

# Mental helse-rehabilitering i Afghanistan· Vann og pepper under et tre

Behandlingen av psykiske lidelser er svært mangelfull i Afghanistan. Metodene er til dels brutale og umenneskelige, og ofte basert på religiøs overtro og ritualer. Vestlige bistandsorganisasjoner driver systematisk opplæring av både leg og lærd.

TEKST OG FOTO:

**Anne Hertzberg**

PUBLISERT 1. januar 2006

PSY  
KOL  
OGI



**KVINNER MEST UTSATT:** Seks av ti kvinner sier at de sliter med depresjon, og åtte av ti har angst. Tallene for menn er langt lavere, viser en undersøkelse i Jalalabad-området i Afghanistan.

For tiden arbeider jeg som faglig rådgiver for det største rehabiliteringsprogrammet for funksjonshemmede i Afghanistan, drevet av Svenske Afghanistankomiteen. Hittil har vårt program ikke vært rettet mot personer med funksjonshemninger på grunn av psykiske problemer, men vi har håp om å kunne gjøre mer på dette viktige området. Fra andre land har jeg sett at slike programmer kan fungere som en førstelinjetjeneste. En forutsetning er at personell får opplæring og veiledning, og at programmet har henvisningskanaler til en helsetjeneste som fungerer i forhold til mental helse.

Jeg har nylig vært i kontakt med de to fremste prosjektene på mental helse-feltet her i Afghanistan, og vil gjerne fortelle fra dette besøket. Som nesten all helse- og rehabiliteringstjeneste i landet er prosjektene drevet av internasjonale NGOer (non-governmental organisations, oversettes med frivillige organisasjoner, men organisasjonene har vanligvis profesjonell og lønnet stab). Det ene prosjektet er i Herat-området vest i landet, ved grensen til Iran, drevet av International Assistance Mission (IAM). Det andre er i Jalalabad-området i øst, ikke langt fra grensen til Pakistan, og er drevet av Health Net International (HNI). Begge prosjektene er deler av større programmer innen primærhelsetjenesten. Jeg ønsket å se hva slags mental helse-problemer programmene retter seg mot, hva slags opplæring som drives og hvordan tjenester er organisert.

### **Et kjønnsdelt samfunn**

En studie av HNI målte selvrappporterte symptomer etter Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25) i Jalalabad-området (Ventevogel & Kottmann, 2004). Studien viste høye skårer på depresjon, 16 prosent blant menn og hele 58 prosent blant kvinner. Skårene på angst var enda høyere, 22 prosent blant menn og 78 prosent blant kvinner. Skårer på posttraumatisk stressforstyrrelse (PTSD) var lavere relativt sett, 7 prosent for menn og 32 prosent for kvinner. Disse resultatene betyr ikke nødvendigvis at prevalensen av depresjon og angst i befolkningen ellers er like høy. Etter de kliniske erfaringene blant nasjonalt helsepersonell i prosjektet, kjente de ikke igjen såpass store prosentdel av PTSD, og de mente dette var en relativt sjelden lidelse. Det er i så fall interessant når undersøkelsen ble gjort i områder som har vært mye utsatt for krigshandlinger, og som til dels er det enda.

I Herat fikk jeg anledning til å være med en afghansk allmennpraktiker på hennes konsultasjoner med kvinner. Eksempler på deres problemer var: angstanfall hos ung kvinne, som startet for to år siden da hun var nord i landet og ble vitne til trefninger der mennesker ble drept. Hun følte seg svak og sliten. En annen hadde vært deprimert med psykotiske trekk og så ut til å utvikle en bipolar tilstand. Viktigste årsak ble rapportert som problemer med svigermor. Familieproblemer og tidlig tap av nærmeste ble også oppgitt som årsak av en kvinne som følte seg fysisk svak og fikk massasje. Mest inntrykk gjorde en syv år gammel jente som kom med tante, fars søster. Slik skikken er når far dør og mor gifter seg om igjen blir barna hos fars familie; i realiteten hadde jenta mistet begge foreldrene og viste sin sorg ved å gråte mye om natten, hun foretok noe selvskading og klaget over vondt i brystet.

Afghanistan må være et av de mest kjønnsdelte samfunnene i verden. Særlig på landsbygda er kvinnenes arena hjemme; de har ikke mange åpne kanaler til det offentlige rom. For oss virker en slik tilværelse uutholdelig begrenset. Kvinnene bruker fortsatt burka når de skal ut, unntatt midt i Kabul. Selv prosjektansatte helsearbeidere drar over seg burka så fort de skal utenfor kontormurene. Også innenfor murene på et av våre største rehabiliteringssentre med ganske stor gårdsplass (med rosehage, mandeltrær og aprikoser) drar de ansatte kvinnene på seg burkaen bare de skal fra en

bygning til en annen. Gifte kvinner må ha tillatelse fra mannen og svigermor for å være yrkesaktiv. Om ikke dette er årsak til psykiske problemer, må det jo betinge utformingen av dem, og av problemløsningene. Flere studier viser som nevnt stor overhyppighet av psykiske problemer hos kvinner.

### **Lokal forståelse og tradisjonelle tiltak**

IAM hadde trent to mental helse-arbeidere for tiltak i lokalsamfunn. Når de møtte landsbyfolk og spurte dem om årsaker til psykiske problemer, mente de fleste at kvinner var hardest rammet. Årsaker til dette var langvarig krigstilstand eller trusler om ufred, tvungne ekteskap, arbeidsløshet, tvungen flukt innen eller ut av landet, familievold og kronisk fysisk sykdom. Noen mente at menn, særlig familiens overhode, var hardest rammet, på grunn av arbeidsløshet, fattigdom og sikkerhetsproblemer. Det er også mange oppfatninger om at onde ånder, «djinner», har tatt bolig i de mest psykisk syke.

Som i mange andre land hersker det en magisk tro på medisiner. Apoteker er den del av helsevesenet som virkelig er privatisert her i landet, med god tilgang også på psykofarmaka. Medisiner får du dessuten rikelig på de fleste vanlige bazaarer, hvor vanlige folk får det meste av alt de trenger. Generelt er det et problem med overforbruk av medisiner, også for psykiske problemer, noe som ble bekreftet av begge prosjektene.

I Svenske Afghanistankomiteens prosjekt er fysioterapi en stor komponent. Svært mange av kvinnene som kommer til fysioterapi, er ikke funksjonshemmet i vanlig forstand, men klager over diffuse kroppssmerter og får i hovedsak massasje. Fysioterapi i seg selv er ikke en tradisjonell behandlingsmåte i Afghanistan, men det å søke behandling på et akseptert sted er en av de få kanalene ut av huset som finnes, og dermed også for fellesskap med andre kvinner. Vel inne på venterommet kan burkaen trekkes opp, og man kan se og snakke med hverandre.

Helligdommer, ofte graven til hellige menn, er her som i andre kulturer sett på som legende steder. Helligdommene spesialiserer seg på ulike lidelser. En som ligger ikke langt fra Jalalabad, Mialy Sahib Shrine, har ry på seg for å kunne lege psykoser, så vel som små barn som «gråter for mye» eller er «umulige», og ufruktbare kvinner. Etterkommerne til den hellige mannen har opprettet sin egen poliklinikk på helligdommen. En svært gammel mann solgte amuletter, Koran-sitater og behandlingsplasser, det vil si plasser med en matte og et teppe under store trær, hvor en person, oftest mann, er lenket til treet med en kjetting om foten i 40 dager. Han får vann, hvor koransitater har ligget i bløt og blitt krydret med sort pepper, samt noe brød. Etter 40 dager blir selv ganske urolige personer matte av denne behandlingen. HNI-prosjektet har greid å komme i kontakt med familien som administrerer helligdommen. Legene får komme dit og blir i noen tilfeller enige med pasientene om at de skal ta anti-psykotiske medisiner i tillegg.

### **Opplæring og lokal oppfølging**

Den viktigste delen av begge prosjektene er opplæring av afghanske ansatte. Her er to målgrupper, nemlig helsepersonell og «community workers». Blant den førstnevnte gruppen er det særlig primærleger, ferske leger i turnustjeneste og etter hvert sykepleiere, noen ganger jordmødre fordi de er de eneste kvinnelige helsearbeiderne i en del distrikter. Legene lærer å diagnostisere de vanligste lidelsene, samt medisinerer. Øvrige helsearbeidere har opplæring i diagnostisering og psykososial intervensjon. HNI gir helsepersonell et to ukers kurs og senere oppfølging. Etter to års oppfølging viser det seg at en større gruppe pasienter får diagnoser enn tidligere.

«Community workers» er kvinner og menn med fra åtte til ti års skolegang, som kanskje har arbeidet som frivillige tidligere. De har også to ukers grunnutdanning og blir fulgt opp av leger. «Community workers» hos HNI i Jalalabad-området starter med forebyggende helseinformasjon for folk i venteområdene på helsesentre eller lokalsykehus. Blant disse får noen tilbud om samtalegrupper om psykiske problemer. Gruppene arrangeres enten på lokalsykehuset eller i landsbyene. Slike grupper er ganske fremmed for lokal kultur; den sosiale kontrollen er sterk i landsbyene. En del kvinner får ikke tillatelse av mann eller svigerfamilie til å delta på møter i landsbyen. Det viser seg at det er lettere for dem å delta når gruppene er på lokalsykehuset.

IAM i Herat har to godt voksne menn som driver forebyggende helseundervisning. De har bakgrunn som lærer og agronom, og tre måneders utdanning i barns utvikling, ulike psykiske problemer, utviklingshemning, og arbeid med grupper. I tillegg har de to ukers kurs i lokalsamfunnsutvikling. De tilbyr kurs for grupper i landsbyer eller bydeler i Herat, med samling et par timer en dag i uken over tre måneder. Trenerne arbeider gjennom sine egne nettverk, og henvender seg til de med innflytelse i landsbyen – mullaer, lærere og andre med utdanning, og markedsfører kursene gjennom dem. De har utarbeidet en smørbrøddliste over temaer de tar opp, for eksempel stress, angst, depresjon, utviklingshemning, epilepsi, svangerskapsdepresjon, voldelig atferd, stoffmisbruk, og barns utvikling. Landsbyens eldste kjenner igjen slike problemer når trenerne beskriver dem. De velger ut grupper av kvinner eller menn for trening. Gruppene velger selv hvilke temaer som skal tas opp. Deltakerne forplikter seg til å anvende det de har lært, ved å «bry seg» om naboer, venner og familie. De blir fulgt opp av trenerne en gang iblant det første året etter trening.

Etter hvert er kursene blitt kjent i området. Trenerne får henvendelser fra grupper av lærere, kvinner og ungdommer om å få kurser. Jeg var med til en skole utenfor Herat hvor det var kursavslutning for en gruppe lærere. I dette området var det mye krigshandlinger og overgrep mot sivilbefolkningen for noen år siden. Deltakerne mente kurset hadde vært svært nyttig, fordi de kunne kjenne igjen problemer som ble tatt opp, og følte seg mer i stand til å støtte andre. De trodde også treningen hadde gitt dem nye holdninger til problemer i egen familie.



PÅ VEIEN: Det er juni og midt i aprikossesongen nord i landet, og veien går gjennom en smal kløft før provinsbyen Mazar-i-Sharif.

## **Epilog**

Siste prosjektbesøk gikk til Jalalabad i mai. Dessverre tok jeg ingen bilder. Forestill dere møtet med to litt sjenerte damer på lokalsykehuset en times vei fra byen (i Khogiani), som forteller om gruppene de forsøker å arbeide med, og en ivrig lege og nøkkelperson i prosjektet på sykehuset. På sykehustaket utsikt over irrgrønne områder, som det ikke er for mange av i Afghanistan, med Tora Bora-fjellenes snøklede tinder sjevende over slettene i sommersolen. Dette er kjerneområdene for amerikanernes jakt på Al Qaida.



**MED SKAUT: Behørig kledd for å gå ute ved muslimske helligdommer, ved en minaret fra 1100-tallet utenfor provinsbyen Ghazni, to timer sør for Kabul.**

Senere på dagen, inne på et lite asyl midt i byen, for ca. 30 psykotiske og stoffmisbrukende menn. Nedslitt er det, og lukter vondt gjør det, men stokk-rosene formelig spruter frem der vi sitter i skyggen av et tre rundt et bord på gårdsplassen, med grønn te som man alltid får. Sammen med ansatte og innsatte diskuterer vi nye planer om rehabilitering. Sengene har også fått nye laken.

Dagen etter, ute på helligdommen, med personene med schizofreni lenket til trærne. Se for dere en mager ung mann som står ved et tre, og som kikker etter oss når vi og alle skuelystne forsvinner for å snakke med gamlingen som selger amuletter.

Og så ble det ikke mer. Vi fikk beskjed om anti-amerikanske demonstrasjoner som vi måtte holde oss unna. Lokalkontoret til Svenske Afghanistankomiteen ble plyndret og brent mens vi var ute. Om ettermiddagen ble utlendingene evakuert opp til Kabul med fly. Men vi kommer jo tilbake, og om et år kan jeg fortelle om hva vi har fått til av mental helse-rehabilitering i vårt eget program – In Sh'allah (om Gud vil), som de sier her.

Anne Hertzberg

Senior Technical Advisor, RAD programme

Swedish Committee for Afghanistan

CPO Box 5017 Kabul, Afghanistan

[anne.hertzberg@sca.org.af](mailto:anne.hertzberg@sca.org.af)

[anne.hertzberg@heso.no](mailto:anne.hertzberg@heso.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 43, nummer 1, 2006, side 48-51*

**TEKST OG FOTO:**

**Anne Hertzberg**

[+ Vis referanser](#)

Referanse

Ventevogel, P., & Kottmann, F. (2004). Mental health care in Afghanistan.  
(2).