

**Ethmundo (16), Ausgabe:  
„Verrückt!? – Einblicke in die Trans-  
kulturelle Psychiatrie“, Dezember  
2010**



### **"We are like a Family" - Selbst und Person in einer indischen Psychiatrie**

**Wann gilt ein psychiatrischer Patient als geheilt? Wann ist er wieder "normal" und nicht mehr "verrückt"? Im Folgenden werden diese Fragen im Bezug auf eine indische Nichtregierungsorganisation in der Nähe von Mumbai im Bundesstaat Maharashtra aufgegriffen. Ihre Beantwortung führt über eine Ergründung der (kulturellen) Konzepte, die hinter den Begriffen der "Rehabilitation" und der "normalen Person" im jeweiligen lokalen Kontext stehen.**

Die "Destitute Rehabilitation Foundation" (Name der Organisation geändert) hat sich auf die Behandlung von psychisch kranken Obdachlosen spezialisiert. Die Organisation liegt in einer ländlichen Umgebung, zwischen mehreren kleineren Dörfern, etwa 100 Kilometer östlich der indischen Hafenstadt Mumbai. Gründer der Nichtregierungsorganisation ist ein Psychiater, der eine private Klinik in Mumbai führt und zwei bis drei Mal in der Woche zur Visite in die Organisation kommt.

Viele der Patienten, die die Destitute Rehabilitation Foundation aufnimmt, sind Migranten. Sie kamen meist aus ländlichen Gebieten und auf der Suche nach Arbeit nach Mumbai. Hier erkrankten sie an Schizophrenie oder einer anderen psychotischen Störung. Im Zuge der Erkrankung verlieren die psychisch Kranken die Orientierung und ihre sozialen Kontakte und werden so schließlich nicht selten obdachlos. Einige besteigen im Zuge ihrer Erkrankung auch einfach wahllos einen Zug und landeten auf diese Weise in der Megastadt. Die Zusammensetzung der Patientengruppe in der Institution ist dementsprechend gemischt. Die Patienten stammen aus nahezu allen Bundesstaaten Indiens, sprechen die verschiedensten der im Census of India 2001 offiziell insgesamt 122 gelisteten Sprachen und gehören unterschiedlichen religiösen Communities an.

Diese "multikulturelle" Zusammensetzung führt einerseits zu erheblichen Kommunikationsproblemen, denen man innerhalb der Organisation mit einem ebenfalls vielfältig zusammengesetzten Team der Sozialarbeiter zu begegnen versucht. Andererseits führt die bunte ethnische und religiöse Zusammensetzung zu einer Betonung gemeinsamer "indischer" Werte und Normen, die die Mitarbeiter ihrer Arbeit zugrundelegen. Die Sozialarbeiter leben rund um die Uhr gemeinsam mit den Patienten in der Einrichtung. Schwestern und Hilfsarbeiter kommen täglich aus den nahe gelegenen Dörfern zur Arbeit.





*Blick über das Organisationsgelände*

### **Die "Rehabilitation" eines Patienten**

Die Rehabilitation der Patienten kann grob in zwei Phasen unterteilt werden: Erstens soll die mentale Gesundheit der Patienten durch Medikamente wiederhergestellt werden. Zweitens sollen sie in ihre Familien zurückgebracht und diese über die "biochemischen" Ursachen, das heißt, dass eine Stoffwechselstörung in ihrem Gehirn die psychische Krankheit auslöst, "aufgeklärt" werden. Denn vor allem in den ländlichen Gegenden Indiens wird "Verrücktheit" oft etwa mit einer Besessenheit durch einen *bhut* (Geist) erklärt und auch mit entsprechenden Heilmethoden behandelt.

Die "allopathische" (biomedizinische) Psychiatrie beansprucht in Indien – wie weltweit – jedoch eine überlegene Position gegenüber diesen traditionellen Heilmethoden, die meist als "Irr-" oder "Aberglauben" abgetan werden. Während ihres Aufenthalts in der Organisation, soll den Patienten über die Gabe von Medikamenten hinaus viel Ruhe zukommen, ihr Tagesablauf strukturiert sein und sie sollen regelmäßig und ausreichend Nahrung zu sich nehmen. Nach Abklingen der akuten Symptome werden die Patienten außerdem in Beschäftigungen und die alltäglichen Arbeiten in der Organisation mit eingebunden.

Nachdem die Patienten von ihren Symptomen befreit, beziehungsweise diese zumindest reduziert werden konnten, werden sie wieder mit ihren Familien zusammengeführt. Diese übernimmt idealerweise die weitere Pflege, die von öffentlichen Institutionen des indischen Gesundheitssystems nicht geleistet werden kann. Denn das staatliche Gesundheitssystem zeichnet sich besonders im Bereich Mental Health durch Ressourcenknappheit und Unterfinanzierung aus. Insbesondere die Langzeitbetreuung von chronisch Kranken fällt daher auf ihre Familien zurück.





*Patienten beim Reisanbau auf dem Organisationsgelände*

### **Vom unmenschlichen Wesen zur "normalen" Person**

Obwohl auch in der Anthropologie biomedizinische Einrichtungen lange Zeit als weitestgehend als eine einheitliche Medizin aufgefasst wurde, verweisen neuere Forschungsergebnisse auf die Unterschiede zwischen den in ihnen vorherrschenden ethnomedizinischen Konzepten. Behandlungs- und Rehabilitationsstrategien – insbesondere in psychiatrischen Organisationen – werden maßgeblich durch das Konzept der Person geformt, das in der jeweiligen, sie umgebenden Gesellschaft vorherrscht. Der Status einer Person wird durch eine psychiatrische Erkrankung kulturübergreifend und häufig nachhaltig geschädigt. Eine psychisch kranke Person ist in ihrem gesellschaftlichen Status "ver-rückt", da sie durch eine Einschränkung ihrer sozialen Funktionalität bestimmte soziale Erwartungen und Rollen nicht mehr erfüllen kann. In Gesellschaften wie den USA oder Nordeuropa zielen psychiatrische Rehabilitationsmaßnahmen im Wesentlichen darauf ab, das intrapsychische Gleichgewicht, die "Rationalität" einer Person wiederherzustellen.

In der Destitute Rehabilitation Foundation ist dagegen zu beobachten, dass nicht die Wiederherstellung eines wie auch immer gearteten psychischen Gleichgewichts innerhalb der Person eine erfolgreiche Behandlung beendet, sondern die erfolgreiche Rückführung des Patienten in sein soziales Umfeld, die Familie. Für die Wahrnehmung eines Patienten als "normale" Person ist in diesem Zusammenhang weniger eine "Symptomfreiheit" aus der medizinischen Perspektive ausschlaggebend, sondern vor allem, inwieweit ein Patient innerhalb der Organisationsstrukturen "sozial funktioniert".

Diese soziale Funktionalität ist nicht zuletzt deshalb ein zentrales Behandlungsziel, da vor allem Patienten, die nach ihrer Wiedervereinigung einen Beitrag zum Familienauskommen leisten können, erfolgreich wiedervereintigt werden. Dass heißt zum Beispiel, dass eine Patientin, die zwar ständig



mit sich selbst redet und lacht, jedoch zuverlässig die ihr gestellten Aufgaben erledigt, durchaus als "normale Patientin" wahrgenommen werden kann. Die Organisation selbst fungiert in diesem "Wiederherstellungsprozess" als eine Art "Übergangsraum", in dem sich der Patient von einem "unsozialen", fast unmenschlich erscheinendem Wesen zu einem "resozialisierten" Familienmitglied entwickeln soll. Diese beiden gegensätzlichen Zustände stellen auch die Fotos gegenüber, die jeweils bei der Aufnahme eines Patienten in die Organisation und bei der Wiedervereinigung eines Patienten mit seiner Familie aufgenommen werden.



*Beispiel für ein "Before and After"-Foto, wie sie auch auf der Webseite der Organisation zu finden sind*

### **Die Organisation als Familie**

Eine Person ohne soziale Beziehungen ist in Indien fast nicht "denkbar". Die Familie stellt normalerweise ein Leben lang den wichtigsten Bezugspunkt dar und hat einen nicht unerheblichen Einfluss auf Entscheidungen im Leben des Einzelnen – etwa was die Wahl des Heiratspartners angeht. Die Wiederherstellung des Patienten als soziale Person – als Familienmitglied – steht daher im Fokus des psychiatrischen Behandlungsprozesses.

Dementsprechend versteht sich die Einrichtung als eine Art "Ersatzfamilie" der Patienten. Besonders die von mir befragten Sozialarbeiter und der Psychiater beschrieben die Patienten wiederholt als ihre "Kinder". Die Sozialarbeiter verstanden sich als ihre "älteren Geschwister", beziehungsweise als die fürsorgliche und erzieherische Elternrolle verkörpernd. Dem Psychiater wurde von den Sozialarbeitern und Patienten dagegen die beschützende Rolle des Vaters zugeschrieben, der den Patienten kostenlos Nahrung, ein Dach über dem Kopf und medizinische Versorgung gewährt.

Diese Betrachtung der Patienten als Kinder verweist auf ein Konzept, das von einer durch die psychische Krankheit ausgelösten "sozialen Rückentwicklung" ausgeht. Das Verhalten von Patienten wird mit dem von noch sozial orientierungslosen Kindern gleichgesetzt, die zum Beispiel nicht wissen, dass man nicht nackt in der Gegend herumläuft oder dass man, um zu urinieren, auf die Toilette geht. Im Zuge ihrer psychischen Erkrankung und dem Leben auf der Straße haben die Patienten «vergessen», wie man sich sozial angemessen verhält. Die verlorenen soziale Fähigkeiten erlangen die Patienten jedoch nicht allein durch die medikamentöse Behandlung wieder, sondern müssen von ihnen durch einen Lernprozess wieder erworben werden. Die "Erziehung" der Patienten ist dabei Aufgabe der Sozialarbeiter in ihrer Rolle der Eltern beziehungsweise älteren Geschwister.

### **Ein ethno-psychologisches Modell**

Der Psychiater erläuterte mir diese Art der Therapie der Patienten zusätzlich mittels eines (ethno-)psychologischen Modells. In jedem Menschen ist eine Kinder-, Erwachsenen- und fürsorgliche aber auch erziehende Elternkomponente vorhanden. Wird der Mensch erwachsen, lernt



er die Kinderkomponente zu unterdrücken.

Eine psychische Erkrankung lässt diese jedoch wieder «hochkommen» und es bedarf einer Beziehung zu einer leitenden, die Elternkomponente verkörpernden Person. Im Rahmen dieser Beziehung kann sich der Patient wieder zu einem Erwachsenen entwickeln. Je nach Lebensphasen (Kindheit, Erwachsenenalter, Elternschaft) und den sozialen Rollen, die ein Mensch in diesen Phasen übernimmt, herrscht entweder die kindliche, erwachsene oder elterliche Komponente in einer Person vor. Herrscht eine andere Komponente als die in der Lebensphase vorgesehene vor – wie die kindliche im Erwachsenen durch eine psychische Erkrankung – so bedarf dies der Korrektur. Psychisch kranke Obdachlose weisen dabei eine besonders ausgeprägte Kinderkomponente auf und benötigen daher auch eine besonders starke parentale Gegenposition.



*Patientinnen sanieren einen Weg in der Organisation auf traditionelle Art und Weise mit Kuhdung*

Der Psychoanalytiker Sigmund Freud entwickelte Anfang des 20. Jahrhunderts ein ähnliches Modell der Psyche. Diese besteht aus drei Instanzen mit unterschiedlichen Funktionen: dem Es, dem Ich und dem Über-Ich. Das nach dem Lustprinzip handelnde «Es» beinhaltet die menschlichen Triebe, Bedürfnisse und Affekte. Das «Über-Ich» verinnerlicht die sozialen Normen, Werte und Moral. Es wird vor allem durch Erziehung geprägt und spiegelt die von außen an das Kind herangetragenen Werte der Gesellschaft, insbesondere der Eltern wieder. Das «Ich» schließlich, welches sich erst während des Heranwachsens des Kindes herausbildet, vermittelt zwischen den eventuell konfligierenden Ansprüchen des Es und des Über-Ichs.

Im Fall psychischer Störungen ist das Gleichgewicht der drei Instanzen gestört, etwa weil traumatische Erfahrungen in der Kindheit in den Bereich des unterbewusst agierenden Es verdrängt wurden. Der Heilungsprozess wird durch «Bewusstmachung des Verdrängten» im psychoanalytischen Therapiegespräch angestoßen. Jegliche Aufarbeitung und Integration des Erlebten in den Bereich des Ichs findet jedoch im Individuum statt. Der Therapeut bleibt



idealerweise im Hintergrund.

Dieses Modell geht also von einem autonomen, sich selbst regulierenden Selbst aus. Im Modell des indischen Psychiaters können dagegen Elemente des Selbst durch eine Beziehung zu einer Person, die etwa die erziehende wie fürsorgliche elterliche Komponente verkörpert, «ersetzt» werden und so die angemessenen Ordnung unter den Komponenten des Selbst herbeigeführt werden.

### **Die ethnozentrische und die soziozentrische Person**

Diese im vorherigen Abschnitt erläuterten ethnopsychologischen Modelle gehen mit einer bestimmten Konzeption des Selbst einher. Sie beruhen auf bestimmten Personenkonzepten, wie sie in der Gesellschaft, in der sie verortet sind, vorherrschen.

So haben ethnologische Forschungen in der praktizierten Psychiatrie des euro-amerikanischen Kulturraums, in der auch Freuds Modell der Psyche entstanden ist, die Wiederherstellung der harmonischen Beziehung zwischen Körper und dem diesen kontrollierenden, rationalen Geist als zentral herausgestellt. In einer nach diesem "egozentrischen" Personenkonzept konzipierten Gesellschaft ist die Herstellung der "inneren Ordnung" für die soziale Rehabilitation wesentlich, da in modernen Gesellschaften die Selbstständigkeit und Unabhängigkeit des Individuums im Vordergrund stehen. Das Herrschen des rationalen Geistes über den materiellen Körper sichert damit ein "unabhängiges Funktionieren" des Individuums innerhalb der Gesellschaft.

In der indischen Gesellschaft ist es dagegen wichtig, dass eine Person wieder sozial funktionsfähig wird. Hier steht daher die Wiederherstellung einer "gesellschaftlichen Ordnung", der harmonischen Beziehung zwischen Individuum und sozialer Gruppe, im Vordergrund.

Unterschiede in der Konzeption der Person und damit einhergehend des menschlichen Selbst werden auch schon durch die verwendeten Termini in den vorgestellten psychologischen Modellen deutlich. Während der Psychiater die einzelnen Komponenten des Selbst im soziozentrischen Modell mit entsprechenden "sozial kontextuellen" Begriffen (Kind, Eltern) beschreibt, werden im freudschen, egozentrischen Modell die einzelnen Komponenten des Selbst mit "sozial autonomen" Begriffen (Ich, Es) benannt.

### **Zur Person:**



Annika Strauss hat vor Kurzem ihr Masterstudium der Ethnologie an der Westfälischen Wilhelm-Universität Münster abgeschlossen. Der Artikel beruht auf ihrer Masterarbeit mit dem Titel "Die heimatlosen Verrückten - Ethnographie eines Rehabilitationsprojekt für psychisch kranke Obdachlose im westlichen Indien". Für diese führte sie eine fünfmonatige Forschung in Indien durch.