

Tradisjonelle behandlere organisert mot overgrep



Gjennom Redd Barna i Harare fikk jeg møte to representanter for viktige instanser som arbeider for barn og voksnes mentale helse. Innen ZIMNAMH, organisasjonen for mental helse, og TARSC, et trenings- og forskningssenter, var man spesielt bekymret for barna under de rådende forhold.

Zimbabwe har den senere tid vært i medienes søkelys, spesielt i forbindelse med den pågående konflikten mellom svarte og hvite om eiendomsretten til jord, makt og økonomi. Et annet medietema er HIV/AIDS-svøpen, som synes å ha rammet Zimbabwe hardere enn mange andre afrikanske land, med 40 % av befolkningen smittet og syke.

Cecil Rhodes kom til landet i 1889 og dannet det britiske Sør-Afrika-kompaniet. I 1895 ble «det nye landet» kjent som Rhodesia. Grunnloven var i teorien ikke-rasistisk, men stemmeretten var basert på britisk statsborgerskap og årlig inntekt. Kun noen få var kvalifisert til å stemme. Hvitt overherredømme ble lovfestet i 1930. I 1964 tok Ian Smith over som president og begynte å presse på for rhodesisk selvstendighet. I 1980 ble landet selvstendig under navnet Zimbabwe og med geriljaleider Robert Mugabe som president.

Etter at landet ble selvstendig, har de økonomiske problemene vært stadig økende. Krigen i Kongo beskrives som økonomisk utarmende for Zimbabwe, i tillegg til AIDS-epidemien og konflikter i kjølvannet av presidentvalg. En arbeidsledighet på over 50 % gjør ikke situasjonen lettere. En tydelig fremtidspessimisme kom frem i flere sammenhenger da jeg besøkte hovedstaden Harare for å se på arbeidet som drives av Redd Barna.

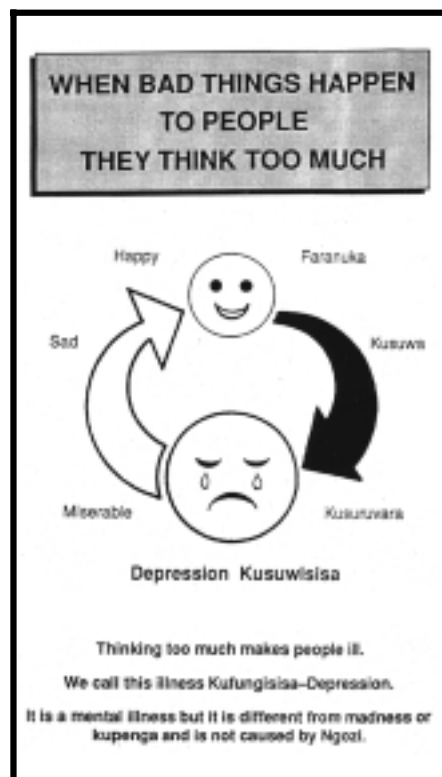
Befolkningstallet er i dag ca. 11,5 millioner. 98 % av befolkningen er av bantuopprinnelse og kun 2 % europeere, asiater og fargede. 1,6 millioner bor i hovedstaden. Det var en ny opplevelse å se meg selv som den eneste hvite i nesten alle de sammenhenger jeg var i. Unntaket var i den store anglikanske katedralen, der jeg telte 12 hvite blant de mange hundre som var møtt opp til gudstjeneste søndag formiddag. De fleste hvite var prester, noen opprinnelig i eksil etter problemer i apartheidtidens Sør-Afrika. Det fikk jeg vite under kirkelunsjen, dit alle gjester

ble ønsket varmt (bokstavelig talt!) velkommen.

Under besøket i Harare sørget Redd Barna for at jeg fikk treffe representanter for to viktige instanser, ZIMNAMH og TARSC, begge med arbeid rettet mot barns så vel som voksnes psykiske helse.

ZIMNAMH

ZIMNAMH – Zimbabwe National Association for Mental Health – ledes av en ildsjel, psykiatrisk sykepleier Elizabeth Matare. Sammen med en sosialarbeider utgjør de to kvinnene de eneste ansatte i den private organisasjonen, som er medlem i World Federation for Mental Health. Oppgaven er å bygge broer der det offentlige ikke strekker til, og det er ifølge kvinnene på de fleste områder innen mental helse. Entusiastisk delte de med meg erfaringer fra arbeidet med mental helse, sett i lys av de kulturelle forhold.



Figur 1 Forsiden av en trykksak utgitt av ZIMNAMH for å beskrive depresjon med ord brukt i tradisjonell medisin, men som ikke inneholder en forståelse av problemet som hekseri

Offentlige helsetjenester i Zimbabwe

Departementet for helse og barns velferd har ansvaret for alle landets helsetilbud. Tjenestetilbudet er inndelt i ulike nivåer, fra helseministeren, via provinsnivå og distriktsnivå til sykehus og klinikker på lokalt nivå.

Alle pengene går til provins- og distriktsnivået, herfra er det meningen at de skal fordeles nedover i systemet. Dette skjer imidlertid ikke i praksis. Alle hjelpemidler finnes på det nivå pengene er. Dette medfører for eksempel at pasienter fra landsbysykehusene som trenger medisiner, må reise til sitt distriktssykehus for å få dette. Det finnes ikke egne psykiatriske sykehus, kun enheter på de somatiske sykehus. Pengene er ikke øremerket psykiatri, så hvis lederen av hospitalet trenger penger til somatikk, forsømes de psykiatriske pasientene.

Arbeidsforholdene er dårlige for helsearbeidere generelt, uansett spesialisitet. Da jeg besøkte landet, var alle assistentlegene i streik pga. mangel på utstyr som sprøyter, bandasjer og medikamenter. Overlegene var i ferd med å bli utslitt. Det mangler totalt et incentiv til å satse på mental helse, fortalte Matare, spesielt for legenes del. De er avlønnet lavere enn sykepleiere. Nøkkelpersonalet i institusjonene i dag er utdannet utenfor Zimbabwe.

Situasjonen innen psykisk helsevern er om mulig enda verre nå som arbeidet rettet mot HIV/AIDS tar svære pengesummer. Som helseproblem nummer én har dette overtatt for malaria. Problemstillingen HIV/AIDS i tillegg til mental lidelse synes ingen å ha tenkt på!

Hvordan en norsk lege opplever å arbeidet under forhold som på mange måter er sammenliknbare med forholdene i Zimbabwe, er spennende beskrevet i tidligere brev fra Botswana (1, 2). Boonstras beskrivelser ble for meg et viktig bakteppe for nye perspektiver på forholdet mellom tradisjonell og moderne medisin i det sørlige Afrika, spesielt i forhold til HIV/AIDS.

Psykiske lidelser, åndemakter og stigmata

ZIMNAMH søker å skape interesse for mennesker med mentale helseproblemer, som de ønsker å kalle det. Følgen av å ha en mental lidelse må gjøres kjent, er deres budskap. I dagens Zimbabwe lider pasientene nød, både ute i samfunnet og i sykehusene.

En liten uføretrygd innvilges kun ved synlige lidelser. Usynlige lidelser som diabetes og schizofreni teller ikke. Arbeidsmarkedet er stengt for mennesker som har psykiske lidelser, og de får heller ikke lån til for eksempel bolig.

Psykatri er lavstatus som fag. Mennesker med psykiske lidelser er stigmatiserte. Det er likeledes stigmatiserende for helsearbeidere å arbeide med psykiatri. Arbeidet er dessuten skremmende fordi det er forbundet med onde ånder og hekseri.

Som ledd i arbeidet for å skape forståelse for mentale lidelser prøver man å beskrive symptomer ved å bruke kjente navn. Istedenfor ordet depresjon brukes et ord som betyr å tenke for mye, kufungisisa, et ord brukt i tradisjonell medisin. Hvis lidelsen skyldes åndemakter og hekseri, kan pasienten lite gjøre. Situasjonen er utenfor pasientens kontroll, skaper håpløshet og økt stress, og prognosen er i utgangspunktet dårlig. De håpet at denne nye «beskrivelsen» av pasienten, som innebærer en annen forståelse av problemet enn hekseri, ville medføre bedret prognose (fig 1).

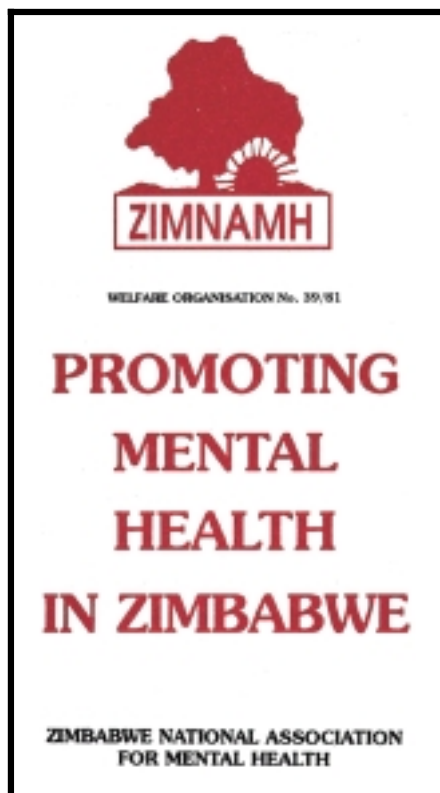
Tradisjonelle behandlere, de psykisk sykes førstelinjetjeneste

Ved psykiske lidelser vil familien først ta pasienten til en tradisjonell behandler, som er fellesbetegnelsen for medisinmenn og hekседoktorer. Tradisjonelle behandlere er de vanlige «allmennpraktikere» i Zimbabwe. 98 % av pasientene ZIMNAMH arbeider for, har også besøkt dem, selv høyt utdannede folk. Behandleren vil ofte oppdage at årsaken til lidelsen er en tradisjonell seremoni som familien har forsømt å utføre etter forskriftene. Etter stadige besøk hos den tradisjonelle behandleren uten effekt er det vanlige forløp at den psykotiske blir gradvis dårligere. Vedkommende bringes til sykehus først når alle andre muligheter er uttømt. Pasienten er da kronifisert og vanskelig å hjelpe. Etter utskrivning sier den tradisjonelle behandler, som er eneste instans for oppfølging: «Det var min behandling som hjalp deg, så du må slutte med medisinene du fikk på sykehuset.» Det er derfor vanskelig for pasienten å følge legens råd om medikasjon, og man ser 60–70 % tilbakefall.

Det tar årevis for en psykotisk pasient å bli rehabilitert, hvis det i det hele tatt skjer. Den rigide familiestrukturen beskrives som det store problemet i denne sammenheng, for den syke har som regel intet nettverk å spille på.

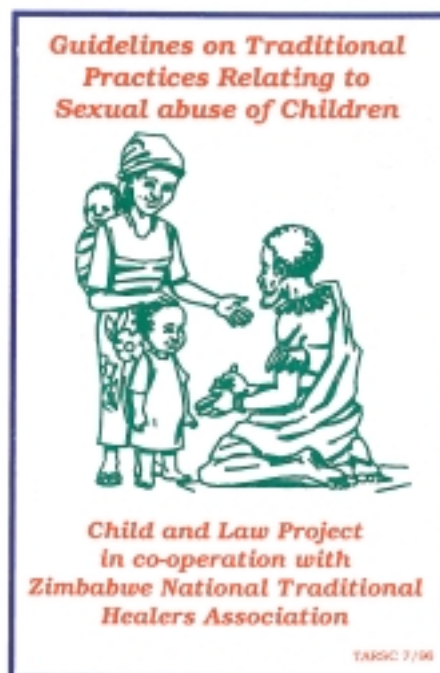
ZIMNAMHs tjenestetilbud

ZIMNAMH driver et utstrakt arbeid på mange områder for å skape åpenhet rundt de psykisk sykes situasjon. Psykososial rehabilitering er ett av satsingsområdene, med drift av dag- og døgnsenster, støttet av kanadisk u-hjelp. Et annet tjenestetilbud er rettet mot mental helse hos barn, «children at risk», dvs. barn i barnehjem. I Zimbabwe er barne-



Figur 2 Et eksempel på en trykksak utgitt av ZIMNAMH for å øke den offentlige bevissthet om spørsmål relatert til mental helse. Mentale lidelser er et for stigmatisert begrep

hjemmene dårlige. Barn i barnehjem er stigmatiserte og behandles ofte dårlig. De er utsatt for seksuelle overgrep og får en kollektiv oppdragelse, de behandles som gruppe, ikke som enkeltindivider. ZIMNAMH ønsker å hjelpe de ansatte til et individperspek-



Figur 3 Forsiden av et hefte som beskriver retningslinjer for tradisjonelle behandlere for å redusere risikoen for seksuelle overgrep mot barn

tiv på barns oppvekst. Barns rettigheter og kommunikasjon med barn står sentralt. Hovedmålet for arbeidet er tiltak for å hindre seksuelle overgrep. Ordet «empowerment», dyktiggjøring, gikk igjen. Samfunnet må dyktiggjøres til å forhindre seksuelle overgrep.

Arbeid rettet mot kvinner dreide seg i hovedsak om psykosomatiske problemer og depresjon. Deprimerte mødre var et viktig tema, og i så måte var situasjonen sammenliknbar med forholdene i Sør-Afrika (3).

Et annet viktig arbeid er å øke den offentlige bevissthet om spørsmål relatert til mental helse, via mediene, foredragsvirksomhet, nettverksarbeid, utgivelse av trykksaker (fig 2) og annet. Hovedsaken er da ikke *mentale lidelser* og diagnoser som schizofreni og affektive lidelser, men *mental helse* og dagligdagse problemer. Landet har en lov som omhandler mental helse, fra 1996, men ingen politikk på området å utøve.

ZIMNAMH samarbeider med en rekke organisasjoner som har mental helse som skjult agenda, da stigmatiseringen er så stor at det må skjules. Arbeidet sitt kaller de rådgivning til mennesker med problemer.

Depresjon – den hyppigste mentale lidelsen hos barn

Barnas situasjon er utsatt. HIV/AIDS-epidemien rammer på sett og vis barna sterkest. De blir selv syke og/eller mister sine foreldre. Når foreldrene dør, blir barna ofte overlatt til seg selv. Disse familiene kalles «barne-styrte husholdninger». Barna i disse familiene er ofte deprimerte, og antall søskenovergrep er stort. Hvis mor dør og far gifter seg igjen, er den nye ektefellen ofte lite interessert i barna, som kan ende som gatebarn. Suicidforsøk og suicid sees ofte blant barn. Bakgrunnen kan være seksuelle overgrep, der barnets fortelling om overgrep medfører at barnet kastes ut av familien av den overgripende familiefar. Situasjoner der foreldre mobber sine barn for dårlige skole-resultater eller tidlige graviditeter angis som en annen hyppig årsak til suicid.

Foreldreløse barn er i en fortvilet situasjon, også fordi det er for få alternative omsorgstilbud. Barnehjemsplasser er sjelden vare. Oppfostring av andres barn er en lite benyttet omsorgsform, av redsel for straff fra åndemaktene om noe skulle tilstøte barna.

Seksuelle overgrep, en epidemi på linje med HIV/AIDS

TARSC, Training And Research Support Centre, drev hovedsakelig forskning rettet mot seksuelle overgrep mot kvinner og barn. Jeg møtte klinisk psykolog Naira Kahn, som beskrev seksuelle overgrep som et alvorlig og underkjent problem som ofte ble forklart kulturelt. I 1990 var 907 av sakene behandlet ved The Genito-Urinary Centre i Harare barn under 12 år med seksuelt overførbare sykdommer.

Overgrep blir i stor grad begått av familie-medlemmer og andre «familievoksne», som de kalte det. I tillegg kommer voldtekt og usømmelige angrep begått av skolelærere og omsorgspersoner på skoler, gjengvoldtekter, samt voldtekt foreskrevet av tradisjonell behandling som ledd i behandling. Voldtekter forekom også når en mann ville kreve et barn som sin brud.

Voldtekt av kvinner rapporteres sjelden, fordi få kvinner vet at voldtekt er ulovlig. De tror de må leve med det. Løsningen noen kvinner velger eller påtvinges, er å gifte seg med mannen som har voldtatt henne. I andre tilfeller betaler overgriperen familien til den voldtatte for å holde munn. Familieovergrep rapporteres ikke, men forklares som en del av familiemønsteret, «slik har vi det i vår familie».

Barnets kulturelle rolle

Det ligger i shonakulturen, som den største del av befolkningen tilhører, ikke å tro på barn. Ifølge tradisjonen har de voksne alltid rett. Hvis en voksen tar på et barn, er også det rett, uansett hva slags berøring det dreier seg om. Som barn kan du ikke motsi en voksen. Når barnet skal ta imot noe, klappes hendene sammen to ganger før de åpnes til å motta. Også dette er en del av kulturen og signaliserer at den voksne vet alt. Det tror barnet og sier aldri nei. Arbeid rettet mot barn for å styrke barnas opplevelse av rett til kontroll over egen kropp, er derfor svært komplisert.

Men noe positivt har skjedd på området. Etter 12 års lobbyvirksomhet har kvinner fått gehør for en «offervennlig rett» for barn. Mønsteret har de fra Sør-Afrika. I overgrepssaker sitter barnet i eget rom sammen med en spesielt trent person som hjelper barnet, som en slags tolk. Det er TV-overføring fra dette rommet til rettssalen. Barnet slipper således å møte overgriperen. Overgriperen har rett til å stille barnet spørsmål via barnets hjelper. Aktoratet har lov til å be barnet peke ut overgriperen, men det skjer i praksis nes-

Ramme 1

Retningslinjer for tradisjonell behandling relatert til seksuelle overgrep mot barn, utgitt av TARSC i samarbeid med tradisjonelle behandleres forening

- Det er ulovlig å foreskrive eller administrere sex som behandling. Dessuten er det ikke tillatt for en behandler av motsatt kjønn å be pasienten kle av seg
- Det er ulovlig for en behandler å foreskrive sex med en ung jente til en pasient for å forbedre hans forretningslykke eller som lykkeamulett
- Det er ulovlig for behandlere å administrere ngozikompensasjon ved en ung jente eller gutt. Kompensasjonen må være i form av penger eller kyr
- Det er ulovlig for behandlere å behandle en pasient av det motsatte kjønn når pasienten er naken eller uten at foreldre er til stede. Ingen mannlig behandler skal stikke helbredende gjenstander inn i en kvinnelig pasients vagina
- Det er ulovlig for behandlere å bruke trylleformular eller medisin for å skade en annen person/barn eller forskrive oppkok/drikk med menneskelige deler

ten aldri. Det er i dag ni slike «offervennlige» domstoler i Zimbabwe, herav to i Harare.

De tradisjonelle behandlerne – organisert mot overgrep

Noen bruker tradisjon som unnskyldning for å misbruke barn seksuelt. Zimbabwe National Traditional Healers Association aksepterer ikke lenger en praksis som tillater at barn involveres i seksuelle handlinger. I 1996 laget de derfor, i samarbeid med TARSC, retningslinjer for å forhindre overgrep i deres praksis (fig 3), med konsensus om eksklusjon fra foreningen om reglene

ikke overholdes. Anbefaling av samleie med en ung jente (småpike) som behandling for AIDS er en av de typer praksis de prøver å komme til livs. Likeledes er det en del av tradisjonen å kompensere for begått urett eller å betale gjeld med en datter (såkalt ngozikompensasjon) (ramme 1). Disse jentene, brukt som oppgjørsmiddel, er svært utsatt for overgrep. Dagens slagord er: «A daughter is not a fine any more» (en datter er ikke en bot lenger).

Fremtidsvyer

Matare, lederen av ZIMNAMH, og flere med henne, var bekymret for Zimbabwes fremtid. «Kulturen har sviktet oss,» var uttrykket de brukte. Tradisjonen og kulturen ble oppfattet som en begrensende faktor når det gjelder samfunnets utvikling. Hva skal tradisjonene erstattes med når de som del av globaliseringseffekten endres? Hennes avskjedsord til meg var: «Samfunnet er i rask endring. Det er på høy tid for oss å våkne.»

For meg var besøket i Zimbabwe en vekker med hensyn til kulturens betydning for tilrettelegging av helsetilbud og forståelse av barnas situasjon. De tradisjonelle behandleres initiativ, synliggjort gjennom felles retningslinjer, bærer håp om at kulturens støtter etter hvert vil kunne integrere en tenkning om barns rettigheter i sin forståelse og praksis.

Aina Basilier Vaage

si-vaage@online.no

Barnepsykiatrisk avdeling
Rogaland psykiatriske sjukehus
Postboks 1163 Hillevåg
4095 Stavanger

Litteratur

1. Boonstra E. Botswana: Fremgang og tilbakeslag i Ngami. Tidsskr Nor Lægeforen 1997; 117: 2218–20.
2. Boonstra E. Botswana: Tradisjonell og moderne medisin i Ngami. Tidsskr Nor Lægeforen 1998; 118: 2058–60.
3. Vaage AB. Sør-Afrika: Med historien inn i et nytt årtusen. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2574–6. ○