

# Sri Lanka

## Behandlungsmöglichkeiten bei Posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD)

Rainer Mattern, SFH-Länderanalyse

Weyermannsstrasse 10  
Postfach 8154  
CH-3001 Bern

Für Paketpost:  
Weyermannsstrasse 10  
CH-3008 Bern

T++41 31 370 75 75  
F++41 31 370 75 00

info@osar.ch  
www.osar.ch

31. März 2006

PC-Konto  
30-16741-4  
Spendenkonto  
PC 30-1085-7

## **Impressum**

**HERAUSGEBERIN**

 Schweizerische Flüchtlingshilfe SFH  
Postfach 8154, 3001 Bern  
Tel. 031 / 370 75 75  
Fax 031 / 370 75 00  
E-Mail: [INFO@ osar.ch](mailto:INFO@osar.ch)  
Internet: [www.osar.ch](http://www.osar.ch)  
PC-Konto: 30-1085-7

**AUTOR**

Rainer Mattern, SFH-Länderanalyse


**SPRACHVERSIONEN**

deutsch

**PREIS**

Fr. 15.-- inkl. 2,4 Prozent MWSt., zuzgl. Versandkosten

**COPYRIGHT**

© 2006  Schweizerische Flüchtlingshilfe, Bern  
Kopieren und Abdruck unter Quellenangabe erlaubt.

## Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>Posttraumatische Belastungsstörung</b> .....	<b>2</b>
<b>3</b>	<b>«Mental Health» Einrichtungen</b> .....	<b>3</b>
3.1	Übersicht .....	3
3.2	Qualität des Angebots .....	4
3.3	Mental Health-Hospitals, weitere Krankenhäuser .....	6
3.3.1	Psychiatrische Kliniken (Mental Health-Hospitals) .....	6
3.3.2	Weitere Kliniken .....	6
3.4	Nichtregierungsorganisationen .....	7
3.4.1	Family-Rehabilitation Centre (FRC) .....	7
3.4.2	Tagesklinik Sahanya .....	8
3.4.3	Shantiham, Jaffna .....	8
3.4.4	PAT (People against Torture) .....	8
3.4.5	Centre for Psychosocial Care (CPC), Ampara .....	8
3.5	Psychologische Beratung/Therapie .....	9
3.6	Traditionelle Heilungsformen .....	9
<b>4</b>	<b>Verteilung der Dienste</b> .....	<b>9</b>
4.1	Ungleiche Verteilung der Behandlung psychisch Erkrankter .....	9
4.2	Behandlungsmöglichkeiten im Norden und im Osten Sri Lankas .....	10
<b>5</b>	<b>Tsunami</b> .....	<b>10</b>
5.1	Folgen .....	10
5.2	Hilfe nach dem Tsunami .....	11
<b>6</b>	<b>Zugang und Kosten</b> .....	<b>12</b>
6.1	Relation Angebot/Bedarf .....	12
6.2	Sprache .....	12
6.3	Kosten .....	12
<b>7</b>	<b>Zusammenfassung</b> .....	<b>13</b>

# 1 Einleitung

Der neue srilankische «Mental Health Plan» vom Oktober 2005 beginnt mit der Feststellung, dass das Land eine der höchsten Suizidraten weltweit hat und Sucht- und psychosoziale Probleme im Anstieg begriffen sind. Nach Jahren des Bürgerkriegs, nach dem Tsunami vom Dezember 2004 und geschätzten zwei Prozent der Bevölkerung (das sind ca. 400'000 Personen)<sup>1</sup>, die ernsthaft psychisch erkrankt sind, anerkennt die Regierung, dass die Notwendigkeit für eine effektive Politik zur Verbesserung der Situation nie grösser war als zu diesem Zeitpunkt.<sup>2</sup>

Im Verhältnis zu den ökonomischen Indikatoren hat Sri Lanka ein relativ hohes Niveau der Gesundheitsversorgung, vor allem im Bereich der Primärversorgung. Das Bild sieht jedoch im Hinblick auf die Versorgung psychischer Erkrankung sehr viel schlechter aus.<sup>3</sup> Das nationale Budget für «Mental Health Care» beträgt 1 Prozent des gesamten Budgets im Gesundheitsbereich.<sup>4</sup> Dass dieser Bereich bisher eine niedrige Priorität hatte, hat zum Teil mit negativen Einstellungen gegenüber psychischer Erkrankung zu tun und ist die Folge sozialer Stigmatisierung. Es besteht die Tendenz, die Aufmerksamkeit eher auf die physische Gesundheit zu richten und dabei Fragen der psychischen Gesundheit zu ignorieren. Die herrschende psychiatrische Praxis tendiert zu biomedizinischen Ansätzen und vertraut wesentlich auf die Abgabe von Medikamenten und auf elektro-konvulsivische Therapien.<sup>5</sup> Der derzeit gültige «Mental Health Act» stammt aus dem Jahr 1956 und gilt vor allem für zwangsweise eingewiesene PatientInnen (Einsperrkonzept). Das Gesetz will vor allem die Gesellschaft vor den Erkrankten schützen.

Der jahrelange Bürgerkrieg hatte katastrophale Auswirkungen auf die psychische Gesundheit breiter Teile der Bevölkerung. Zwanzig Jahre der Gewalt führten zu Rückschlägen in der Entwicklung und Aufrechterhaltung geeigneter Dienste zur Behandlung psychisch Erkrankter. Daraus resultierte in den kriegsbetroffenen Gebieten eine Unterversorgung. Im Norden sind mehr als 90 Prozent der Bevölkerung aufgrund des Krieges zwischen Regierung und LTTE bereits einmal vertrieben gewesen.<sup>6</sup>

Im Verhältnis zum grossen Bedarf an therapeutischer Behandlung bei psychisch Erkrankten ist das Angebot an Behandlungsmöglichkeiten gering. Hinzu kommt, dass eine ungleiche Verteilung der Behandlungsmöglichkeiten auf der Insel dafür sorgt, dass Regionen im Norden oder Osten keine adäquaten Zugangs- und Behandlungsmöglichkeiten kennen.

Erst zuletzt wurde die Bedeutung der Thematik erkannt. Die srilankische Politik scheint jetzt – Empfehlungen der WHO folgend – verstanden zu haben, dass die

---

<sup>1</sup> The Mental Health Policy 2005 – 1015, Ministry of Healthcare, Mental Health Directorate, 6.10.2005.

<sup>2</sup> The Mental Health Policy 2005.

<sup>3</sup> Nalaka Mendis, Mental Health Services in Sri Lanka, International Psychiatry, January 2004.

<sup>4</sup> Nalaka Mendis, a.a.O.

<sup>5</sup> Sri Lanka, Provision of Technical Advice to Sri Lanka, Quelle: [http://www.who.int/mental\\_health/policy/en/Sri\\_Lanka\\_technical\\_advice.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/en/Sri_Lanka_technical_advice.pdf)

<sup>6</sup> La Croix Rouge canadienne forme les travailleurs de la santé pour offrir un soutien psychosocial aux survivants du tsunami, Quelle: <http://www.ifrc.org/fr/docs/news/05/05042601/>.

Konzentration der Kapazitäten auf einige wenige Kliniken im Süden der Insel einer gleichmässigen Verteilung der erforderlichen Dienste und einer akzeptablen Versorgung im Wege steht, und dass Verbesserungen dringend notwendig sind. Es gibt neu Planung und Programme auf dem Gebiet der «Mental Health». Zwischen guten Absichten und der Realität besteht, was auch der «National Mental Health Plan» nicht verschweigt, noch ein breiter Graben, und eine Umsetzung der Planung wird noch lange dauern.

## 2 Posttraumatische Belastungsstörung

Die Diagnose der **Posttraumatischen Belastungsstörung** (Posttraumatic Stress Disorder, PTSD) wurde 1980 von der Amerikanischen Psychiatrischen Assoziation (APA) in ihren Katalog aufgenommen. Seit 1994 wird sie auch im Diagnosemanual ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation geführt, das in vielen Ländern für die psychiatrische und psychologische Diagnostik verwendet wird. Laut dem ICD-10 handelt es sich um eine verzögerte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses, die fast bei jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.

Die PTSD kann in eine **chronische posttraumatische Belastungsstörung** übergehen, so dass die posttraumatischen Reaktionen zu einer chronischen und invalidisierenden Erfahrung werden. Depressionen bis hin zu Suizidalität, Missbrauch von Medikamenten, Drogen und Alkohol sowie ungewollte und nicht mehr steuerbare Dissoziationen treten auf und führen zu einem immer stärkeren Verlust der sozialen Fähigkeiten.<sup>7</sup> Ist eine Chronifizierung der Störung eingetreten, handelt es sich um eine meist langwierige Erkrankung. Etwa ein Drittel der von PTSD betroffenen Personen sind auch nach zehn Jahren noch erkrankt.<sup>8</sup>

Fachleute, die mit Überlebenden von Gewalt arbeiten, kritisieren, dass zu wenig zwischen verschiedenen Formen der Traumatisierung unterschieden wird. Sie wollen zwischen Traumata, die einmalig oder immer wieder geschehen, unterscheiden, wie auch zwischen Verursachern auslösender Ereignisse und Situationen. Traumata als Folge zwischenmenschlicher Gewalt und von Menschen verursachter Katastrophen – «Man Made Disasters» – wirken sich anders aus als bei durch Naturkatastrophen verursachten Traumata.<sup>9</sup> Studien haben gezeigt, dass mehrfaches Erleben traumatischer Ereignisse ein höheres Mass an psychopathologischen Symptomen nach sich zieht.<sup>10</sup> Sobald es um Leid geht, das Menschen mit Absicht verursacht haben, ist die gesellschaftliche Anerkennung der Wahrheit dessen, was geschehen ist, von zentraler Bedeutung für eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation.

Zwar ist «Trauma» ein «westliches» Konzept, doch sind die Phänomene, die es beschreibt, in dieser oder ähnlicher Form universell. So stellten PsychiaterInnen fest, dass die Tsunami-Überlebenden spontan die meisten Charakteristika berichteten,

---

<sup>7</sup> Christof Meier und Gisela Perren, Ressourcenarbeit, Zürich 1998, S. 9.

<sup>8</sup> Rita Rosner, Posttraumatische Belastungsstörungen bei Flüchtlingen, AWR-Bulletin 3/2004.

<sup>9</sup> Martina Kopf, Jenseits von Worten und Erinnerung, Südwind-Magazin, März 2006, Nr. 3.

<sup>10</sup> De Jong et al., Lifetime Events and Posttraumatic Stress Disorder in 4 Postconflict Settings, American Medical Association, 2001.

die symptomatisch für die PTSD sind, zum Beispiel Hypervigilanz (nicht mehr richtig schlafen können) und Vermeidungsverhalten (Angst vor Wasser).<sup>11</sup>

Im Zusammenhang mit **Therapie von schwerer und chronischer PTSD** erscheinen uns folgende Aspekte wesentlich:

Stabilisierung erfolgt in einer längeren Phase äusserer Sicherheit mit psychotherapeutischen Gesprächen und eventuell. paralleler medikamentöser Therapie. Der Einsatz von **Medikamenten** kann bei der Traumabehandlung sinnvoll sein, doch sind Medikamente alleine noch keine Traumabehandlung. Sowohl psychoanalytische wie verhaltenstherapeutisch orientierte TherapeutInnen empfehlen die Vergabe sedierender **Psychopharmaka**. Einigkeit besteht darüber, dass dies Psychotherapie nicht ersetzen kann, zumal die Gefahr einer Dauerabhängigkeit von psychotropen Medikamenten gegeben ist. In der Therapie der PTSD wurden bisher antidepressive und angstreduzierende Medikationen am häufigsten eingesetzt. Pharmakotherapie hat sich in den bisherigen Kontrollstudien als wirkungslos erwiesen gegenüber Vermeidungsverhalten, Anfällen von Trauer, Schuldgefühlen, Problemen mit Intimität und bei der Bearbeitung traumatischer Erinnerungen. Antidepressiva und manche Neuroleptika können die emotionale Wucht der intrusiven Phänomene («Flashbacks») zwar abschwächen, gegen die Phänomene als solche haben sie sich bisher als wirkungslos erwiesen.<sup>12</sup>

Sämtlichen Behandlungsformen – seien sie psychoanalytisch, verhaltenstherapeutisch, ressourcen- oder psychosozial orientiert – ist gemeinsam, dass seitens der TherapeutIn **Präsenz** und **Gespräch** angeboten werden, so dass ein Vertrauensverhältnis möglich wird.<sup>13</sup> Wesentlich sind Gewährleistung der körperlichen und emotionalen Sicherheit, vor allem durch Schaffung einer ruhigen, geschützten und vertrauensvollen Gesprächssituation.<sup>14</sup> Präsenz und Gespräch benötigen Zeit, deshalb ist bei einer schweren, chronischen Traumatisierung eine nicht nur kurzfristige therapeutische Unterstützung nötig. Dort wo Verfolgung und soziale Unsicherheit weiter bestehen, wo auch die materielle Sicherheit gefährdet ist, wo Situationen wieder an erlittene Gewalt erinnern, wo Erlittenes nicht geglaubt oder in Frage gestellt wird, kann sich lebenslanges chronisches Leid endgültig verfestigen.<sup>15</sup>

## 3 «Mental Health» Einrichtungen

### 3.1 Übersicht

In Sri Lanka kennen die **staatlichen Strukturen** zur Behandlung psychischer Erkrankung (Mental Health-Services) die folgenden Typen von Institutionen:

---

<sup>11</sup> Psychiatrists find Tsunami MH Consequences Severe, Psychiatric News, Vol. 40 Nr. 15, 5.2005.

<sup>12</sup> Gottfried Fischer, Peter Riedesser, Lehrbuch der Psycho-Traumatologie, 2. Auflage, 1999, S. 225).

<sup>13</sup> vgl. auch Regeln für die Traumatherapie in: Fischer, Riedesser, Lehrbuch der Psychotraumatologie, S. 192.

<sup>14</sup> C. Frey, L. Valach, Die Behandlung von Folter- und Kriegsoptionen in der Schweiz, Praxis 1997, S. 905.

<sup>15</sup> Barbara Preitler, Trauma und Flucht, Asyl Aktuell 4/2004.

- Spezialisierte Kliniken in den urbanen Zentren (Mental Health Hospitals).<sup>16</sup> Es können nur PatientInnen aufgrund eines behördlichen Entscheids eingeliefert werden.
- Unterrichts-Kliniken mit stationärer Pflege (Teaching Hospitals with residential care).<sup>17</sup>
- Allgemeine Kliniken mit stationärer Behandlung (General Hospitals with residential care),<sup>18</sup> die nur PatientInnen auf deren eigenen Wunsch aufnehmen dürften. Inwieweit das auch Praxis ist, ist fraglich.
- Kliniken mit ambulanter psychiatrischer Abteilung (Hospitals with Psychiatry Day Units),<sup>19</sup> falls PsychiaterInnen in solchen Kliniken praktizieren.

Diese Struktur erweckt auf den ersten Blick den Eindruck eines breiten Angebots, besagt aber für sich noch nichts über die Leistungsfähigkeit des Systems. Zudem zeigt die Verteilung der Krankenhäuser, dass sie sich in der Western und der Central Province konzentrieren.

Daneben existieren wenige **Privatpraxen** in Colombo und eine Privatklinik in Colombo bietet auch stationäre Behandlung an. Dort sind ÄrztInnen des staatlichen Gesundheitssystems dazu übergegangen, PatientInnen gegen Entgelt nachmittags auf privater Basis zu behandeln.

**Nichtregierungsorganisationen** betreiben verschiedene Rehabilitationsprogramme.

Im Bereich der Primärversorgung sind **LaienhelferInnen/Freiwillige auf Gemeindeebene** tätig.

**Traditionelle Formen** des Umgangs mit traumatischen Erlebnissen im Rahmen des Familien- oder Verwandtennetzes hängen von noch intakten Familien- und Verwandtschaftsstrukturen ab. Daneben finden sich religiöse/ayurvedische Heilungsformen.

## 3.2 Qualität des Angebots

Ausgebildete Fachleute zur Behandlung psychischer Erkrankungen sind rar. Nur **41 PsychiaterInnen** stehen nach Angaben des Gesundheitsministeriums für knapp 20 Millionen Menschen zur Verfügung. Nach WHO-Kriterien wäre der Optimalzustand 1800 PsychiaterInnen, der Minimalzustand 480 PsychiaterInnen. Viele in Sri Lanka ausgebildete PsychiaterInnen sind ins Ausland gegangen. Es ist unvermeidbar, dass sich die Unterversorgung mit FachärztInnen auf die Qualität der Behandlungen auswirkt. Innerhalb des staatlichen Gesundheitssystems gibt es nur wenige,

---

<sup>16</sup> Angoda, Mulleriyawa, Hendala.

<sup>17</sup> National Hospital of Sri Lanka, Galle, Kandy, Peradeniya, Ragama, Unawatuna, Thelippali.

<sup>18</sup> Badulla, Ratnapura, Anuradhapura, Kurunegala.

<sup>19</sup> Colombo South Teaching Hospital, Sri Jayawardenepura General Hospital, Lady Ridgeway Children Hospital, Negombo, Gampaha, Balangoda, Army Hospital, General Hospital, Horana District Hospital, Matara General Hospital, Homagama, Chilaw, Panadura, Avissawella, Navy Hospital.

die Erfahrung in der Arbeit mit PTSD haben, am ehesten solche, die mit der Armee zusammenarbeiten sowie ein Psychiater in Jaffna.<sup>20</sup>

Die **Zahl der Betten** für psychisch Erkrankte beträgt lediglich 4,6 Prozent der Gesamtbettenzahl im öffentlichen Gesundheitswesen, doch würden sehr viel mehr Erkrankte Betten benötigen.<sup>21</sup> Etwa drei Viertel der Betten befinden sich in Colombo. Die überfülltesten Kliniken Sri Lankas überhaupt sind die drei «Mental Health Hospitals».

Die **psychiatrische Praxis** besteht wesentlich in der Abgabe von Medikamenten und der Anwendung elektro-convulsivischer Therapie (Elektroschocks). Personen, die andere Behandlungsformen benötigen oder wünschen, werden an nicht-medizinische Fachleute verwiesen.<sup>22</sup>

Nach Angaben des Gesundheitsministeriums sind innerhalb des öffentlichen Gesundheitssystems **keine PsychologInnen** klinisch tätig. Lediglich in einigen akademischen Departments arbeiten PsychologInnen. Demzufolge findet sich in diesem Bereich auch kaum spezialisierte klinische Erfahrung mit der Behandlung von PatientInnen mit schwerer oder chronischer Posttraumatischer Belastungsstörung.<sup>23</sup> Überwiegend sind es nicht medizinisch ausgebildete Personen, die hauptsächlich psychologische Interventionen durchführen.<sup>24</sup>

Neben den PsychiaterInnen arbeiten ÄrztInnen mit begrenzter Ausbildung für die Behandlung psychischer Erkrankung (Medical Officers of Mental Health). Schliesslich sind BeschäftigungstherapeutInnen, Psychiatrieschwestern und einige SozialarbeiterInnen ebenfalls Teil des srilankischen Gesundheitssystems.

Es gibt **einen grossen Mangel an Versorgung auf Gemeindeebene** (Community Based Care), einige Dienste von guter Qualität werden von kleinen NGO-Initiativen oder innovativen Mental Health Professionellen getragen.

**Insgesamt ist das Angebot völlig inadäquat**, um den Bedürfnissen der Erkrankten gerecht zu werden. Daran lassen nicht zuletzt die Regierungsstellen keinen Zweifel. Es herrscht ein grosser Mangel an ausgebildeten Fachleuten, die Dienste sind nicht gleichmässig verteilt und leiden an Überlastung. Zwar ist allgemeiner Konsens, dass die «Mental Hospital»-Kapazitäten in Colombo zu Gunsten der «Mental Health»-Dienste in den Provinzen abgebaut werden sollten, doch steht die Umsetzung dieses Vorhabens noch weitgehend aus.

---

<sup>20</sup> Auskunft von Ananda Galappatti, Batticaloa, The Mangrove, Psychosocial Support and Coordination Network, an die SFH vom 4.1.2006, Auskunft von Dr. Barbara Preitler, Abt. für Sozialpsychologie, Ethnopschoanalyse und Psychotraumatologie, Klagenfurt, an die SFH am 25.2.2005.

<sup>21</sup> Hiranthi de Silva, Pressemitteilung des Director of Mental Health Services, Ministry of Health, 10.8.2005.

<sup>22</sup> Sri Lanka, Provision of Technical Advice to Sri Lanka, Quelle: [http://www.who.int/mental\\_health/policy/en/Sri\\_Lanka\\_technical\\_advice.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/en/Sri_Lanka_technical_advice.pdf).

<sup>23</sup> Galappatti, 4.1.2006, Preitler, 25.2.2005.

<sup>24</sup> Nalaka Mendis, Mental Health Services in Sri Lanka, International Psychiatry, January 2004.

### 3.3 Mental Health-Hospitals, weitere Krankenhäuser

Das staatliche Gesundheitssystem ist der grösste Anbieter von Diensten zur Behandlung psychischer Erkrankung.

#### 3.3.1 Psychiatrische Kliniken (Mental Health-Hospitals)

In Colombo und Umgebung gibt es drei grosse Mental Health-Hospitals<sup>25</sup> mit insgesamt über 2000 Betten. Dort wird stationäre Behandlung angeboten.

Das **Angoda Hospital** versorgt 1700 PatientInnen aus dem ganzen Staatsgebiet auf, das **Mulleriyawa Hospital** (vor allem für weibliche LangzeitpatientInnen) kann für 1000 PatientInnen sorgen, während das **Hendala-Hospital** (für männliche Langzeitpatienten, die von Angoda zugewiesen werden) Platz für 300 Personen bietet. Weil diese Kliniken alle in der Western Province gelegen sind, müssen PatientInnen aus anderen Teilen Sri Lankas weite Distanzen auf sich nehmen, um dorthin zu gelangen.

Diese Kliniken operieren mit eingeschränkter Personalstärke, viele Stellen sind vakant. Das ist einer der Gründe, weshalb die Qualität der Versorgung stark in Frage gestellt ist.<sup>26</sup>

Die drei Kliniken sind chronisch überlastet. WHO äussert ernsthafte Bedenken hinsichtlich der Qualität der grossen Mental Health-Hospitals.<sup>27</sup> Grund dafür sind unter anderem die ausbleibenden Entlassungen der PatientInnen (Einsperrkonzept nach dem veralteten Mental Health-Act). Zudem lassen die Familien die erkrankten Angehörigen dort, weil der Hin- und Hertransport zu aufwendig und kostspielig ist oder weil es zu schwierig ist, sie zu Hause zu betreuen. Ein solches Vorgehen stärkt die schon vorhandene soziale Stigmatisierung und es kommt es vor, dass PatientInnen auf immer hospitalisiert bleiben.

#### 3.3.2 Weitere Kliniken<sup>28</sup>

Die weiteren Kliniken verfügen über wenig Betten. Die Teaching Hospitals und die General Hospitals in den Provinzen haben insgesamt ca. 500 Betten.

Daneben bieten das National Hospital in Colombo und elf weitere General Hospitals in urbanen Zentren vor allem ambulante Behandlungen für psychisch Erkrankte an. Ein Mindestmass an therapeutischer Grundversorgung ist allerdings nur in elf der 25 Distrikte möglich.<sup>29</sup>

Ausgehend von der Erkenntnis, dass Behandlung psychischer Erkrankter bisher vor allem in den obengenannten Kliniken, somit im tertiären Sektor, stattfand, wird staat-

---

<sup>25</sup> siehe Fussnote 16

<sup>26</sup> Nalaka Mendis, a.a.O.

<sup>27</sup> Hiranthi de Silva, Pressemitteilung des Director of Mental Health Services, Ministry of Health, 10.8.2005.

<sup>28</sup> siehe Fussnoten 17-19

<sup>29</sup> E-Mail von Dr. Ranil Abeyasinghe an die SFH am 5.5.2005.

licherseits eine Verschiebung zur Primärversorgung angestrebt.<sup>30</sup> LaienhelferInnen sollen auf Gemeindeebene ausgebildet werden und im Bereich der Gesundheitsvorsorge und -versorgung tätig werden. Sie sollen die Nachversorgung von PatientInnen, die aus den Kliniken zugewiesen werden, übernehmen und ihr Wissen an Individuen, Familien und Personen aus dem Umfeld weitergeben. Damit sollen auch die mit psychischen Problemen verbundenen Stigmata und Diskriminierungen verringert werden. In Abkehr von einem zentralisierten und krankheitsfokussierten Spitalsystem, das als problematisch betrachtet wird, sollen die Gemeindemitglieder mehr Verantwortung für die mentale Gesundheit der eigenen Gemeinde übernehmen: Dezentralisierung, Delegation medizinischer Aufgaben an «Healthcare Workers» und Verbreitung des medizinischen Wissens unter nichtmedizinischem Personal in den Gemeinden sind Teil dieses Zukunftsprojekts.

Derzeit gibt es noch einen grossen Mangel an «Community Health Care», nur wenige Dienste mit guter Qualität, die von kleinen NGOs oder initiativen Regierungsstellen angeboten werden.<sup>31</sup>

### 3.4 Nichtregierungsorganisationen

NGOs betreiben im Gesundheitsbereich psychosoziale Projekte. Darunter sind verschiedenste Aktivitäten zu verstehen, therapeutische Dienstleistungen, Schulung und Bewusstseinsbildung, Konflikt-Mediation und Problemlösung sowie soziale Aktivitäten.<sup>32</sup> Ihre Dienste variieren stark in Umfang, Ansatz, Qualität und Dauer der Programme und regionaler Zuständigkeit. Da es bisher an einem schlüssigen nationalen Konzept fehlt, das sowohl die staatlichen Aktivitäten als auch die Tätigkeit der NGOs integriert, und da die Organisationen meist ihrer eigenen Agenda folgen, tauchten in der Vergangenheit neue Aktivitäten oft in einer nicht koordinierten Weise auf und verschwanden auch wieder.

Die Dienste sind meist kostenfrei. Es gibt allerdings versteckte Kosten der Behandlung, besonders für ländliche PatientInnen, die anreisen müssen, und die Transportkosten oder Einkommensverluste zu tragen haben.

Am bekanntesten sind die folgenden Programme:

#### 3.4.1 Family-Rehabilitation Centre (FRC)

Das FRC, vorwiegend mit Mitteln der dänischen Regierung finanziert, beschäftigte Fachpersonal für psychosoziale Betreuung. Es war nach dem Auftreten von Finanzproblemen zuletzt noch in vier Distriktzentren tätig, nachdem ursprünglich zwölf Zentren existiert hatten.<sup>33</sup>

---

<sup>30</sup> Nalaka Mendis, a.a.O.

<sup>31</sup> Ananda Galappatti, 4. Januar 2006. Preitler, 25.2.2005.

<sup>32</sup> Ananda Galappatti, What is a Psychosocial Intervention? Mapping the Field in Sri Lanka, Quelle: [http://www.canrelief.org/News/Psychosocial\\_Intervention.pdf](http://www.canrelief.org/News/Psychosocial_Intervention.pdf).

<sup>33</sup> Walter Keller, Sachverständigenutachten vom 9.10.2004, Quelle: [http://www.ecoi.net/pub/mk995\\_6684lka.pdf](http://www.ecoi.net/pub/mk995_6684lka.pdf).

Das Zentrum beendet seine Aktivitäten im März 2006, offenbar wegen fehlender weiterer Finanzierung. Eine Nachfolge ist nicht bekannt.<sup>34</sup>

### **3.4.2 Tagesklinik Sahanya**

Die Tagesklinik möchte psychisch Erkrankten eine Rehabilitation anbieten und sie nach einer Hospitalisierung auf die Rückkehr in ihre Gemeinschaft vorbereiten. Es wird psychiatrische und psychologische Beratung angeboten. Die Programme sind derzeit noch auf die Region Colombo begrenzt. Geplant sind jedoch Zentren in Gorakana, Vavuniya, Trincomalee und Matara.<sup>35</sup>

Zielgruppen sind Langzeiterkrankte, Personen, die unter psychosozialen Schwierigkeiten oder unter Gewalt und Trauma leiden. Das Training von Personen aus dem Gesundheitsbereichs ist ein weiterer Schwerpunkt. Die monatlichen Ausgaben belaufen sich auf 300'000 Rs (entspr. 6800 US Dollar), was einen Anhaltspunkt für die Leistungsfähigkeit dieser Organisation geben mag.

### **3.4.3 Shanthiam, Jaffna**

Die Organisation bietet Beratung, Gruppenarbeit, psychologische Unterstützung bei Angst, Depression und PTSD an, arbeitet vor allem mit Freiwilligen und hat einen Schwerpunkt auf Schulung und Vermittlung von Basiswissen bei psychischer Erkrankung.<sup>36</sup>

### **3.4.4 PAT (People against Torture)**

Der Beratungsdienst von PAT (People against Torture) hat im Sommer 2005 mit der Ausbildung für «Trauma-Beratung» (Trauma-Counselling) begonnen und konzentriert sich auf aktuelle Fälle von Folter in einigen Landesteilen. Die Ausbildung der BeraterInnen ist derzeit noch unzureichend. Das Team hat momentan auch keine zusätzlichen Kapazitäten für weitere Behandlungen.<sup>37</sup>

### **3.4.5 Centre for Psychosocial Care (CPC), Ampara**

In Ampara, einer der am schwersten vom Tsunami betroffenen Regionen, werden Personen ausgebildet, die nach Absolvierung des Programms Traumatisierten Hilfe anbieten können. Ausbilder ist der Psychologe und Direktor des CPC, M.A.J. Ramewake. Der Abschluss der Ausbildung soll mit einem Ehe- und Familienberaterdiplom vergleichbar sein.<sup>38</sup>

---

<sup>34</sup> Preitler, 25.2.2005.

<sup>35</sup> Indian experts collaborate on future development of Sahanaya activities, Daily News, 25.6.2004.

<sup>36</sup> Mental Health Task Force in Disaster, The Association for Health and Counselling, Shanthiam, No. 15, Kachcheri Nallur Road, Jaffna, Sri Lanka.

<sup>37</sup> Preitler, 25.2.2005.

<sup>38</sup> Barfüssige BeraterInnen, Südwind, März 2006, Nr. 3.

### 3.5 Psychologische Beratung/Therapie

Eine regelmässige psychologische/psychotherapeutische Beratung/Therapie ist allenfalls für Einzelfälle in Colombo und Kandy möglich, sonst in keinem Landesteil realistisch.<sup>39</sup> Es gibt in ganz Sri Lanka nur wenige PsychologInnen, die Mehrheit von ihnen arbeitet nicht innerhalb der staatlichen Gesundheitsversorgung. Klinische Sozialarbeit existiert de facto nicht.<sup>40</sup>

### 3.6 Traditionelle Heilungsformen

Es gibt in Sri Lanka Traditionen, nach denen eher Kernfamilien und erweiterte Familien nach Bedrohung und Trauma für Heilung zuständig sind als die betroffenen Individuen selbst. Eine Familie wird zusammenkommen und gegenseitige Unterstützung und Hilfe gewährleisten, das traumatische Ereignis interpretieren, ihm eine gemeinsame Bedeutung geben und auch Strategien zur Stressbewältigung entwickeln.<sup>41</sup> Durch Krieg, Vertreibungen, Migration, Tod, Haft, Verschwinden von Personen sind viele Familien, erweiterte Familien und auch Kernfamilien, geschwächt und zerstreut. Die Auswirkungen des Bürgerkrieges lassen sich als kollektives Trauma beschreiben. Auf der Jaffna Halbinsel gibt es derzeit 19'000 von Frauen geführte Haushalte. Da traditionelle Heilung vom Zusammenhalt der Familien und einer traditionellen Verwandtschaftsstruktur abhängig ist, funktionieren die alten Strukturen und Institutionen nicht mehr.

## 4 Verteilung der Dienste

### 4.1 Ungleiche Verteilung der Behandlung psychisch Erkrankter

Die staatliche Politik zielt jetzt darauf ab, dass in jedem Distrikt ein Psychiater tätig sein wird, in kleineren Bezirken so genannte «Medical Officers of Mental Health». Mitte 2005 hatten jedoch elf von 25 Distrikten keinen Psychiater und in 250 Bezirken arbeiteten nur 57 «Medical Officers».<sup>42</sup> Der grösste Teil der verfügbaren Dienste ist in Colombo konzentriert.

In einigen Teilen des Landes, vor allem in Norden und Nordosten, sind die Dienste krass ungenügend. Im Juni 2003 gab es nur zwei tamilische Psychiater, die mit begrenzten Ressourcen «Community Mental Health Care» in der Nähe der beiden grössten Städte des Nordens und Nordostens (Jaffna und Batticaloa) ausübten. Nach wie vor ist Psychiatrie nur in den «Teaching Hospitals» von Jaffna und Batticaloa verfügbar.

---

<sup>39</sup> Preitler, 25.2.2005.

<sup>40</sup> Galappatti, 4.1.2006.

<sup>41</sup> Daya Somasundaram, Adressing the psychosocial problems of women in a war ravaged society, University of Jaffna, 8-9th February 2003, Quelle: [http://www.lines-magazine.org/Art\\_Feb03/Daya.htm](http://www.lines-magazine.org/Art_Feb03/Daya.htm).

<sup>42</sup> Hiranthi de Silva, Pressemitteilung des Director of Mental Health Services, Ministry of Health, 20.6.2005.

## 4.2 Behandlungsmöglichkeiten im Norden und im Osten Sri Lankas

Das Angebot an Mental-Health-Diensten im Norden und im Osten lässt sich nicht mit der Lage im Süden Sri Lankas vergleichen. Diese Regionen sind klar unterversorgt, was sich schon daran zeigt, dass es in sieben von neun Distrikten keine akute, stationäre Versorgung gibt. Personal und Betten sind in zwei Städten konzentriert. In ländlichen Bezirken finden sich nur kleine Posten mit geringer Personalstärke. Besonders beklagt wird das Fehlen von Kapazitäten für eine mittlere Behandlungsdauer (bis zu sechs Monaten) für diejenigen, die sich nach einer stationären Behandlung erholen müssen.<sup>43</sup> Was die Situation besonders prekär macht, ist die Summierung der Erkrankungen, die auch in normalen Zeiten auftreten würden, mit denen, die eine Folge des Bürgerkriegs oder des Tsunami sind.

Die Ausbildung von Beratungsteams ist in Jaffna am weitesten gediehen, aber weit entfernt von einem westlichen Standard psychologischer Beratung, geschweige denn von Psychotherapie. Es gibt zwar Bemühungen, Familienhelfer (Family Health Worker) auszubilden, doch sind diese meist nicht befähigt, zuverlässig psychische Probleme zu identifizieren und, wenn nötig, an fachärztliche Stellen zu vermitteln.

Durch die aktuelle Kriegsgefahr haben die Projekte in Jaffna, Amparai und Battcaloa ihre Arbeit Ende 2005 / Anfang 2006 weit gehend eingestellt.<sup>44</sup>

## 5 Tsunami

### 5.1 Folgen

Nach der Katastrophe von Ende Dezember 2004 wurde festgestellt, dass unzählige Vertriebene sich in einem Zustand des Schocks befanden.<sup>45</sup> Tausende von Familien mussten mit gravierenden Traumata fertig werden.<sup>46</sup> Die Zahl der Personen, die als Folge des Tsunami eine psychische Erkrankung entwickelt haben, ist naturgemäss schwer zu bestimmen. Von 130'000 bis 220'000 Personen, bei denen ein akuter Stress infolge des Tsunami angenommen wird, wird bei geschätzten 22'000 bis 44'000 davon ausgegangen, dass sie feststellbare psychische Erkrankungen entwickeln und langfristige Hilfe benötigen.<sup>47</sup> Befürchtet wird, dass die ohnehin hohe Suizidrate nach einem zu erwartenden Absinken unmittelbar nach der Katastrophe ein höheres Niveau erreichen könnte als vor der Katastrophe.

---

<sup>43</sup> Sri Lanka, Provision of Technical Advice to Sri Lanka, Quelle: [http://www.who.int/mental\\_health/policy/en/Sri\\_Lanka\\_technical\\_advice.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/en/Sri_Lanka_technical_advice.pdf).  
<sup>44</sup> Preitler, 25.2.2006.

<sup>45</sup> Der Tsunami betraf 13 von Sri Lanka's 25 Provinzen. Ende Februar 2005 wurde davon ausgegangen, dass 30'974 Personen getötet, 4'698 vermisst und 558'287 vertrieben wurden. Nahezu 100'000 Privathäuser wurden zerstört und 45'000 teilweise beschädigt: Transparency International, Jahresbericht 2006, S. 253, unter Hinweis auf ein Assessment der Asian Development Bank.

<sup>46</sup> Arline Kaplan, Tsunami Aftermath in Sri Lanka – Providing Psychiatric and Psychosocial Assistance, *Psychiatric Times*, February 2005, Vol. XXII, Issue 2.

<sup>47</sup> Das UK Home Office stützt sich in seinem Bericht vom September 2005 auf Angaben des srilankischen Ministry of Mental Health.

Die Auswirkungen des Tsunami haben die vom Bürgerkrieg betroffenen Regionen weit härter getroffen als andere. Befunde in Sri Lanka haben gezeigt, dass im Süden des Landes in den Tsunami-Regionen etwa 15 Prozent der Kinder traumatisiert sind. Im Norden, wo über viele Jahre ein Bürgerkrieg tobte, weisen bis zu 50 Prozent der Kinder eine posttraumatische Belastungsstörung auf. Die Traumatisierung durch den Tsunami wird mit den früheren Kriegserlebnissen «verschmolzen».<sup>48</sup>

Überlebende werden nach der Einschätzung der WHO jahrelang unter den Folgen des Desasters zu leiden haben.<sup>49</sup> Hilfsprogramme werden Häuser, Schulen, Spitäler wiederaufbauen, aber es wird viel länger dauern, die psychische Verarbeitung des Verlustes von Familien, Freunden, Nachbarn und der Lebensgrundlagen zu bewältigen. Sehr schwere psychische Erkrankungen liegen typischerweise bei 2-3 Prozent der Bevölkerung vor, dieser Anteil kann nach einem derartigen Desaster auf 3-4 Prozent der Bevölkerung steigen.<sup>50</sup>

## 5.2 Hilfe nach dem Tsunami

Der Tsunami hatte unterschiedliche Auswirkungen auf die medizinische Versorgung. Er behinderte anfangs existierende klinische Dienste, da das Gesundheitspersonal in die öffentliche Hilfe für die schwer betroffene Bevölkerung involviert war. Andererseits wurden von vielen internationalen und lokalen NGOs Projekte initiiert, um die von der Katastrophe betroffenen Personen – aber nur diese – zu versorgen. Die oft gutgemeinten Projekte sind nicht immer von fachlich ausreichender Qualität und fokussieren auf erste Hilfe, Wiederaufbau, rurale Entwicklung, Unterstützung in Flüchtlingslagern und soziale Probleme der betroffenen Bevölkerung. Psychosoziale Programme (zum Beispiel Shantiham in Jaffna) zielen darauf ab, dass Dorfgemeinschaften, Freiwillige und Hilfeleistende Kenntnisse von psychologischer Erster Hilfe erhalten und sich Wissen über Kriseninterventionen aneignen. Sie gehen von der Grundannahme aus, dass bei rascher und möglichst breitgestreuter Hilfe ein Auftreten der psychologischen Symptomatik vermieden oder gemildert werden kann.

Angebote für Personen mit komplexen psychischen Problemen und Erkrankungen sind selten. Meist geht es um «Trauma Counselling», relativ kurzfristige psychosoziale Beratung im Bereich der Primärversorgung. Die HelferInnen haben nicht die Befähigung, gravierende und chronische Fälle von posttraumatischen Belastungsstörungen zu behandeln.<sup>51</sup>

Dr. Daya Somasundaram, Leiter der Abteilung Psychologie der medizinischen Fakultät der Universität Jaffna, bestätigt, dass psychosoziale Hilfe Priorität hat, damit die Leute mit den Verlusten fertig werden können. Depression, Schlafstörungen, Suizide und Alkoholismus hätten zugenommen (in einer Gesellschaft, die nach der WHO bereits den siebten Rang in der Suizidstatistik belegt).<sup>52</sup> Besonders gefährdet sind

---

<sup>48</sup> Thomas Elbert, Wie die Angst in den Kopf kommt, Die Zeit, [http://www.zeit.de/2005/07/Kultur\\_2fGeist\\_Interview](http://www.zeit.de/2005/07/Kultur_2fGeist_Interview)

<sup>49</sup> WHO says most Tsunami victims will suffer psychological Trauma, Press Release, 19.1.2005.

<sup>50</sup> Tsunami wreaks mental health havoc, WHO, Bulletin, 1.6.2005, Quelle: <http://www.who.int/bulletin/volumes/83/6/infocus0605/en/index.html>.

<sup>51</sup> Galappatti, 4.1.2006.

<sup>52</sup> La Croix Rouge canadienne forme les travailleurs de la santé pour offrir un soutien psychosocial aux survivants du tsunami, Quelle: <http://www.ifrc.org/fr/docs/news/05/05042601/>.

die Männer, denen traditionell die Rolle des Familienoberhaupts zukommt und die Verluste von Familienmitgliedern und ihrer Subsistenzmittel erlitten haben. Kinder benötigen ebenfalls in besonderem Mass psychologische Hilfe.

Die meisten psychosozialen Projekte waren als Erste Hilfe konzipiert, sind schon nach einigen Monaten wieder verschwunden und waren von mitunter fragwürdiger Qualität. Manche bezogen sich auf bestimmten Zielgruppen (Frauen, Kinder, jedoch nicht Männer). Die bestehenden Projekte sind durch die enorme Belastung, die der Tsunami verursacht hat, mehr als ausgelastet.

## **6 Zugang und Kosten**

### **6.1 Relation Angebot/Bedarf**

Ein inadäquates Angebot an qualitativ akzeptabler Behandlung bildet ein Zugangshindernis, weil unvermeidlicherweise Therapie an Behandlungsbedürftigen unterbleibt, weil die bestehenden Strukturen überlastet sind und weil, gemessen an den vielen identifizierten und nicht identifizierten Traumatisierten, nur ein Bruchteil der eigentlich benötigten Kapazitäten abgedeckt werden kann. Das schliesst nicht aus, dass in einzelnen Fällen Therapie, welcher Art auch immer, möglich ist, sie ist jedoch nicht überall und nicht grundsätzlich bei Bedarf gewährleistet.

### **6.2 Sprache**

Tamil-sprechende Personen werden in Institutionen mit ausschliesslich singhalesisch sprechendem Personal grosse Probleme haben, sich verständlich zu machen oder therapeutische Interventionen zu verstehen. Das sind keine guten Voraussetzungen für Gespräche, die Vertrauen voraussetzen. Dasselbe gilt aber auch für die zahlreichen Projekte, die nach dem Tsunami lanciert wurden: «Du kannst so viele Berater bringen wie Du willst. So lange sie nicht die Sprache der Leute sprechen, kannst Du es vergessen», so die Äusserung eines Arztes nach dem Tsunami.<sup>53</sup>

### **6.3 Kosten**

Die Quellen sprechen dafür, dass die meisten Behandlungen des staatlichen Gesundheitssystems kostenfrei sind, doch gibt es versteckte Kosten und Zugangshindernisse für PatientInnen aus ländlichen Gebieten, die einen weiten Weg zu den Orten der Behandlung haben, sowie Transportkosten und Lohnausfall. Es kostet beispielsweise 6000 Rupien (entspr. 136 US Dollar), um PatientInnen aus Hambantota, Anuradhapura, Trincomalee oder Nuwara Eliya in eines der grossen «Mental Health Hospitals» in Colombo zu bringen.

---

<sup>53</sup> Quelle: <http://www.lankalibrary.com/news/pts.htm>

## 7 Zusammenfassung

Generalisierende Feststellungen in Entscheiden der Asylbehörden, spezifische ärztliche Behandlungen seien in einem bestimmten Land «grundsätzlich» möglich, verzichten häufig darauf, sich zur Methode und zur Qualität der Behandlungen sowie zu den Zugangsproblemen zu äussern. Sie provozieren auch die Gegenfrage «Behandlungen für wen»? Für ein oberes Einkommenssegment sind spezialisierte Behandlungsmöglichkeiten in Privatpraxen und -kliniken auch in Colombo möglich. Eine Familie im Norden oder Osten der Insel wird sich das nicht leisten können, auch nicht ein Durchschnittshaushalt.

Der grösste Anbieter von Behandlungen bei psychischer Erkrankung, somit auch bei Posttraumatischer Belastungsstörung sind in Sri Lanka die staatlichen Institutionen, in denen eine viel zu kleine Zahl von PsychiaterInnen und kaum klinische PsychologInnen einer grossen Zahl von Bedürftigen gegenüberstehen. Die herrschende psychiatrische Praxis tendiert zu biomedizinischen Ansätzen und vertraut wesentlich auf die Abgabe von Medikamenten und auf elektro-convulsivische Therapie. Innerhalb des staatlichen Gesundheitssystems gibt es nur sehr wenige Personen, die klinische Erfahrung in der Arbeit mit PTSD haben.

Die Zentralisierung der Versorgung in Colombo und der Region Colombo ist nach wie vor ein grosses Problem. Diejenigen, die ausserhalb Colombos leben, müssen immer noch beträchtliche Distanzen sowie Nachteile in Zeit und Geld auf sich nehmen, um Behandlungen zu erhalten.

Die drei psychiatrischen Kliniken, die vor allem für stationäre Behandlungen zuständig sind, funktionieren nach einem veraltetem Einsperrkonzept und sind chronisch überlastet. Die WHO äussert ernsthafte Bedenken hinsichtlich der Qualität dieser grossen «Mental-Health»-Hospitals. Grund für die Überbelegung sind unter anderem die ausbleibenden Entlassungen von PatientInnen

Ein neuer National Mental Health-Plan wurde im Oktober 2005 auf der Basis der aktuellen Defizite erstellt. Vorgesehen ist eine Verlagerung der Behandlungen aus dem tertiären in den primären Sektor und ein breites Angebot auf Gemeindeebene. Bis die dort enthaltenen Vorschläge umgesetzt sind, wird es noch Jahre oder Jahrzehnte dauern.

Verschiedene Nichtregierungsorganisationen betreiben psychosoziale Programme, darunter auch «Trauma-Counselling»-Projekte, vor allem in Norden und Osten der Insel. Es handelt sich dabei meist um kurzfristige Projekte. Viele solcher Projekte, die nach der Tsunami-Katastrophe initiiert wurden, verschwanden rasch wieder. Für schwer und chronisch traumatisierte Trauma-PatientInnen wäre langfristige Hilfe nötig. Eine regelmässige psychologische Behandlung ist derzeit in keinem Landesteil realistisch und möglich, ausser allenfalls im Privatsektor für einzelne Personen in Colombo oder Kandy.