

Soziale Repräsentation psychologischer Intervention unter Armutbedingungen

Krause Jacob, Mariane; Winkler, María Inés

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Krause Jacob, M., & Winkler, M. I. (1995). Soziale Repräsentation psychologischer Intervention unter Armutbedingungen. *Journal für Psychologie*, 3(1), 31-44. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-29610>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Soziale Repräsentation psychologischer Intervention unter Armutsbedingungen

Mariane Krause Jacob und María Inés Winkler

Zusammenfassung: Die Ergebnisse einer qualitativen Untersuchung über soziale Repräsentationen professioneller Hilfsangebote bei psychischen Problemen in einem als arm gekennzeichneten Bezirk von Santiago de Chile werden dargestellt.¹ Im ersten Teil werden unterschiedliche Definitionen und Merkmale von Armut diskutiert und Daten über das Ausmaß der Armut in Chile vorgestellt. Die Verbindung zwischen Armut und psychologischen Interventionen wird beleuchtet in bezug auf die Verteilung psychischer Störungen und als Diskussion der Schwierigkeiten, mit denen psychologische Hilfe in armen Bevölkerungsgruppen verbunden ist. Der zweite Teil stellt die Untersuchung und deren Ergebnisse dar. Bezüglich der Ergebnisse wird zwischen Inhalten und Einflußquellen unterschieden. Inhaltlich beziehen sich die Ergebnisse auf die Repräsentation der psychologischen Hilfe, die Konzeptualisierung der eigenen Probleme – insbesondere jener, die die Hilfesuche rechtfertigen – und die Repräsentation des Zugangs zu den Hilfsangeboten. Als Einflußquelle auf die sozialen Repräsentationen sind die Massenmedien sowie die eigene Erfahrung mit professioneller Hilfe oder die von Menschen aus dem engeren sozialen Umfeld zu sehen.

1. Armutsbegriff und „Kultur der Armut“

Aufgrund verschiedener Disziplinen und unterschiedlicher Perspektiven gibt es keine einheitliche Definition von Armut. In der Geschichte der Sozialwissenschaften ist das Problem der Armut von verschiedenen Fachrichtungen bearbeitet worden, mit dem Versuch, die zentralen Aspekte des Problems aufzugreifen. Bislang ist es nicht möglich gewesen, Konsens herzustellen (Cortés 1985).

Die „ökonomische Perspektive“ definiert Armut anhand quantitativer, meßbarer Kriterien, wie z. B. Einkommen und Besitz gewisser Güter wie Fernsehapparat, Telefon, Auto und Wohnung. Einige Autoren beziehen auch Aspekte wie Bildungsniveau und Ernährung ein (Samuelson 1985; Torche 1983). Hier werden also eher äußere und leicht quantifizierbare Merkmale herangezogen.

Die ökonomische Perspektive ist jedoch mehrfach kritisiert worden. So hob Altimir schon 1979 ihre Grenzen hervor. Er argumentiert, daß sie Armut mit Einkommen, Beschäftigung und sozialem Status verwechselt. Er plädiert für eine umfassendere Definition, die soziokulturelle Aspekte mit einbezieht. Aus seiner Sicht ist Armut ein situationsbedingtes Syndrom, das mit niedrigem Konsum, Unterernährung, schlechten Wohnbedingungen, niedrigem Bildungsniveau, schlechten Gesundheitsbedingungen, einer unstabilen Ein-

gliederung in den Arbeitsbereich, Mutlosigkeit, Anomie, mit geringer sozialer Partizipation und möglicherweise auch mit bestimmten eigenen Wertvorstellungen einhergeht.²

Diese Richtung verfolgt auch Max-Neef (Max-Neef & Hopenhayn 1980). Er fügt hinzu, daß Armut durch die Unmöglichkeit definiert werden sollte, menschliche Bedürfnisse zu befriedigen; Bedürfnisse, die nicht nur quantitativer und materieller, sondern auch qualitativer und geistiger Art sind. Auch für Gissi (1990) kann Armut als die Nicht-Befriedigung eines oder mehrerer Grundbedürfnisse (Nahrung, Wohnung, Gesundheit, Bildung, Kleidung und Arbeit) definiert werden, diese sozioökonomischen müßten jedoch mit psychosozialen Grundbedürfnissen verbunden werden (Selbstwert, Sicherheit, Zugehörigkeit, Identität).

Gissi (1986; 1989) hebt die Frustrationsgefühle hervor, die sich aufgrund der starken Entbehrungen entwickeln, denn sie führen zu psychosozialen Reaktionen, die er als typisch für die Armutssituation betrachtet. Eine dieser Reaktionen ist Resignation oder Gleichgültigkeit. Sie zeigt sich vor allem als fehlendes Interesse, Veränderungen anzustreben. Eine weitere Reaktion ist Aggression, als Gewalt, die unmittelbar und direkt ausgelebt wird, und als verdeckte Aggression, die erst nach einer Phase der Kumulation ausgedrückt wird. Weitere Reaktionen sind verschiedene Formen der Sucht, wie z. B. der Alkoholismus.

Diese Sicht vertritt auch Rozas (1990), der in der Armutssituation sowohl den Mangel an bestimmten materiellen Dingen als auch eine spezifische psychosoziale Realität sieht und die „Schädigung“ hervorhebt, die durch langdauernde Armut entsteht. Wie bei Gissi sind Ausdrucksformen dieser „Beschädigung“ die Gleichgültigkeit und Motivationslosigkeit und der Alkoholismus. „Schädigung“ ist als Summe psychosozialer Probleme zu verstehen, die verhindern, daß Betroffene ihre Fähigkeiten entwickeln. Das betrifft unterschiedliche Bereiche des sozialen Lebens wie Arbeit, Familie und Partizipation als Bürger. Diese Probleme wirken sich auf die Gegenwart wie auf die Zukunft aus, denn sie schränken die Möglichkeiten des Individuums stark ein. Die „Schädigung“ drückt sich letztlich auch durch Gefühle der Hoffnungslosigkeit und des Mangels an Kontrolle über die Lebenssituationen, geringe Autonomie und niedriges Selbstwertgefühl und in den magischen Erklärungsmodellen für Lebensereignisse aus.

Altimir, Gissi und Rozas heben also die Wechselwirkung zwischen ökonomischen und psychosozialen Aspekten hervor. Dem kann noch ein weiterer Aspekt hinzugefügt werden, der in der Geschichte der Armutforschung unter dem Begriff „Kultur (oder Subkultur) der Armut“ behandelt worden ist (Lewis 1972; Gissi 1986; Rivera 1986). Innerhalb einer Kultur³ können verschiedene Subkulturen unterschieden werden, die eigene und spezifische Merkmale aufzeigen (Prado 1984). So kann auch von einer „Subkultur der Armut“ gesprochen werden (Lewis 1972; Gissi 1986; Rivera 1986; Winkler et al. 1986). Dieser Begriff erscheint hier vor allem deswegen relevant, weil er die Möglichkeit bietet, Armut nicht nur als „Mängelliste“ zu sehen. Eine breitere, nicht nur auf Defizite bezogene Perspektive von Armut erweitert das Verständnis gewisser Handlungen der Betroffenen.

Ohne ausführlich auf die „Kultur der Armut“ eingehen zu können, sollen einige Merkmale festgehalten werden, die sich den vorher aufgeführten Defiziten gegenüberstellen lassen. Einer dieser „kulturellen“ Aspekte der Armut ist die Fähigkeit, extreme Situationen zu bewältigen, um das Überleben zu sichern. So könnte z. B. die als Mangel gesehene fehlende Lebensplanung (Rozas 1990) auch als notwendige Überlebensstrategie gewertet wer-

den, da sie die Menschen „in Bereitschaft hält“, sich immer wieder an neue und z. T. nicht vorhersehbare Anforderungen anzupassen. Auch bringt das Zusammenleben in Armut soziale Überlebensstrategien mit sich, etwa Organisationsfähigkeit und soziale Unterstützung zwischen verschiedenen Menschen oder Gruppen (Chateau & Pozo 1985; Concha & Ibañez 1989). Nennenswert sind hier chilenische Initiativen wie *comprando juntos* („gemeinsam einkaufen“) oder die *ollas comunes* („gemeinschaftlicher Kochtopf“), mit denen schon seit Jahren die Nahrungsprobleme von betroffenen Bevölkerungsgruppen bekämpft werden. Auch die Solidarität der Nachbarschaft bei Todes- oder Krankheitsfällen, bei Naturkatastrophen oder in finanziellen Notsituationen ist hervorzuheben (Krause Jacob 1994).

In Chile wird – wie in anderen Ländern – zwischen Armut (oder „relativer Armut“) und „extremer Armut“ (oder „absoluter Armut“) unterschieden. Die Kriterien für diese Abgrenzung sind sowohl quantitativ (Einkommen, Wohnen, Ernährungszustand usw.) als auch qualitativ (Ausmaß der Schädigung). Insgesamt leben ca. 4 Mio. Chilenen unter Armutbedingungen. Davon leben 1,5 Mio. in extremer Armut – etwa 11,2% der Bevölkerung des Landes (Matte & Cahmi 1994).

In quantitativer Hinsicht liegt die extreme Armut unter der staatlich definierten „Überlebensgrenze“. Das Einkommen dieser Menschen ist so gering, daß es nicht einmal ausreicht, genügend Nahrungsmittel zu erwerben. Die qualitative Perspektive fügt hinzu, daß es sich nicht nur um Menschen handelt, die nicht in der Lage sind, ihre Grundbedürfnisse zu befriedigen, sondern sie außerdem durch die Armutssituation in einer Weise geschädigt worden sind, daß sie eine Unfähigkeit ausgebildet haben, dieser Situation zu entkommen. Diese Schädigung geht u. a. auf Unterernährung, mangelnde Schul- und Ausbildung und das Aufwachsen in gewaltgeprägten Situationen zurück (Matte & Cahmi 1994; Weinstein 1989). Durch langdauernde extreme Armut geschädigte Menschen sind nicht mehr in der Lage, sich dem Arbeitsmarkt einzugliedern.

Diejenigen hingegen, die in „relativer Armut“ leben, sich also auf der anderen Seite der Überlebensgrenze befinden, verfügen normalerweise über eine Grundschulbildung oder Ausbildung und sind in der Lage, sich in den

Arbeitsmarkt einzufügen, wenn er entsprechende Arbeitsmöglichkeiten bietet. Diese Menschen, die versuchen, ihre Armutssituation zu bewältigen, denen es aber aufgrund der äußeren Bedingungen nicht gelungen ist, setzen ihre größten Bemühungen daran, wenigstens ihren Kindern eine bessere Zukunft zu ermöglichen. Von denen wird der soziale Aufstieg erwartet – eher als von den Eltern selbst. So wird oft an Kleidung und Wohnen und sonstigen materiellen Dingen gespart, um für die Kinder eine – in Chile häufig private – Schul- und Ausbildung bezahlen zu können.

2. Psychische Probleme und professionelle Hilfe

In armen Bevölkerungsschichten treffen zwei problematische Situationen zusammen. Zum einen zeigt die klassenspezifische Verteilung psychischer Störungen, daß diese Schichten von einigen psychischen Problemen stärker betroffen sind als andere, zum anderen haben sie einen schlechteren Zugang zu entsprechenden Hilfsangeboten, werden unter Umständen mit „strengerem“ Maßstab diagnostiziert und anderen (z. B. traditionelleren) Behandlungen unterzogen, als es in anderen Schichten der Fall ist. Außerdem stellen die kulturellen Unterschiede zwischen Helfenden und Hilfesuchenden in der Hilfebeziehung eine besondere Schwierigkeit dar.

Ergebnisse epidemiologischer Studien

Epidemiologische Studien zeigen die unterschiedliche Verteilung von Krankheits- und Todesfällen in den verschiedenen Bevölkerungsschichten. Je niedriger die soziale Schicht, um so höher sind die Fallraten. Daß dies auch für psychische Störungen gilt, zeigte bereits die *Midtown-Studie* (Freedman & Giovannoni 1969), die mit 1700 Probanden in New York durchgeführt wurde. Sie ermittelte, daß insgesamt 23,4% der Bevölkerung unter psychischen Störungen litt. Dieser Prozentsatz variierte jedoch je nach Schichtzugehörigkeit (12,5% in der höheren, 47,5% in der niedrigeren sozialen Schicht).

Eine Studie von González (1978) in Kolumbien zeigte, daß 33% der Bevölkerung un-

ter psychischen Störungen litt. Die höchste Rate war bei Frauen zwischen 25 und 34 Jahren zu finden. Auch konnte eine Beziehung zwischen fünf relevanten psychiatrischen Symptomen und niedrigem Bildungsniveau/niedrigem Einkommen festgestellt werden.

Andere Untersuchungen kommen zu ähnlichen Ergebnissen (Dohrenwend 1975; Páez et al. 1986). Für spezifische Störungen zeigt Rojas (1990), daß die Raten von Alkoholismus, Neurosen, Epilepsie und Intelligenz-Defiziten höher sind, je niedriger der soziale Status ist. Dies gilt auch für Drogenabhängigkeit und psychotische Störungen (González 1983). Aus methodischen Gründen sind die Daten über psychotische Störungen jedoch mit Vorsicht zu interpretieren, denn zum einen gibt es Studien, die diesem Befund widersprechen (Rojas 1990), zum anderen sind die diagnostischen Strategien in den verschiedenen sozialen Schichten unterschiedlich (s. u.). Auch die Daten über Intelligenz-Defizite müssen differenziert betrachtet werden, denn wie Untersuchungen Montenegros (1992) zeigen, variiert mit der Schichtzugehörigkeit der „sozio-kulturell bedingte geistige Rückstand“, aber nicht der biologisch-organisch verursachte.

Eine Untersuchung in Chile (Schermann 1987) über den Einfluß der sozioökonomischen und politischen Bedingungen unter der Militärdiktatur (zwischen 1974 und 1986) ergab, daß die psychische Gesundheit sich in diesem Zeitraum wesentlich verschlechterte, am deutlichsten unter erwachsenen ArbeiterInnen, obwohl auch die über ihre Armutssituation definierte Bevölkerungsgruppe eine Zunahme psychischer Störungen zeigte – Neurosen, Streßsymptomatik, Depression, Suizidraten. Selbstmord wurde vor allem aufgrund finanzieller Probleme begangen (1970 waren es 120 Fälle, 1986 hingegen 500). Im selben Zeitraum stieg auch die Zahl arbeitsloser Männer stark an, die aufgrund dieser Situation ihre Familie verließen. Die Ergebnisse sind allgemein auf die schwierige politische Situation zurückzuführen, und speziell auf die hohe Arbeitslosigkeit und den Anstieg der Armut in dieser Zeit.

Probleme der professionellen Hilfe

In vielen Bereichen des Lebens verbaut die Armutssituation den Zugang zu gesellschaft-

lichen Ressourcen, die für andere soziale Gruppen offen sind. Professionelle Hilfsangebote bei psychischen Problemen sind keine Ausnahme. Hollingshead & Redlich (1958) zeigten, daß der Zugang zur Behandlung und die Behandlung selbst durch soziale Schichtzugehörigkeit beeinflusst wurden.

Auch in Chile sind klassische Studien durchgeführt worden, wie z. B. von Aninat et al. (1981), die nachwiesen, daß nur ein kleiner Anteil der Menschen aus armen Bevölkerungsschichten bei psychischen Problemen professionelle Hilfe suchten. Einige der folgenden Faktoren verursachten diese geringe Hilfesuche: fehlende Information über die Hilfeangebote, Unkenntnis über die Hilfe, die erwartet werden konnte, und negative Einstellungen gegenüber den Versorgungseinrichtungen. Die negativen Einstellungen hingen teilweise mit Schamgefühlen zusammen angesichts der Tatsache, Hilfe zu benötigen, oder mit der fehlenden Wertschätzung oder der Zurückweisung der Psychotherapie als Lösungsalternative. Außerdem wurde nur ein Teil der begonnenen therapeutischen Behandlungen zu Ende geführt; viele wurden von seiten der Hilfesuchenden frühzeitig abgebrochen. Diesen Befund führten Aninat et al. auf die Erwartungen an die Hilfebeziehung zurück, die eher dem medizinischen Modell entsprachen: kurze Behandlungen, schnelle Symptombefreiung, Wunsch nach direktiven TherapeutInnen, die konkrete Lösungen anbieten, und nach Vergabe von Medikamenten. Bei männlichen Hilfesuchenden waren negative Einstellungen gegenüber der Behandlung psychischer Probleme besonders ausgeprägt. Männer entschlossen sich erst dann zur Hilfesuche, wenn sie unter schweren Störungen litten, etwa unter fortgeschrittenem Alkoholismus oder Psychose. Die hohe Abbruchrate betonen auch neuere Untersuchungen betont, z. B. Aranguiz & Melin (1994), die in einer Einrichtung des Bezirks Conchalí in Santiago de Chile eine Abbruchrate von 60% der begonnenen psychologischen Behandlungen fanden.

In anderen Untersuchungen wird darüber hinaus sichtbar, daß in armen Bevölkerungsgruppen nicht nur Zugangsprobleme und frühzeitiger Abbruch der Behandlungen häufiger auftreten, sondern daß sie bei erfolgtem Zugang gegenüber anderen Schichten in bezug auf die Diagnosen ein Handikap aufweisen.

So zeigten die Studien von Di Nardo (1975) und King (1978), daß die PatientInnen unterer Schichten schneller etikettiert wurden. Bei gleichem Verhalten wurden sie „kränker“ eingeschätzt als PatientInnen höherer Schichten, d. h. sie wurden häufiger als psychotisch diagnostiziert und weniger häufig als neurotisch oder normal. In Kings Untersuchung wurden außerdem Weiße häufiger als zwanghaft oder depressiv diagnostiziert, Farbige öfter als schizophoren oder borderline.

Untersuchungen über Hilfsangebote in armen Schichten zeigen auch Unterschiede in der Qualität der Behandlungen. In einer in Santiago de Chile durchgeführten Studie von Prado & Winkler (1987) wurden PsychologInnen aller Einrichtungen befragt, die in sechs als arm eingestuften Bezirken psychosoziale Hilfe anboten. Es handelte sich teils um staatliche, teils um private, durch ausländische Gelder finanzierte Hilfsangebote. Bei den staatlichen Einrichtungen war auffällig, daß die PsychologInnen als häufigste Aktivität die Diagnoseerhebung und die Einzelbehandlung angaben. Hingegen waren bei den anderen Einrichtungen die Gruppenbehandlungen und die präventiven Programme häufiger. Auch fiel auf, daß unter den professionellen HelferInnen große Unkenntnis über die soziokulturellen und psychologischen Merkmale der NutzerInnen herrschte. Obwohl die PsychologInnen beider Einrichtungstypen der Meinung waren, eine gemeindeorientierte Perspektive sei geeignet, den Forderungen und Bedürfnissen ihrer Zielgruppe zu entsprechen, hatten sie große Schwierigkeiten, diese Einstellung in konkrete Handlungen umzusetzen. Die Autorinnen der Untersuchung kamen zum Schluß, es sei notwendig, die Perspektive der NutzerInnen einzubeziehen, um die Effektivität der Hilfsangebote zu erhöhen.

In einer weiteren Studie (Winkler et al. 1988) wurde die Wahrnehmung der BewohnerInnen bezüglich der PsychologInnen untersucht. Es zeigte sich, daß deren Funktion unzureichend bekannt war bzw. diese professionellen HelferInnen kaum wahrgenommen wurden. Im Gegensatz zur Wahrnehmung der HelferInnen sahen die NutzerInnen eine „kulturelle Barriere“ zwischen beiden Gruppen. Sie stellten fest, es begrenze die Wirkung der Behandlung, daß die HelferInnen nicht auf ihre Lebensbedingungen einwirken konnten.

3. Soziale Repräsentationen psychologischer Intervention

Im folgenden werden die Ergebnisse einer Untersuchung dargestellt, die in zwei Bezirken von Santiago de Chile (Conchalí und Huechuraba) durchgeführt wurde, die durch Armut und extreme Armut gekennzeichnet sind. Zunächst sei kurz auf den Begriff „soziale Repräsentationen“ eingegangen, anschließend werden Methode und Ergebnisse der Studie dargestellt.

Der Begriff der sozialen Repräsentationen ist als theoretisches Werkzeug dieser Untersuchung zu verstehen. Er wurde von Moscovici 1961 mit einer Studie über soziale Repräsentationen der Psychoanalyse im Rahmen der französischen Sozialpsychologie eingeführt und bezieht sich auf das Bild und die Erklärungsmodelle, die eine bestimmte soziale Gruppe über ein Phänomen hat (Moscovici 1984). Jodelet (1984) legte eine umfassende Definition vor, die von Flick (1991, 20) ins Deutsche übersetzt wurde:

„Das Konzept der sozialen Repräsentation bezeichnet eine spezifische Bewußtseinsform – das Wissen des Alltagsverstandes –, dessen Inhalte die Wirkung von sozialen Entstehungs- und Funktionsprozessen verdeutlichen. Im weitesten Sinne bezeichnet es eine Form sozialen Denkens. Soziale Repräsentationen sind Modalitäten des praktischen Denkens, die auf Kommunikation, Verstehen und die Beherrschung der sozialen, materiellen und ideellen Umwelt gerichtet sind. In dieser Hinsicht stellen sie spezifische Typen in bezug auf die Organisation der Inhalte, auf die mentalen Operationen und auf die Logik dar. Die soziale Kennzeichnung der Inhalte oder Prozesse der Repräsentationen ist bezogen auf die Bedingungen und Kontexte, in denen die Repräsentationen zum Vorschein kommen, auf die Kommunikationen, durch die sie sich verbreiten und auf die Funktionen, die sie in der Interaktion mit der Welt und den anderen erfüllen.“

Als theoretisches Werkzeug ermöglichen soziale Repräsentationen die Erforschung der Bezüge zwischen mentalen und sozialen Elementen. Sie stellen eine Brücke dar zwischen Individuum, Kultur und Geschichte, zwischen subjektiven und sozialen Aspekten menschlichen Daseins (Moscovici 1984). Das Konzept wurde angewendet z. B. hinsichtlich sozialer Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit (Herzlich 1969; 1991; D'Andrade 1976; Flick 1991), psychischen Störungen (Jodelet 1986; 1991) und Psychotherapie (Winkler et al. 1993; Krause Jacob et al. 1994).

3.1 Methodisches Vorgehen

Die Studie wurde durchgeführt nach dem Ansatz der „grounded theory“ (Glaser & Strauss 1967; Strauss 1987; Strauss & Corbin 1990). Er wurde von seinen Autoren als induktive Methode zur Entwicklung von Theorie definiert. Da die Methode vor allem entdeckungsorientiert ist, ist sie für die Beforschung sozialer Repräsentationen besonders geeignet.

Daten sind die Transkriptionen siebzehn offener Einzelinterviews (Frauen und Männer unterschiedlichen Alters) und zweier Gruppeninterviews (eines mit acht Frauen, das andere mit sechs Männern). Die Auswahl der BewohnerInnen erfolgte „theoriegeleitet“; die aus der Datenanalyse entstehenden konzeptuellen Kategorien und Hypothesen bestimmten die sukzessiv auszuwählende Stichprobe. In dieser waren Menschen mit und ohne Erfahrung mit professionellen Hilfeangeboten⁴ vertreten. Alle InterviewpartnerInnen sollten Bewohner der Bezirke Conchalí und Huechuraba sein und als arm oder extrem arm eingestuft werden können. Zu diesen Daten kamen noch vier Gruppeninterviews (zwei pro Gruppe) mit den insgesamt acht Berater/TherapeutInnen der therapieerfahrenen InterviewpartnerInnen. In zwei Gruppeninterviews wurden erste Ergebnisse an die Professionellen rückgemeldet.

Die Auswertungsstrategie besteht im Prinzip aus einem Vergleich der Daten untereinander, der zur Entwicklung von Konzepten führt. Diese werden im weiteren Verlauf in Kategorien gruppiert, die zueinander in Beziehung gebracht werden. Da Konzepte und Kategorien sukzessiv entwickelt werden, erfolgen Datenerhebung, Auswertung und Analyse parallel.

3.2 Ergebnisse

Die Ergebnisse der Untersuchung können grob in zwei Bereiche unterteilt werden: Inhalte der sozialen Repräsentationen und Einflußquellen. In diesem Beitrag sollen vor allem die Inhalte näher dargestellt werden.

Inhalte der sozialen Repräsentationen

Die Inhalte der sozialen Repräsentationen psychologischer Hilfeangebote lassen sich in fol-

gende Bereiche unterteilen: Repräsentation der psychologischen Intervention, Konzeptualisierung der eigenen Probleme, Probleme, die die Hilfesuche rechtfertigen, und Repräsentation über die Erreichbarkeit der psychologischen Hilfeangebote.

Repräsentation der psychologischen Intervention

Im allgemeinen verfügen die InterviewpartnerInnen über wenig Information zu psychologischen Hilfeangeboten. Dadurch ist auch ihr Bild psychologischer Interventionsformen unscharf. Das deutet darauf hin, daß die der psychologischen Hilfe entsprechenden Begrifflichkeiten nicht im Alltagsverständnis der Menschen dieser Bevölkerungsgruppe enthalten sind. So ist es für die InterviewpartnerInnen schwierig zu beschreiben, „was“ psychologische Hilfe ist, aus welchen Vorgehensweisen sie besteht, welche Verfahren verwendet werden, um Menschen zu helfen, welche Eigenschaften die professionellen HelferInnen charakterisieren, oder konkrete Dinge wie Bezahlung, Dauer der Beratungsgespräche, Beendungskriterien usw.

„Der Zahnarzt zieht dir einen Zahn, der Psychologe ... ich weiß eigentlich nicht, was er tut ... man sagt ja, für alle Probleme, die man im Leben hat, aber welches sind die Lösungen, die einem der Psychologe anbietet?“

Es ist anzunehmen, daß psychologische Hilfe eher „kulturfremd“ für die Menschen dieser Bevölkerungsgruppe ist. Dadurch ist im Fall einer Problemsituation die Suche nach professioneller Hilfe bei PsychologInnen eher eine entferntere Möglichkeit. Während der Interviews wurde sogar mehrmals eine Definition der psychologischen Hilfeleistung von den InterviewerInnen gefordert. Die geringe Information über psychologische Hilfe ist somit ein hindernder Aspekt des Zugangs. Bemühungen, diese Information zu erweitern, halten auch die InterviewpartnerInnen selbst für zugangsfördernd. Ein Teilnehmer der Gruppeninterviews meinte belustigt:

„Aber wenn wir wirklich wüßten, was ein Psychologe ist: Ich glaube, daß wir alle dauernd bei ihm sein würden.“

Wird psychologische Intervention mit „Hilfe bei Problemen“ in Verbindung gebracht, ist dieser Bezug doch recht unspezifisch:

„Ich glaube, daß sie einem helfen müssen, weil, diese eine Frau ging dort hin und ihr wurde geholfen. Sie bekam keine Hilfe von ihren Familienangehörigen, und ich stelle mir vor, daß sie deswegen zu ihnen [den PsychologInnen] ging. Sie haben ihr sehr geholfen“.

Bei einigen InterviewpartnerInnen – vor allem bei jenen, die über Therapieerfahrung verfügen – ist die Vorstellung dieser Hilfeleistung etwas differenzierter. Sie meinen, daß psychologische Intervention vor allem aus Orientierungen und Ratschlägen besteht.

„Ich habe ihm immer gesagt, daß die Psychologen da sind, um den Menschen zu helfen, um Ratschläge zu geben.“

Eine andere Interviewpartnerin verbindet diese Idee mit den Vorstellungen bezüglich der Hilfe, die sie selbst bekommen möchte:

„Daß jemand mir einen Ratschlag gäbe, daß jemand mir sagte: ‚Sie müssen dies oder jenes tun‘, so daß er mir die Augen öffnete.“

Die Repräsentation der Hilfe als Rat und Orientierung steht mit der Vorstellung in Zusammenhang, daß PsychologInnen bei Alltagsproblemen helfen können.

„Ich erzähle ihnen [den Kindern], daß es [die psychologische Beratung] sehr gut ist, daß man dabei zu klaren Gedanken kommt. Die Dinge werden geklärt und sie bringen einem bei, zu leben.“

Ein Interviewpartner aus einem Gruppeninterview erläutert diesen Punkt folgendermaßen:

„[Der Psychologe] hilft einem, die Dinge auf den Punkt zu bringen, bezüglich des Lebens. Weil das Leben schwer ist. So lernt man, sich zu organisieren. Zum Beispiel bei Menschen, die Geldprobleme haben: Wenn sie nicht wissen, wie sie weiterkommen sollen, können sie dadurch lernen, sich besser zu organisieren.“

Dieses Bild psychologischer Hilfe wird mit der Erwartung großer Kenntnisse und Expertentum verbunden, die den PsychologInnen zugeschrieben werden. Die Aussagen einer Frau und eines Mannes veranschaulichen dies:

„Ich denke, daß sie einen anderen Standpunkt als ich haben oder mehr wissen. Ich glaube, daß sie dafür studiert haben, so daß sie einem helfen können emporzukommen, voranzukommen.“ – „Weil sie Experten dafür sind, die Menschen zu orientieren, ihnen das Alltagsleben zu vereinfachen.“

PsychologInnen werden demnach als professionelle HelferInnen gesehen, die über wert-

volle und für die Menschen relevante Kenntnisse verfügen. Diese rechtfertigen die Vergabe von Ratschlägen und Orientierungen, die – aus der Sicht der InterviewpartnerInnen – die wichtigsten Aspekte psychologischer Hilfeleistung sind.

Ein weiterer Aspekt des Bildes von psychologischer Intervention ist die Hilfebeziehung. Er beruht vor allem auf Interviewdaten jener Menschen, die über Hilfefahrung verfügen. Eine positive Entwicklung der Hilfebeziehung erfordert aus der Sicht der Hilfesuchenden Vertrauen bzw. ein Vertrauensgefühl, dessen Vermittlung von den Helfern ausgehen muß.

„Das erste, was ich gemerkt habe, war, daß ich jemanden gefunden hatte, dem ich meine Dinge erzählen konnte. Und ich gewann volles Vertrauen zu ihr.“

Das Vertrauen ist auch die Grundlage für die Entwicklung einer Beziehung, in der Inhalte vertraulich behandelt werden. – Für die Hilfesuchenden ist ferner das Gefühl wichtig, daß man mit ihnen freundlich und warm umgeht.

„Ich fand mich in einer andersartigen Beziehung wieder, in der ich das Gefühl hatte, als Mensch gut aufgehoben zu sein. Sogar die Weise, in der ich angesprochen wurde, war liebevoll.“

„Ich meine, daß eine Psychologin sanft zu sein hat. Sie müssen versuchen, uns zu helfen, nicht zu kritisieren. Das ist das, was ich am wichtigsten finde.“

Ferner wird geschätzt, wenn der (die) HelferIn zuhören kann, unterstützend ist und Verständnis für die eigenen Probleme aufweist.

„Ein Mensch, von dem man weiß, daß er da sein und einem zuhören wird. Er wird einem keine materielle Hilfe bieten, aber ein zuversichtliches Wort. Und dann kann man sagen: Ich muß vorwärtskommen.“

Die genannten Eigenschaften der Hilfebeziehung werden von den InterviewpartnerInnen im Begriff einer „besonderen Freundschaft“ zusammengefaßt. Damit ist zum einen die Nähe und das Vertrauen angesprochen, zum anderen auch das Expertentum der Helfer.

„Man sieht nicht unbedingt den Professionellen vor sich, sondern empfindet so etwas wie eine Freundschaftsbeziehung. So kann man dann alles aus sich herausholen.“ – „Die Psychologin ist wie eine Freundin, oder vielleicht mehr als eine Freundin, die mit einem redet. Sie versucht einem Mut einzuflößen, sie wertet einen als Person.“ – „Sie [die PsychologInnen] haben studiert, um

einem zu helfen, und die Juventina nicht. Sie ist die Freundin, die ich habe, und sie hat nicht dafür studiert. Es gibt Dinge, wo ich von ihr eine Antwort bekommen möchte, aber sie kann nicht.“

Konzeptualisierung der eigenen Probleme

In den Interviewdaten sind auch Konzeptualisierungen der Probleme enthalten, anhand derer Erklärungsmodelle herausgearbeitet werden können. Diese Erklärungsmodelle ermöglichen ein Verständnis der eigenen (und fremder) Probleme. Außerdem enthalten sie Information darüber, welche Probleme sich als „psychische Probleme“ definieren lassen und welche Begrifflichkeiten für diese Definition verwendet werden. Sie bestehen aus drei Arten von Elementen:

(a) Biographische oder aktuelle Gegebenheiten, die – aus der Sicht der Befragten – zur Entstehung des Problems beigetragen haben. Beispiele: Kindesmißhandlung, sexueller Mißbrauch in der Kindheit, Verlust der Eltern oder schwere Vernachlässigung durch die Eltern, Gewalt in der Partnerbeziehung, Alkoholismus oder Drogenabhängigkeit.

(b) Auslöser des Problems, wie die Geburt eines Kindes, Suizidversuch eines Familienangehörigen, Verlust eines nahestehenden Menschen, traumatische Naturereignisse.

(c) Darstellungsweise des Problems. Hier werden Formen wie „Nervenkrisis“, „Depression“ und Verhaltensstörungen genannt.

Des Weiteren kann zwischen drei Grundtypen von Erklärungsmodellen unterschieden werden: mechanistisch-unikausale, mechanistisch-multikausale und systemische Erklärungsmodelle. Im mechanistisch-unikausalen Erklärungsmodell werden kausale Beziehungen zwischen verschiedenen Elementen gesehen, es werden jedoch keine komplexen Assoziationen hergestellt. So wird ein Problem oder Symptom auf *eine* bestimmte Ursache zurückgeführt, aber nicht mit anderen Erfahrungen in Verbindung gebracht. Das läßt sich anhand eines Fallbeispiels veranschaulichen:

Der Interviewpartner ist ein junger Mann ländlicher Herkunft ohne Erfahrung mit psychologischen Hilfsangeboten. Er erzählt von einer Bekannten, die nach mehreren Suizidversuchen unter Halluzinationen ins Krankenhaus eingewiesen wurde. Er meint, daß ihre Probleme durch das mit dem Tod ihres Vaters verbundene Leid verursacht wurden, weil sie zu diesem Zeitpunkt begannen. „Vater und Tochter hingen zu sehr aneinander“, sagt er.

Später schildert er eine Situation, von der er selbst betroffen war. Während seiner Arbeit in einer Werkstatt wurde sein Arbeitgeber in seinem Beisein erschossen. Nach diesem Erlebnis litt unser Interviewpartner unter Angstzuständen, Schlaflosigkeit und depressiver Stimmung, Symptome, die er auf das erwähnte „Schockerlebnis“ zurückführt. Zu weiteren Lebensereignissen sieht er keine Beziehung.

Multikausale Erklärungsmodelle hingegen enthalten mehrere Elemente, von denen angenommen wird, daß sie das Problem gemeinsam herbeigeführt haben. Hier lassen sich auch, wie im folgenden Beispiel, kumulative Strukturen finden.

Eine etwa dreißigjährige Interviewpartnerin schildert, daß sie professionelle Hilfe aufsuchte, als sie aufgrund der Cholera-Erkrankung einer Freundin selbst begann, unter Todesängsten zu leiden. Diese sieht sie als Symptom einer „Nervenkrisis“. Die Krise führt sie auf mehrere Umstände zurück: Der Vater mißhandelte sie, die Mutter und ihre Schwestern körperlich. Als sie später heiratete, zog sie in das Elternhaus ihres Ehepartners, wo sie die Verantwortung über den gesamten Haushalt übernahm. Anschließend starb ihre Mutter, und in der folgenden Zeit begann ihr Ehemann sie zu schlagen. Sie erklärt: „Zu viel Anhäufung von Problemen, zu viele Jahre des Leidens.“

In systemischen Modellen hingegen stehen die Elemente, die zur Erklärung herangezogen werden, in Wechselwirkung zueinander. Diese Modelle sind vorwiegend bei Menschen mit Hilfeerfahrung zu finden. Vermutlich sind sie – wie auch beim folgenden Interviewpartner – auf diesen Einfluß zurückzuführen.

Der Interviewpartner ist ein etwa dreißigjähriger, therapieerfahrener Mann. Er erklärt der Interviewerin, daß er unter schweren Angstzuständen und Depressionen litt, als er den Entschluß faßte, professionelle Hilfe zu suchen. Dieser Zustand sei durch das Zusammentreffen mehrerer Umstände entstanden: zum einen eine Kindheit, in der er viel Verantwortung tragen mußte und sich gleichzeitig von den Erwachsenen vernachlässigt fühlte. Zum anderen kam er als junger Erwachsener in eine schwierige finanzielle Lage, die kritisch wurde, als er 1985 durch ein Erdbeben seine Wohnung verlor. Hieraus entwickelte sich ein Angstzustand mit starker körperlicher Symptomatik, durch den er arbeitsunfähig wurde. Er sagt, daß diese Arbeitsunfähigkeit sein Problem vertiefte und es zu einem Teufelskreis kam.

Probleme, die die Hilfesuche rechtfertigen

Bei den Problemen, die aus der Sicht der InterviewpartnerInnen professionelle Hilfe erfordern, kann formal gesehen in ihrer Kon-

zeptualisierung zwischen TrägerIn und Inhalt des Problems unterschieden werden.

In bezug auf den/die TrägerIn fällt auf, daß vor allem Kinder und Jugendliche als Problemträger definiert werden, an zweiter Stelle Frauen und erst an dritter Männer. Entsprechend erfolgt auch der Zugang zur professionellen Hilfe oft über Probleme der Kinder und Jugendlichen, z. B. Verhaltensstörungen oder mangelhafte Leistungen in der Schule.

„Er [der Sohn] war zu unkontrolliert. Den Lehrern gegenüber war er frech. Einmal hat er sogar Bücher aus einem Schulzimmer gestohlen.“

„Ich bin durch meinen Sohn dort [Beratungsstelle] hingekommen. Ich habe Zwillinge, es ist einer von ihnen, den ich meine. Er war 9 oder 10 Jahre alt, als ich ihn zur Behandlung brachte, weil er große Probleme hatte. Er war depressiv und versuchte sogar, sich umzubringen. Deswegen ging ich dort hin.“

Bezüglich der Inhalte ist zwischen therapieerfahrenen und nicht erfahrenen Menschen zu unterscheiden. Therapieerfahrene InterviewpartnerInnen führen mehr und unterschiedlichere Probleme auf, die die Hilfesuche rechtfertigen, als nicht therapieerfahrene. Therapieerfahrene unterscheiden zwischen „Nervenkrisen“, Familienproblemen, Orientierungsbedürfnissen, dem Bedürfnis, einen Intimbereich zu haben, Streß, traumatischen Ereignissen, Drogenkonsum, Verhaltensstörungen, Leistungsproblemen und Depression. Bei Erwachsenen werden vor allem „Nervenkrisen“ als Grund der Hilfesuche genannt, bei Kindern Verhaltensstörungen und Leistungsprobleme und bei Jugendlichen Verhaltensstörungen und Drogenkonsum.

Bezüglich der Nervenkrisen wird die Akkumulation von Belastungen erwähnt:

„... als ich hierher kam, war es, weil ich eine Nervenkrisis hatte ... Alles hat sich angehäuft und angehäuft, und als ich mein zweites Kind bekam, da erlitt ich eine Nervenkrisis.“

Die nicht therapieerfahrenen Menschen hingegen reden ganz allgemein von „Problemen“, ohne diese näher zu definieren. In einigen Fällen werden jedoch zusätzlich einige spezifische Störungen genannt. Darunter überwiegt die Vorstellung, daß die psychologische Hilfesuche mit „Geistesstörung“ verbunden ist.

„Mein Sohn hat immer zu mir gesagt, daß Psychiater und Psychologen für Verrückte da sind.“

Diese Vorstellung verändert sich durch eigene Therapieerfahrung oder durch den Einfluß der Erfahrungen von Menschen aus dem eigenen sozialen Netz.

„Wie ich Ihnen schon sagte, wenn davon die Rede ist, zum Psychologen zu gehen, dann denken sie [ihre Freundinnen] nicht, daß es ist wie zum Arzt gehen, sondern sie denken: ‚Ah, der glaubt, daß ich verrückt bin.‘ Und ich denke nicht so. Ich sage zu ihnen, daß ich früher genauso dachte, daß ich aber jetzt weiß, daß es nicht so ist. Zu meinen Freundinnen sage ich jetzt: ‚Und was denkst du jetzt, bin ich verrückt, oder nicht?‘ ‚Nein‘, antworten sie, ‚überhaupt nicht. Was Du sagtest, stimmte, nicht, was die anderen sagten.‘“

Auch definieren die Therapieerfahrenen die Probleme weniger „psychiatrisch“, stattdessen „psychosozial“ und alltagsbezogener.

A: „Ich reagierte falsch, immer suchte ich gleich den Streit, die Auseinandersetzung, die Aggression und all diese Dinge. Deswegen ging ich dort hin.“

F: „Meinen Sie, daß Sie wieder professionelle Hilfe suchen würden?“

A: „Ja.“

F: „Weshalb würden Sie wieder gehen?“

A: „Um ein Gespräch mit ihr zu haben, um mich auszusprechen. Es würde mir auch helfen als Unterstützung bei der Erziehung meines Sohnes, oder um mit meinem Mann reden zu können, wenn er im Irrtum ist oder manchmal ich selbst es bin.“

Erreichbarkeit der psychologischen Hilfsangebote

Im folgenden sollen Aspekte der Erreichbarkeit der Hilfsangebote genannt werden. Einige erleichtern den Zugang, während andere ihn versperren oder erschweren.

Durch die Massenmedien (Fernsehen, Radio, Presse) werden Informationen (wenngleich wenige) über psychologische Intervention verbreitet. Sie können als zugangserleichternd gesehen werden, weil sie eine Verbindung zwischen bestimmten Problemen und der psychologischen Hilfe herstellen. Außerdem werden in den Medien einige Aspekte der Tätigkeit von PsychologInnen dargestellt.

„Das Fernseh-Programm *Aló Eli*⁵ hat mir schon sehr geholfen ... Es gab dort Kinderärzte und Psychologen. Und die Zuhörer konnten, wenn z. B. der Psychologe sprach, dort anrufen und die eigenen Probleme schildern. So konnte man selbst von den Problemen anderer Menschen lernen und gleichzeitig hören, was die Psychologen dazu sagten. Da dachte ich: ‚Mensch, hoffentlich

wird mir nie das zustoßen, was ihr gerade passiert!‘ Dadurch habe ich viel gelernt, und später erzählte ich meiner Mutter, als sie von ihrer Arbeit zurückkam: ‚Weißt Du, heute im *Aló Eli* ist dies passiert, und die Psychologin hat das und das gesagt ...‘“

Ein zweiter Aspekt ist die Information über die im Bezirk existierenden Hilfsangebote. Sie ist jedoch gering und oft verzerrt, so daß sie eher als verhindernder Faktor wirkt. Einige der im Bezirk bestehenden Angebote sind im unmittelbaren Umfeld weitgehend unbekannt.

„Ich hatte keine Ahnung, daß sie dort psychologische Hilfsangebote hatten, weil nichts darauf hinweist. Das erste Mal habe ich mich sogar verlaufen, als ich es suchte. Obwohl ich so lange Jahre schon hier lebe, habe ich es nicht gefunden! Ich kam bis zur Polizeistation, und da haben sie mir gezeigt, wo es ist. Also ist es nicht sehr bekannt. Vor allem, weil es ein normales Haus ist, wo man zimal dran vorbeilaufen kann.“

Drittens ist die Information von Bedeutung, die über das medizinische Versorgungssystem und die Schulen weitergegeben wird. Beide – vor allem aber das medizinische System – sind die wichtigsten Informanten hinsichtlich des existierenden psychologischen Hilfsangebots. Somit fördern sie den Zugang zu den Beratungs- und Therapieeinrichtungen. Dies kann durch folgende Interviewauszüge veranschaulicht werden:

„Wegen einer Krise, die ich hatte, bzw. durch ärztliche Überweisung kam ich zum Psychologen. Da ich gerade mein Kind stillte, bekam ich keinerlei Medikamente und wurde statt dessen zum Psychologen geschickt.“

„Als ich von der Arbeit zurückkam, war mein Sohn auf der Erste-Hilfe-Stelle, weil er eine Überdosis Drogen zu sich genommen hatte. Von dort aus wurde ich zur Stelle für psychische Gesundheit geschickt. Dort gaben sie mir dann die Adresse der Beratungsstelle.“

Das folgende Beispiel verdeutlicht den Zugang über die Schule:

„Ich wurde von der Schule dort hingeschickt. Im ‚Orientierungsbüro‘ wurde ich über das Verhalten meines Sohnes aufgeklärt, und es wurde mir geraten, mit ihm zum Psychologen zu gehen. So habe ich es auch getan.“

Ein weiterer Aspekt, der den Zugang erleichtert, ist die Existenz therapieerfahrener Menschen im sozialen Umfeld. Hat ein Bekannter oder Verwandter Hilfeerfahrung, ist es für Betroffene weitaus naheliegender, professionelle Hilfe zu suchen, als wenn es diese Erfahrung im Umfeld nicht gibt.

„Unter Freundinnen unterhält man sich manchmal über seine Probleme: ‚Weißt Du, mir ist dies und jenes passiert ...‘, und dann sagt jemand: ‚Weißt Du, was Du tun kannst? Geh [zur Beratungsstelle], dort haben sie mir sehr geholfen; ich hatte fast die gleichen Probleme wie Du.“

Zugangsfördernd ist dieser Aspekt allerdings nur, wenn die Hilfeerfahrung positiv bewertet wurde.

Als schwerwiegende zugangshemmende Aspekte sind einige subkulturelle Merkmale zu sehen, die vor allem bei Männern auftreten. So z. B. Vorurteile gegenüber Menschen, die professionelle Hilfe suchen, weil sie entweder „verrückt“ sind oder als „schwach“ angesehen werden können. Auch „Machismo“ in der Form von: „Männer lösen ihre Probleme selber“ oder die Angst vor der kulturellen Fremdheit der professionellen HelferInnen wirken zugangshindernd. Wie das folgende Beispiel zeigt, erschweren Männer teilweise auch ihren Frauen den Zugang:

F: „Und Ihr Mann, meinen Sie, daß er kommen würde, wenn Sie es ihm sagen?“

A: „Nein, er würde nicht kommen.“

F: „Warum nicht?“

A: „Wenn er wüßte, daß ich hierher komme, dann würde er wütend werden. Er würde sagen, daß ich hier nur meine Zeit verliere und daß ich deshalb nachher mit dem Haushalt nicht fertig werde.“

Einflüsse auf soziale Repräsentationen psychologischer Intervention

Vorannahme ist der dynamische Charakter sozialer Repräsentationen, die sich in ständiger Konstruktion und Rekonstruktion befinden. Die Analyse der Interviewdaten ergibt zwei Haupteinflussquellen: die schon angesprochenen Massenmedien und die konkrete Erfahrung mit psychologischer Intervention, die eigene Erfahrung oder Erfahrung von Bekannten oder Angehörigen sein kann.

Einfluß der Massenmedien

Der Einfluß der Medien wirkt auf die Inhalte der Erklärungsmodelle der eigenen Probleme, des allgemeinen Bildes psychologischer Intervention, der Vorstellung ihrer Nützlichkeit und der Repräsentation der Vorgehensweise

in einer psychologischen Hilfeleistung. Außerdem kann die Information der Medien die Entscheidung zur Hilfesuche fördern.

Auch bieten die Massenmedien in Programmen, in denen Menschen ihre Probleme vortragen und von Professionellen beraten werden, den ZuschauerInnen oder HörerInnen die Möglichkeit „modellhaften Lernens“. Die InterviewpartnerInnen unterstreichen explizit die Wichtigkeit der Medien, indem sie von ihnen fordern, mehr Information über die psychologische Tätigkeit zu bringen. So sollten sie zeigen, „was“ ein Psychologe/eine Psychologin ist, wofür er/sie geeignet ist, wann man sich von ihm/ihr beraten lassen sollte, was während einer psychologischen Beratung/Therapie getan wird usw. In den Forderungen spiegelt sich auch der Mangel an Information:

„Es sollte ein Programm geben, z. B. im Radio. Ich würde es hören und würde dadurch verstehen und wissen, was ein Psychologe ist. Aber es gibt keines.“

„Es gibt Fernsehsendungen, in denen über verschiedene Dinge gesprochen wird. Dort könnten sie auch darüber sprechen, was ein Psychologe ist.“

Die von den Massenmedien vermittelten Botschaften und Informationen können auch direkt untersucht werden. So wurde in dieser Studie eine Zeitung (*La Cuarta*) analysiert, die vor allem in armen Bevölkerungsschichten gelesen wird und für die charakteristisch ist, daß sie an exponierter Stelle Nachrichten über Verbrechen, allgemeine Gewalttätigkeiten und sexuelle und mit Drogenkonsum verbundene Gewalttaten bringt. Auch werden verschiedene Heilangebote, u. a. magische, für unterschiedliche Alltags- (vor allem Liebes-) Probleme gemacht. Beide Aspekte haben eines gemeinsam: Sie vermitteln ein Weltbild, in dem die Ereignisse nicht unter der Kontrolle der Menschen stehen. Es wird eine grundsätzlich „gefährliche“, unvorhersehbare und unkontrollierbare Welt dargestellt, in der die einzelnen den Gewalttaten relativ hilflos ausgesetzt sind. In einer solchen Welt kann der Mensch höchstens auf Magie zurückgreifen, um den Versuch zu machen, die Probleme zu bewältigen. Dieses Weltbild wird Teil der sozialen Repräsentationen der Menschen und wirkt entsprechend auch auf die sozialen Repräsentationen psychologischer Hilfe. Allgemein kann man somit in den Massenmedien zwei gegensätzliche Einflüsse wahrneh-

men. Auf der einen Seite bieten sie Information über psychologische Hilfe an. Auf der anderen Seite jedoch vermitteln sie – vor allem einige der Medien, die in dieser Bevölkerungsgruppe vorwiegend wahrgenommen werden – ein Weltbild, das der Möglichkeit widerspricht, die Lebensprobleme mit eigenen Ressourcen zu bewältigen.

Einfluß der Erfahrung mit psychologischer Intervention

Die eigene Erfahrung mit Hilfsangeboten oder die nahestehender Menschen prägt die sozialen Repräsentationen der psychologischen Intervention in hohem Maße. Wie berichtet, ändert sich mit diesen Erfahrungen das eigene Problemverständnis und damit auch die Entscheidung darüber, welche Probleme psychologische Hilfe benötigen. Des weiteren werden bestimmte Vorurteile überwunden. Das betrifft vor allem das Vorurteil, daß hilfesuchende Menschen „psychisch gestört“ seien. Gleichzeitig werden aufgrund des Einflusses der Hilfeerfahrung die PsychologInnen als Professionelle gesehen, die bei Alltagsproblemen und bestimmten sozialen Problemen Hilfe leisten können. Bezüglich des Zugangs wird deutlich, daß der erste Kontakt zwar über das medizinische oder das Schulsystem erfolgt, daß die Menschen aber nach dieser Erfahrung bereit sind, ohne „Zwischenstufe“ oder Vermittlung psychologische Hilfsangebote aufzusuchen. Des weiteren werden durch die – positiv – erfahrene Hilfebeziehung neue Vorstellungen, Wünsche und Bedürfnisse entwickelt. Die Hilfebeziehung wird vorwiegend als ein Raum gesehen, der durch Nähe, Privatheit und Vertrauen gekennzeichnet ist und den sie im Alltag vermissen. So wird die Beziehung zum Psychologen/zur Psychologin als „eine ganz besondere Freundschaft“ beschrieben. Diese neue Form von Beziehung wirkt sich natürlich nicht nur auf die sozialen Repräsentationen psychologischer Intervention aus, sondern prägt auch allgemein die Vorstellungen über Beziehungen und damit auch die tatsächlichen Beziehungen im sozialen Umfeld. So geschieht es, daß zwei Frauen, die vor der Hilfeerfahrung aus Angst vor „Tratsch“ nicht über ihre Probleme redeten, es nach der erfahrenen Hilfe tun.

4. Diskussion

Im folgenden werden die Ergebnisse mit den eingangs angeführten Daten und Überlegungen zur Armutssituation in Beziehung gesetzt. Es konnte festgestellt werden, daß die Repräsentation psychologischer Intervention in der untersuchten Bevölkerungsgruppe durch Allgemeinheit und Unschärfe gekennzeichnet ist. Es wurden jedoch auch differenziertere Inhalte sichtbar, die auf den aktuellen Einfluß der Massenmedien und vor allem auf die direkte Erfahrung mit psychologischen Hilfsangeboten zurückzuführen sind. So sind in den Ergebnissen ältere wie neuere Repräsentationsanteile enthalten; es wird sichtbar, daß sich erstere verflüssigen, was auf den dynamischen Anteil sozialer Repräsentationen deutet. Die allgemeine Unschärfe steht mit einem Mangel an Information sowohl über konkrete Hilfeangebote als auch über die Charakteristika der psychologischen Intervention in Zusammenhang. Dieser Mangel ist – zumindest teilweise – auf die gesellschaftliche Randstellung dieser Bevölkerungsgruppe zurückzuführen. Hinzu kommen die kulturellen Unterschiede zu anderen Bevölkerungsgruppen, denn die psychologische Intervention enthält vorwiegend Elemente der Kultur dieser anderen Bevölkerungsgruppen und ist somit in der „Kultur der Armut“ eher eine „fremde“ Tätigkeit. Dieser Abstand ist im ersten Teil des Beitrags unter dem Begriff *kulturelle Barriere* (Winkler et al. 1988) diskutiert worden.

Theoretische Überlegungen zur Dynamik von sozialen Repräsentationen besagen, daß neue Gegebenheiten mittels ihrer Verankerung mit existierenden „Sinnkategorien“ oder Bedeutungen integriert werden (Moscovici 1984; 1993). So wird verständlich, daß diejenigen, die über keine direkte Erfahrung mit psychologischer Intervention verfügen, die Probleme, die eine Hilfesuche rechtfertigen könnten, entweder gar nicht differenzierter beschreiben, oder aber mit traditionellen psychiatrischen Kategorien („Verrücktheit“) zu erfassen suchen.

Anders, wenn Menschen den in den Ergebnissen aufgeführten Einflüssen ausgesetzt sind. Von diesen ist allerdings eher die Erfahrung mit psychologischer Intervention (und auch nur dann, wenn sie positiv bewertet wird) als die Information der Massenmedien

als Annäherung des kulturell Fremden zu werten. Die Massenmedien bringen zwar Information und Erfahrungsberichte, doch erstere ist unzureichend (sie bezieht sich nicht auf konkrete Angebote in bestimmten Stadtvierteln) und letztere zeigen selten die Probleme und Erfahrungen von Menschen aus armen Bevölkerungsschichten. Außerdem wird in der untersuchten Zeitung keine Information über psychologische Interventionsformen gebracht, dafür aber eine Vielfalt an „magischen Problemlösungsangeboten“. Durch diese Angebote und zusätzlich durch das Herausheben von Nachrichten über Katastrophen, Gewalt, sexuelle Verbrechen usw. wird ein Weltbild vermittelt, in dem der Mensch sich „Kräften“ ausgeliefert sieht, die er kaum mit seinen eigenen Ressourcen bewältigen kann. Dieses Bild steht zu den (Ideal-)Vorstellungen psychologischer Intervention in Widerspruch, die das Erlernen oder Entwickeln eigener Hilferessourcen zu fördern sucht.

Die zweite große Einflußquelle, Erfahrung mit psychologischer Intervention, kann (bei erfolgreicher Intervention) eher als Möglichkeit zur Überbrückung der kulturellen Barriere betrachtet werden. Das wird an einigen Effekten der Hilfeefahrung deutlich. So werden eigene Probleme differenzierter gesehen (es entstehen sowohl komplexere Modelle als auch unterschiedlichere Inhalte). Darin kann ein Beitrag der professionellen HelferInnen gesehen werden; bspw. zeigten mehrere der therapeutischen InterviewpartnerInnen ein „systemisches Problemerkklärungsmodell“, das der Therapietheorie der (auch befragten) PsychologInnen entspricht. An den Inhalten wird jedoch auch der Beitrag der hilfesuchenden Menschen sichtbar. Die durch die Hilfeefahrung differenzierter gesehenen Probleme entsprechen dennoch ihrer Lebenssituation; sie enthalten die Schwierigkeiten ihres durch die Armut geprägten Alltags. Die sozialen Repräsentationen der psychischen Probleme entwickeln sich von einem undifferenzierteren und psychiatrischeren zu einem differenzierteren, alltagsbezogeneren und psychosozialeren Pol hin. Somit enthalten die neueren Repräsentationen Anteile beider Subkulturen.

Daß ferner Hilfesuche an erster Stelle aufgrund der Probleme von Kindern und Jugendlichen erfolgt, kann auf einen schon erwähnten Aspekt der „relativen Armut“ bezogen

werden. Eingangs wurde gesagt, daß die „relative Armut“ sich von der „absoluten Armut“ u. a. darin unterscheidet, daß die Betroffenen aktiv versuchen, ihre Situation zu überwinden und diese Bemühungen vor allem die folgende Generation, die Kinder betreffen. Auf diesem Hintergrund wird verständlich, daß Erwachsene eher für ihre Kinder psychologische Hilfe suchen als für sich selbst.

Auch die Repräsentation der psychologischen Intervention und die der Hilfebeziehung sind vor dem Hintergrund der Armutssituation zu verstehen. Die Ergebnisse zeigen, daß bezüglich der Intervention vor allem Ratschläge und Orientierungen der professionellen HelferInnen positiv gewertet werden. Die HelferInnen werden als ExpertInnen gesehen, von denen die Lösung bestimmter Probleme erwartet wird. Hier liegt die Frage nahe, inwieweit die hohe Wertung der Expertenrolle der PsychologInnen nicht gerade durch die Armutssituation geprägt ist. Gissi (1990) weist darauf hin, daß die chronische Armutssituation zu einer unterwürfigen Haltung führen kann. Es ist ferner offensichtlich, daß die Massenmedien, vor allem das Fernsehen, das die Menschen fortwährend mit materiellen Dingen und mit Werten der mittleren und oberen sozialen Schichten konfrontiert, die damit als normativ dargestellt werden, den Menschen armer Bevölkerungsschichten kaum eine andere Möglichkeit lassen, als sich selbst als minderwertige Randgruppe zu definieren. Von dieser Annahme ausgehend sind HelferInnen aus der höheren sozialen Schicht (Moffat 1974; Gissi 1990) nicht nur die ExpertInnen, die über ein professionelles Wissen verfügen, das helfen könnte, Alltagsprobleme zu bewältigen, sondern sie könnten auch einen Zugang zur dominanten Kultur bieten.

Auf der Ebene der Hilfebeziehung und der Ergebnisse der professionellen Hilfe lassen sich weitere Bezüge zur Armutssituation herstellen. Die InterviewpartnerInnen schätzen die Nähe, den vertraulichen Umgang mit den Inhalten, das Vertrauensgefühl, das sie entwickeln können, die Tatsache, nicht kritisiert zu werden, Wärme und Unterstützung und einen „Raum für sich selbst“ zu Verfügung zu haben. Und sie verbinden eine erfolgreiche Intervention mit erhöhtem Selbstwertgefühl, einer veränderten Sichtweise der Probleme und neuen Verhaltensweisen. Ein Teil

dieser Aspekte läßt sich mit den unbefriedigten Bedürfnissen (Selbstwert, Sicherheit, Zugehörigkeit, Identität), die Gissi (1990) den Menschen in der Armutssituation zuschreibt, in Verbindung bringen. Andere genannte Aspekte, z. B. in der Hilfebeziehung einen eigenen, privaten „Raum“ zu gewinnen, hängen eng mit den materiellen Bedingungen der Armutssituation, in diesem Fall den engen Wohnverhältnissen, zusammen. Das macht auch den subjektiven Wert der Vertraulichkeit verständlich: In einem engen, übervölkerten Wohnviertel, in dem die Nachbarn zwangsläufig die eigenen Probleme miterleben, sind Privatheit und Vertraulichkeit, die die Hilfebeziehung bietet, von hohem Wert.

Abschließend soll noch einmal auf das Problem des Zugangs zur professionellen Hilfe in armen Bevölkerungsgruppen hingewiesen werden. Gerade hier, wo epidemiologische Untersuchungen die höchsten Raten psychischer Probleme zeigen, ist der Zugang zu professioneller Hilfe aufgrund der oben genannten Bedingungen erschwert. Sowohl der Mangel an Information als auch die kulturelle Barriere und vor allem auch das geringe Angebot an kostenlosen Hilfsangeboten sind Hindernisse bei der Hilfesuche. Das sollte als Herausforderung sowohl für die staatliche Gesundheitsplanung als auch für die Tätigkeit der professionellen HelferInnen gesehen werden.

Anmerkungen

- 1 Die Studie wird unter dem Titel: *Representaciones sociales de la ayuda psicológica en sectores pobres* mit chilenischen Forschungsgeldern (FONDECYT, Forschungsprojekt Nr. 1930700) an der Escuela de Psicología der Pontificia Universidad Católica de Chile durchgeführt. Weitere MitarbeiterInnen sind Cecilia Avendaño als Mitforscherin, Marcela Cornejo und Alvaro Soto als studentische MitarbeiterInnen und Rodrigo Uribe als Diplomand. Die Untersuchung besteht aus einem qualitativen und einem quantitativen Teil. Die dargestellten Ergebnisse beziehen sich auf den ersten; der zweite ist noch nicht beendet.
- 2 Altimir 1979, 1 f.
- 3 Nach Geertz (1987) kann Kultur als ein von Menschen selbstgesponnenes Bedeutungsgewebe gesehen werden. Die Bedeutungen werden in der sozialen In-

teraktion konstruiert und prägen auch die Gegenstände, die von der menschlichen Gesellschaft entwickelt werden (Prado 1988).

- 4 Hilfe bei psychischen Problemen wird in den genannten Bezirken von staatlichen wie von privaten (vom Ausland finanzierten) Einrichtungen angeboten. Professionelle HelferInnen dieser Einrichtungen sind vorwiegend PsychologInnen, Psychiater, SozialarbeiterInnen und AntropologInnen. Die Bezirke Conchalí und Huechuraba haben insgesamt 214 703 EinwohnerInnen (INE 1992). Sie verfügen über sieben Einrichtungen, die u. a. professionelle Hilfe bei psychischen Problemen anbieten (Arteaga 1992).
- 5 Dieses Programm wird täglich von 15 bis 16:30 Uhr gesendet. Verschiedene Experten werden eingeladen und nehmen zu bestimmten Problemen Stellung. Allerdings haben diese Probleme oft nicht viel mit denen zu tun, die das Leben in Armut mit sich bringt.

Literatur

- Altimir, O. (1979): *La Dimensión de la Pobreza en América Latina*. Santiago de Chile: Cepal
- Aranguiz, Paulina & Melin, Katrina (1994): *Deserción de pacientes en un centro comunitario de salud mental familiar de Santiago*. Diplomarbeit. Santiago de Chile: Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile
- Aninat, Magdalena, Duque, Marta, Krebs, Mónica, Manzi, Jorge & Zalaquett, Carlos (1981): *Psicoterapia en pacientes de nivel socioeconómico bajo: evaluación de un programa comunitario para el tratamiento de la neurosis*. Diplomarbeit. Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile
- Arteaga, Oscar (1992): *Diagnóstico y Plan Comunal de Salud de Conchalí 1992-1997*. Santiago de Chile: Documento informativo
- Concha, E. & Ibañez, P. (1989): *Desde el aislamiento hasta el encuentro con otros*. Diplomarbeit. Escuela de Trabajo Social de la Pontificia Universidad Católica de Chile

- Cortés, H. (1985): *Economía: Principios y Problemas*. Santiago de Chile: Teleduc
- Chateau, J. & Pozo, H. (1985): *Los Pobladores en el Area Metropolitana: Situación y Características*. Notas Técnicas, 71. Santiago de Chile: Cieplan
- D'Andrade, R. G. (1976): *A propositional analysis of U.S. American beliefs about illness*. In: Basso, K. H. & Selby, H. A. (eds.), *Meaning in Anthropology*. Albuquerque: University of New Mexico Press
- Di Nardo, P. (1975): *Social Class and Diagnostic Suggestion Variables in Clinical Judgement*. *Journal of Counseling and Clinical Psychology* 43, 362
- Dohrenwendt, B. P. (1975): *Sociocultural and social psychological factors in the genesis of mental disorders*. *J.H.S.B.* 16, 365
- Flick, Uwe (1991): *Alltagwissen über Gesundheit und Krankheit – Überblick und Einleitung*. In: ders. (Hg.), *Alltagwissen über Gesundheit und Krankheit: subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*, 9-27. Heidelberg: Asanger
- Freedman, H. & Giovannoni, J. (1969): *Social Psychology of Mental Health*. In: Lindzey, G. & Aronson,

- E. (eds.), *Handbook of Social Psychology*. New York: Addison-Wesley
- Geertz, Clifford (1983): *Dichte Beschreibung: Beitrag zum Verstehen kultureller Systeme*. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Glaser, Barney G. & Strauss, Anselm L. (1967): *The Discovery of Grounded Theory*. Chicago: Aldine
- Gissi, Jorge (1986): *Psicosociología de la Pobreza*. Santiago de Chile: Cuadernos EPUC
- diers. (1989): *Identidad Latinoamericana: Psicología y Sociedad*. Santiago de Chile: Psicoamérica
- diers. (1990): *Psicoantropología de la pobreza*. Santiago de Chile: Impresión Gráfica Andes
- González, M. (1978): *Epidemiología de los trastornos mentales en Bogotá*. Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina, 24.
- González, R. (1983): *Sociología de la profesión psiquiátrica*. In: Páez, D. (Hg.), *Salud mental y factores psicosociales*. Madrid: Fundamentos
- Herzlich, Claudine (1969): *Santé et Maladie (Analyse d'une Représentation sociale)*. Paris: Mouton
- dies. (1991): *Soziale Repräsentationen von Gesundheit und Krankheit und ihre Dynamik im sozialen Feld*. In: Flick, U. (Hg.), *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*, 293-302. Heidelberg: Asanger
- Hollingshead, A. B. & Redlich, F. C. (1958): *Social Class and Mental Illness: A Community Study*. New York: Wiley
- INE (1992): *Resultados generales censo de población y vivienda*. Chile
- Jodelet, Denise (1984): *Représentations Sociales: Phénomènes, concepts et théorie*. In: Moscovici, S. (ed.), *Psychologie sociale*, 357-379. Paris: Presse Universitaire Française
- dies. (1986): *Civils et Bredins: Représentation de la maladie mentale et rapport à la folie en milieu rural*. Thèse de Doctorat d'État, École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris
- dies. (1991): *Soziale Repräsentationen psychischer Krankheit in einem ländlichen Milieu in Frankreich: Entstehung, Struktur, Funktionen*. In: Flick, U. (Hg.), *Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit: subjektive Theorien und soziale Repräsentationen*, 169-292. Heidelberg: Asanger
- King, L. (1978): *Social and Cultural Influences on Psychopathology*. USA: A.R.P.
- Krause Jacob, Mariane (1992): *Erfahrungen mit Beratung und Therapie – Veränderungsprozesse aus der Sicht von KlientInnen*. Freiburg: Lambertus
- dies. (1994): *Psicología Comunitaria en América Latina*. In: Buela-Casal, G. (Hg.), *Manual de Programas de Promoción de la Salud*. Madrid: Siglo XXI (i. Dr.)
- dies., Uribe, Rodrigo, Winkler, María I. & Avendaño, Cecilia (1994): *Caminos en la búsqueda de ayuda psicológica*. Psykhe 3 (i. Dr.)
- Lewis, Oscar (1972): *La Cultura de la Pobreza*. Barcelona: Anagrama
- Matte, Patricia & Cahmi, Rosa (1994): *Nuevos desafíos para superar la pobreza*. In: Larroulet, C. (Hg.), *Latareas de hoy. Políticas sociales y económicas para una sociedad libre*. Santiago de Chile: Zig-Zag
- Max-Neef, Manfred & Hopenhayn, Martin (1986): *Economía a Escala Humana*. Santiago de Chile: Cepaur
- Moffat, Alfredo (1974): *Psicoterapia del oprimido*. Buenos Aires: Ecro
- Montenegro, Hernán (1992): *Retardo Mental Sociocultural*. Psykhe 1, 5-14
- Moscovici, Serge (1961): *La Psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presse Universitaire Française
- diers. (1984): *The phenomenon of social representations*. In: Farr, R. M. & Moscovici, S. (eds.), *Social representations*, 3-69. Cambridge: University Press
- diers. (1993): *Introductory Address. Papers on Social Representations 2*, 160-170
- Páez, Darío, Basabe, Nekane, Cardaño, Amparo & Celorio, María J. (1986): *La clase social como factor psicosocial explicativo*. In: Páez, D. (ed.), *Salud mental y factores psicosociales*, 55-66. Madrid: Fundamentos
- Prado, María Teresa (1984): *Conceptos Básicos de Antropología*. Ms. Santiago de Chile: Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile
- dies. & Winkler, María Inés (1987): *La actividad psicológica en sectores populares*. Endbericht des Forschungsprojekts DIUC f/18-1986, Santiago de Chile
- Rivera, Diana (1986): *La Tesis de Oscar Lewis Sobre la Cultura de la Pobreza y su Traducción a Teorías Sociales Contemporáneas: Un Modelo Comprensivo de la Psicología del Pobre*. Diplomarbeit. Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Chile
- Rojas Mackenzie, Rodrigo (1990): *La salud psicosocial en América Latina: un enfoque epidemiológico*. In: Riquelme, H. (ed.), *Buscando América Latina-Identidad y participación psicosocial*. Caracas: Editorial Nueva Sociedad
- Rozas, Germán (1990): *Hacia un desarrollo económico y psico-social para Chile*. Kongreßbeitrag, „Seminario sobre la Realidad Nacional“. Universidad de Santiago de Chile: Centro de Eventos Nacionales e Internacionales
- Samuelson, P. (1985): *Curso de Economía Moderna*. Madrid: Aguilar
- Strauss, Anselm L. (1987): *Qualitative Analysis for Social Scientists*. Cambridge: University Press
- diers. & Corbin, Juliet (1990): *Basics of qualitative research*. Newbury Park: Sage
- Torche, A. (1983): *Construcción de una Tipología para el Diseño y Evaluación de Políticas hacia el Sector de Extrema Pobreza*. Ms. Instituto de Economía de la Pontificia Universidad Católica de Chile
- Weinstein, Luis (1989): *Los jóvenes dañados*. Revista Mensaje, 385
- Winkler, María Inés, Prado, María Teresa, Muñoz, Mario, Cáceres, Claudia & Casanueva, Cecilia (1988): *Percepción del rol del psicólogo en sectores populares*. Endbericht, Forschungsprojekt DIUC 78/88, Santiago de Chile
- Winkler, María Inés, Avendaño, Cecilia, Krause Jacob, Mariane & Soto, Alvaro (1993): *El cambio psicológico desde la perspectiva de los consultantes*. *Terapia Psicológica* 20, 7-19