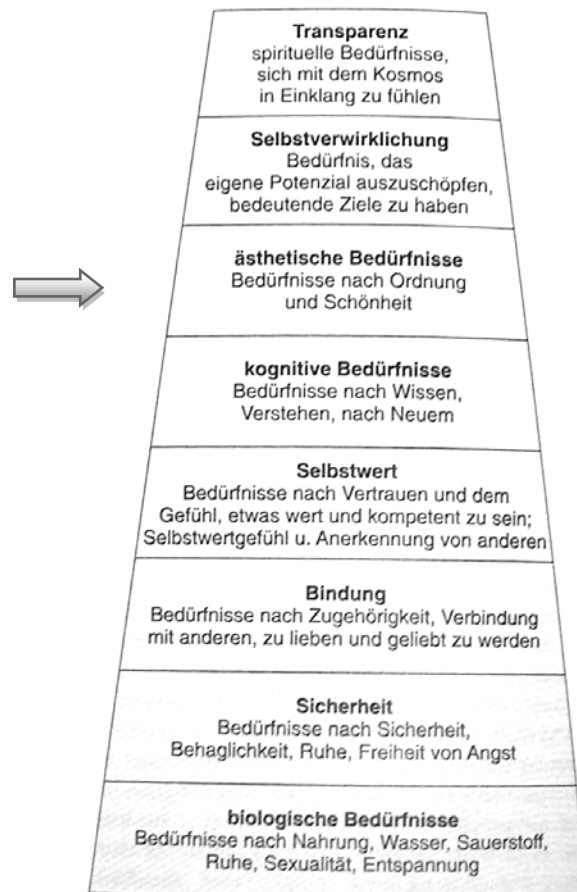


Abbildung 6. Die Hierarchie der Bedürfnisse nach Maslow

Quelle: Becker-Carus, 2004, S. 478

Das bedeutet, dass das ästhetische Bedürfnis erst in den Vordergrund tritt, wenn biologische Bedürfnisse, Sicherheitsbedürfnisse, Bindungsbedürfnisse, Selbstwertbedürfnisse und kognitive Bedürfnisse erfüllt sind. Diese Bedürfnisse sind durch Werte der Umwelt beeinflussbar. Bei ständiger Frustration führen sie zu pathologischen Formen (Becker-Carus, 2004).

2.2 Die Ästhetik des Körpers

„Ideale“, die das Gesicht und den Körper des Menschen betreffen, hat es schon immer gegeben. Bereits der Philosoph Sokrates stellt sich die Frage „Was ist Schönheit?“, und es geht ihm dabei nicht nur um die Definition des Begriffs. Ein unerreichbares Ideal weiblicher Schönheit zeigt schon 200 v. Chr. die vielleicht berühmteste Plastik der Welt, die Venus von Milo, die die Göttin Aphrodite darstellt. Auch griechische Vasen zeigen das sogenannte „griechische Ideal“ (Magee, 2000). Während das figurbezogene männliche Ideal von der Antike bis heute relativ stabil blieb (schlank, muskulös), hat sich das weibliche Schönheitsideal immer wieder geändert und unterliegt aus dem historischen Blickwinkel gesehen starken Schwankungen (Hauner & Reichart, 2004).

Die Frage, ob es ein universelles Schönheitsideal bei Menschen gibt, haben sich bereits viele Autoren gestellt. Renz (2006) erwähnt eine entwicklungspsychologische Studie der University of Texas, in der bereits bei Säuglingen zwischen drei und sechs Monaten Gesichtswahrnehmung erforscht wurde. Demnach schenken die Säuglinge den Gesichtern länger Aufmerksamkeit, die auch von Erwachsenen als attraktiver bewertet wurden. Die Frage ist dennoch umstritten, ob die Vorliebe für schöne Gesichter angeboren ist oder ob subtile Lernprozesse dabei eine Rolle spielen. In jedem Fall spielen adaptive Mechanismen eine Rolle, die es ermöglichen, die Attraktivitätspräferenzen den Optimum-Werten der jeweiligen Umwelt anzupassen, wie nachfolgendes Kapitel zeigt.

2.3 Der ideale Körper aus Sicht von Schwarzafrikanern

Es wurde mehrfach gezeigt, dass „Ideale“ nicht nur im historischen Kontext Wandlungen unterworfen sind, sondern auch im kulturbezogenen Kontext. Toveé,

Swami, Furnham und Mangalparsad (2006) erforschten die Attraktivitätspräferenzen von Angehörigen des südafrikanischen Zulu-Stamms und von Briten. Auch Briten mit afrikanischer Herkunft wurden befragt. Die Schwarzafrikaner, die in Südafrika aufgewachsen waren, bevorzugten beleibtere Menschen als die Briten. Die Erklärung dafür ist evolutionsbedingt und hängt damit zusammen, dass durch verschiedene lokale Optima das Überleben und die Reproduktion erklärt wird: In Kulturen, wo Beleibtheit ein Zeichen für Wohlstand und Gesundheit ist und ein mageres Körperbild häufig mit Parasitenbefall, Meningitis, Tuberkulose, mit HIV, mit Cholera und anderen Krankheiten in Verbindung gebracht wird, wird der „gesunde“ Körper vorgezogen. Bei den Briten hingegen ist dies genau umgekehrt. Beleibtheit ist dort ein Zeichen einer ungesunden Ernährung und eines krankheitsfördernden bewegungsarmen Lebensstils. Diese Einstellung über das Aussehen eines gesunden Körpers ist den Schwarzafrikanern jedoch nicht angeboren, sondern sie hängt davon ab, wo die Menschen aufgewachsen sind. Die Afrikaner, die in Großbritannien aufgewachsen waren, hatten in obiger Studie auch die Attraktivitätseinstellung der Briten übernommen. Das zeigt, dass nicht nur die Kultur, sondern auch die Umwelt einen prägenden Einfluss auf Ideale hat (Toveé et al., 2006).

Darüber, ob Schönheit eine gottgegebene Eigenschaft ist oder ob Schönheit selbst produziert werden muss, ließe sich streiten. Denn in allen Kulturen gibt es Bemühungen, sich schön zu machen. Was in der westlichen Welt Make-up ist, sind in Afrika ausgefallene Körperbemalungen. Eine hübsche Frisur zu haben, ist nicht nur in der westlichen Welt wichtig, auch Afrikaner machen sich kunstvolle Frisuren aus Kunsthaaren, flechten sich Perlen in die Haare, bleichen sie und tragen Perücken. Ausgefallenen Schmuck haben Afrikaner und Kaukasier, nur das Material ist unterschiedlich, ob ein Holzpflöck durch die Nasenwand gestoßen wird oder ein Piercing – das Bedürfnis, sich schön zu machen, haben ohne Frage nicht nur hochentwickelte Kulturen.

So berichtete etwa Schweinfurth, als er im 19. Jahrhundert von seiner Forschungsreise zurück kam, von spitzgefeilten Zähnen, von durchbohrten Lippen, von herausgebrochenen Zähnen, von Holzpflöcken, die Lippen und Ohren durchbohrten, bis sie das fünf- bis sechsfache ihres natürlichen Volumens erreicht hatten, von Kupfferringen in der Nasenscheidewand, von perforierten Ohrmuscheln. Auch von Streckungen des Halses, wie sie heute noch in manchen Gegenden Afrikas üblich sind (Schweinfurth & Gussenbauer, 1984).

2.4 Körperkult in Malawi

In vielen Teilen Schwarzafrikas, speziell in Malawi, spielt die Symbolkraft des Körpers und bestimmter Körperteile eine größere Rolle als bloßes äußerliches Aussehen. Da die im zweiten Teil dieser Arbeit beschriebene Studie in Malawi durchgeführt wurde, wird der dort zelebrierte Körperkult etwas genauer beschrieben.

Seit Jahrhunderten gibt es in Malawi die Nyau-Bünde, Maskenbünde, die in anthromorphen und zoomorphen Erscheinungen auftreten und bei Ritualen (z.B. Initiationsriten, Begräbnisriten) eine große Rolle spielen. Die Maske dient nicht einfach nur dem Schmuck. Sie dient auch nicht nur der äußeren Veränderung, sondern es geht vielmehr um Verfremdung und vor allem um Identifikation. Der Ethnologe Kubik (1993) erforschte die Maskenkultur und den Sinn des Eintretens in eine Maske, das Schlüpfen in eine Rolle und den Symbolismus, der damit zusammenhängt. Bei den malawischen Nyau-Bünden geht es aber nicht nur um Maskierung, sondern auch um Musik, um Tanz und um Macht.

Die traditionellen Maskenbünde sind in Malawi noch weit verbreitet. Am Land sind Riten Gang und Gäbe, bei denen von Maskenmännern getrommelt und getanzt wird. Der Körper gewinnt an Bedeutung, wenn die Kinder zehn oder 11 Jahre alt sind und am Initiationsritus teilnehmen. Sie verbringen zwei Wochen von ihrer Familie getrennt im Busch, meistens an einem Fluss, bauen sich eine Hütte und beweisen, dass sie alleine überleben können. In dieser Zeit lernen sie von „Eingeweihten“ Bewegungen und Lieder, Rhythmen und Körperbeherrschung. Die Tänze, Lieder und Sprüche sind symbolbehaftet, und die Codes, die darin enthalten sind, werden geheim gehalten. Mit Sprechgesängen wird der Körper mit der Natur in Verbindung gesetzt. In der Zeit, die die Kinder in der Natur verbringen, dürfen sie von ihrer Familie nicht besucht werden, auch nicht, wenn sie krank sind (Malaria). Nach den zwei Wochen im Busch wird ein großes Fest gefeiert, bei dem die Hütten, in denen die Kinder gelebt haben, verbrannt werden. Die Körper der Kinder werden gewaschen, eingeölt, eingekleidet und geschmückt. Es wird getrommelt und getanzt, die Kinder werden in einer Prozession in das Dorf getragen und für erwachsen erklärt. Auch Farben haben ihren eigenen ästhetischen Ausdruck: Weiß steht für Seklusion und Trauer sowie für einen emotionalen Zustand (Initiandinnen und Trauernde werden mit weißem Maismehl

bestreut, Neugeborene bekommen einen Punkt aus weißer Asche auf ihren Bauch). Weiß steht auch für die Fortpflanzung, für Reinheit, Kühle und Harmonie. Rot steht für Fruchtbarkeit, Gefahr, Furcht, Schrecken und Blutvergießen. Schwarz steht für Tod und Regenkult (Probst, 2005).

Bei einem attraktiven Menschen geht es im traditionellen Malawi also nicht alleine darum, dass die Person äußerlich Attraktivität zeigt, sondern auch darum, dass die Person eine bestimmte Symbolik und Beherrschung verinnerlicht hat, die der Körper repräsentieren kann.

3 Ästhetik und Gesichtswahrnehmung

3.1 Gesichtswahrnehmung

3.1.1 Biologische Aspekte der Gesichtswahrnehmung

Grundlegende Emotionen sind angeboren und spiegeln sich im Gesicht wider. Man findet sie in allen Kulturen. Der emotionale Ausdruck ist Teil der nonverbalen Kommunikation. Becker-Carus (2004) beschreibt eine in den achtziger Jahren von Etcoff veröffentlichte Studie, die zeigt, dass das emotionale Erleben und die Fähigkeit, emotionales Erleben am Gesichtsausdruck zu erkennen, in der rechten Hirnhemisphäre schneller abläuft als in der linken. Patienten mit rechts-hemisphärischen Hirnschäden haben daher mehr Schwierigkeiten, emotionale Gesichtsausdrücke zu erkennen, als solche mit links-hemisphärischen Läsionen (Becker-Carus, 2004).

Weil bestimmte Komponenten der Gesichtsverarbeitung festgelegt sind, kann man davon ausgehen, dass es – was das Erkennen und Einstufen des emotionalen Gesichtsausdrucks betrifft – biologisch bedingte kulturelle Gemeinsamkeiten gibt. Diese Hypothese wurde bereits 1971 von Ekman und Frisen untersucht. Sie erforschten Übereinstimmungen in der Gesichtserkennung von emotionalem Ausdruck. Zwischen unterschiedlichsten Bevölkerungsgruppen (Japan, USA, Brasilien, Chile, Argentinien) wurden hohe Übereinstimmungen erzielt. Dies wurde mittels Beurteilung von standardisierten Fotos, die Gesichter mit Basisemotionen zeigten (z.B. Glück, Furcht, Überraschung, Zorn, Ekel, Trauer), durch die verschiedenen Kulturen gezeigt.

Übereinstimmung wurde auch darin gefunden, dass kultur- und populationsunabhängig weibliche Gesichter, deren Gesichtszüge denen von Neugeborenen ähnelten, attraktiver eingeschätzt wurden (Babyface). Bei Männergesichtern gelten eine ausgeprägte Kinnpartie und Wangenknochen interkulturell als attraktiv (Jones, 1995).

Auch die bereits erwähnte Tatsache, dass schon Säuglinge im Alter von drei Monaten zwischen als attraktiv eingestuften und als unattraktiv eingestuften Bildern differenzieren können, zeigt, dass bestimmte Komponenten des Ästhetikempfindens angeboren sind (Langlois et al., 1987; Renz, 2006).

3.1.2 Das ästhetische Gesicht

In den letzten 20 Jahren gewann der provokative, „sexy“ Körper zunehmend an Bedeutung. Teure und geschmackvolle Kleidung reicht nicht mehr aus, um „schön“ zu sein. Nackt gut auszusehen und Haut zu zeigen ist populärer. In den Medien wird Sexiness immer präsenter und beeinflusst schon Kinder. Während der nackte oder fast nackte Körper lange Zeit ein Tabuthema war, spielte das Gesicht schon immer eine besondere Bedeutung in der Schönheits-Bewertung einer Person (Zschirnt, 2008).

Ein Gesicht vermittelt immer eine Botschaft. Es wurde nachgewiesen, dass selbst emotional „neutrale“ Gesichter nicht als „neutral“ bewertet werden. Probanden, denen Bilder von positiv, negativ und neutral dreinblickenden Menschen vorgelegt wurden, schrieben den neutralen Gesichtern eher eine negative Stimmung zu (An, Kang, Kim, Lee & Park, 2008).

Bekommen Probanden nur sogenannte „neutrale“ Gesichter vorgelegt, die ihrer Attraktivität nach beurteilt werden sollen, so hängen ihre Präferenzen von unterschiedlichsten Faktoren ab. Thornhill und Gangestad (1999) beschreiben Studien, die wesentliche Einflussfaktoren erforschen, die sich auf die Bewertung eines Gesichts als attraktiv auswirken. Dazu gehören Symmetrie, Durchschnittlichkeit und nicht-durchschnittliche sexuelle, dimorphe Charakterzüge. Doch wieso wirkt ein asymmetrisches Gesicht auf Probanden weniger attraktiv als ein symmetrisches Gesicht? Als Erklärung erwähnen Thornhill und Gangestad (1999), dass ein asymmetrisches Gesicht ein mögliches Ergebnis von instabiler Entwicklung ist, in der Pathogene und Toxine eingewirkt haben. Ein symmetrisches Gesicht entspricht hingegen einer gesunden Entwicklung. Der Einfluss der Gesichtssymmetrie auf die Bewertung wurde auch bei Menschen aus nicht-westlichen Kulturen beobachtet.

Kieferorthopädische Literatur bestätigt, dass Gesichts-Asymmetrie häufig eine Folge von Dysgnathie ist und mit Beschwerden zusammenhängt, die nicht nur das Kauen und Schlucken, sondern den gesamten Körper betreffen (siehe Kapitel 1.4).

Auch dass Durchschnittlichkeit im Aussehen ein wesentlicher Attraktivitätsfaktor ist, wird von Thornhill und Gangestad (1999) evolutionspsychologisch argumentiert. So hänge ein durchschnittliches Aussehen mit überdurchschnittlichen Körperfunktionen bei Atmung und Kauen zusammen, bewirke also einen stabilisierenden Effekt.

Bei Kieferfehlstellungen sind Beeinträchtigungen gegeben. Die eingeschränkte Funktionsfähigkeit geht in der Tat häufig mit einer nicht dem Durchschnitt

entsprechenden optischen Erscheinung des Gesichts einher. Kann allein ein asymmetrisches und nicht dem Durchschnitt entsprechendes Gebiss ein Gesicht unattraktiv machen? Ist ein orthognater Kiefer notwendig, damit ein Gesicht als attraktiv wahrgenommen wird?

Zur Veranschaulichung, wie sich ein asymmetrischer und nicht dem Durchschnitt entsprechender Kiefer auf den Gesichtsausdruck und die ästhetische Erscheinung auswirkt, siehe Abbildung 7.



Abbildung 7. Das Gebiss des Mädchens nimmt von links nach rechts an Durchschnittlichkeit und Symmetrie zu, was sich auf die Gesichtsästhetik auswirkt.

Quelle: Bildfragmente aus Broich, 1992, S. 70 und S. 43, retuschiert von Josefine Bauer

Evolutionenpsychologisch betrachtet könnte mit den oben angeführten Argumenten erwartet werden, dass auch in anderen Kulturen ein orthognater Kiefer als attraktiver wahrgenommen wird.

Welche Rolle hat in der Gesichtswahrnehmung explizit das Gesichtsprofil? Ist der Beitrag dieses Ästhetikfaktors überhaupt von Bedeutung und kann ein weniger attraktives Gesicht attraktiv oder ein „unnormales“ Profil ein attraktives Gesicht weniger attraktiv machen? Mit diesen Fragen beschäftigt sich das nächste Kapitel.

3.1.3 Rolle des Profils im ästhetischen Gesamteindruck

Schon kleine Mädchen lernen, dass Frauen mit krummen Nasen böse Hexen sind. Wäre der Beitrag des Gesichtsprofils zur Gesichtsästhetik irrelevant, würden sich vermutlich weniger Menschen chirurgischen Eingriffen unterziehen. Harmonische Verhältnisse im Gesicht, sinnliche Lippen, gerade Konturen, all dies sieht man auch im Gesichtsprofil (Biegi, 1999).

Spyropoulos und Halazonetis (2001) gingen forschend den Fragen des Beitrags des Profils bei ästhetischen Urteilen über Gesichter nach. Sie morphten das Profil von zwanzig weiblichen Gesichtern. Das Ergebnis waren zwanzig unterschiedliche Gesichter mit identischem Profil. Außerdem wurden die zwanzig Gesichter vollständig zu einem „Durchschnittsprofilbild“ gemorpht. Aus diesem wurden drei Bilder mit jeweils einer anderen Frisur erstellt. Die Gesichtsästhetik der Originalbilder, der Bilder mit einheitlichem Profil und der drei Durchschnittsbilder wurde von Laien sowie von Orthodontisten mit zehnjähriger Praxiserfahrung auf einer zehnstufigen Skala bewertet. Die Bilder mit dem gemorphten Profil wurden ästhetischer bewertet als die Originalbilder. Die drei Durchschnittsbilder mit den unterschiedlichen Frisuren wurden mit Abstand am höchsten bewertet. Es wurde kein einziges Bild besser bewertet als die drei Durchschnittsbilder. Einige der Originalbilder wurden hingegen ästhetischer beurteilt als die Bilder mit dem gemorphten Profil. Diese Ergebnisse zeigen, dass Gesichtsattraktivität einerseits nicht nur ein Ergebnis der Profilform ist, sondern dass andere Faktoren, die nicht mit dem Profil zusammenhängen, eine signifikante Rolle spielen.

Die hohe Bewertung der Profilbilder kann damit zusammenhängen, dass die Haut durch das Morphen makellos wird. In der Studie wurden keine signifikanten Unterschiede in der Bewertung der drei gemorphten Gesichtern festgestellt, was zeigt, dass die Frisur bei „perfekten“ Gesichtern keine Auswirkung hat. Bei weniger attraktiven Gesichtern könnte eine Frisur jedoch einen größeren Einfluss haben. Orthopäden bewerteten in der beschriebenen Studie die Gesichter generell ästhetischer als die Laien. Möglicherweise liegt der Fokus von Orthopäden eher auf dem Gesichtsprofil.

Das Profil spielt also eine Rolle bei der ästhetischen Bewertung von Gesichtern. Ein Gesicht mit einem bestimmten Profil kann jedoch anders bewertet werden als ein anderes Gesicht mit exakt dem gleichen Profil, da mehr Faktoren bei der ästhetischen Wahrnehmung eines Gesichts eine Rolle spielen.

3.2 Ästhetik und Gesichtswahrnehmung in afrikanischen Kulturen

Afrikaner, die in den USA aufgewachsen sind, bewerten Gesichter ähnlich wie die weißen Beurteiler. Wade, Irvine und Cooper (2004) haben herausgefunden, dass Afroamerikaner bei der Bewertung von Gesichtern, die sich in Hautfarbe und Rassen-

Charakteristik unterschieden, den hellen Gesichtern mit kaukasischer Charakteristik eine bessere Persönlichkeit zuweisen als den Gesichtern mit afrikanischer Charakteristik. Diese Bevorzugung nicht nur der weißen Hautfarbe, sondern auch der kaukasischen Gesichtsproportionen hängt möglicherweise mit den vorherrschenden Idealen zusammen.

Dass in Kulturen, in denen die parasitäre Belastung sehr hoch ist und die medizinische Versorgung weniger üblich, werden nicht nur Menschen im Gesamtbild nach anderen Attraktivitätsmaßstäben beurteilt, wie in Kapitel 2.3 beschrieben, sondern auch Gesichter. Penton-Voak, Jacobson und Trivers (2004) fanden heraus, dass in solchen Kulturen bei der Partnerwahl Gesichter, die Stärke charakterisieren, also maskuline Züge haben, eher bevorzugt werden, als schmale, feminine Gesichter. Penton-Voak et al. (2004) erstellten digitale Gesichter dreier Kulturen (Jamaica, Japaner, Briten), von denen ein Teil eine feminine Charakteristik und ein anderer Teil eine maskuline Charakteristik aufwies. Wie erwartet bevorzugten jamaikanische Frauen maskuline Männergesichter im Gegensatz zur britischen Gruppe, die Gesichter mit femininen Merkmalen attraktiver fand. Feminine Gesichtszüge werden mit elterlicher Involvierung des Partners in Verbindung gebracht. Auch jamaikanische Männer bevorzugten eine maskuline Gesichtscharakteristik bei Frauengesichtern. Britische Männer hingegen bevorzugten feminine Gesichter (Penton-Voak et al., 2004).

Afrikanische Gruppen, die nur wenig oder keinen Kontakt zu westlichen Schönheitsstandards haben, schätzen dennoch einige Komponenten der Schönheit als attraktiv ein, die dem westlichen Ideal entsprechen. Dazu gehört Aussehen, das Gesundheit zum Ausdruck bringt: glatte, reine Haut, klare Augen, glänzende Haare. Evolutionspsychologen argumentieren damit, dass dieses Aussehen nicht einzig auf die Abwesenheit von Krankheit zurückzuführen ist, sondern auch symbolisiert, dass jemand die Fähigkeit besitzt, Ressourcen effektiv an sich zu bringen und bereitzustellen, die das Überleben und die Reproduktion sichern (Thornhill & Gangestad, 1999).

3.3 Kulturspezifische Gesichtsmerkmale

Wieder zurückgehend zur Tatsache, dass durchschnittliches Aussehen gleichzusetzen ist mit „schönem Aussehen“, stellt sich die Frage, was Durchschnittlichkeit genau bedeutet. Gibt es den ultimativen Durchschnitt? Dieses Kapitel zeigt, dass es,

insbesondere was das Gesicht betrifft, keinen interkulturellen Durchschnitt gibt, sondern dass in jeder Kultur eigene Gesichtsmerkmale dominant sind.

Wenn man einen Laien fragt, worin sich Kaukasier, Asiaten und Afrikaner unterscheiden, so wird die erste Antwort voraussichtlich sein: In der Hautfarbe. Doch es gibt zahlreiche weitere differenzierende Aspekte: Die Proportionen von Augen, Nase, Lippen und sogar die Schädelform. Folgende Abbildung zeigt, worin sich die drei Typen kaukasisch, asiatisch und afrikanisch im Wesentlichen unterscheiden (siehe Abbildung 8).

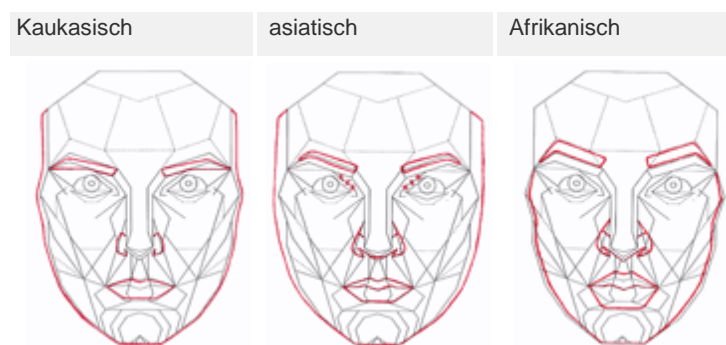


Abbildung 8. Grundtypen der Gesichtssormen in verschiedenen Kulturen

Quelle: www.dysgnathie.de

Die Tatsache, dass sich die Schädelform der drei Typen unterscheidet, wirkt sich auch auf das Gesichtprofil aus. Auf den ersten Blick sehen die Gesichtprofile sehr ähnlich aus, doch eine genauere Betrachtung zeigt, dass vor allem der Nase-Kinn-Bereich kulturspezifischen Unterschieden unterliegt. Das impliziert, dass auch Bissanomalien in den unterschiedlichen Kulturen unterschiedlich aussehen.

3.4 Gesichtprofil von Schwarzafrikanern

Der Durchschnitt ist nicht nur in der Frontalansicht kulturspezifisch, sondern auch in der Profil-Charakteristik. Bereits im 17. Jahrhundert wurden unter anderem die „ausladenden Kieferbacken“ als charakteristisch für Afrikaner beschreiben (Bitterli, 1991). Korrekt bezeichnet man diese „ausladenden Kieferbacken“ in der Medizin als bimaxillär protrusiv. Bimaxillär bedeutet, dass Ober- und Unterkiefer betroffen sind.

Protrusiv meint ein Vorstehen, im Gegensatz zu einer Retrusion, bei der der Kiefer zurückgesetzt ist (Schmuth, 1983).

Forschungsreisende aus dem 19. Jahrhundert berichteten schon über die sich von Kaukasiern unterscheidende Physiognomie von Schwarzafrikanern und sparten auch nicht daran, ihnen Eigenschaften aufgrund des Aussehens zuzuschreiben. So berichtete Schweinfurth im 19. Jahrhundert von einer Begegnung mit einem Schwarzafrikaner im Rahmen einer seiner Forschungsreisen:

...eine völlig kaukasische Nasenbildung schloß sich dem fast orthognathen Profil an, nur die besonders stark aufgeworfenen und wulstigen Negerlippen standen hierzu in lebhaftem Kontrast. In den Augen aber brannte ein wildes Feuer tierischer Sinnlichkeit, und um den Mund ging ein Zug, den ich bei keinem der übrigen Monbutu wiedergefunden; da lagen Habsucht und Gewalttätigkeit gähnend auf der Lauer, und die Freude am Grausamen. Nie sah man ihn zu einem Lächeln sich verziehen. Aus diesen Zügen sprach kein Herz (Schweinfurth & Gussenbauer, 1984 , S. 204).

Von aufgeworfenen und wulstigen Lippen über fliehendem Kinn, von vorstehenden Backenknochen und abgeplatteten Nasen, die den Gesichtern schnauzenartige Konturen verleihen, ist in dem Forschungsbericht die Rede (Schweinfurth & Gussenbauer, 1984). Es wurden von Forschungsreisenden aber auch Prädikate wie „wohlproportioniert“, „stattlich“ oder „schön“ vergeben, wenn „feine europäische oder kaukasische Züge“ in der Physiognomie und Statur schwarzer Völker erblickt wurden (Bitterli, 1991).

In einer Studie stellten Scott und Johnston (1999) fest, dass die Schneidezähne von Schwarzen liegender sind als die von Weißen. Diese Protrusion der Zähne begründet unter anderem die größere Protrusion der Lippen, die bei schwarzen orthodontischen Patienten beobachtet wird. Die Protrusion kann durch das Ziehen von Zähnen verringert werden, was bei afroamerikanischen Patienten mit Klasse-I- und Klasse-II-Malokklusion als rein „ästhetische Korrektur“ angewandt wird.

Diesen Ergebnissen steht eine Studie von Dandajena und Nanda (2003) gegenüber, die zwar auch ein bimaxillär protrusives Gebiss bei Schwarzafrikanern feststellten, deren Messungen aber ergaben, dass die Schneidezähne im Oberkiefer aufrechter sind als bei Kaukasiern. Die protrusive bimaxilläre Charakteristik ist nach ihren Messungen auf einen längeren Ober- sowie Unterkiefer (Mandibular und Maxilla) zurückzuführen.

Das afrikanische Mundprofil unterscheidet sich nicht nur in der Zahnstellung, sondern auch in der Zahnhöhe, Zahnbelastung, Unterkieferlänge, im Lippen-Kinn-

Rachenwinkel, im nasolabialen Winkel, in der höheren Schneidezahn-Gaumen-Ebene und in der niedrigeren Schneidezahn-Unterkiefer-Ebene. Diese Unterschiede wurden bei Schwarzen mit normalem Klasse-I-Skelett gefunden und mit den Maßen von Weißen verglichen. Jeder der untersuchten Probanden hatte ein ausbalanciertes Profil und niemand wies anteroposteriore, vertikale oder andere Diskrepanzen auf (Connor & Moshiri, 1985). Aktuellere Studien aus Südafrika, bei denen das Profil von Schwarzafrikanern ausgemessen wurde, bestätigen, dass Schwarzafrikaner ein bimaxillär protrusives Gebiss haben (Beukes, Dawjee & Hlongwa, 2007).

Auch Malawier weisen physiognomisch für Schwarzafrikaner typische Merkmale des bimaxillären protrusiven Gebisses auf (siehe Abbildung 9 und 10).



Abbildung 9. Beispiele von Malawiern im Profil, weiblich

Quelle: Josefine Bauer



Abbildung 10. Beispiele von Malawiern im Profil, männlich

Quelle: Josefine Bauer

Trotz der unterschiedlichen Profile von Kaukasiern und Schwarzafrikanern findet man in der weißen Gesellschaft auch für Schwarze kaukasische ästhetische Ideale und Maße wieder. Jedoch sind auch die in den Medien vertretenen Darstellungen bestimmter Profiltypen einem zeitlichen Wandel unterworfen, wie folgendes Beispiel zeigt.

Yehezkel und Turley (2004) untersuchten die Darstellung weiblicher afro-amerikanischer Profile in Modemagazinen während des zwanzigsten Jahrhunderts. Dabei wurden 26 Variablen bei 119 Profild Fotografien erhoben, die zwischen den 1940er Jahren und den 1990er Jahren publiziert worden waren. Es gab signifikante Unterschiede für die anteroposteriore Lippenposition, für den nasolabialen Winkel und für den interlabialen Winkel mit erhöhter Lippenfülle und mehr anterior positionierten Lippen in den jüngeren Jahrzehnten. Das zeigt, dass sich die Ästhetikstandards für afroamerikanische weibliche Profile während des zwanzigsten Jahrhunderts änderten. Auffallend ist, dass diese Änderung Richtung bimaxillär-protrusiv geht, dass das afrikanische Profil also zusehends so akzeptiert wird, wie es in der Realität häufig anzutreffen ist. Zu bemerken ist allerdings, dass der Trend Richtung volleren und mehr anterior positionierten Lippen sich auch bei weißen Profilen in den Modemagazinen des zwanzigsten Jahrhunderts zeigt und in diesem Sinne einem ästhetischen Wandel unterliegt (Yehezkel & Turley, 2004).

4 Personenwahrnehmung und soziale Einstellungen

4.1 Personenwahrnehmung

Bei der Personenwahrnehmung handelt es sich im Allgemeinen um Urteile über andere Leute, um Eindrücke, die man über andere formt, und um Schlussfolgerungen über personenspezifische Eigentümlichkeiten der anderen. Aus früheren Wahrnehmungsprozessen und dem dadurch gespeicherten Wissen entstehen Konzepte über konkrete Personen. Die Personenwahrnehmung erfolgt indirekt, wenn keine direkte Interaktion vorliegt und Personenbeurteilungen auf der Grundlage einer Informationsübermittlung durch ein Kommunikationsmedium (Radio, Fernsehen, Internet, Printmedien) gebildet werden. Die Eindrücke, die jemand über einen Menschen gewinnt, sind abhängig von der Anzahl und der Qualität der Informationen, von dem Ausmaß an Interaktionen und von der Enge der Beziehungen zwischen dem Wahrnehmenden und der wahrgenommenen Person. Zur Wahrnehmung und Beurteilung eines Menschen stehen viele Informationsquellen zur Verfügung. Sogenannte Inputs sind: Verbales und nonverbales Verhalten; äußeres Erscheinungsbild, Mimik, Gestik, Stimme und Sprache, Denk- und Handlungsergebnisse; Umweltdaten und Kontextinformation (z.B. Wohnbezirk), Fremdurteile und Selbstbeurteilungen, Dokumente, abgespeichertes Wissen und Kenntnisse über eine Person aufgrund früherer Kontakte. Beschreibung, Beurteilung und Einschätzung anderer Menschen erfolgt über physische Stimuli, über Persönlichkeitseigenschaften, über vergleichende, relationale oder interpretative Urteile. Bei der Personenwahrnehmung kann es auch zu Wahrnehmungsinferenzen infolge von naiven impliziten Persönlichkeitstheorien kommen (Güttler, 2003).

4.2 Wahrnehmungsfehler bei der Personenwahrnehmung

Der erste Eindruck ist bestimmend für die weiteren Wahrnehmungsprozesse. Er bildet einen Bezugsrahmen für die Interpretation des nachfolgenden Informationsinputs. Die Informationsverarbeitung kann verzerrt werden, wenn die späteren Wahrnehmungsinformationen nicht zum ersten Eindruck passen. Dadurch, dass widersprüchliche Information abgewertet, ignoriert oder schwächer gewichtet werden,

bleibt es dem Wahrnehmenden erspart, seine vorgefasste Meinung zu revidieren (Güttler, 2003).

Man spricht von einem Primacy-Effekt, wenn die ersten Informationen über eine Person den Gesamteindruck in eine positive oder negative Richtung lenken. Der gegenteilige Effekt liegt dann vor, wenn zuletzt verarbeitete Information den ersten Eindruck nachträglich bestimmt und beeinflusst, dieser wird Recency-Effekt genannt. Er stellt sich dann ein, wenn die Information über eine andere Person in zwei Informationsblöcken dargestellt wird und dazwischen Pausen sind, da hier die Vergessens- und Gedächtnisprozesse eine Rolle spielen. Ein weiterer wichtiger Effekt im Zusammenhang mit dem ersten Eindruck ist der Halo-Effekt, der auch Hof-Effekt genannt wird. Wird beispielsweise eine sehr gut aussehende Person positiver beurteilt als eine Person mit durchschnittlich physischer Attraktivität, dann werden die Merkmale des äußeren Eindrucks so stark gewichtet, dass dadurch die übrige Information von diesem „Heiligenschein“ (englisch: halo) überstrahlt wird. Dies kann natürlich auch in die gegenteilige Richtung gehen und ein negativ-kongruentes Gesamtbild erzeugen, wenn eine negative Eigenschaft alles „überschattet“ (Güttler, 2003).

Auch durch Vergleiche werden ästhetische Urteile beeinflusst. Eine Studie zeigt, dass Frauen, die ein Bild von einer sehr attraktiven Frau vorgelegt bekommen, sich selbst im Anschluss weniger attraktiv bewerten, als wenn sie vorher ein Bild mit einer „unattraktiven“ Frau vorgelegt bekommen. Die Umgebung bildet sozusagen den Maßstab dessen, wie wir uns selbst bewerten (Little & Mannion, 2006).

4.3 Zuschreibung von Eigenschaften

4.3.1 Implizite Persönlichkeitstheorien

Bei impliziten Persönlichkeitstheorien geht es um verinnerlichte, generelle Statements über Zusammenhänge von bestimmten Eigenschaften. Wenn jemand verinnerlicht hat, dass Aufrichtigkeit mit Zuverlässigkeit oder Pflichtbewusstsein assoziiert ist, schließt er darauf, dass eine aufrichtige Person auch zuverlässig ist. Güttler (2003) beschreibt implizite Persönlichkeitstheorien auch als „Interkorrelationsgefüge an Merkmalszusammenhängen“ bzw. als „Matrix an Beziehungen zwischen Personeigenschaften“.

Eine Verkäuferin, die beim Kassieren lächelt, ist eine gut gelaunte, zufriedene Person. Eine Person mit athletischem Körper ist energisch oder kraftvoll. Ein Kind mit feingliedrigem Äußeren ist empfindlich und wenig widerstandsfähig, Brillenträger sind intelligenter, fleißiger oder belesener als Personen, die keine Brille tragen. Eine Person mit einer äußerst unleserlichen Handschrift hat einen chaotischen Charakter. Solche Schlussfolgerungsprozesse entstehen durch Analogie. Blickkontakt, physische Nähe, Berührungen, Körperneigung etc. geben oft Anlass zum Bilden von Analogieschlüssen. Auch äußerliche Merkmale wie Mund, Falten, Augen, Lippen, Make-up, Bart, Nasenringe, Haare, Tätowierungen und Ähnliches sind Quellen für implizite Schlüsse (Güttler, 2003).

Aufgrund einer bestimmten äußeren oder inneren Eigenschaft werden einem Menschen im Rahmen impliziter Persönlichkeitstheorien andere Eigenschaften oder Wesenszüge zugeschrieben. Zum Beispiel glauben Laien, dass Menschen, die intelligent sind, gleichzeitig Erfolg im Leben haben und dass Menschen, die weniger intelligent sind, weniger Erfolg im Leben haben (Furnham, 2001).

Es entstehen aber auch Inferenzen durch Kategorisierung. Dies geschieht, wenn eine fremde Person z.B. aufgrund ihrer Gesichtszüge oder ihrer Statur als alt eingestuft wird und ihr aufgrund dessen die sozial geteilten Merkmale des Stereotyps für alte Menschen zugeschrieben werden. Auch Männer, Geschäftsleute, Kinder, Schüler oder Studenten werden nicht einfach nur als „Menschen“, sondern als Träger sozialer Rollen wahrgenommen. Mit den ihnen zugeschriebenen Rollen hängen Erwartungen und typische Merkmale zusammen. Diese Erwartungen beeinflussen die Wahrnehmung und Beurteilung einer Person. Durch Ähnlichkeit mit einer vertrauten Person kann es zu Inferenzen kommen. Erkennt die wahrgenommene fremde Person den Wahrnehmenden an jemanden anderen, den er gut kennt, kann es sein, dass dieser der fremden Person unbewusst Eigenschaften der bekannten Person zuschreibt. Man kann sich zum Beispiel zu einer Person entweder hingezogen oder von ihr abgestoßen fühlen, weil sie einen an jemanden Bestimmten erinnert, mit dem man gute oder schlechte Erfahrungen gemacht hat. Diese Beziehungen zwischen Personeneigenschaften werden als implizite Persönlichkeitstheorie bezeichnet. Sie macht es uns möglich, Urteile über andere zu fällen, selbst wenn wir nur wenig Information über ihn vorliegen haben (Güttler, 2003). Auch Menschen, die sich kosmetischen Eingriffen unterziehen, wollen nicht nur an Attraktivität gewinnen, sondern auch an Selbstbewusstsein und versprechen sich Erfolg und Lebensglück von ihrer ästhetischen Veränderung (Biegi, 1999).

In einem Experiment legte Asch (1946, zitiert nach Güttler, 2003) Probanden Eigenschaftslisten vor (wie z.B. intelligent, geschickt, fleißig, warmherzig, entschlossen, praktisch und vorsichtig). In einer zweiten Liste war warmherzig mit kalt ausgetauscht. Zur Überprüfung des Gesamteindrucks über beide fiktive Personen bekamen die Probanden später eine Liste mit Personenmerkmalen und sollten angeben, ob diese Eigenschaften bei der vorgestellten Person vorhanden waren oder nicht. Es zeigte sich, dass Menschen, die als „warmherzig“ bezeichnet wurden, von 91% der Probanden auch als großzügig bezeichnet wurden, dass jedoch jemand, der als „kalt“ beschrieben wurde, nur von 8% der Probanden auch als großzügig galt.

Im Rahmen dieser impliziten Theorien kommt es oft zu Rückschlüssen aufgrund von miteinander in Beziehung stehenden Eigenschaftspaaren. Personen, die in sozialer Hinsicht positiv eingeschätzt werden, erhalten in der Regel auch positive Eigenschaftsattributionsen auf der intellektuellen Dimension und umgekehrt. Dasselbe geschieht auch bei Rückschlüssen, in denen das Aussehen eine Rolle spielt. Körperlich attraktiven Personen werden bereitwilliger soziale Eigenschaften attribuiert als unattraktiven Personen (Güttler, 2003). Physisch attraktive Menschen werden außerdem sozialer, dominanter, mental gesünder, intelligenter und sexuell wärmer wahrgenommen als physisch unattraktive Personen, selbst wenn sie dies nicht sind (Feingold, 1992).

Diese Einschätzungen wirken sich auch auf das Verhalten von Personen gegenüber attraktiven Menschen aus. Studien bestätigen, dass attraktivere Kinder von ihren Lehrern als intelligenter eingeschätzt werden und daher mehr Aufmerksamkeit erhalten. Durch die erhöhte Aufmerksamkeit erzielen diese Kinder dann tatsächlich bessere Noten. Kinder hingegen, die weniger attraktiv sind, werden strafender behandelt (Jackson, 2002, zitiert nach Koblenzer, 2003).

Vor allem bei Beziehungen spielt ein attraktives Äußeres eine große Rolle: Attraktive Jugendliche werden von Peers bevorzugt, ihnen werden höhere soziale Eigenschaften zugeschrieben. Die Zuschreibung von bestimmten Eigenschaften aufgrund von Attraktivität führt auch später zu Bevorzugungen in der Arbeitswelt. Bevorzugung von attraktiven Menschen gegenüber unattraktiven zieht sich über das gesamte Leben, über Partnerwahl, Hochzeit, soziale Involvierung, und selbst „erfolgreiches Altern“ fällt attraktiven Senioren leichter als unattraktiven. Häufig wollen attraktive Senioren ihre Schönheit bewahren, was zu gesundheitsförderndem Verhalten führt (Koblenzer, 2003). Das zeigt, dass Attraktivität sich nicht nur darauf auswirkt, wie eine Person von anderen

Personen wahrgenommen und bewertet wird, sondern auch einen Einfluss auf das Verhalten dieser Person haben kann und sich sekundär auf andere Lebensbereiche wie Gesundheitsverhalten auswirkt (z.B. gesunde Ernährung und regelmäßige Bewegung, um schön zu bleiben).

4.3.2 Sozialpsychologische Modelle der Personenwahrnehmung

Obwohl obige Kenntnisse zeigen, dass Attraktivität in Verbindung mit damit in Beziehung gesetzten impliziten Eigenschaften einen sehr starken Einfluss auf die Bewertung einer Person haben, machen sie nur einen Teilaspekt der Bewertung des Gesamteindrucks einer Person aus. Denn auch die tatsächlichen Eigenschaften spielen eine Rolle, wie sympathisch ein Mensch im Gesamteindruck bewertet wird. Ein attraktiver Mensch, der auf den ersten Blick implizit als intelligent bewertet wird, kann, wenn er sich unintelligent verhält, einen weniger guten Gesamteindruck machen.

In der Sozialpsychologie gibt es verschiedene Modelle, die zu beschreiben versuchen, welchen Einfluss bestimmte Eigenschaften auf den wahrgenommenen Gesamteindruck einer Person haben. Güttler (2003) zeigt dazu drei im Alltag relevante Modelle auf, bei denen Urteils- und Wahrnehmungsprozesse eine Rolle spielen: Das Summenmodell, das Durchschnittsmodell und das Konfigurationsmodell.

Das Summenmodell besagt, dass je mehr positive Eigenschaften eine Person hat, desto positiver der Gesamteindruck über diese Person ist. Je mehr negative Eigenschaften eine Person hat, desto negativer ist der Gesamteindruck. Wenn eine Person beispielsweise sehr attraktiv ist, über gute Manieren verfügt und intelligent ist, summieren sich diese positiven Eigenschaften zu einem sehr guten Gesamteindruck.

Im gewichteten Durchschnittsmodell kann ein positiver Gesamteindruck durch das Hinzufügen von gering positiven Eigenschaften Einbußen erleiden, wobei einem negativen Personaspekt ein größeres Gewicht beigemessen wird als einem positiven Aspekt. Ein äußerst attraktiver Mensch kann durch einen negativen Personaspekt also relativ unsympathischer wirken, als er durch einen zusätzlichen positiven Aspekt an Sympathie gewinnen würde.

Das konfigurale Kombinationsmodell besagt, dass einzelne Informationen über eine Person gestalttheoretischen Prinzipien unterliegen. Die wahrgenommenen Informationen werden nicht einfach aufsummiert oder gemittelt, sondern gestaltet und

zu einer Ganzheit strukturiert, die mehr ist als nur die Summe ihrer Einzelteile. Die Information beispielsweise, dass jemand Drogen genommen hat, kann so negativ auf den Gesamteindruck wirken, dass selbst viele positive Persönlichkeitszüge diese Information nicht kompensieren können.

Zusammengefasst kann gesagt werden, dass Attraktivität sich auf zugeschriebene Eigenschaften auswirkt und einen Beitrag dazu liefert, welchen Charakter man einer Person zuschreibt.

Umgekehrt können bereits zugeschriebene Eigenschaften auch bewirken, dass eine Person als attraktiv wahrgenommen wird. In einer Studie von Little, Burt und Perret (2006) sollten Frauen die Gesichter potentieller Partner bewerten. Gesichter, die eine erwünschte Eigenschaft zeigten, wurden als attraktiver beurteilt, als die Gesichter, die die erwünschte Eigenschaft nicht zeigten. Frauen hingegen, die eine andere Eigenschaft bevorzugten, gaben niedrigere Ratings für die potentiellen Partner mit der unerwünschten Eigenschaft ab. Diese Studie wirft ein neues Licht auf das „Was schön ist, ist gut“-Stereotyp. Sie zeigt, dass auch das Umgekehrte möglich ist: Was gut ist, ist schön. Die Kenntnis, dass eine attraktive Persönlichkeit so hoch gewichtet wird, dass die Person als attraktiv bewertet wird, unterstützt auch das oben beschriebene konfigurale Kombinationsmodell.

Auf einen bereits erwähnten Aspekt wird nun genauer eingegangen: Den Aspekt der Information. Der Gesamteindruck einer Person und die Eigenschaften, die dieser Person zugeschrieben werden, hängt nämlich nicht nur mit Attraktivität, implizit zugeschriebenen und tatsächlich wahrgenommenen Eigenschaften zusammen, sondern auch von Konzepten, die wir aufgrund von Informationen gespeichert haben. „Ein bestimmtes Licht auf eine Person werfen“, diese gängige Redensart leitet zum nächsten Kapitel über, in dem es um Stereotypisierung von Personen und Personengruppen geht.

4.4 Stereotype

4.4.1 Psychologie der Stereotype

Becker-Carus (2004) bezeichnet Stereotype als Paket vereinfachender schematisierender Vorstellungen über Persönlichkeitseigenschaften und physisches Erscheinungsbild einer ganzen Gruppe oder Klasse von Menschen, Nationen oder

Berufen. Es ist möglich, stereotype Vorstellungen von typischen Amerikanern, Schweden, Italienern oder auch von bestimmten typischen Berufsgruppen (typischer Psychologe, Lehrer, Gastarbeiter, Rechtsanwalt) zu haben. Das, was wir über eine Person wissen, ergänzen wir durch Informationen, durch persönliches Kennenlernen, durch Erzählungen und ordnen diese Person dann uns bekannten Stereotypen zu.

Auch die Tatsache, dass ein Mensch ein bestimmtes Alter hat oder in einer bestimmten Zeit aufgewachsen ist, kann zu der stereotypen Zuweisung von Eigenschaften führen. So zeigt eine Studie von Furnham (2001) beispielsweise, dass erwachsene Personen glauben, ihre Großeltern seien weniger intelligent als sie selbst und ihre Kinder intelligenter als sie selbst.

Im Vergleich zu Einstellungen sind Stereotype im Allgemeinen einfacher, prägnanter und auch gefestigter. Werden die Meinungen über soziale Gruppen, Nationen oder fremde Völker von vielen Menschen geteilt, dann wird dieses homogene Meinungsbild laut Becker-Carus (2004) als kulturelles Stereotyp bezeichnet. Weiters gibt es Begriffe wie Autostereotyp, der die Vorstellungen oder das Bild beschreibt, das eine Gruppe von sich selbst hat, das Heterostereotyp meint das Fremdbild mit den Vorstellungen über die Eigenart der Outgroup. Negative Stereotype sind am stärksten bei Bevölkerungsgruppen anzutreffen, die einen niedrigen sozialen Status haben.

Stereotypen ähnlich sind Vorurteile. Diese haben meist einen negativen Inhalt und beziehen sich auf extreme Einstellungen, in denen Nichtakzeptanz zum Einstellungsobjekt vorhanden ist. Vorurteile werden vor allem Personen, Personengruppen und ethnischen Minderheiten (Ausländern, Behinderten, Kriminellen, Farbigen) entgegengebracht, können aber auch andere soziale Sachverhalte wie Politik, Religion, Schule etc. betreffen. Extrem positive Einstellungen, die ebenfalls die typischen Kennzeichen eines Vorurteils aufweisen, werden nur selten der Kategorie Vorurteil zugeordnet. Das Gemeinsame an Vorurteilen und Stereotypen ist, dass beide sozial geteilte, stabile, konsistente, änderungsresistente, starre, rigide, inflexible Urteile über andere Personen, soziale Gruppen oder soziale Sachverhalte sind. Die Funktionen von Vorurteilen und Stereotypen dienen dem Schutz vor Selbstkritik (Stabilisierung des Selbstwertgefühls), der Aggressionsabfuhr (Sündenbocktheorie), der Aufwertung der Eigengruppe gegenüber einer Fremdgruppe und dem Schutz vor kognitivem Chaos, d.h. Erleichterung der Informationsaufnahme bzw. -verarbeitung (Güttler, 2003).

Die Neigung, Vorurteile zu bilden, wird auch von der Selbstregulationsfähigkeit beeinflusst. Laut einer Studie von Gonsalkorale, Sherman und Klauer (2009) neigen

demnach ältere Menschen mehr zu Vorurteilen als jüngere Menschen, weil die Fähigkeit zur Selbstregulation mit dem Alter abnimmt. Sie können dadurch schwerer automatische Assoziationen unterdrücken. Negative Einstellungen gegenüber Outgroups können laut Pereira, Vala und Leyens (2009) manipuliert werden. In einer Studie zur Einstellung gegenüber Türken zeigten sie, dass eine Verstärkung symbolischer Bedrohung positiv mit der negativen Einstellung gegenüber Türken korreliert und als eine Mediatorvariable für Infra-Humanisierung wirkt. Die Manipulation symbolischer Bedrohung und sozialer Normen kann somit die Einstellung gegen die Outgroup negativ oder positiv beeinflussen.

Dass negative Stereotype und Einstellungen gegenüber Outgroups von weiteren Faktoren bestimmt werden, zeigt eine Studie von Johnson, Ashburn-Nardo, Spicer und Dovidio (2008), in der schwarze Probanden einem Experiment ausgesetzt wurden. Sie hörten eine Geschichte über einen Studenten, der bei einem Autounfall seine Eltern verloren habe und sich nun um seine beiden jüngeren Geschwister kümmern müsse. In der ersten Experimentalgruppe war der Akteur der Geschichte weiß, in der zweiten Experimentalgruppe war er schwarz (das zeigte ein Foto, das der Geschichte beilag). Die Probanden, die die Geschichte gehört hatten, wurden im Anschluss gebeten, auf einer Skala von 0 bis 7 anzukreuzen, wie viele Stunden sie dem hilfsbedürftigen Studenten helfen würden. Bei jedem der schwarzen Probanden war auch erhoben worden, welche Erfahrung er mit der Outgroup (Weißen) gemacht hatte (negativ, neutral, positiv) und ob sie eine hohe oder niedrige Diskriminierungserwartung hatten (erhoben durch Items wie: „Ich glaube, dass Weiße rassistische Gefühle haben.“ Oder „Ich glaube, dass Weiße denken, dass Schwarze schlechtere Gene haben.“).

Probanden, die negative Outgroup-Erfahrungen gemacht hatten und eine hohe Diskriminierungserwartung hatten, zeigten die geringste prosoziale Einstellung gegenüber dem fiktiven hilfebedürftigen Weißen. Am höchsten war die Hilfsbereitschaft für den fiktiven hilfebedürftigen Weißen bei schwarzen Probanden, die eine positive Erfahrung mit der Outgroup gemacht hatten und niedrige Diskriminierungserwartungen aufwiesen. Die Hilfsbereitschaft gegenüber dem schwarzen Hilfebedürftigen war bei den schwarzen Probanden generell höher, am höchsten jedoch bei denen, die negative Erfahrungen mit der Outgroup (den Weißen) gemacht hatten und hohe Diskriminierungserwartungen hatten. Das zeigt, dass negative Erfahrung und eine hohe Diskriminierungserwartung bezüglich der Outgroup das

prosoziale Verhalten in der Ingroup stärkt. Bei neutraler Erfahrung mit der Outgroup stellt die Diskriminationserwartung hinsichtlich der Hilfsbereitschaft gegenüber Weißen eine entscheidende Rolle dar. Die Diskriminationserwartung ist im Zusammenhang mit positiver und negativer Erfahrung mit der Outgroup ein wesentlicher Einflussfaktor für prosoziales Verhalten gegenüber der Outgroup (Johnson et al., 2008).

4.4.2 Ethnische Stereotype

„Rasse“ ist bei weißen Internet-Usern eines der häufigsten Selektionskriterien bei der Partnersuche im Internet, „Rasse“ kommt noch vor Religionszugehörigkeit und Ausbildung. Stereotype in der Gesellschaft formen rassenbezogene Präferenzen. Asiaten, Schwarze und Latinos, die in einer weiß-dominierten Gesellschaft leben, sind viel eher bereit, Weiße bei der Internet-Partnersuche als mögliche Partner einzuschließen, als Weiße es mit ihnen sind. Weiße haben eine privilegierte Position gegenüber Minderheiten (Feliciano, Robnett & Komaie, 2009).

Viele Untersuchungen, insbesondere im Zusammenhang mit der Erforschung der nationalen Stereotype, haben gezeigt, dass die Urteile über die eigenen Gruppenangehörigen positiver sind als die Urteile über fremde Gruppen. Dabei spielt nicht nur der Grad der Entferntheit der Fremdgruppe eine Rolle, sondern auch die wahrgenommene Ähnlichkeit zwischen Eigen- und Fremdgruppe. Je ähnlicher die fremde Gruppe nach Aussehen, Einstellungen und Gewohnheiten der eigenen Gruppe wahrgenommen wird, desto günstiger wird sie in der Regel eingeschätzt. Während Ähnlichkeit in Sitten, Gebräuchen, Werten, grundlegenden Überzeugungen und Kultur die Wertschätzung einer Fremdgruppe begünstigt, führt kulturelle Unähnlichkeit laut anthropologischen Untersuchungen eher zu einer größeren Distanz zwischen den untersuchten Volksstämmen (Güttler, 2003).

Erstmals wurden ethnische Stereotype von Katz und Braly (1933) empirisch untersucht: Eine Stichprobe von hundert Studenten einer amerikanischen Universität sollte aus einer Liste von 84 Eigenschaftsbegriffen (z.B. fleißig, intelligent, wissenschaftlich orientiert, progressiv, traditionsliebend) diejenigen Begriffe auswählen, von denen sie meinten, sie seien typisch für zehn nationale oder ethnische Gruppierungen (Amerikaner, Engländer, „Neger“, Juden, Italiener, Deutsche, Japaner, Chinesen, Iren und Türken). Im Anschluss daran wurden die Versuchspersonen gebeten, die erstellten zehn Eigenschaftslisten

nochmals durchzusehen und die fünf Eigenschaften zu markieren, die für jede soziale Gruppierung am charakteristischsten sind. Auf diese Weise wurden negative Stereotype der Amerikaner – operationalisiert am Kriterium der Übereinstimmung – z.B. gegenüber „Negern“ aufgedeckt: Abergläubisch, faul, unbekümmert, ignorant, musikalisch (Katz & Braly, 1933).

Je größer der tatsächliche Unterschied zweier Gruppen hinsichtlich eines bestimmten Merkmales, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, dass dieses Merkmal im Stereotyp der jeweils anderen Gruppe erscheint (Güttler, 2003).

Obwohl die Ergebnisse von Katz und Braly (1933) schon über ein halbes Jahrhundert zurückliegen, kommt es auch heute noch zu negativer Stereotypisierung von Schwarzen. In der Studie von Wade et al. (2004) wurden Probanden manipulierte Bilder präsentiert, auf denen Gesichter zu sehen waren. Die Gesichter wiesen eine Charakteristik von purem Schwarz über gemischtes Schwarzweiß bis zu purem Weiß auf. Die typischen Charakteristiken der anatomischen und proportionsbezogenen Gesichtsmerkmale von dunkelhäutigen vs. hellhäutigen Menschen war dabei berücksichtigt worden, sodass nicht allein die Hautfarbe, sondern die gesamte äußere Charakteristik der Gesichter von einem afrikanischen in ein kaukasisches Bild überging. Die Bewertung der Gesichter durch die Probanden erfolgte hinsichtlich verschiedener Persönlichkeitseigenschaften, wie Dominanz, Fürsorglichkeit, Attraktivität, Stärke und Charakter. Weiße Gesichter wurden insgesamt als „besser“ in der Persönlichkeit empfunden, während schwarze Gesichter stereotyp charakterisiert wurden, weniger sozial zu sein. Analog zu der Abstufung von ganz weiß bis zu schwarz erhielten auch die ganz schwarzen Gesichter negativere Werte als die mittelschwarzen – je mehr Komponenten von kaukasischen Gesichtern enthalten waren, desto positiver wurden die Bilder bewertet. Da besagte Studie in den USA durchgeführt wurde, hängen die Ergebnisse möglicherweise auch mit den dort vorherrschenden Idealen und mit dem niedrigen sozioökonomischen Status der Afroamerikaner zusammen (Wade et al., 2004).

Negative Stereotype im sozialen und ethnischen Bereich sind hauptsächlich das Resultat mangelhafter Kenntnisse, fehlerhafter Wissensbestände und allgemeiner Ignoranz. Information kann somit zum Abbau negativer Stereotype führen (information approach). Wenn Ähnlichkeiten betont werden, kann man die Akzeptanz einer Fremdgruppe verbessern, hebt man hingegen Unterschiedlichkeiten mit Nachdruck

hervor, kann möglicherweise die Intoleranz ihr gegenüber verstärkt werden (Güttler, 2003).

Nach den eben genannten Theorien müssten nicht nur „Weiße“ negative Stereotypen von „Schwarzen“ haben, sondern auch umgekehrt, da zwischen diesen Gruppen sehr große kulturelle Differenzen vorhanden sind. Information jedoch müsste diese negativen Stereotype abmildern.

Böckelmann (1998) führte qualitative Interviews mit Menschen aller ethnischen Zugehörigkeiten durch. Er erhob die Einstellung der jeweiligen ethnischen Gruppe zu anderen ethnischen Gruppen. In Bezug auf diese Arbeit ist besonders die Meinung der Schwarzafrikaner über die „Weißen“ relevant. Trotz einer Vergangenheit, in der Weiße als Sklavenjäger auftraten, gibt es ein idealisiertes Stereotyp für „Weiße“ bei den von Böckelmann interviewten Schwarzafrikanern.

„Mein erster Eindruck von den Weißen war, daß sie wie Engel sind. Im Ibo-Land lieben wir die Weißen. Wir respektieren sie und vertrauen ihnen. Man erzählt sich, daß die Weißen immer die Wahrheit sagen.“ (Böckelmann, 1998, S. 344).

„Mit acht Jahren habe ich den ersten Weißen gesehen, einen englischen Matrosen. Für uns Kinder war er wie ein Gott ... Im Yoruba-Land glaubt man, daß alle Weißen reich sind ... Zwischen Engländern, Franzosen und Deutschen machen wir keine Unterschiede. Wer einen Weißen als Freund hat, steht turmhoch über den anderen.“ (Böckelmann, 1998, S. 344).

Eigenschaften, die von allen Gesprächspartnern wiedergegeben wurden, waren: reich, mächtig, glücklich, wohlhabend, angesehen, erfolgreich. Aber nicht nur in Bezug auf Eigenschaften und Lebensart, sondern auch in Bezug auf Äußerlichkeiten werden Weiße idealisiert. Die Afrikaner bezeichneten die Weißen in den Interviews als ausgemacht schöne Menschen. In den Städten schätze man besonders weiße Mädchen mit Stupsnasen und kleinen Mündern, langen Beinen und langen Fingernägeln. Man mache sich gegenseitig auf sie aufmerksam und bestaune sie geradezu. Auf einzelne Körpermerkmale komme es bei den Weißen jedoch gar nicht an. Schön sei die unbestimmbare Aura der Weißen. Der Afrikaner lege beim Anblick von Weißen keine ästhetischen Maßstäbe an. Bei innerafrikanischen Vergleichen wählte der Schönheitssinn der Westafrikaner in erster Linie nach dem Kriterium der Hautfarbe und bevorzuge meist die relativ hellhäutigen. Die arabischen Weißafrikaner und die „gelben“ hamitischen Äthiopier wurden von allen Befragten als attraktiv eingeschätzt.

Böckelmann (1998) betont jedoch, dass seine Interviewpartner zwar weiß als schön bezeichneten, dass sie aber nicht gleichzeitig schwarz als „unschön“ betrachteten.

Die Interviews, die mit Schwarzen geführt wurden, die in Deutschland lebten, führten zu negativen Bildern über Weiße. Auf die Frage, was sie dem kleinen Bruder in Afrika über die Deutschen berichten würden, sagte einer, dass die Deutschen traurige Herzen hätten, man könne auf der Straße verrecken und würde nicht beachtet. In Deutschland gäbe es eine „Vereinzlung“, jeder sei für sich, in der U-Bahn und selbst in der Familie. Anhand der eben beschriebenen Beispiele soll verdeutlicht werden, dass durch negative Erfahrungen ein Stereotyp, das erst positiv war, negativ werden kann.

Genauso werden auch die negativen Stereotype von Menschen, die schon in Afrika waren oder dort gelebt haben, revidiert. Die Malawier werden z.B. von Reisenden als warmherzig, friedliebend, freundlich, vergebend und fröhlich beschrieben (Johnston & Ferrar, 2006).

5 Zuschreibung von Eigenschaften bei Dysgnathiepatienten

Bereits in den dreißiger Jahren wurden Versuchen unternommen, bestimmte Eigenschaften in Zusammenhang mit Kieferfehlstellung zu bringen. Mayr (1935) untersuchte den Zusammenhang der Kretschmerschen Konstitutionstypen mit dem Vorkommen von Prognathie. Die Kretschmerschen Konstitutionstypen unterscheiden sich hinsichtlich ihres Körperbaus und hinsichtlich ihres Charakters. Es werden drei Typen unterschieden: athletisch, asthenisch-leptosom und pyknisch. Athletische Typen haben einen kräftigen Körperbau, einen breiten Brustkorb und breite Schultern. Asthenisch-leptosome Typen sind schmalbrüstig, mager und zart. Pyknische Typen sind gedrungen, neigen zu Fettansatz, haben einen kurzen Hals und ein breites Gesicht. Mayr (1935) erhob weiters die Haarfarbe und die Augenfarbe der Probanden, um festzustellen, ob diese einen Zusammenhang mit der Kieferfehlstellung aufwiesen. Von 100 teilnehmenden Probanden mit prognathen Kieferstellung fand er, dass 84 dem asthenisch-leptosomen Körpertyp angehörten, sechs dem pyknischen Typ und zehn dem athletischen Typ. Er schließt daraus, dass asthenisch-leptosome Typen eher zur Prognathie neigen als athletische oder pyknische. Kretschmer (1921, zitiert nach Meyer, 1935) beschreibt bei verschiedenen Konstitutionstypen allerdings nicht nur die allgemeine Körperform und -beschaffenheit, sondern auch explizit die typenspezifische Schädelform und Gesichtsform sowie eine typenspezifische Charakteristik. Für den leptosomen Typus gilt demnach ein kleiner Schädelumfang und ein Missverhältnis zwischen gesteigerter Nasenlänge und Unterkieferhypoplasie. Die Eigenschaften des leptosomen Typs werden als introvertiert, hochsensibel und wenig ausdrucksfreudig beschrieben.

Inzwischen weiß man jedoch, dass nicht grundsätzlich davon ausgegangen werden kann, dass bestimmte Körpertypen – wie ein zu Prognathie neigender Leptosom – genetisch bedingt einen bestimmten Charakter haben. Ihnen werden jedoch bestimmte Eigenschaften zugeschrieben – früher genauso wie heute. In aktuellen Studien wird ein Zusammenhang von Dysgnathie und der Zuschreibung von Eigenschaften nachgewiesen. Die Ergebnisse einer Studie von Benes (2007) zeigen, dass Patienten mit Prognathie und Progenie als signifikant weniger schön, weniger sympathisch, weniger attraktiv, weniger intelligent und weniger selbstsicher bewertet werden als Patienten ohne Prognathie bzw. Progenie. Prognathiepatienten werden als signifikant

nachgiebiger, sanfter und weniger selbstsicher bewertet als Progeniepatienten. Nach der Operation wurden sowohl Progenie- als auch Prognathiepatienten signifikant positiver und ästhetischer eingestuft als vor der Operation.

Blantar (2004) beschäftigte sich in ihrer Studie mit Effekten kieferchirurgischer Eingriffe auf interpersonelle Wahrnehmung, wobei sie auch den Symmetrieaspekt und den Durchschnittsaspekt mit einbezog. Die Gesichtssymmetrie wurde durch die Kieferoperationen nicht signifikant geändert, doch die Bewertung von Schönheitsattributen konnte durch einen kieferchirurgischen Eingriff verbessert werden. Am Kiefer operierte menschliche Gesichter mit Dysgnathie gewinnen postoperativ demnach an Attraktivität. Mit dem optischen Näherkommen an den Prototyp eines Gesichts wirken sie auch signifikant sexier und sympathischer auf den Betrachter.

Zur Zuschreibung von Eigenschaften durch Schwarzafrikaner gibt es hinsichtlich der Eigenschaft Attraktivität mehrere Studien. Im Zuge einer südafrikanischen Studie sollten Schwarzafrikaner aus Gesichtern mit unterschiedlicher Kieferstellung die fünf attraktivsten vs. die fünf unattraktivsten beurteilen. Das Ergebnis zeigt, dass die Schwarzafrikaner unabhängig vom Geschlecht ein bimaxilläres protrusives Profil mit Lippenkompetenz und normalem Biss bevorzugen. Weiße Orthopäden bevorzugen bei der Kieferoperation ein „flacheres“ Profil als die schwarzen Patientinnen. Weiters wurde anhand der 15 schwarzen Patientinnen gezeigt, dass diese ein volleres Profil bevorzugen als die schwarzen Orthopäden (McKoy et al., 2006).

Weitere Studien zur Einstellung von Schwarzafrikanern hinsichtlich Kieferpräferenzen bei Dysgnathiebehandlungen wurden bereits im Kapitel 1.7.3 behandelt.

Empirischer Teil

6 Zielsetzung

Das Ziel war es, eine Studie in Schwarzafrika zu replizieren, die in ähnlicher Form bereits in Österreich durchgeführt worden war (Benes, 2007).

Die Studie von Benes (2007) befasst sich mit der Frage nach der Lebensqualität und Ästhetik sowie der Zuschreibung von Persönlichkeitseigenschaften bei Dysgnathiepatienten vor und nach einem kieferorthopädischen Eingriff. Betreffend Ästhetik wurden in Benes' Studie die Ausprägungen von vier Eigenschaftspaaren erhoben, die das Aussehen auf den Dimensionen „schön-unschön“, „sympathisch-unsympathisch“, „attraktiv-unattraktiv“ und „intelligent-unintelligent“ beschreiben. Betreffend Persönlichkeit wurde die Ausprägung von folgenden Persönlichkeitsdimensionen erhoben: „aggressiv-gutmütig“, „gehemmt-selbstsicher“, „brutal-sanft“ und „dominant-nachgiebig“. In der Studie von Benes zeigte sich, dass sowohl die Zeit (prä- vs. postoperativ) wie auch die Gruppe (Progenie vs. Prognathie) einen Einfluss auf die Bewertung der Gesichtsprofile hinsichtlich der verschiedenen Dimensionen hat.

Wie in der Studie von Benes war das Ziel der Durchführung der Studie in Malawi, die persönliche Einschätzung der Bevölkerung bezüglich der genannten Dimensionen prä- und postoperativ zu erheben, was insofern interessant war, als sich die schwarzafrikanische Bevölkerung im Gesichtsprofil von der der kaukasischen Bevölkerung unterscheidet.

Die geplante Durchführung in Afrika, erforderte es, das Dysgnathie-Bildbewertungs-Testverfahren den malawischen Lebensverhältnissen anzupassen. So musste das Testverfahren zum einen in die Landessprache Chichewa übersetzt werden und zum anderen die von Benes verwendeten Computer-Testversion zu einem Paper-Pencil-Testverfahren adaptiert werden, da die wenigsten Dörfer in Malawi über eine Stromversorgung verfügen sowie dem Großteil der malawischen Bevölkerung der Umgang mit Computern weder bekannt noch vertraut ist.

Die sprachliche Herausforderung lag darin, dass es für einige deutsche Begriffe kein Äquivalent auf Chichewa gibt. Somit wurde nach Empfehlung des übersetzenden Malawiers für einige Begriffe ein Wort in Chichewa verwendet, das dem deutschen

Begriff möglichst nahe kommt. So wurde zum Beispiel für die Eigenschaft „dominant“ ein malawischer Begriff verwendet, der auf Deutsch bedeutet „sich-durchsetzen-wollen“ („kupondeleza ena“), und für den österreichischen Begriff „nachgiebig“ das malawische Wort „wofatsa“, was dem deutschen Begriff „ruhig“ nahekommt.

Die Paper-Pencil-Version bestand aus laminierten Seiten, die mit einem löschraren Folien-Stift bearbeitet und nach vollständiger Bearbeitung abfotografiert und wiederverwendet werden konnten. Somit war eine ökonomische Durchführung gewährleistet.

Der malawischen Version wurde als neunte Dimension eine Charaktereinschätzung (guter Charakter – schlechter Charakter) hinzugefügt. Diese Dimension wurde jedoch von einem Großteil der Malawier missverstanden, wodurch eine Auswertung dieser Dimension nicht sinnvoll war. Eine beispielhafte Aussage der Malawier bezüglich der neunten Dimension war: „Ich kann doch nicht sagen, wie der Charakter von einem Menschen ist. Ich kenne ihn doch gar nicht.“ Es war generell mehrmals notwendig, die Malawier darauf hinzuweisen, dass es um eine persönliche *Meinung* ging, also um eine Einschätzung, bei der es kein richtig oder falsch gibt.

7 Methodik

7.1 Untersuchungsinstrument

Das in der Studie eingesetzte Instrument war das Dysgnathie-Bildbewertungs-Testverfahren der Universität Wien. Dieses Testverfahren umfasst 40 Seiten, die je eine Fotografie eines Gesichtsprofils enthalten. Von den 40 Profilbildern stellen acht Progeniepatientinnen dar, jeweils vor und nach der Operation. Acht Bilder stellen Prognathiepatientinnen dar, jeweils vor und nach der Operation. Weitere acht Kontrollbilder stellen Gesichtsprofile dar, die weder Progenie- noch Prognathiecharakteristik aufweisen. Auf jeder Seite waren unter dem jeweiligen Bild neun Eigenschaftspaare angeführt, die auf einer siebenstufigen Skala zu bewerten waren. Diese waren in die Landessprache Chichewa übersetzt und sind im Folgenden angeführt (deutsche Bedeutung in Klammer).

- osakongola vs. okongola (unschön – schön)
- osakonedwa vs. okonedwa (unsympathisch – sympathisch)
- osatsangalatsa vs. osangalatsa (unattraktiv – attraktiv)
- opanda nzeru vs. wanzeru (unintelligent – intelligent)
- kukhumudwa vs. osangala (aggressiv – gutmütig)
- osalabatira vs. olabatira (unselbstbewusst – selbstbewusst)
- mbuli vs. ophunzira (brutal – nicht brutal)
- kupondeleza ena vs. wofatsa (dominant – ruhig)
- kalidwe loyipa vs. kalidwe labwino (schlechter Charakter – guter Charakter)

Im Deckblatt wurden folgende soziodemographische Daten erhoben: Name, Geschlecht, Alter, Wohnort, Ausbildung, Arbeit.

Es gab fünf Versionen des Testverfahrens, die sich nur durch die Bildreihenfolge unterschieden. Der Zweck der variierenden Reihenfolge war, Reihenfolgeeffekte vorzubeugen, die dann entstehen, wenn beispielsweise das erste Bild als Ankerbeispiel wahrgenommen wird und die Beurteilung der Folgebilder beeinflusst (Primacy-Effekt).

Beispielbilder aus dem Bildbewertungs-Testverfahren:

Prognathie vor und nach dem kieferorthopädischen Eingriff (siehe Abb. 11, oben)

Progenie vor und nach dem kieferorthopädischen Eingriff (siehe Abb. 11, unten)



Abbildung 11. Beispiele für Prognathie (links oben), Progenie (links unten) und die Ergebnisse der operativen Korrektur (rechts oben, rechts unten).

7.2 Untersuchungsdurchführung

7.2.1 Malawi – Das Land, aus dem die Stichprobe stammt

Laut UNICEF (2009) ist Malawi eines der unterentwickeltesten Länder der Welt. Mangelernährung begünstigt Seuchen und Krankheiten, vor allem Cholera, Malaria und HIV sind ein großes Problem für das Land. Im Jahr 2006 betrug die durchschnittliche Lebenserwartung der Malawier 47 Jahre. Die Sterblichkeitsrate für Kinder unter fünf

Jahren lag im Jahr 2006 bei 120 (von 1000). Nur 64% der über 15-jährigen Malawier beherrschten im Jahr 2005 die Fähigkeit zu lesen und zu schreiben (UNICEF, 2009).

7.2.2. Durchführung

Die Durchführung fand je nach Bildungsgrad der Probanden in Chichewa oder Englisch statt. Ein Übersetzer, der Anweisungen und Fragen von Englisch in Chichewa übersetzte, war immer vorhanden. Analphabeten wurde das Testheft vorgelesen. Die Durchführung fand stets unter Aufsicht statt, da es wichtig war, dass die Probanden nicht im Testheft blätterten und Bilder verglichen. Unmittelbar der Fertigstellung wurde nachkontrolliert, damit übersprungene Seiten oder Zeilen nachgeholt werden konnten. Die Durchführung geschah in den Dörfern meistens unter freiem Himmel auf dem Boden sitzend, wie es der malawischen Kultur entspricht. Die Durchführung fand im Gruppensetting von zwei bis maximal fünf Personen statt. Einzeldurchführungen fanden nur bei Analphabeten statt. Mindestdauer für das Ausfüllen des Bildbewertungsbogens waren 55 Minuten, die längste Dauer betrug fast drei Stunden.

7.3 Statistische Grundlagen der Auswertung

Als statistisches Verfahren wurde das „General Linear Model (GLM) for Repeated Measures“ angewandt. Die Voraussetzung der Normalverteilung konnte aufgrund der Stichprobengröße angenommen werden. Die Voraussetzung der Homogenität der Varianzen wurde mittels Levene´s-Test überprüft. War die Homogenität der Varianzen nicht gegeben, wurde auf ein entsprechendes parameterfreies Verfahren, die Kruskal-Wallis-Rangvarianzanalyse, zurückgegriffen. Weiters wurde die Voraussetzung der Spherizität berücksichtigt. Zur Lokalisierung der Unterschiede wurde bei einem gegebenen signifikanten Unterschied das Bonferroni-post-hoc-Verfahren angewendet. Bei einem signifikanten Kruskal-Wallis-Test erfolgte ein multipler Vergleich mittels Mann-Whitney-Test mit berücksichtigter Alphafehler-Korrektur aufgrund der zu erwartenden Kumulierungsproblematik. Für alle statistischen Verfahren wurde ein Signifikanzniveau von 1% festgelegt.

8 Fragestellungen und Hypothesen

8.1 Geschlechtsspezifische Bewertung

Von Interesse ist, ob es geschlechtsspezifische Unterschiede in der Bewertung der drei Gruppen (Prognathie, Progenie, Kontrollgruppe) gibt.

H 1.0: Es gibt keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Bewertung der Charakteristika der drei Gruppen.

H 1.1: Es gibt geschlechtsspezifische Unterschiede in der Bewertung der Charakteristika der drei Gruppen.

8.2 Bildungsspezifische Bewertung

Die interessierende Frage ist, ob sich die Bewertung der niedrig gebildeten Malawiern von der Bewertung der hoch gebildeten Malawiern unterscheidet.

H 2.0: Es gibt keine bildungsspezifischen Unterschiede in der Bewertung der Charakteristika der drei Gruppen.

H 2.1: Es gibt bildungsspezifische Unterschiede in der Bewertung der Charakteristika der drei Gruppen.

8.3 Altersspezifische Bewertung

Es soll überprüft werden, ob es bei der Bewertung altersspezifische Unterschiede gibt.

H 3.0: Es gibt keine altersspezifischen Unterschiede in der Bewertung der Charakteristika der drei Gruppen.

H 3.1: Es gibt altersspezifische Unterschiede in der Bewertung der Charakteristika der drei Gruppen.

8.4 Eingriffsspezifische Bewertung

Es soll überprüft werden, ob es Bewertungsunterschiede der beiden Patientengruppen gibt, ob es Unterschiede in der präoperativen vs. postoperativen Patientengruppe gibt und ob eine Wechselwirkung zwischen Zeit und Gruppe vorhanden ist.

H 4.1.0: Es gibt keine signifikanten Bewertungsunterschiede der beiden Patientengruppen durch die Malawier.

H 4.1.1: Es gibt signifikante Bewertungsunterschiede der beiden Patientengruppen durch die Malawier.

H 4.2.0: Es gibt keine Bewertungsunterschiede durch die Malawier in Hinblick auf die Zeit (prä- vs. postoperativ).

H 4.2.1: Es gibt signifikante Bewertungsunterschiede durch die Malawier im Hinblick auf die Zeit (prä- vs. postoperativ).

H 4.3.0: Es gibt keine Wechselwirkung zwischen den beiden Patientengruppen und Testzeitpunkten.

H 4.3.1: Es gibt signifikante Wechselwirkungen zwischen den beiden Patientengruppen und den beiden Testungszeitpunkten.

8.5 Vorliegen eines Primacy-Effekts

Es soll überprüft werden, ob die ersten fünf Bilder eine Auswirkung auf die Bewertung der folgenden Bilder haben.

H 5.0: Die ersten fünf Bilder des Fragebogens haben keinen Einfluss darauf, wie die Folgebilder bewertet werden.

H 5.1: Die ersten fünf Bilder des Fragebogens haben einen Einfluss darauf, wie die Folgebilder bewertet werden.

9 Ergebnisse

9.1 Stichprobenbeschreibung

An der Studie nahmen 129 Probanden teil, von denen jedoch nur 109 Datensätze in die Studie einfließen konnten. Alle Probanden waren gebürtige Malawier, von denen die meisten aus dem Distrikt Chiradzulu (im Süden Malawis) stammten. Einschlusskriterium war ein Alter von mindestens 16 Jahren. Ausschlusskriterium war mangelndes Verständnis der siebenstufigen Skala nach mehrmaliger Instruktion, vorzeitige Beendigung der Testung oder das Auslassen wesentlich vieler Seiten im Testheft.

Von den 109 Probanden waren 52 (47,7%) weiblich und 57 (52,3%) männlich. Es waren Malawier in allen Bildungsstufen vorhanden. 30 (27,5%) wiesen einen geringen Bildungsgrad auf (Analphabeten und Primary School), 32 (29,4%) wiesen einen mittleren Bildungsgrad auf (Secondary School) und 47 (43,1%) wiesen einen hohen Bildungsgrad (College) auf (siehe Abb. 12). Die teilnehmenden männlichen Probanden hatten insgesamt einen höheren Bildungsgrad als die weiblichen Probanden ($X^2(2) = 230,95, p < 0,001$).

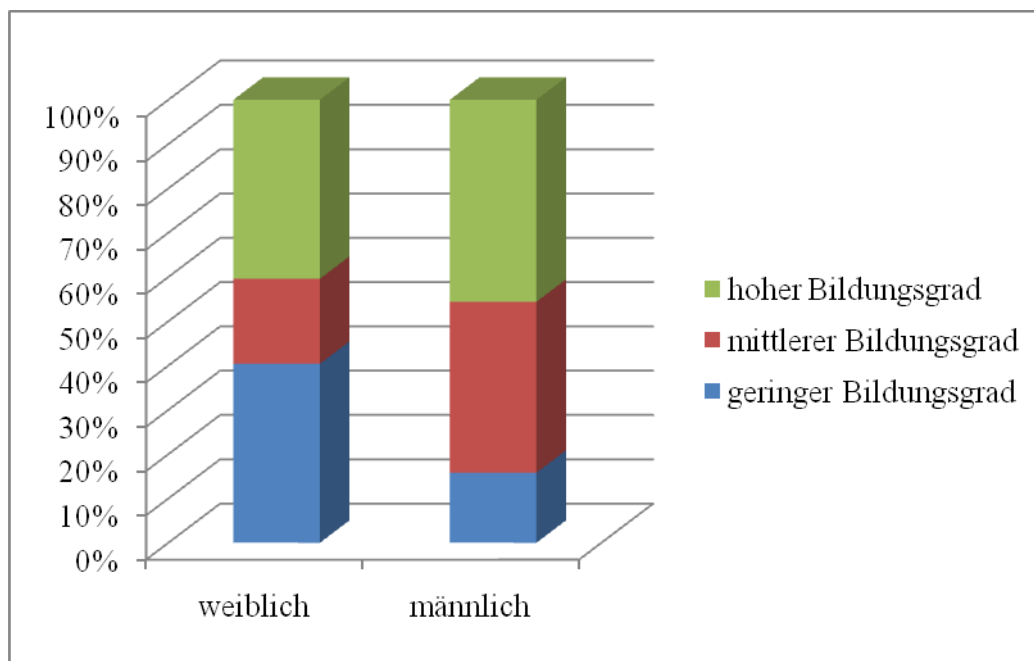


Abbildung 12. Bildungsgrad der männlichen und weiblichen Probanden

Informationen über Herkunft und Arbeit der Probanden wurden nicht weiter berücksichtigt, da diese nicht sehr aussagekräftig waren (jeder Ort, der mit Elektrizität versorgt wird, wird als in Malawi als „Stadt“ bezeichnet, somit verschwimmt die Grenze zwischen Stadt und Land, eine Berufsdifferenzierung ist nur schwer möglich, da sich fast jeder ländlicher Malawier als „Farmer“ bezeichnet, auch wenn er Fahrradtaxifahrer, Marktverkäufer, Schuhwäscher oder Lastenträger ist).

Das Alter der Probanden betrug zwischen 16 und 56 Jahren. Probanden, die ihr Alter nicht wussten, schätzten ihr Alter. Mit einem Mediansplit wurden die Probanden in zwei Gruppen geteilt: über 24 Jahre vs. unter 24 Jahre.

Die Zuordnung zu den Fragebogenversionen erfolgte zufällig.

9.2 Geschlechtsspezifische Bewertung

Es zeigten sich signifikante geschlechtsspezifische Bewertungsunterschiede durch die Malawier. Wie aus Tabelle 1 ersichtlich, bewerteten Männer die Progeniepatienten gutmütiger als die Frauen. Gleichzeitig nahmen die Männer diese Patienten auch als unselbstbewusster wahr. In „korrigiertem“ Zustand, d.h nach der Operation, wurden diese Gesichter von den Frauen ähnlich wahrgenommen wie von den Männern, es zeigte sich kein signifikanter geschlechtsspezifischer Bewertungsunterschied mehr.

Die Kontrollgesichter wurden von den Frauen als schöner und intelligenter beurteilt als von den Männern, die diese als weniger schön und weniger intelligent wahrnahmen als die Frauen. Für die in den Tabellen 1 bis 3 dargestellten Eigenschaftspaare gelten folgende Abkürzungen:

Eig 1 → unschön – schön

Eig 2 → unsympathisch – sympathisch

Eig 3 → unattraktiv – attraktiv

Eig 4 → unintelligent – intelligent

Eig 5 → aggressiv – gutmütig

Eig 6 → unselbstbewusst – selbstbewusst

Eig 7 → brutal – nicht brutal

Eig 8 → dominant – ruhig

9.3 Bildungsspezifische Bewertung

Es zeigten sich bildungsspezifische Bewertungsunterschiede.

Wie in Tabelle 2 dargestellt, beurteilen Malawier je nach ihrem Bildungsgrad die Gesichter bezüglich der Dimension unselbstbewusst vs. selbstbewusst unterschiedlich: Malawier mit niedriger Bildung (Analphabeten, Primary School) beurteilten die Gesichter generell als selbstbewusster als Malawier mit hoher Bildung (College).

Es zeigten sich weiters hochsignifikante bildungsspezifische Bewertungsunterschiede bei den Prognathiepatienten bezüglich der Dimensionen unsympathisch vs. sympathisch, unschön vs. schön und brutal vs. nicht brutal: Von niedriggebildeten Malawiern wurden Prognathiepatienten sowohl als sympathischer, schöner und als weniger brutal eingestuft als von hochgebildeten Malawiern. Auch die „korrigierten“ Prognathiegesichter wurden von niedrig gebildeten Malawiern weniger brutal eingestuft als von hochgebildeten Malawiern.

Malawier mit hoher Bildung bewerteten alle Gesichter der Progeniepatienten, sowohl unkorrigiert als auch korrigiert, als gutmütiger und letztere auch als attraktiver als niedrig gebildete Malawier.

9.4 Altersspezifische Bewertung

Wie Tabelle 3 zeigt, gibt es signifikante altersspezifische Bewertungsunterschiede durch die Malawier bei der Kontrollgruppe hinsichtlich der Dimensionen unschön vs. schön, unsympathisch vs. sympathisch, unintelligent vs. intelligent, brutal vs. nicht brutal und dominant vs. ruhig: Ältere Malawier bewerteten die Kontrollgesichter als schöner, sympathischer, intelligenter, weniger brutal und weniger dominant als jüngere Malawier.

Auch die Gesichter der Prognathiepatienten wurden von älteren Malawiern anders beurteilt als von jüngeren Malawiern. Nämlich schöner, sympathischer, attraktiver und weniger brutal. Die korrigierten Gesichter der Prognathiepatienten wurden von älteren Malawiern als schöner, intelligenter, weniger brutal und, weniger dominant empfunden. Die älteren Malawier beurteilten die Progeniepatienten nur hinsichtlich einer Dimension anders als die jüngeren Malawier: Ältere Malawier beurteilten Progeniepatienten als weniger brutal als jüngere Malawier.

		Männer			Frauen			p	
		MW	SD	n	MW	SD	n		
Progenie- bilder	vorher	Eig 1	4,97	1,94	456	5,17	2,00	416	0,130
		Eig 2	4,84	2,14	456	4,79	2,32	416	0,734
		Eig 3	4,76	2,00	456	4,81	2,17	416	0,692
		Eig 4	5,09	1,67	456	5,27	1,83	416	0,142
		Eig 5	4,76	1,85	456	4,30	2,25	416	0,001*
		Eig 6	4,13	1,89	456	4,59	2,07	416	0,001*
		Eig 7	5,20	1,62	456	5,25	1,88	416	0,688
		Eig 8	4,88	1,82	456	5,08	1,92	416	0,115
	nachher	Eig 1	5,49	1,68	456	5,44	1,85	416	0,653
		Eig 2	5,09	2,15	456	5,21	2,23	416	0,413
		Eig 3	5,08	1,87	456	5,25	1,97	416	0,178
		Eig 4	5,38	1,55	456	5,38	1,82	416	0,979
		Eig 5	4,77	1,91	456	4,68	2,15	416	0,506
		Eig 6	4,17	1,91	456	4,49	2,07	416	0,019
		Eig 7	5,24	1,10	456	5,49	1,70	416	0,026
		Eig 8	5,29	1,69	456	5,41	1,79	416	0,311
Prognathie- bilder	vorher	Eig 1	4,36	1,98	456	4,68	2,06	416	0,021
		Eig 2	4,15	2,21	456	4,25	2,37	416	0,528
		Eig 3	4,27	2,08	456	4,49	2,15	416	0,116
		Eig 4	4,91	1,66	456	4,99	1,89	416	0,519
		Eig 5	4,06	2,05	456	3,78	2,16	416	0,046
		Eig 6	4,12	1,96	456	4,46	2,12	416	0,014
		Eig 7	4,93	1,71	456	5,04	1,93	416	0,352
		Eig 8	4,73	1,85	456	4,80	2,00	416	0,596
	nachher	Eig 1	4,96	1,79	456	5,03	2,01	416	0,586
		Eig 2	4,91	3,17	456	4,81	2,30	416	0,599
		Eig 3	4,71	1,95	456	4,98	2,09	416	0,048
		Eig 4	4,97	1,64	456	5,22	1,80	416	0,029
		Eig 5	4,49	1,89	456	4,48	2,12	416	0,947
		Eig 6	4,06	1,97	456	4,38	1,99	416	0,017
		Eig 7	5,12	1,59	456	5,31	1,77	416	0,102
		Eig 8	4,94	1,69	456	5,24	1,82	416	0,011
Kontroll- bilder	Eig 1	5,04	1,84	456	5,37	1,77	416	0,008*	
	Eig 2	4,95	2,06	456	4,90	2,26	416	0,766	
	Eig 3	4,81	1,91	456	4,97	2,03	416	0,246	
	Eig 4	5,03	1,67	456	5,36	1,80	416	0,006*	
	Eig 5	4,53	1,89	456	4,46	2,15	416	0,607	
	Eig 6	4,14	1,01	456	4,23	2,06	416	0,521	
	Eig 7	5,23	1,67	456	5,41	1,74	416	0,125	
	Eig 8	4,95	1,75	456	5,22	1,90	416	0,027	

Tabelle 1. Geschlechtsspezifische Mittelwertsunterschiede, *sig auf dem 1%-Niveau

		Niedriger Bildungsgrad			Hoher Bildungsgrad			p	
		MW	SD	n	MW	SD	n		
Progenie- bilder	vorher	Eig 1	5,03	2,12	239	5,19	1,81	376	0,328
		Eig 2	4,86	2,40	239	4,72	2,19	376	0,459
		Eig 3	4,59	2,27	239	4,98	2,02	376	0,033
		Eig 4	5,23	1,90	239	5,28	1,61	376	0,701
		Eig 5	4,37	2,14	239	4,82	1,97	376	0,008*
		Eig 6	4,90	2,06	239	4,09	1,89	376	< 0,001*
		Eig 7	5,42	1,91	239	5,30	1,52	376	0,406
		Eig 8	4,82	2,01	239	5,14	1,71	376	0,042
	nachher	Eig 1	5,30	1,90	239	5,67	1,58	376	0,012
		Eig 2	5,05	2,38	239	5,25	2,02	376	0,288
		Eig 3	4,88	2,13	239	5,35	1,87	376	0,005*
		Eig 4	5,26	1,96	239	5,56	1,46	376	0,041
		Eig 5	4,54	2,01	239	5,02	1,92	376	0,003*
		Eig 6	4,77	2,06	239	3,88	1,89	376	< 0,001*
		Eig 7	5,53	1,80	239	5,38	1,44	376	0,266
		Eig 8	5,42	1,58	239	5,67	1,58	376	0,279
Prognathie- bilder	vorher	Eig 1	4,84	2,04	239	4,25	1,98	376	< 0,001*
		Eig 2	4,72	2,39	239	3,74	2,18	376	< 0,001*
		Eig 3	4,44	2,26	239	4,04	2,11	376	0,028
		Eig 4	5,02	2,04	239	4,89	1,63	376	0,431
		Eig 5	4,15	2,20	239	3,80	2,08	376	0,050
		Eig 6	4,74	2,23	239	4,06	1,97	376	< 0,001*
		Eig 7	5,25	2,01	239	4,85	1,68	376	0,009*
		Eig 8	4,90	2,00	239	4,80	1,90	376	0,027
	nachher	Eig 1	5,10	2,00	239	4,91	1,80	376	0,214
		Eig 2	4,98	2,34	239	4,79	3,36	376	0,435
		Eig 3	4,85	2,18	239	4,66	2,03	376	0,271
		Eig 4	5,16	1,93	239	5,09	1,56	376	0,603
		Eig 5	4,61	2,05	239	4,39	1,98	376	0,179
		Eig 6	4,76	2,07	239	3,91	1,88	376	< 0,001*
		Eig 7	5,54	1,69	239	5,14	1,52	376	0,004*
		Eig 8	5,22	1,85	239	5,02	1,61	376	0,163
Kontroll- bilder	Eig 1	5,15	1,88	239	5,28	1,71	376	0,401	
	Eig 2	5,02	2,30	239	4,82	2,05	376	0,280	
	Eig 3	4,83	1,13	239	4,86	1,91	376	0,857	
	Eig 4	5,23	1,92	239	5,21	1,60	376	0,871	
	Eig 5	4,34	2,19	239	4,52	1,94	376	0,286	
	Eig 6	4,61	2,03	239	3,76	1,83	376	< 0,001*	
	Eig 7	5,45	1,91	239	5,32	1,47	376	0,380	
	Eig 8	5,12	1,85	239	5,12	1,75	376	0,991	

Tabelle 2. Bildungsspezifische Mittelwertsunterschiede, *sig auf dem 1%-Niveau

		Jüngere Malawier			Ältere Malawier			p	
		MW	SD	n	MW	SD	n		
Progenie- bilder	vorher	Eig 1	5,00	1,96	432	5,13	1,96	439	0,296
		Eig 2	4,77	2,20	432	4,86	2,25	439	0,518
		Eig 3	4,91	2,02	432	4,67	2,13	439	0,087
		Eig 4	5,07	1,78	432	5,28	1,72	439	0,070
		Eig 5	4,61	2,02	432	4,47	2,10	439	0,306
		Eig 6	4,21	2,86	432	4,48	2,11	439	0,050
		Eig 7	4,99	1,73	432	5,45	1,72	439	< 0,001*
		Eig 8	4,96	1,76	432	5,00	1,97	439	0,769
	nachher	Eig 1	5,50	1,69	432	5,43	1,82	439	0,594
		Eig 2	5,00	2,20	432	5,29	2,16	439	0,055
		Eig 3	5,08	1,92	432	5,24	1,92	439	0,240
		Eig 4	5,32	1,65	432	5,44	1,72	439	0,306
		Eig 5	4,78	1,96	432	4,67	2,10	439	0,455
		Eig 6	4,34	1,82	432	4,34	2,16	439	0,805
		Eig 7	5,22	1,61	432	4,30		439	0,018
		Eig 8	5,27	1,66	432	5,43	1,81	439	0,165
Prognathie- bilder	vorher	Eig 1	4,23	2,00	432	4,80	2,02	439	< 0,001*
		Eig 2	3,97	2,22	432	4,41	2,34	439	0,005*
		Eig 3	4,18	2,05	432	4,57	2,15	439	0,006*
		Eig 4	4,81	1,65	432	5,08	1,87	439	0,026
		Eig 5	3,82	2,03	432	4,03	2,18	439	0,150
		Eig 6	4,15	1,96	432	4,40	2,12	439	0,071
		Eig 7	4,73	1,71	432	5,22	1,89	439	< 0,001*
		Eig 8	4,68	1,84	239	4,84	2,00	439	0,207
	nachher	Eig 1	4,82	1,89	432	5,15	1,89	439	0,009*
		Eig 2	4,79	3,26	432	4,93	2,23	439	0,457
		Eig 3	4,86	1,91	432	4,83	2,13	439	0,807
		Eig 4	4,83	1,71	432	5,34	1,70	439	< 0,001*
		Eig 5	4,33	1,90	432	4,65	2,08	439	0,019
		Eig 6	4,12	1,86	432	4,30	2,10	439	0,176
		Eig 7	4,91	1,63	432	5,50	1,68	439	< 0,001*
		Eig 8	4,89	1,66	432	5,27	1,82	439	0,001*
Kontroll- bilder	Eig 1	5,00	1,90	432	5,38	1,70	439	0,002*	
	Eig 2	4,70	2,16	432	5,15	2,14	439	0,002*	
	Eig 3	4,83	1,95	432	4,94	1,99	439	0,402	
	Eig 4	4,95	1,71	432	5,42	1,74	439	< 0,001*	
	Eig 5	4,48	1,95	432	4,51	2,09	439	0,846	
	Eig 6	4,02	1,89	432	4,35	2,06	439	0,012	
	Eig 7	5,11	1,61	432	5,52	1,77	439	< 0,001*	
	Eig 8	4,87	1,83	432	5,28	1,81	439	0,001*	

Tabelle 3. Altersspezifische Mittelwertsunterschiede, *sig auf dem 1%-Niveau

9.5 Eingriffsspezifische Bewertung

9.5.1 Dimension unschön vs. schön (osakongola vs. okongola)

Der Kruskal-Wallis-Test ergab hinsichtlich der Dimension unschön vs. schön einen Unterschied zwischen Kontrollgruppe, Progeniepatienten und Prognathiepatienten zum Zeitpunkt vor der Operation (unkorrigierte Gesichtsprofile) ($H(2) = 60,04$; $p = 0,001$). Dieser Unterschied besteht laut Mann-Whitney-Test zwischen der Kontrollgruppe und den Prognathiepatienten ($U = 305392,0$; $p < 0,001$) und zwischen den Progeniepatienten und den Prognathiepatienten ($U = 317250,0$; $p < 0,001$). Die Progeniepatienten werden in Bezug auf Schönheit ähnlich bewertet, wie die Kontrollgruppe ($U = 370866,0$; $p = 0,386$).

Auch zum Zeitpunkt nach der Operation unterschieden sich die Gruppen hinsichtlich ihrer Bewertung signifikant ($H(2) = 33,54$; $p < 0,001$). Der Unterschied besteht zwischen Kontrollgruppe und Prognathiepatienten ($U = 355642,5$; $p = 0,021$) sowie zwischen Progenie- und Prognathiepatienten ($U = 321206,0$; $p < 0,001$). Die Progeniepatienten wurden als signifikant schöner eingestuft als die Kontrollgesichter ($U = 344021,0$; $p < 0,001$).

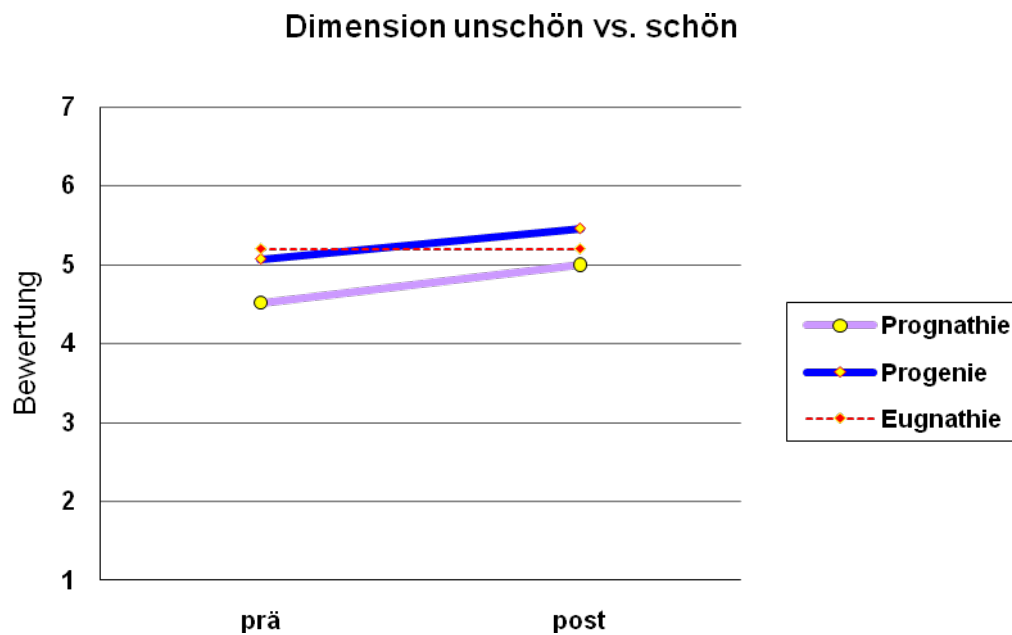


Abbildung 13. Gruppeneffekte, Zeiteffekte und Wechselwirkungen, Dimension unschön vs. schön.

Ein t-Test für abhängige Stichproben ergab zudem einen Zeiteffekt sowohl für die Progeniepatienten ($t(871) = -5,472; p < 0,001$), als auch für die Prognathiepatienten ($t(870) = -6,552; p < 0,001$) (siehe Abb.13).

9.5.2 Dimension unsympathisch vs. sympathisch (osakonedwa vs. okonedwa)

Der Kruskal-Wallis-Test ergab hinsichtlich der Dimension unsympathisch vs. sympathisch zum ersten Zeitpunkt (unkorrigierte Gesichtsprofile) einen Unterschied zwischen den Gruppen ($H(2) = 54,55; p < 0,001$). Der Mann-Whitney-U-Test zeigte, dass sich sowohl die Kontrollgruppe von den Prognathiepatienten ($U = 309585,5; p < 0,001$) hinsichtlich der Beurteilung unterscheiden als auch die Prognathie- von den Progeniepatienten ($U = 319677,0; p < 0,001$). Die Progeniegruppe wird hinsichtlich Sympathie ähnlich bewertet wie die Kontrollgruppe ($U = 371342,0; p = 0,411$).

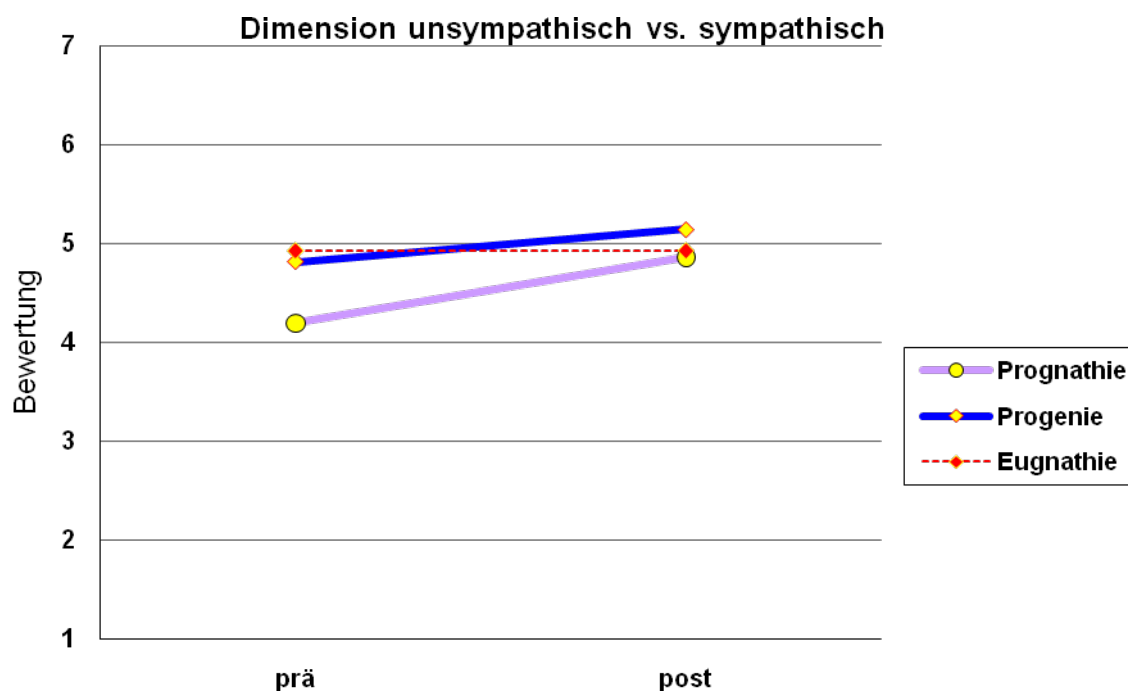


Abbildung 14. Gruppeneffekte, Zeiteffekte und Wechselwirkungen, Dimension unsympathisch vs. sympathisch.

Auch postoperativ zeigte sich ein Unterschied zwischen den drei Gruppen ($H(2) = 14,72$; $p = 0,001$). Der Mann-Whitney-U-Test zeigt den Unterschied zwischen Prognathie und Progenie ($U = 342208,5$; $p < 0,001$) und zwischen der Kontrollgruppe und der Progeniegruppe ($U = 352021,0$; $p = 0,006$), nicht aber zwischen der Prognathiegruppe und der Kontrollgruppe ($U = 368706$; $p = 0,299$).

Ein t-Test für abhängige Stichproben ergab zudem einen Zeiteffekt sowohl für die Progeniepatienten ($t(871) = -3,993$; $p < 0,001$), als auch für die Prognathiepatienten ($t(870) = -7,552$; $p < 0,001$) (siehe Abb. 14).

9.5.3 Dimension unattraktiv vs. attraktiv (osatsangalatsa vs. osangalatsa)

Der Kruskal-Wallis-Test ergab hinsichtlich der Dimension unattraktiv vs. attraktiv einen Unterschied zwischen Kontrollgruppe, Progeniepatienten und Prognathiepatienten ($H(2) = 28,74$; $p < 0,001$). Der Mann-Whitney-U-Test zeigte, dass Personen mit Progenie als attraktiver eingestuft werden als Gesichter mit Prognathie ($U = 336751,0$; $p < 0,001$). Progeniepatienten werden ähnlich attraktiv eingestuft wie die Kontrollgesichter ($U = 373432,0$; $p = 0,540$). Die Kontrollgesichter werden attraktiver beurteilt als die Prognathiegesichter ($U = 327948,0$; $p < 0,001$).

Auch zum Zeitpunkt nach der Operation zeigte sich ein Unterschied zwischen den Gruppen hinsichtlich der Attraktivitätsbewertung ($H(2) = 14,69$; $p = 0,001$). Kontrollgruppe und Prognathie werden ähnlich bewertet ($U = 376257,0$; $p = 0,766$). Kontrollgruppe und Progenie werden unterschiedlich bewertet ($U = 346527,0$; $p = 0,001$). Prognathie und Progenie werden unterschiedlich bewertet ($U = 344069,0$; $p = 0,001$).

Ein t-Test für abhängige Stichproben ergab zudem einen Zeiteffekt sowohl für die Progeniepatienten ($t(870) = -4,794$; $p < 0,001$), als auch für die Prognathiepatienten ($t(870) = -5,808$; $p < 0,001$) (siehe Abb. 15).

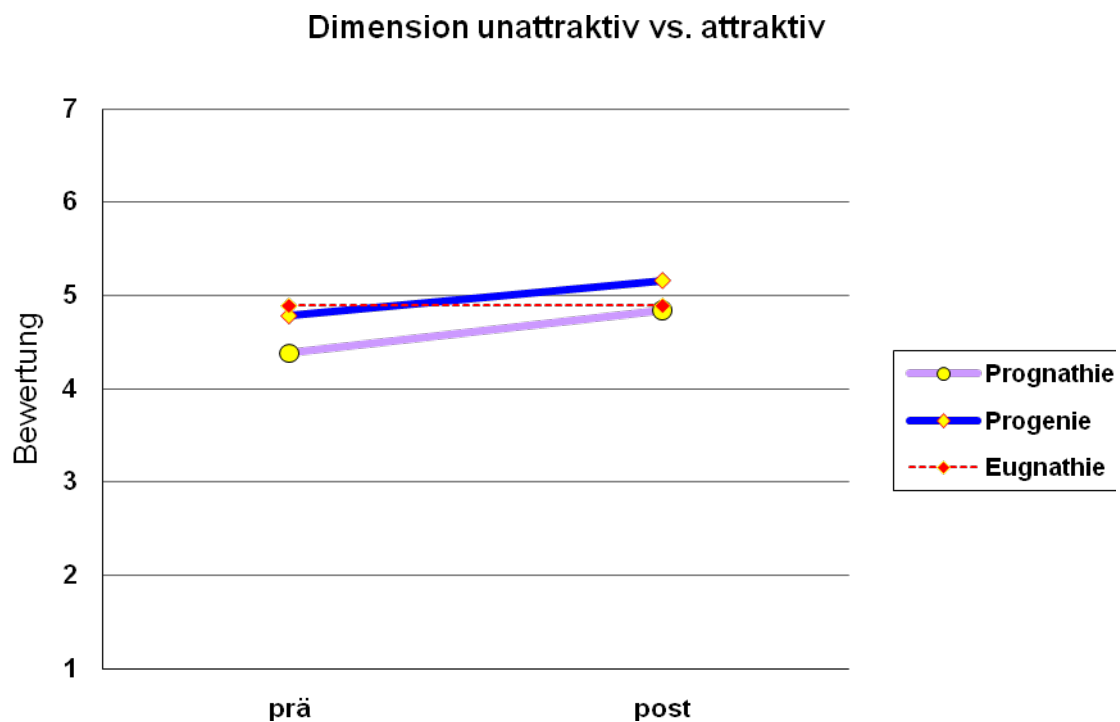


Abbildung 15. Gruppeneffekte, Zeiteffekte und Wechselwirkungen, Dimension unattraktiv vs. attraktiv.

9.5.4 Dimension unintelligent vs. intelligent (opanda nzeru vs. wanzeru)

Es gibt sowohl einen signifikanten Haupteffekt als auch einen signifikanten Zeiteffekt (siehe Abb. 16), d.h. die Patientengruppen wurden unterschiedlich bewertet ($F(2,1741) = 14,44$, $p < 0,001$). Der posthoc-Test zeigte, dass Prognathiepatienten signifikant intelligenter bewertet wurden als Progeniepatienten ($p = 0,001$).

Es gibt einen signifikanten Haupteffekt für die Zeit ($F(1) = 13,72$; $p < 0,001$), d.h. die Gesichtsprofile werden vor dem kieferorthopädischen Eingriff anders bewertet als danach. Der Zeiteffekt gilt für die Gruppe der Progenie ($t(871) = -3,18$; $p = 0,002$) nicht aber für die Gruppe der Prognathie ($t(870) = -2,09$; $p = 0,037$).

Es gibt keinen signifikanten Interaktionseffekt für Gruppe und Zeit ($F(1,1741) = 0,489$; $p = 0,484$).

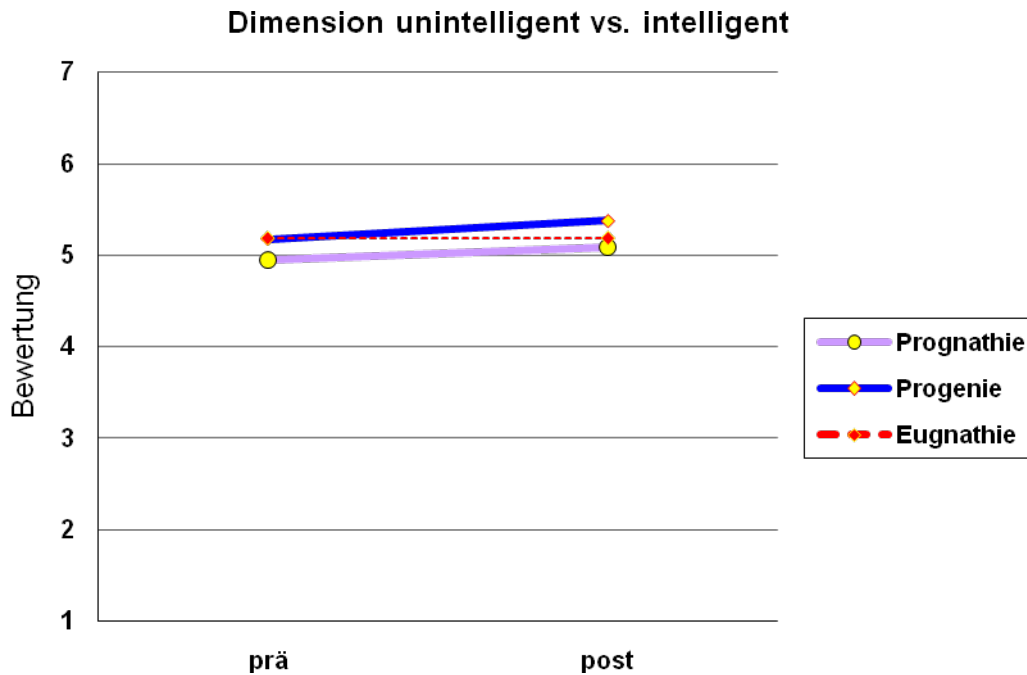


Abbildung 16. Gruppeneffekte, Zeiteffekte und Wechselwirkungen, Dimension unintelligent vs. intelligent.

9.5.5 Dimension aggressiv vs. gutmütig (kukhumudwa vs. osangala)

Es gibt einen signifikanten Zeiteffekt, einen signifikanten Gruppeneffekt und einen Interaktionseffekt (siehe Abb. 17), d. h. die Gesichtsprofile werden vor dem kieferorthopädischen Eingriff anders bewertet als danach ($F(1) = 40,27; p < 0,001$). Dies gilt für die Gruppe der Prognathie ($t(870) = -6,80; p < 0,001$) nicht jedoch für die Gruppe der Progenie ($t(871) = -2,19; p = 0,029$).

Es gibt einen signifikanten Haupteffekt für die Gruppe ($F(2,1741) = 29,03; p < 0,001$). Der posthoc-Test zeigte, dass die Progeniepatientinnen gutmütiger bewertet wurden als die Prognathiepatienten ($p < 0,001$). Auch die Kontrollgesichter wurden signifikant gutmütiger bewertet als die Prognathiegesichter ($p < 0,001$). Es gibt einen signifikanten Interaktionseffekt ($F(1,1741) = 10,43; p = 0,001$).

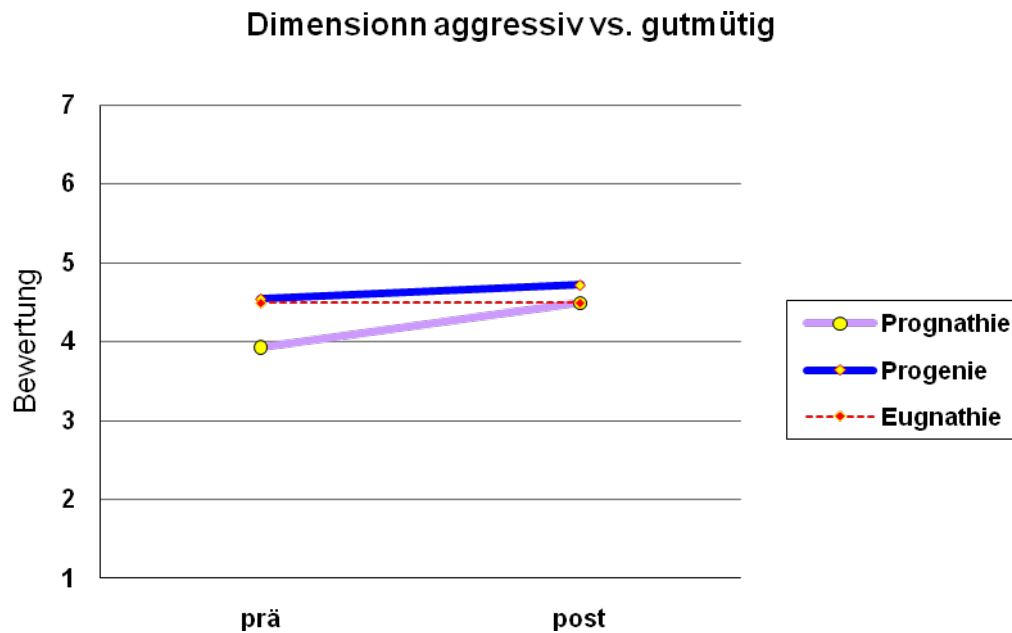


Abbildung 17. Gruppeneffekte, Zeiteffekte und Wechselwirkungen, Dimension aggressiv vs. gutmütig.

9.5.6 Dimension unselbstsicher vs. selbstsicher (osalabatira vs. olabatira)

Bezogen auf die Dimension unselbstsicher vs. selbstsicher zeigten sich keine Unterschiede (siehe Abb. 18), weder zeitbezogen ($F(1) = 0,71, p = 0,398$) noch zwischen den Patientengruppen ($F(2) = 1,30, p = 0,254$). Auch einen Interaktionseffekt gab es nicht ($F(1,1741) = 0,17, p = 0,683$).

9.5.7 Dimension brutal vs. nicht brutal (mbuli vs. ophunzira)

Es gibt einen signifikanten Haupteffekt für die Zeit ($F(1) = 14,29; p < 0,001$), die Gesichtsprofile werden vor dem kieferorthopädischen Eingriff hinsichtlich der Dimension brutal vs. nicht brutal anders bewertet als danach (siehe Abb. 19). Dies gilt für die Gruppe der Prognathie ($t(870) = -3,31; p = 0,001$) nicht aber für die Gruppe der Progenie ($t(870) = -2,02; p = 0,043$).

Es gibt einen signifikanten Haupteffekt für die Gruppe ($F(2,1741) = 8,14, p = 0,004$). Der posthoc-Test zeigte, dass die Kontrollgesichter weniger brutal bewertet werden als die Prognathiepatienten ($p < 0,001$).

Es gibt keinen signifikanten Interaktionseffekt ($F(1,1741) = 0,88; p = 0,348$).

Dimension unselbstbewusst vs. selbstbewusst

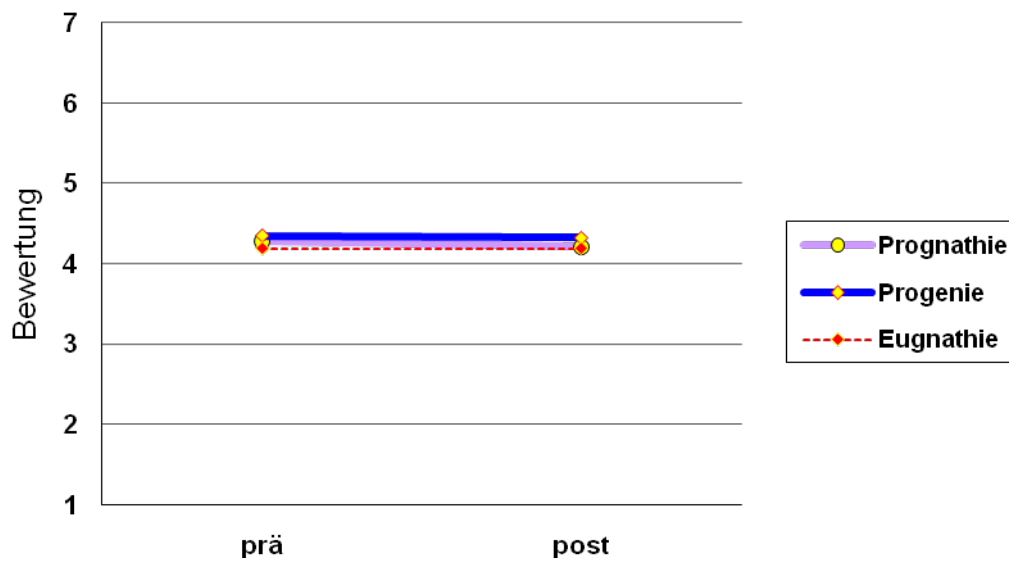


Abbildung 18. Gruppeneffekte, Zeiteffekte und Wechselwirkungen, Dimension unselbstbewusst vs. selbstbewusst.

Dimension brutal vs. nicht brutal

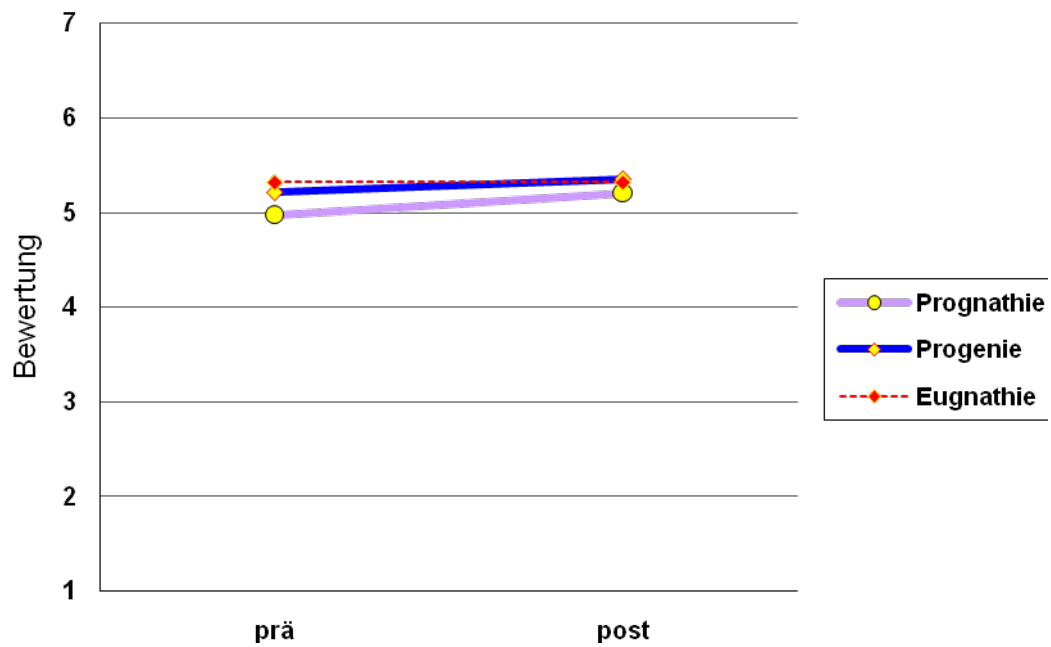


Abbildung 19. Gruppeneffekte, Zeiteffekte und Wechselwirkungen, Dimension brutal vs. nicht brutal.

9.5.8 Dimension dominant vs. ruhig (kupondeleza ena vs. wofatsa)

Wie in Abbildung 20 ersichtlich ist, gibt es einen signifikanten Haupteffekt für die Zeit ($F(1) = 44,71; p < 0,001$), die Gesichtsprofile werden vor dem kieferorthopädischen Eingriff anders bewertet als danach. Dies gilt für die Gruppe der Prognathie ($t(870) = -6,55; p < 0,001$) sowie für die Gruppe der Progenie ($t(871) = -5,47; p < 0,001$).

Es gibt einen signifikanten Haupteffekt für die Gruppe ($F(2,1741) = 11,70; p = 0,001$). Der posthoc-Test zeigte, dass die Kontrollbilder als weniger dominant bewertet werden als die Prognathiepatienten ($p = 0,001$).

Es gibt keinen signifikanten Interaktionseffekt ($F(1,1741) = 0,22; p = 0,640$).

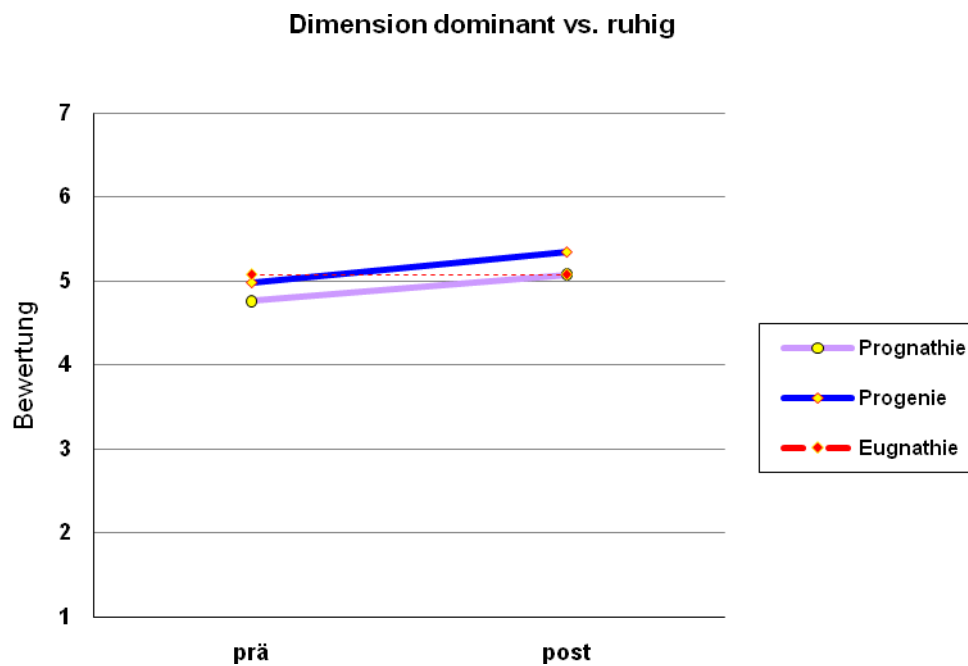


Abbildung 20. Gruppeneffekte, Zeiteffekte und Wechselwirkungen, Dimension dominant vs. ruhig.

9.6 Vorliegen eines Primacy Effekts

Ein t-Test für unabhängige Stichproben zeigte, dass es keinen Unterschied in der Bewertung macht, ob sich ein Bild an erster Position oder in einer mittigen Position des Fragebogens befindet ($p > 0,05$).

Somit liegt für keine der fünf Fragebogenversionen ein Primacy-Effekt vor, und die H_0 muss beibehalten werden.

Eine ANOVA ergab, dass es keine weiteren Positionseffekte für die Bildreihung im Fragebogen gibt ($p > 0,05$).

10 Diskussion

Auffallend ist, dass die Malawier zwischen Progeniepatienten und der Kontrollgruppe kaum einen Unterschied wahrnahmen, zwischen den Prognathiepatienten und der Kontrollgruppe jedoch sehr wohl. Zudem zeigen die Ergebnisse, dass die Malawier den kaukasischen Gesichtern generell überdurchschnittlich positive Werte auf ästhetischer und personaler Ebene zuschrieben. Diese beiden Befunde stehen im Kontrast zur in Österreich durchgeführten Studie von Benes (2007), in der die Prognathiepatienten *und* Progeniepatienten negativer beurteilt wurden (signifikant weniger schön, weniger sympathisch, weniger attraktiv, weniger intelligent und weniger selbstsicher) als Patienten ohne Prognathie bzw. Progenie. Zudem wurden die Prognathiepatienten in der Studie von Benes als signifikant nachgiebiger, sanfter und weniger selbstsicher bewertet als Progeniepatienten.

Dieser kulturelle Beurteilungsunterschied kann darauf zurückzuführen sein, dass Malawier das progene Gesicht als „normaler“ wahrnehmen, da ihre eigene Gesichtsanatomie eher eine bimaxilläre protrusive Charakteristik aufweist. Diese hat mehr Ähnlichkeit mit der Progenie als mit einem prognathen Gesichtprofil. Das prognathe Gesichtprofil, das am unästhetischsten bewertet wurde, ähnelt dem afrikanischen protrusiven Gesichtprofil am wenigsten. Das entspricht der Annahme, dass jemand aus einer Fremdgruppe positiver bewertet wird, der mehr Merkmale der Eigengruppe hat (Güttler, 2003). Nichtsdestotrotz weisen Kaukasier sehr viele Unterschiede zu Schwarzafricanern auf. Nicht nur hinsichtlich ihrer Hautfarbe und Gesichtsanatomie, sondern auch in ihrem natürlichen Lebensstil und der Kultur. Das würde erwarten lassen, dass die Kaukasier als Outgroup bedrohlich und eher negativ wahrgenommen werden (Güttler, 2003). Die generell sehr positive Einschätzung der kaukasischen Gesichtsprofile auf ästhetischer und personaler Ebene muss also andere Gründe haben, die gewichtiger sind: Die positive Bewertung könnte nach Johnson et al. (2008) mit geringer Diskriminierungserwartung und positiver Outgroup-Erfahrung zusammenhängen. Da Kaukasier in Malawi meist Entwicklungshelfer sind und an Projekten arbeiten, die in vielen Orten zur Verbesserung der Lebensumstände beitragen, ist es durchaus möglich, dass die Malawier ausschließlich positive Erfahrungen mit Kaukasier gemacht haben und Weiß als Hautfarbe ausreicht, um positive Eigenschaften mit dem Menschen zu assoziieren. So ist ein Bild eines weißen Mannes entstanden, der trotz vieler Unterschiede zur Eigengruppe nicht mehr als Bedrohung

wahrgenommen wird. Das Stereotyp des „helfenden und mächtigen weißen Mannes“ ist stärker.

Da die Malawier als gastfreundliches und warmherziges Volk bekannt sind (Johnston & Ferrar, 2006), könnte aber auch ein generell positives Menschenbild zu der überdurchschnittlichen Bewertung beigetragen haben.

Dass prognathe Gesichtsprofile als ästhetischer und persönlich sanftmütiger und weniger dominant beurteilt werden als prognathe Gesichtsprofile, ist ein weiterer Beleg für die Präferenzierung maskuliner Merkmale, zu denen ein ausgeprägtes Kinn gehört. Das stützt die Erkenntnisse von Toveé et al. (2006), dass maskuline Merkmale, die Stärke implizieren, in parasitären und krankheitsfördernden Umwelten erwünscht sind. Diese Tatsache könnte auch in Malawi relevant sein, wo eine hohe parasitäre Belastung herrscht und sich vor allem in der Regenzeit viele Viren verbreiten und die Sterblichkeitsrate ansteigt. Das erklärt auch die geringere Wertung der prognathen Gesichter, die mit dem sehr zurückgesetzten Kinn eher einer femininen und „schwächeren“ Charakteristik entsprechen.

Unterschiedliche Erfahrung, Wissen und Vorurteile führen zu unterschiedlichen Stereotypen. Die altersspezifischen, geschlechtsspezifischen und bildungsspezifischen Beurteilungsunterschiede könnten daher im unterschiedlichen Erfahrungs- und Wissenshintergrund von alt vs. jung, weiblich vs. männlich und niedrig gebildet vs. hoch gebildet begründet liegen. Ältere Malawier bewerten Kontrollbilder, Progeniegesichter und Prognathiegesichter vor und nach der Operation positiver als jüngere Malawier (sympathischer, intelligenter, schöner, weniger brutal, weniger dominant). Männliche Malawier beurteilen die kaukasischen Prognathiegesichter gutmütiger, aber gleichzeitig unselbstsicherer als Frauen. Niedrig gebildete Malawier schätzen die Gesichtsprofile generell als selbstsicherer ein als hoch gebildete Malawier. Die Prognathie- und Progeniepatienten wurden von ihnen sympathischer, schöner, intelligenter und weniger dominant beurteilt.

Wie die Aktivierung von Vorurteilen könnte auch die Aktivierung von Stereotypen mit der Selbstregulation zusammenhängen. Dieser Zusammenhang wirkt sich auf automatische Assoziationen aus (Gonsalkorale et al., 2009).

Nach dem Eingriff werden die Gesichter positiver eingestuft als davor. Das stützt die Befunde von Thornhill und Gangestad (1999), wonach eine Annäherung an den Durchschnitt die Attraktivität erhöht.

Dass die Gesichter auf allen Ebenen (ästhetisch und personell) ähnliche Werte haben, deckt sich mit impliziten Persönlichkeitstheorien, nach denen ein Mensch, der als attraktiv gilt, gleichzeitig beispielsweise auch als intelligent eingeschätzt wird (Güttler, 2003).

Progenie-Patienten haben generell sehr positive Wertungen, auch nach der Operation, und zum Teil kommt es vor, dass auch die Kontrollgruppe in einigen Dimensionen höher bewertet wird als die Prognathiepatienten nach dem Eingriff. Da die Gesichter nicht gemorpht wurden und aus einer Vielzahl an Merkmalen bestehen (Haarfarbe, Hautfarbton, Augen, Nase, Frisur), wären weitere Studien notwendig, um herauszufinden, weshalb diese Gruppe generell Bevorzugung findet.

Von Interesse für künftige Studien wäre, ob dysgnathe schwarzafrikanische Gesichter im Durchschnitt ebenso hohe Wertungen erhalten wie kaukasische Gesichter. Ein Bildbewertungsbogen, der sowohl schwarzafrikanische als auch kaukasische Gesichter enthält, wäre in dieser Hinsicht wünschenswert, um einen Vergleich durchführen zu können. Zur Durchführung könnten auch schwarzafrikanische StudentInnen herangezogen werden, um den Versuchsleitereffekte und soziale Erwünschtheit zu kontrollieren.

11 Zusammenfassung

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde die Beurteilung von Schwarzafrikanern bezüglich dysgnather Gesichtsprofile prä- und postoperativ erhoben. Dabei ging es nicht allein um das ästhetische Urteil und um Attraktivitätswahrnehmung kaukasischer Gesichtsprofile mit Dysgnathie, sondern auch um die implizite Zuschreibung von Persönlichkeitseigenschaften.

109 Schwarzafrikaner in Malawi (Afrika) beurteilten jeweils 40 kaukasische Gesichtsprofile, von denen einige eine Progeniecharakteristik und andere eine Prognathiecharakteristik aufwiesen, jeweils vor und nach einem kieferchirurgischen Eingriff. Die Kontrollbilder zeigten Gesichtsprofile mit eugnather Charakteristik.

Jedes dieser Gesichter wurde auf acht Dimensionen beurteilt, von denen vier die Persönlichkeit und vier die Ästhetik betrafen. Jede Dimension enthielt zwei Gegenpole, die auf einer siebenstufigen Skala bewertet wurden (unschön – schön, unsympathisch – sympathisch, unattraktiv – attraktiv, unintelligent – intelligent, aggressiv – gutmütig, unselbstsicher – selbstsicher, brutal – nicht brutal, dominant – ruhig). Das Dysgnathie-Bildbeurteilungs-Testverfahren war in die Landessprache Chichewa übersetzt worden, die Erhebung wurde direkt in Malawi durchgeführt.

Die Studie ergab, dass sich die Urteile von Malawiern bezüglich kaukasischer Gesichtsprofile hinsichtlich einiger Dimensionen nach Geschlecht, Bildungsgrad und Alter unterscheiden. Generell wurden die kaukasischen Gesichtsprofile von männlichen Schwarzafrikanern als gutmütiger und gleichzeitig unselbstsicherer wahrgenommen als von weiblichen Schwarzafrikanern. Malawier mit geringer Bildung beurteilten die Gesichtsprofile generell als selbstsicherer als Malawier mit hoher Bildung. Weiters beurteilten sie Prognathiepatienten als sympathischer, schöner und weniger brutal als hochgebildete Malawier. Progeniepatienten wurden von Malawiern mit hoher Bildung als gutmütiger beurteilt. Korrigierte Progeniepatienten wurden von Malawiern mit hoher Bildung außerdem als attraktiver eingeschätzt als von niedrig gebildeten Malawiern. Ältere Malawier beurteilen die Prognathiepatienten und Progeniepatienten als weniger brutal als jüngere Malawier. Außerdem wurden Prognathiepatienten von älteren Malawiern zusätzlich als schöner, sympathischer, attraktiver und weniger dominant empfunden als von jüngeren Malawiern.

Bei der eingriffsspezifischen Bewertung zeigten sich Gruppenunterschiede. Prognathiepatienten wurden am negativsten beurteilt, während Progeniepatienten ähnlich

wie die Kontrollgruppe als schöner, sympathischer, attraktiver, intelligenter gutmütiger weniger brutal und weniger dominant eingeschätzt wurden als die Prognathiepatienten. Zwischen den Progeniepatienten und der Kontrollgruppe gab es weniger signifikante Unterschiede als zwischen den Prognathiepatienten und der Kontrollgruppe.

Der vorhandene Zeiteffekt weist darauf hin, dass Schwarzafrikaner die Patienten vor und nach der Operation unterschiedlich bewerteten. Prognathiepatienten wurden nach dem korrigierenden Eingriff als schöner, sympathischer, attraktiver, intelligenter, gutmütiger, weniger brutal und weniger dominant beurteilt. Progeniepatienten wurden als intelligenter, gutmütiger, weniger brutal und weniger dominant eingestuft.

Trotz der niedrigeren Bewertung der Prognathiepatienten tendierten die Probanden dazu, kaukasischen Gesichtern generell überdurchschnittliche Werte zuzuordnen (es liegen alle Werte über dem Skalenmittelwert 4).

Es gab in dieser Untersuchung keinen Primacy-Effekt, d.h. das erste Bild im Dygnathie-Bildbeurteilungs-Testverfahren hatte keine Auswirkung auf die Bewertung der Folgebilder.

Literaturverzeichnis

- Anusha, V. (2005). *Comparison of Different Soft Tissue Analyses in the Evaluation of Beauty in South Indian Adults*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Chennai.
- Asch, S. E., (1946). Forming impressions of personality. *Journal of Abnormal Psychology and Social Psychology*, 41 (3), 258-290.
- Becker-Carus, C. (2004). *Allgemeine Psychologie: Eine Einführung*. München: Spektrum.
- Benes, B. (2007). *Dysgnathie-Patienten – Implizite Persönlichkeitstheorien und Ästhetikempfinden in Zusammenhang mit Lebensqualität – eine Fremdbeurteilung*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Beukes, S., Dawjee, S. M. & Hlongwa, P. (2007). Soft tissue profile analysis in a sample of South African Blacks with bimaxillary protrusion. *Journal of the South African Dental Association*, 62 (5), 208-210.
- Biegi, D. (1999). *Makellose Schönheit durch kosmetische Eingriffe*. München: Heyne.
- Bitterli, U. (1991). *Die „Wilden“ und die „Zivilisierten“: Grundzüge einer Geistes- und Kulturgeschichte der europäisch-überseeischen Begegnung* (2., erweiterte Aufl.). München: Beck.
- Blantar, I. (2004). *Effekte von kieferchirurgischen Eingriffen auf die interpersonelle Wahrnehmung*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Böckelmann, F. (1998). *Die Gelben, die Schwarzen, die Weißen*. Frankfurt am Main: Eichborn.
- Broich I., (1992). *Sprache, Mundraum, Seele: Logopädische Aspekte in der ganzheitlichen Kieferorthopädie*. Heidelberg: Hüthig.
- Burstone, C. J. (1959). Integumental contour and extension patterns. *Angle Orthodontist*, 29 (2), 93-104.

- Burstone, C. J. & Legan H. L. (1980). Soft tissue cephalometric analysis for orthognatic surgery. *Journal of Oral Surgery*, 38 (10), 744-751.
- Chan, E. K. M., Soh, J., Petocz, P. & Darendelieler, M. A. (2008). Esthetic evaluation of Asian-Chinese profiles from a white perspective. *American Journal of Orthodontic and Dentofacial Orthopedics*, 133, 532-538.
- Connor, A. M. & Moshiri, F. (1985). Orthognathic surgery norms for American black patients. *American Journal of Orthodontics*, 87 (2), 119-134.
- Dandajena, C. T. & Nanda, S. R. (2003). Bialveolar protrusion in a Zimbabwean sample. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 123, 133-137.
- Dawjee, S. M., Ackermann, A. & Shaw, W. C. (2002). An aesthetic component of the IOTN for black subjects [Abstract]. *Journal of the South African Dental Association*, 57 (7), 258-263.
- Ekman, P. & Friesen, W. V. (1971). Constants across cultures in the face and emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 17, 124-129.
- Erbay, E. F., Caniklioglu, C. M. & Erbay S. K. (2002). Soft tissue profile in Anatolian Turkish adults – evaluation of horizontal lip position using different soft tissue analyses. *American Journal of Orthodontic and Dentofacial Orthopedics*, 121, 57-64.
- Feingold, A. (1992). Good-looking people are not what we think. *Psychological Bulletin*, 111, 304-341.
- Feliciano, C., Robnett, B. & Komaie, G. (2009). Gendered racial exclusion among white internet daters. *Social Science Research*, 38, 39-54.
- Ferrario, V. F., Dellavia, C., Serrao, G. & Sforza, Ch. (2005). Soft tissue facial angles in down's syndrome subjects: A three-dimensional non-invasive study. *European Journal of Orthodontics*, 27, 355–362.
- Furnham, A. (2001). Self estimates of intelligence: Culture and gender differences in self and other estimates of both general (g) and multiple intelligences. *Personality and Individual Differences*, 31, 1381-1405.

- Giddon, D. B., Anderson, N. K. & Will, L. A. (2007). Cognitive, affective, and behavioral responses associated with mechanical tooth movement. *Seminars in Orthodontics*, 13 (4), 212-219.
- Gonsalkorale, K., Sherman, J. W. & Klauer, K. C. (2009). Aging and prejudice: Diminished regulation of automatic race bias among older adults. *Journal of Experimental Social Psychology*, In press.
- Güttler, P. O. (2003). *Sozialpsychologie: Soziale Einstellungen, Vorurteile, Einstellungsänderungen* (4. Aufl.). München: Oldenbourg.
- Haberle, D. (1999). Kieferorthopädie – State of art. In S. Kux (Hrsg.), *Kieferorthopädie und Prophylaxe: Dokumentation der Tagung vom 11. November 1999* (S. 65-67). Wien: ÖBIG Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
- Hauner, A. & Reichart, E. (2004). *Bodytalk: Der riskante Kult um Körper und Schönheit*. München: dtv.
- Heldt, L., Haffke, E. A. & Davis, L. F. (1982). The psychological and social aspects of orthognatic treatment. *American Journal of Orthodontics*, 82, 318-328.
- Holdaway, R. A. (1983). Soft-tissue cephalometric analysis and its use in orthodontic treatment planning. *American Journal of Ortodontics and Dentofacial Orthopedics*, 84, 1-28.
- Höller, E. (1999). Kieferorthopädie als Zahn- und Allgemeinprophylaxe. In S. Kux (Hrsg.), *Kieferorthopädie und Prophylaxe: Dokumentation der Tagung vom 11. November 1999*. (S. 69-72) Wien: ÖBIG Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
- Jackson, J. W. (2002). Enhancing self-efficacy and learning performance. *Journal of Experimental Education*, 70, 243-254.
- Jenull, B. A. (2004). *Kieferchirurgische Eingriffe bei Patienten mit dentofacialer Dysgnathie: Selbstkonzept unter dem Aspekt Befund und Befinden*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.

- Johnson, J. D., Ashburn-Nardo, L., Spicer, C. V. & Dovidio, J. F. (2008). The role of Blacks' discriminatory expectations in their prosocial orientations toward whites and blacks. *Journal of Experimental Social Psychology*, 44, 1498-1505.
- Johnston, F. & Ferrar, S. (2006). *Malawi: The Warm Heart Of Africa*. Blantyre: Struik Publishers.
- Jones, D. (1995). Sexual selection, physical attractiveness, and facial neoteny: Cross-cultural evidence and implications. *Current Anthropology*, 36 (5), 723-748.
- Katz, D. & Braly, K. W. (1933). Racial stereotypes of one hundred college students. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 28, 280-290.
- Kneisel, J. F. C. (1936). *Der Schiefstand der Zähne: Dessen Ursachen und Abhilfe, nach einer neuen, sichern und schmerzlosen Heilmethode*. Berlin: Verlag von Ernst Siegfried Mittler.
- Koblenzer, C. S. (2003). Psychosocial aspects of beauty: How and why to look good. *Clinics in Dermatology*, 21, 473-475.
- Kretschmer, E. (1921). *Körperbau und Charakter* (1. Aufl.). Berlin: Springer.
- Kubik, G. (1993). *Makisi nyau mapiko: Maskentraditionen im bantu-sprachigen Afrika*. München: Trickster.
- Langlois, J. H., Roggman, L. A., Casey R. J., Ritter, J. M., Rieser-Danner, L. A. & Jenkins, V. Y. (1987). Infant preferences for attractive faces: Rudiments of a stereotype? *Developmental Psychology*, 23 (3), 363-369.
- Lee, E., Kang, J. I., Park, H., Kim, J. & An S. K. (2008). Is a neutral face really evaluated as being emotionally neutral? *Psychiatry Research*, 157 (1), 77-85.
- Little, C. A., Burt, D. M. & Perret, D. I. (2006). What is good is beautiful: Face preference reflects desired personality. *Personality and Individual Differences*, 41, 1107-1118.
- Little, C. A. & Mannion, H. (2006). Viewing attractive or unattractive same-sex individuals changes self-rated attractiveness and face preferences in woman. *Animal Behaviour*, 72 (5), 981-987.

- Magee, B. (2000). *Die Geschichte der Philosophie*. Hildesheim: Gerstenberg Verlag.
- Mantzikos, T. (1998). Esthetic soft tissue profile preferences among the Japanese population. *American Journal of Orthodontic and Dentofacial Orthopedics*, 114, 1-7.
- Mayr, F. W. (1935). *Die Kretschmerschen Konstitutionstypen und ihre Beziehung zur Prognathie*. Unveröffentlichte Dissertation, Universität München.
- McKoy, J., Evans, C. A., Viana, G., Anderson, N. K. & Giddon, D. B. (2006). Facial profile preferences of black women before and after orthodontic treatment. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 129, 17-23.
- Naumova, J., Söderfeldt, B. & Lindman, R. (2008). Soft tissue profile changes after vertical ramus osteotomy. *The European Journal of Orthodontics*, 30 (4), 359-365.
- Orsini, M. G., Huang, G. J., Kiyak, H. A., Ramsay, D. S., Bollen, A., Anderson, N. K. & Giddon, D. B. (2006). Methods to evaluate profile preferences for the anteroposterior position of the mandible. *American Journal of Orthodontic and Dentofacial Orthopedics*, 130, 283-289.
- Penton-Voak, I. S., Jacobson, A. & Trievers, R. (2004). Populational differences in attractiveness judgements of male and female faces: Comparing British and Jamaican samples. *Evolution and Human Behavior*, 25, 355-370.
- Pereira, C., Vala, J. & Leyens, J. P. (2009). From infra-humanization to discrimination: The mediation of symbolic threat needs egalitarian norms. *Journal of Experimental Social Psychology*, 45 (2), 336-344.
- Polk, S. M., Farman, A. G., Yancey, J. A., Gholston, L. R. & Johnson, B. E. (1995). Soft tissue profile: A survey of African-American preference. *American Journal of Orthodontic and Dentofacial Orthopedics*, 108, 90-103.
- Probst, P. (2005). *Kalumbas Fest: Lokalität, Geschichte und rituelle Praxis in Malawi* (Beiträge zur Afrikaforschung, Nr. 19). München: Universität München, Institut für Afrikaforschung.
- Renz, R. (2006). *Schönheit: Eine Wissenschaft für sich*. Berlin: Berlin Verlag.

- Ricketts, R. M. (1960). A foundation for cephalometric communication. *American Journal of Orthodontic and Dentofacial Orthopedics*, 46, 330-357.
- Sax, G. (1998). Zahnstatuserhebung bei Achtzehnjährigen in Österreich. In S. Kux (Hrsg.), *Kieferorthopädie und Prophylaxe: Dokumentation der Tagung vom 11. November 1999*. (S. 7–22). Wien: ÖBIG Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.
- Schmuth, G. P. F. (1983). *Kieferorthopädie: Grundzüge und Probleme* (2. überarbeitete Aufl.). Stuttgart: Thieme.
- Schweinfurth, G. & Gussenbauer, H. (Hrsg.). (1984). *Im Herzen von Afrika: 1868 – 1871*. Stuttgart: Thienemann.
- Scott, S. H. & Johnston, L. E. (1999). The perceived impact of extraction and nonextraction treatments on matched samples of African American patients. *American Journal of Orthodontic and Dentofacial Orthopedics*, 116, 352-358.
- Soh, J., Chew, M. T. & Wong, H. B. (2005). Professional assessment of facial profile attractiveness. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 128 (2), 201-205.
- Springer, U. (2004). *Lexikon für zahnmedizinische Fachangestellte* (5. erweiterte Aufl.). Stuttgart: Kiehl.
- Spyropoulos, M. N. & Halazonetis, D. J. (2001). Significance of the soft tissue profile on facial esthetics. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 119 (5), 464-471.
- Sushner, N. I. (1977). A photographic study of the soft-tissue profile of the Negro population. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 72 (4), 373-385.
- Tauscher, E., Harzer, W., Wiesner, R. & Schubert, J. (1999). Erhebung der Zahngesundheit, der kieferorthopädischen Behandlungsnotwendigkeit und der subjektiven Zufriedenheit von 8768 Dresdner Schulkindern. In S. Kux (Hrsg.), *Kieferorthopädie und Prophylaxe: Dokumentation der Tagung vom 11. November 1999* (S. 24-64). Wien: ÖBIG Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen.

- Thornhill, R. & Gangestad, S. W. (1999). Facial attractiveness. *Trends in Cognitive Science*, 3 (12), 452-460.
- Toveé, M. J., Swami, V., Furnham, A. & Mangalparsad, R. (2006). Changing perceptions of attractiveness as observers are exposed to a different culture. *Evolution and Human Behavior*, 27, 443-456.
- UNICEF (2009). *Malawi. Statistics*. Zugriff am 07.08.2009 von <http://www.unicef.org/infobycountry/malawi.html>
- Wade, T. J., Irvine, K. & Cooper, M. (2004). Racial characteristics and individual differences in women's evaluations of men's facial attractiveness and personality. *Personality and Individual Differences*, 36, 1083-1092.
- Yehezkel, S. & Turley, P. K. (2004). Changes in the African American female profile as depicted in fashion magazines during the 20th century. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, 125, 407-417.
- Zschirnt, C. (2008). *Wir Schönheits Junkies: Plädoyer für eine gelassene Weiblichkeit*. München: Goldmann.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Gesichtsprofil mit Eugnathie (morphologisch korrektes Gebiss)

Quelle: www.andersonorthodontics.com/treat_clsface.asp

Abbildung 2: Kiefer mit Progenie (protrusiv skeletal mandibulär)

Quelle: www.andersonorthodontics.com/treat_clsface.asp

Abbildung 3: Kiefer mit Progenie (protrusiv dental mandibulär)

Quelle: www.andersonorthodontics.com/treat_clsface.asp

Abbildung 4: Kiefer mit Prognathie (retrusiv skeletal mandibulär)

Quelle: www.andersonorthodontics.com/treat_clsface.asp

Abbildung 5: Kiefer mit Prognathie (protrusiv dental maxillar)

Quelle: www.andersonorthodontics.com/treat_clsface.asp

Abbildung 6: Die Hierarchie der Bedürfnisse nach Maslow

Quelle: Becker Carus, 2004, S. 478

Abbildung 7: Das Gebiss des Mädchens nimmt von links nach rechts an Durchschnittlichkeit und Symmetrie zu.

Quelle: Broich, 1992, S. 70 und S. 43 [retuschiert von Josefine Bauer]

Abbildung 8: Grundtypen der Schädelformen in verschiedenen Kulturen

Quelle: www.dysgnathie.de

Abbildung 9: Beispiele von Malawiern im Profil, weiblich

Quelle: Josefine Bauer

Abbildung 10: Beispiele von Malawiern im Profil, männlich

Quelle: Josefine Bauer

Abbildung 11. Beispiele für Prognathie (links oben), Progenie (links unten) und die Ergebnisse der operativen Korrektur (rechts oben, rechts unten).

Abbildung 12 bis 20: erstellt mit Daten aus dem SPSS, Josefine Bauer.

Ich habe mich bemüht, sämtliche Inhaber der Bildrechte ausfindig zu machen und ihre Zustimmung zur Verwendung der Bilder in dieser Arbeit eingeholt. Sollte dennoch eine Urheberrechtsverletzung bekannt werden, ersuche ich um Meldung bei mir.

LEBENS LAUF – Josefine Bauer

- Persönliche Daten:** geboren am 7. August 1982 in Brixlegg (Tirol)
- Staatsbürgerschaft:** Österreich
- Schulbildung:** 1989 – 1993 Volksschule Windhaag/Freistadt
1993 – 1994 Gymnasium Freistadt
1994 – 1998 Musikhauptschule Freistadt
1998 – 2003 Bildungsanstalt f. Kindergartenpädagogik, Linz
- Berufsausbildung:** 1998 – 2003 Bildungsanstalt für Kindergartenpädagogik mit der Zusatzausbildung zur Hortpädagogin.
- Studium:** 2003 – 2006 Studium der Psychologie (1. Abschnitt) und der Pädagogik an der Universität Salzburg
2006 – 2009 Studium der Psychologie (2. Abschnitt) an der Universität Wien
- Praktika/
Berufserfahrung:**
- Pädagogische Tätigkeiten
als Kindergartenpädagogin, Hortpädagogin, Erzieherin (LIH Internat Salzburg), Betreuung einer sozialpäd. Wohngemeinschaft für Jugendliche (LIH-WG Salzburg), Kindermädchen, Nachhilfelehrerin, Kinderferienbetreuung (Spielbuseinsätze und Feriencamps der Kinderfreunde).
- Auslandserfahrung
Irland:
Dreiwöchiges pädagogisches Auslandspraktikum in der „Little Acres Montessori School“, einer Preschool in Dun Laoghaire/Dublin im September 2001.
Malawi/Afrika:
Entwicklungshilfe, Sommer 2007 (Training von malawischen Vorschullehrern, Bau einer Vorschule im kleinen Dorf Chimpesa).
Malawi/Afrika:
Entwicklungshilfe, Sommer 2008 (Organisierung eines Child-Care-Centers und Kleidungsverteilungsaktionen für Waisenkinder aus dem malawischen Dorf Kachingwe (Chiradzulu), pädagogische Aktionen mit Vorschul- und Schulkindern).
Malawi/Afrika:
Durchführung der Studie der vorliegende Diplomarbeit in unterschiedlichen Teilen Malawis (Sommer 2007/2008).
- Praktikum im BRL (Brain Resarch Lab), März bis Juni 2009
Institut für Klinische, Biologische und Differentielle Psychologie, Fakultät für Psychologie, Universität Wien (Assistenz bei der Durchführung neuropsychologischer Studien).
- Tätigkeit als Schlaflabor-Assistentin, seit Juni 2009
im Schlaflabor der neurologischen Abteilung des Krankenhauses der Barmherzigen Brüder, Wien (Überwachung von EEG, EMG, EOG, Atmung, Herzfrequenz, Betreuung der Patienten während d. Nacht).