

Horacio Riquelme U.

Nicaragua:

Psychosoziale Versorgung im Aufbauprozess

1. Ausgangsbedingungen

Es ist allgemein bekannt, daß Nicaragua sich bereits 1980 zu dem programmatischen Ziel der Weltgesundheitsorganisation »Gesundheit für alle im Jahre 2.000« offiziell bekannt und dafür eine grundlegende Neugestaltung der Gesundheitsversorgung vorgenommen hat. (s. Tabelle 1). Das überrascht wenig, wenn man berücksichtigt, daß das sogenannte Entwicklungsland Nicaragua auf eine neue Gesellschaftsform hinstrebt, in der die direkte Beteiligung der Bevölkerung am Aufbauprozess und die Befriedigung der Grundbedürfnisse — darunter ebenso Gesundheit — die Basis der Garantie für gerechte soziale Strukturen bilden sollen¹.

Neu ist indessen die ausdrückliche Einbeziehung des psychosozialen Sektors in den konzeptionellen Aufbau der Basisgesundheitsversorgung, denn es soll nicht nur — wie fast überall üblich — für die Förderung und Aufrechterhaltung der Gesundheit allein im organischen Sinne gesorgt werden, vielmehr wird von einem Konzept der integralen Gesundheit ausgegangen und dementsprechend die psychische Gesundheit (Salud Mental) ebenbürtig einbezogen.

Im Regierungsprogramm² heißt es zur Salud Mental:

»Die psychischen Erkrankungen entstehen auf eine ähnliche Art und Weise wie die anderen Erkrankungen des Menschen: Ihre Ursachen liegen in Störungen der Interaktion zwischen dem Individuum und der natürlichen bzw. sozialen Umwelt und sollen aus dem jeweiligen historischen Kontext heraus verstanden werden.«

Entsprechend dem Grundsatz einer allgemein zugänglichen Gesundheitsversorgung wird bekundet und postuliert:

»Die psychische Gesundheit ist ein Recht des Individuums und wird zu einer Verpflichtung des Staates. Die Revolution und ihre aufkeimenden Institutionen vollbringen unzählige Aktivitäten, die zu einer besseren psychischen Gesundheit in der Bevölkerung führen, wenschon dieses keine spezifische Zielsetzung bildet.«

Diese ausdrückliche Berücksichtigung der psychosozialen Gesundheitssituation offenbart m.E. die Bereitschaft, die latente Brisanz des Problems öffentlich wahrzunehmen und dadurch eine fortdauernde Diskussion auf allen Ebenen in Gang zu setzen, um zu einem neuen Umgang der Bevölkerung mit der psychischen Gesundheit und deren Bedingungen beizutragen.

Dieser programmatische Anspruch konfrontiert aber auch damit, daß die gegenwärtigen Ressourcen zur Gewährleistung einer allgemein zugänglichen psychosozialen Gesundheitsversorgung einfach unzureichend sind

Tabelle 1

DER NATIONALE EINHEITLICHE GESUNDHEITSDIENST / S.N.U.S.	
Grundsätze:	Gesundheit wird als Recht aller Bürger und Verantwortung des Staates und der organisierten Bevölkerung betrachtet.
	Gesundheitsdienste werden der Gesamtbevölkerung zugänglich gemacht und streben die Befriedigung ihrer Grundbedürfnisse an.
	Die Gemeinschaft soll an allen Aktivitäten des einheitlichen Gesundheitsdienstes teilnehmen; hier ist für eine kontinuierliche Verständigung über die Bedürfnisse der Bevölkerung und über die Patientenbehandlung durch die Tätigkeit der Volksgesundheitsräte Sorge zu tragen.
	Die Forschung soll eine optimale Nutzung der zur Verfügung stehenden Ressourcen veranlassen, damit der notwendigen Effizienz in Zeiten langandauernder Knappheit Rechnung getragen und gleichzeitig die Basis für die wissenschaftliche Entwicklung und Weiterbildung gelegt wird.
Organisation:	Das Gesundheitsministerium ist in Unterabteilungen für Prävention, Basisversorgung, Gesundheits-erziehung, Medikamente, psychische Gesundheit und Fortbildung gegliedert.
	Die Versorgungsgebiete verfügen über regionale Koordinationsleitungen mit dezentralisierten Handlungsbefugnissen und Verantwortung für die lokale Gesundheitsversorgung.
	Die Versorgungsareale umfassen 15 - 80.000 E. je nach geographischen Charakteristika und Zugänglichkeit und tragen zu einer kohärenten Entfaltung der Gesundheitsversorgung vor Ort durch die Einbeziehung der lokalen Bevölkerung bei.
	Infrastrukturelle Koordinierung erfolgt auf drei Ebenen: Krankenhäuser, Gesundheitszentren mit Betten und einfache Gesundheitsposten.
	Es erfolgen integrative Bemühungen zwischen dem Fachpersonal (Ärzte, Krankenpfleger und Hilfspersonal) und anderen "nicht technischen" hier Tätigen mit einer Basisausbildung, die problemorientiert ausgebaut wird (Gesundheitsbrigadisten und traditionelle Hebammen).

QUELLEN: MINSA, 1983, & Tognoni, 1984

und neue Schwerpunktsetzungen auf präventive Tätigkeit, vor allem aber auch auf kontinuierliche Partizipation der Bevölkerung erforderlich machen³.

Zum Verständnis für die heutige schlechte Situation in der psychosozialen Gesundheitsversorgung wird auf die systematische Pauperisierung des Landes und seiner Institutionen unter Somoza hingewiesen. Die psychische Gesundheit erfuhr damals so gut wie keine Beachtung in der öffentlichen Gesundheitsplanung. Die gesamte Gesundheitsversorgung war hauptsächlich marktwirtschaftlich ausgerichtet und konnte nicht mehr als 30% der nicaraguanischen Bevölkerung strukturell erreichen. Sämtliche Merkmale einer auf privatem Kapital fußenden Gesundheitsversorgung konnten in der damaligen Gesundheitspolitik und deren Auswirkungen exemplarisch beobachtet werden.

Einige Folgen davon werden in der Tabelle 2 sichtbar. So sind die starke Konzentration des medizinischen Personals auf die Städte, die sowohl absolut als auch relativ gegenüber der Ärztezahl extrem geringe Anzahl von Krankenschwestern und Hebammen und die Vernachlässigung von hygienischen Maßnahmen — wie z.B. der Trinkwasserversorgung — strukturelle Charakteristika dieser Form der medizinischen Versorgung, die allein

Tabelle 2

EINIGE INDIKATOREN ZUR GESUNDHEITSSITUATION			
		1978	1983
Lebenserwartungsrate		52,6 J.	57,6 J.
Sterblichkeitsrate		16,4 ‰	11,1 ‰
Kindersterblichkeitsrate		ca. 130,0 ‰	88,2 ‰
Impfkampagnen bei Kindern (bis zum 1. Lebensjahr und nach 1981)	Diphterie		61,5 %
	TBC		65,2 %
	Polio		83,1 %
Verhältnis Einwohner/Arzt (Stand 1980)	durchschn.		1833
	städtisch		986
	ländlich		4063
Verhältnis Einwohner/ Krankenschwester und Hebammen (Stand 1980)	durchschn.		3183
	städtisch		1844
	ländlich		6158
Trinkwasserversorgung % der erreichten Bevölkerung	städtisch	?	68,8 %
	ländlich	?	6,2 %
Anteil des Staatsbudget für	Erziehung	?	12,2 %
	Gesundheit	?	12,0 %
Analphabetenquote		über 50,0 %	ca. 13,0 %
Verhältnis Einwohner/ psychosoziales Team		-	ca. 200.000

QUELLEN: MINSA, 1983, & Tognoni, 1984

für die kurative Behandlung der kleinen Schicht zahlungsfähiger Klienten in einem verarmten Land aufzukommen hatte⁴.

Diese Tabelle erlaubt einen Vergleich zwischen den Jahren 1978 und 1983. Sie zeigt erstmal die Misere der Gesundheitssituation unter Somoza auf. Hierin lassen sich nunmehr Fortschritte u.a. in Hinblick auf die Kindersterblichkeitsrate (von ca. 130‰ in den 70er Jahren auf 88‰ 1983) und die umfassenden Impfkampagnen (die Polio ist 1982/3 ausgerottet worden) nachvollziehen. Für die soziale Situation im Neuen Nicaragua ist die Bedeutung von Erziehung und Gesundheit kennzeichnend, im jetzigen Regierungskonzept wird dies mit einem Anteil am Staatsbudget von jeweils 12 % konkret dokumentiert⁵.

Das in der Tabelle 2 aufgezeigte Verhältnis von durchschnittlich 200.000 Einwohnern pro psychosoziales Team 1983 macht die kraß defizitäre Versorgungswirklichkeit deutlich; es spornt aber auch an zu verfolgen, wie die psychosoziale Versorgung im Neuen Nicaragua — trotz Knappheit — aufgebaut wird und alltäglich arbeitet; Die Ausgangslage war gekennzeichnet zum einen durch eine geringe Anzahl von Fachkräften für Psychotherapie (ca. 60 Psychologen, ca. 30 Psychiater und weniger als 10 Fachkrankenschwestern), von denen zudem viele Privatpraxen betrieben und für eine Allgemeinversorgung nur bedingt zu gewinnen waren, und zum anderen durch ein 45 Jahre altes Irrenhaus in der Hauptstadt, das lange schon allein wegen der Unfallgefährdung durch die verfallenen Gebäude als Krankenstätte untauglich geworden war. Hier wurden an die 400 Patienten über Jahrzehnte hinweg untergebracht, von denen vielfach weder Name noch Aufnahmediagnose und -datum registriert worden waren. Es verwundert wenig, daß dieses psychiatrische Krankenhaus als ein Ort der Vergessenheit von der Bevölkerung wahrgenommen wurde und hinsichtlich der therapeutischen Wirksamkeit wenig überzeugte. Darüber hinaus ist die beständige Tätigkeit unzähliger Curanderos, Yerbateros und Brujos (traditionelle Heiler, Kräuterkundige und »Hexer«) zu erwähnen, von denen nur indirekt zu erfahren ist, daß sie hellseherisch-diagnostische Aktivitäten u.a. mit Hilfe von Karten und Muscheln oder suggestive bzw. rituelle Behandlungen durchführen. Sie werden zwar in keiner Statistik erwähnt, jedoch dürfte ihre Tätigkeit neben der Großfamilie als breites Beziehungsgeflecht noch heute für eine Form psychischer Stabilität Sorge tragen, die große Bedeutung in dem gegebenen historischen und soziokulturellen Kontext erlangt hat und bislang in Gestaltung und Konsequenzen nicht erforscht worden ist.

2. Salud Mental: Programm und Strategie

Die Unterabteilung Salud Mental wurde bereits 1980 im Gesundheitsministerium mit der fachlichen Förderung der psychischen Gesundheit beauftragt.

Ihre programmatische Zielsetzung wird folgendermaßen definiert:

»Die psychische Gesundheit ist als Ausdruck integralen Wohlbefindens zu verstehen. Sie erlaubt dem Menschen, sein Leben aktiv zu gestalten, das heißt, am gesellschaftlichen Entwicklungsprozeß kreativ teilzunehmen, indem er fähig ist, den vielfältigen Lebensereignissen mit Gleichmut und Entschlossenheit gegenüberzutreten ...«

Diese Unterabteilung sollte sich wie üblich mit Aufgaben der Prävention, Behandlung und Rehabilitation im psychosozialen Bereich befassen, aber ebenso Beratungsarbeit bei der neuen Gesetzgebung und Zusammenarbeit mit anderen Ministerien (z.B. Erziehungs-, Sozialministerium) leisten⁶.

Salud Mental entwickelte daraufhin ein Konzept, in dem zum einen die Teilnahme der Gemeinschaft als unabdingbare Voraussetzung für die Förderung der psychischen Gesundheit gefordert wird, und das zum anderen die Versorgung durch die Tätigkeit interdisziplinärer Teams (bestehend u.a. aus Psychiatern, Psychologen, Sozialarbeitern, Krankenschwestern) versucht. Programmatisch werden dabei drei Schwerpunkte gesetzt:

1. Die Versorgungstätigkeit sollte auf die Provinzen ausgedehnt werden, um den psychisch Kranken fachliche Betreuung vor Ort und innerhalb des eigenen sozialen Geflechts zukommen zu lassen sowie dem bislang bestehenden Zentralismus entgegenzuwirken.
2. Die Patienten des psychiatrischen Krankenhauses sollten umgehend untersucht werden, um über mögliche Rehabilitations- und Behandlungsformen zu entscheiden. Ihre Identität und Herkunft sollte ermittelt werden. Des weiteren sollten die materiellen Lebensbedingungen im Krankenhaus verbessert werden (hierunter fielen u.a. längst notwendig gewordenene bauliche Reparaturen sowie neue Kleider und besseres Essen für die stark vernachlässigten Patienten.)
3. Es sollte in Gang gesetzt werden sowohl eine systematische Fortbildung des gesamten Personals in Form von Seminaren, Kursen etc. als auch eine Sensibilisierung der Allgemeinbevölkerung für psychosoziale Belange durch Soziodramen⁷ und Comic-Strips⁸, die über Entstehung und Bedeutung psychischen Leidens informieren.

Da in Nicaragua fast alle psychotherapeutischen Schulen durch einzelne Vertreter präsent sind (die Fortbildung von Psychiatern, Psychologen und Fachkrankenschwestern erfolgte bis vor kurzem ausschließlich im Ausland), ermöglichte diese konzeptionelle und programmatische Schwerpunktsetzung, die richtungsweisend wirkte, die Einbeziehung einiger Internationalisten⁹ aus Lateinamerika, Spanien und Italien in die psychosoziale Versorgungstätigkeit, ohne daß dabei die bestehenden Unterschiede des psychokulturellen Hintergrunds und der fachlichen Entwicklung zu wichtigen Störfaktoren in der Zusammenarbeit geworden wären. Vielmehr ergab sich hier eine Gelegenheit, durchaus konträre Ansichten im psychiatrischen Breich im Diskurs auszutragen und dabei die eigenen Grenzen zu überprüfen und in Zusammenarbeit mit den anderen zu überschreiten versuchen¹⁰.

3. Programmumsetzung

Die Erfüllung des Programms zur psychosozialen Versorgung ist bezüglich der drei genannten Schwerpunkte folgendermaßen vonstatten gegangen:

Zu 1.: Seit 1982 und bis heute wurden in den meisten Provinzhauptstädten Ambulatorien oder Zentren der psychosozialen Versorgung (CAPS: centros de atención psicosocial) errichtet¹¹. Interdisziplinäre Teams erfüllen hier die Aufgaben

- a) der *Prävention* — durch öffentliche Vorträge, Diskussionsrunden und Soziodramen über Themata der psychischen Gesundheit vor Ort, das heißt, in Fabriken oder der Nachbarschaft und in Zusammenarbeit mit den lokalen Organisationen;
- b) der psychiatrisch/psychotherapeutischen ambulanten *Behandlung* — Durchführung von gruppen- und familientherapeutischen Sitzungen, von psychopharmakologischer Behandlung und Arbeitstherapie;
- c) der *Rehabilitation* — u.a. Förderung der Reintegration ehemaliger Patienten des Irrenhauses.

Da die Ambulatorien von Salud Mental den örtlichen Polikliniken zugeordnet sind, wird der Anspruch auf die Förderung ganzheitlicher Gesundheit auf eine schlichte Art sichtbar gemacht. Hier wird eine psychosoziale Versorgung durchgeführt, die auf interdisziplinär-integrative Behandlung und nicht auf Normierung und Ausgrenzung hinarbeitet und deswegen das Vertrauen der Bevölkerung erreichen kann. Dementsprechend ist die Resonanz bei den Bewohnern, die sich an der Arbeit in den Polikliniken, mitunter also auch der Salud Mental, beteiligen, sie setzen sich ebenso offen und bereitwillig mit den präventiven reintegrativen Aktivitäten von Salud Mental wie z.B. mit der Mutter-Kind-Versorgung auseinander. Die CAPS stehen jedem Besucher offen, der sich über ihr Tun vor Ort informieren will. Ihre Mitarbeiter sind sehr freundlich und aufgeschlossen. Aus den jährlichen Berichten der CAPS lassen sich spezifizierte Ergebnisse dieser dezentralisierten psychosozialen Versorgung entnehmen, die die gute Aufnahme bei der Bevölkerung und den Fortschritt bei allen hier eingeleiteten Aufgaben der psychosozialen Versorgung dokumentieren und Anlaß zu der Annahme bieten, daß diese die maßgebliche Form der Förderung und Behandlung der psychosozialen Gesundheit auch in Zukunft sein wird. Diese Zentren sind materiell jedoch sehr knapp ausgerüstet und personell fast minimal besetzt (was allerdings durch die freiwillige Tätigkeit vieler lokaler Laien gemildert wird.).

Allein die gute Zusammenarbeit der interdisziplinären Teammitglieder untereinander und mit der Bevölkerung dürfte die Unzulänglichkeiten in der Organisation bewältigen helfen und sichtbare Zufriedenheit bei den Akteuren dieses Versuchs aufkommen lassen, denn ohne diese würden sie ihr übermäßiges Arbeitspensum wahrscheinlich weniger kreativ gestalten, möglicherweise allzubald vor den großen Schwierigkeiten kapitulieren.

Zu 2.: Die Reform des psychiatrischen Krankenhauses stieß von Anfang an auf große Hindernisse mangels qualifizierten Personals, aber auch angesichts der geringen materiellen Ressourcen, die diesen Betrieben zur Verfügung gestellt werden konnten. Nichtsdestoweniger läßt die Reform der Anstalt kurzfristige und längerfristige Zielsetzungen in ihrem Werdegang erkennen.

Kurzfristig wird eine Institution angestrebt, in der therapeutische Aktivitäten und humane Lebensbedingungen den Vorrang haben. Bezeichnend für die Ausgangssituation war die Namenlosigkeit vieler langinternierter Patienten. Man mußte sich vielfach auf Zeitungsanzeigen stützen, um überhaupt Auskünfte über Identität und Ursprungsort vieler Insassen zu bekommen. Heute gilt es sowohl die lange Zeit der Trennung zwischen Insassen und Bevölkerung zu überwinden, um Voraussetzungen für die Reintegration zu schaffen, als auch die miserablen und durchaus erniedrigenden Lebensbedingungen der Patienten so grundlegend zu verändern, daß die Aufnahmekapazität der psychiatrischen Anstalt nicht nur durch den Tod von Patienten (noch 1977-78 soll eine Sterblichkeitsrate von ca. 10 % bei den Insassen bestanden haben), sondern durch reguläre Entlassungen entsteht.

Als ein gutes Beispiel für die Bemühungen zur vollständigen Reintegration langjähriger Irrenhauspatienten kann deren Teilnahme an der Kaffeearnte in den letzten Jahren gelten, denn die Patienten konnten und können dadurch die Möglichkeit einer aktiven Beteiligung am sozialen Prozeß überprüfen, sich dabei von den anderen Erntehelfern gleichberechtigt behandelt wahrnehmen und erstmalig die Ablösung aus der institutionellen Abhängigkeit selbst in die Wege leiten. Aus dem Erfahrungsbericht¹² läßt sich etwas davon spüren:

»Am Samstag, Zahntag, wurde nicht gearbeitet. Die Patienten bekamen ihren jeweiligen Lohn mit den anderen Arbeitern der Finca zusammen ... Der Ausdruck eines jeden beim Lohnempfang zeigte allzudeutlich die Zufriedenheit darüber, sein Leben vollwertig zu gestalten.«

Längerfristige Zielsetzung der Reform der Anstalt ist die allmähliche Übertragung der psychosozialen Versorgungsverantwortung auf die Ambulatorien, wobei die heutige psychiatrische Anstalt einige spezialisierte Zentren der ambulanten Versorgung beherbergen soll.

Aus der Schilderung eines italienischen Teams¹³, das auf einer Station für Langzeitpatienten im Irrenhaus von Managua tätig war, läßt sich dieser Prozeß nachvollziehen:

»In der ersten Zeit wurden mit den 80 Patienten Vollversammlungen abgehalten. Dies gab man aber bald auf, um mehr Zeit für die rehabilitativen Programme zu haben. Nach und nach gab der Patient seine anonyme Anpassung auf und äußerte Vorlieben, Anfragen, Bedürfnisse hinsichtlich der Beziehung zu den neu angekommenen Mitarbeitern und deren Arbeitsweise in der Abteilung: keine strenge Rollen-

trennung, keine Diskrepanz zwischen Worten und Gesten des Patienten und denen des Mitarbeiters. Bald wurde die Kleidung der Patienten in Ordnung gebracht, gab man ihnen viel Zeit für Zusammenkünfte, kannte man die familiäre Situation und begann man mit Ausflügen in die Stadt. Es wurde sehr schnell ein nicaraguanisch-italienisches multidisziplinäres Team geschaffen, das äußerst agil und aktiv war. Als die Patienten der Abteilung sich gut an das neue Team gewöhnt hatten, wurde spezieller mit der körperlichen und psychomotorischen Stimulierung durch Entspannungsübungen und Schwimmübungen, mit Tanz zur Musik von externen Gitarren- und Percussionsgruppen begonnen, sowie mit Zeitungslektüre, Gedichtlesungen und einer Theatergruppe, Dia- und Filmprojektionen, deren Themen die Patienten aussuchten. Diese Aktivitäten brachten ein erstes Wiedersehen mit der Kultur und auch die ersten Kontakte zur neuen Gesellschaft, die sich draußen, auf der anderen Seite des Anstaltszauns entwickelt hat.

Bald artikulierten sich Wünsche, die Familien wiederzusehen. Viele Patienten allerdings hatten keine mehr, entweder waren die Verwandten gestorben oder umgezogen, bei anderen lebten sie in winzigen Dörfern im Gebirge. Sie wurden dabei von den Organisationen unterstützt, die glücklicherweise überall anzutreffen waren. In der Folge wurden Patienten nach Hause geschickt: im ersten Jahr 18, von denen fünf 10 bis 20 Jahre Anstaltsleben hinter sich hatten.

Die Patienten werden zu Hause von den Gesundheitsposten und -zentren betreut und sind, wenn auch einige Besuche geplant wurden, vom ursprünglichen Team weit entfernt. Für Patienten ohne Familie werden 3-4-Personen-Unterkünfte gesucht, von denen aus sie auch dem in Nicaragua weit verbreiteten Kleinhandel nachgehen können, um ihren Lebensunterhalt zu verdienen.

Zu 3.: Die systematische Fortbildung des gesamten Personals in Salud Mental ist inzwischen konzeptionell ausgereift. Durch reguläre Kurse, Fallbesprechungen und Nationalsymposien wird ein interdisziplinäres Wirken theoretisch fundiert und überprüft. hierzu trägt ebenso die Ausbildungstätigkeit von Fachkräften aus Italien, Mexiko und Frankreich bei, die sich mittel- oder längerfristig in Nicaragua aufhalten und an der Weiterbildung speziell von Studenten des Gesundheitssektors im System »Studium-Arbeit« (estudio-trabajo) beteiligen¹⁴.

Die Sensibilisierung der Allgemeinbevölkerung für psychosoziale Belange wird durch Einsatz aller Massenmedien (Rundfunk, Fernsehen und Zeitungen) durchgeführt und zielt auf eine aktive Einbeziehung der Bevölkerung insbesondere in präventive Aktivitäten. Der gute Erfolg der bisherigen Kampagnen (Straßenkinder, Alkohol am Steuer, Rückführung psychiatrischer Patienten in die ursprüngliche Ortschaft) kann wie folgt begründet werden:

- a) In der nicaraguanischen Bevölkerung besteht eine große Akzeptanz gegenüber ungewöhnlichen Verhaltensformen (»vom Dichter und Verrückten hat jeder etwas«), denn die in Großfamilien geltenden Alltagsgewohnheiten der Integration auch ungewöhnlicher Verhaltensformen wirken nachhaltig weiter.

- b) Die den Nicaraguanern häufig zugeschriebene Offenheit in der sozialen Interaktion ermöglicht einen guten Rapport in Fragen der psychischen Gesundheit (dadurch wird z.B. der einschlägige Zuspruch bei Gruppen- und Familientherapien erklärt).
- c) Die durch den Umwälzungsprozeß geförderte Einstellung, daß die Gesamtbevölkerung zunehmende Verantwortung in allen sozialen Bereichen gewinnen muß, dürfte sich für Aufmerksamkeit und Bereitwilligkeit in der Zusammenarbeit zwischen Bevölkerung und Salud Mental förderlich auswirken.

4. Kommentar

Im Neuen Nicaragua hat Salud Mental den Aufbau einer psychosozialen Versorgung aus einem institutionellen Vakuum heraus in Gang gesetzt. Knapp fünf Jahre in der gesellschaftlichen Unwälzung, nach dem Sturz der Somoza-Diktatur, lassen sich die Hindernisse und die Lösungsmöglichkeiten in diesem schöpferischen Prozeß in drei Schwerpunkten nachvollziehen:

1. Der große Mangel an fachlichem Personal und materiellen Ressourcen wird spezifisch durch Bildung interdisziplinärer Teams mit großen Entscheidungsbefugnissen für die lokalen Aktivitäten und allgemein durch eine Zusammenarbeit aller medizinischer Teildisziplinen in der Gewährleistung einer integralen Gesundheitsversorgung institutionell zu überwinden versucht.
2. Die Bevölkerung wird nicht als passiver Empfänger von psychosozialen Diensten verstanden, sondern in die meisten Aktivitäten von Salud Mental aktiv einbezogen.
3. Die psychiatrische Praxis vollzieht sich durch die vorrangige Tätigkeit der psychosozialen Zentren (CAPS) zunehmend ortsgebunden und an den konkreten Lebensumständen der betreffenden Bevölkerung ausgerichtet. Diese Praxis nimmt Impulse aus recht unterschiedlichen psychotherapeutischen Richtungen auf und weiß diese in das Grundgerüst des Salud Mental-Programms zu integrieren.

Die Akzeptanz für Andersartigkeit im Verhalten der Mitmenschen, die Sensibilität für psychisches Leiden sowie das Fehlen einer ausgeprägten »Tradition des Irrenhauses«¹⁵ in der nicaraguanischen Kultur und die programmatische Förderung einer integralen Gesundheit seitens der sandinistischen Regierung lassen eine neuartige Entwicklung im psychosozialen Bereich erwarten. Hierdurch konstituiert sich ein umfassendes sozialpsychologisches Austragungsfeld, das eine eigenartige Dynamik aufweist. Der kulturelle Hintergrund und die neue sozialpolitische Dimension ermöglichen eine Entwicklung, wo psychische Gesundheit nicht mehr länger eine statistische Größe mit einer normativen Konnotation bildet. Die psychische Gesundheit ist hier als ein wichtiges Merkmal im gesamtgesellschaftlichen Umwälzungsprozeß zu betrachten.

So scheint es, daß im Neuen Nicaragua tragfähige Bedingungen für eine übergreifende Infragestellung von Konzepten wie psychische Devianz und Dissozialität alltäglich geschaffen werden. Psychische Gesundheit wird hier nicht an der Anpassungsleistung des Individuums an die starren Normen einer nicht hinterfragten Gesellschaftsformation gemessen und bewertet. Psychisches Erleben und Leiden wird hier vor dem Hintergrund einer intensiven Umwälzung der Gesellschaft verstanden, denn die sozialen Veränderungen erzeugen gleichzeitig Anstrengung und Hoffnung bei den Individuen, und die Werturteile müssen von den Professionellen ständig überprüft werden.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß die objektiven Bedingungen, unter denen die psychosoziale Versorgung im Neuen Nicaragua aufgebaut wird, äußerst bescheiden sind und die Aufgabe der Akteure bisweilen wie eine Sisyphusarbeit anmutet. Man darf jedoch nicht vergessen, daß die Gesundheitspolitik auf eine aktive Partizipation der Bevölkerung hinzielt, und daß sie die kaum vorhandenen Ressourcen in das Bestreben »Gesundheit für alle« einsetzt. Dadurch sind zum einen der Multiplikatoreffekt bei allen Beteiligten an Gesundheitsaktivitäten und zum anderen die gegenseitige positive Beeinflussung der gesamtgesellschaftlichen Anstrengungen um eine humane Zukunft in diesem »Land der konkreten Hoffnungen«¹⁶ eigentlicher Motor dieser Entwicklung, die herkömmliche Vorstellungen über soziales und medizinisches Handeln nicht nur in Frage stellen, sondern massiv überholen kann.

Managua/Hamburg im Winter 1984/1985.

Anmerkungen

Die Informationen für diesen Aufsatz wurden während eines Forschungsaufenthaltes in Nicaragua im Herbst 1984 gewonnen. Zu den allgemeinen gesellschaftlichen Bedingungen im Neuen Nicaragua möchte ich erwähnen, daß dieser Aufbau der psychosozialen Versorgung nicht nur im Laufe der ersten fünf Jahre stattgefunden hat, sondern sich zudem — wie alle grundlegenden Veränderungen — gegen die länger als 3 Jahre andauernde Aggressionspolitik der USA behaupten mußte. In diesem »schmutzigen Krieg« sind für das kleine Volk von Nicaragua bislang der Tod von mindestens 2.000 Zivilisten, die Entführung von ca. 4.000 Personen sowie wirtschaftliche Schäden im Wert von etwa 40 % des Exportproduktes zu verzeichnen. Im Bestreben nach einer gerechteren Gesellschaft ist es m.E. eine hervorragende menschliche Leistung des nicaraguanischen Volkes, sich von diesen andauernden Verletzungen des Völkerrechts durch den »Koloß im Norden« (R. Dario) weder abhärten noch entmutigen zu lassen, sondern an der Verwirklichung seiner Ziele entschlossen weiterzuarbeiten.

1 Vgl. Ministerio de Salud (MINSAL): El sistema único de Salud: Tres años de Revolución 1979-1982. Managua, 1982, MINSAL: Plan de Salud 1983. Managua, 1983, und Tognoni, G.: L'esperienza sanitaria del Nicaragua in: The Practitioner. Edizione Italiana (settembre 1984) 74: 40-54.

- 2 S. dazu MINSA, Area de Salud Mental: Programa Nacional de Salud Mental. Managua, 1982.
- 3 Vgl. Williams, H.: An uncertain Prognosis: Some Factors that may limit future Progress in the Nicaraguan Health care System. In: Medical Anthropology XV, 3: 72-3 (may 1983).
- 4 S. Favilli, L.: Ejerciendo. Managua, Marzo 1979.
- 5 Zum qualitativen Verständnis des Stellenwertes von Gesundheit und Erziehung in der heutigen nicaraguanischen Gesellschaft sei auf die Erfolge in der Alphabetisierungs- und in den Impfkampagnen hingewiesen. Durch eine engagierte Beteiligung insbesondere Jugendlicher ist hier ein Durchbruch in den Bemühungen gegen den Analphabetismus und gegen die Kindersterblichkeit zu verzeichnen. Vgl. M Rojas: El Aula Verde. La Habana, 1982, und Tabelle 2.
- 6 Die Arbeit von Salud Mental zielt jedoch keineswegs auf eine vollständige »Medikalisierung« der psychischen Gesundheit hin. Salud Mental leistet viel Unterstützung zur Entfaltung anderer allgemeiner Förderungsformen der psychischen Gesundheit wie z.B. bei den Projekten zur gesellschaftlichen Integration von Straßenkindern, Prostituierten oder sogenannten Folterkindern. Hierzu s. Riquelme, H.: Aus dem Neuen Nicaragua: drei beispielhafte Projekte zur Förderung der psychosozialen Gesundheitssituation. In: Sozialpsychiatrische Informationen XV, 2 (1985).
- 7 Unter Soziodrama ist eine Art der Öffentlichkeitsarbeit zu verstehen, die sich in die Tradition des Straßentheaters einreicht. Unter Anwendung körperlicher, szenarischer und sprachlicher Ausdrucksformen werden hier Themen z.B. der Gesundheitsvorsorge durch Laiendarsteller (Patienten von CAPS, Mitarbeiter, Nachbarn) auf Märkten, in den Schulen, Fabriken und Kirchen vorgetragen. Seit der Einführung Anfang 1980 gehört diese Anregungs- und Vermittlungsart zu einer bewährten Methode in der Erziehungs- und Gesundheitspolitik.
- 8 Die Verwendung von Cartoons oder »Sachcomics«, um gesellschaftsrelevante Problemkreise einem größeren Publikum zur Diskussion zu stellen, bildet in Lateinamerika inzwischen eine fast schon tradierte Form der Kommunikation und zeitigt gute Ergebnisse hinsichtlich Verständnis und Problembewußtsein selbst bei kontroversen Themen.
- 9 Internationalist ist die Bezeichnung für die freiwilligen Helfer, die aus der ganzen Welt nach Nicaragua gekommen sind, um ihr berufliches und professionelles Können und Wissen in den Dienst des Wiederaufbauprozesses zu stellen. Ein größerer Teil dieser Internationalisten wird von USA-Bürgern gebildet, die auf diese Weise gegen die Vernichtungspolitik ihrer Regierung aktiv protestieren.
- 10 Ein interessantes Beispiel dieser infragestellenden Haltung läßt sich aus der Anwendung des Elektroschocks vor und nach der Arbeitsaufnahme von Salud Mental ableiten. Früher wurde dieses Verfahren alltäglich und ohne Bedenken angewandt, heute darf es nur vor 7 Uhr morgens (angeblich wegen Berücksichtigung zirkadianer Rhythmen) und in Anwesenheit des verordnenden Arztes verabreicht werden. Dadurch werden nur vereinzelt Elektroschocks verordnet und angewandt (persönliche Mitteilung Dr. Flores-Ortiz).
- 11 Vgl. Equipo Salud Mental-Ciudad Sandino: Estudio descriptivo epidemiológico sobre la prevalencia en la demanda asistencial de patología psiquiátrica en el área de Ciudad Sandino. Managua, Septiembre 1984.

- 12 Vgl. MINSA: Informe de la experiencia en los cortes de café con la participación de pacientes y trabajadores del hospital psiquiátrico nacional (Mimeo de varios autores). Managua, enero de 1983 (S. 6).
- 13 Terranova-Ceccini, R.: Gemeindepsychiatrie im Neuen Nicaragua. In: CURARE Sonderband 2/84: 125-144 (S. 140-141).
- 14 Im System »Studium und Arbeit« wird eine medizinische Ausbildung angestrebt, die den tatsächlichen Lebensbedingungen und Gesundheitsbedürfnissen der nicaraguanischen Bevölkerung entspricht. Durch eine stärkere Verknüpfung landesrelevanter Theorie und Praxis kann u.a. die bis vor kurzem übliche Paradoxie aufgehoben werden, daß ein frischgebackener Arzt fast alles über eine höchst seltene Erkrankung wie die Mukoviszidose beherrschte, dafür aber über die Lehre der Infektionskrankheiten nur oberflächlich informiert wurde. Ärztliche Verantwortung, insbesondere im präventiven Bereich, wird im System »Studium und Arbeit« speziell gefördert.
- 15 S. dazu Riquelme, H.: Die Tradition des Irrenhauses in Europa. Über die Aussonderungspraxis und deren Überwindungsansätze aus der Perspektive eines Lateinamerikaners. Erscheint demnächst in: Zeitschrift für Sozialpsychologie und Gruppendynamik.
- 16 Vgl. Cortázar, J.: Nicaragua, so gewaltsam zärtlich. Wupertal, 1984.

Johannes Schmidt

Wie läßt sich eine Medizin ohne Medikalisierung entwickeln?

Die Mühen der Ebenen am Beispiel Nicaragua

Armut macht krank und Krankheit macht arm...und Armut macht krank...

Seit der Revolution im Jahre 1979 hat sich die Situation für die Armen in Nicaragua wesentlich verbessert. Arme, die mangels Nahrungsmittel hungern, gibt es nur noch wenige. Mutter-Kind-Programme und Zusatz-Ernährung im Rahmen des neugeschaffenen nationalen Gesundheitswesens ließen die Kindersterblichkeit auf einen Bruchteil sinken. Dazu beigetragen hat auch das Rehydrations-Programm (Unidad de Rehidratación Oral), welches die vorher große Kinder-Sterblichkeit durch Austrocknung bei Durchfall eindämmen konnte.

Armut macht Hunger, Hunger macht krank, Krankheit macht Armut. Im heutigen Entwicklungsprozess in Nicaragua wird aber auch klar, daß dieser Teufelskreis der Armut und Krankheit nicht nur eine rein physische Angelegenheit ist; trotz des Angebotes von billigen — staatlich verbilligten —