

UNIVERSITEIT GENT
FACULTEIT POLITIEKE EN SOCIALE WETENSCHAPPEN

**Governance in een Post-Conflict Reconstructie:
Empirische case-study over Geestelijke Gezondheidszorg in Gulu district,
Noord-Oeganda**

Wetenschappelijke verhandeling

aantal woorden: 23.119

Marjolein De Pau

MASTERPROEF MANAMA CONFLICT AND DEVELOPMENT

PROMOTOR: PROF. DR. Karen Büscher

COMMISSARIS: Sophie De Feyter

ACADEMIEJAAR 2014 – 2015



Inzagerecht in de masterproef (*)

Ondergetekende,

geeft hierbij toelating / geen toelating (**) aan derden, niet-
behorend tot de examencommissie, om zijn/haar (**) proefschrift
in te zien.

Datum en handtekening

.....

.....

Deze toelating geeft aan derden tevens het recht om delen uit de
scriptie/ masterproef te reproduceren of te citeren, uiteraard mits
correcte bronvermelding.

**(*) Deze ondertekende toelating wordt in zoveel exemplaren opgemaakt als het
aantal exemplaren van de scriptie/masterproef die moet worden ingediend.
Het blad moet ingebonden worden samen met de scriptie onmiddellijk na de
kaft.**

() schrappen wat niet past**

Voorwoord

Na het schrijven van een masterthesis is een dankwoord wel op zijn plaats. Zo'n werk doe je immers niet alleen. Het begint met voorbereiden, dan vertrek je op veldwerk en nadien kom je nog met bergen werk thuis. Het is een ongelooflijk boeiende reis geweest, die me absoluut heeft aangezet tot denken over geestelijke gezondheidszorg, in België en Oeganda maar ook elders. De visie op en behandeling van psychische problemen in Oeganda, en bij uitbreiding in andere ontwikkelende landen, heeft me niet meer losgelaten. De aanwezigheid zien van al die ontwikkelingsorganisaties in een Afrikaans land, heeft meer vragen met zich meegebracht dan antwoorden. Dat hele proces, en bijkomende stress, heeft mijn vriend Nicholas van dichtbij meegemaakt. Bedankt om me daar zo in te steunen, om steeds te luisteren en om het te verdragen dat ik vijf weken zonder jou naar Oeganda trok.

Zonder een VLIR-beurs had die reis echter een grote hap uit mijn spaarcenten genomen en ik dank VLIR-UOS dan ook dat zij geloofden in mijn project. Ik had nooit gedacht dat mijn aanvraag het zou halen maar in april kreeg ik het goede nieuws en in december de centjes. Inhoudelijk kreeg ik veel steun van Karen Büscher, de promotor van mijn thesis op de vakgroep Conflict & Development. Zonder haar expertise had ik het theoretische deel nooit zo goed kunnen uitwerken. Bedankt voor de tips en begeleiding!

En ten slotte nog een grote dankjewel aan alle personen die me in Gulu hebben geholpen en te woord hebben gestaan. Nooit verwachtte ik dat de mensen die ik contacteerde, zo open zouden praten over geestelijke gezondheidszorg en andere gerelateerde *issues*, dat ze zoveel interesse in mijn onderzoek zouden hebben of dat ze zo vlot tijd voor me zouden maken. Nooit verwachtte ik een post-conflict gebied te linken aan zulke warme en open mensen. In het bijzonder zou ik Olljeh Kitara willen bedanken, mijn onderzoeksassistent, om me steeds met bepaald interessante mensen in contact te brengen. Ik mag zeker mijn dierbare huisgenoten in Gulu niet vergeten: Hermien en Cyrina maar ook Bonnie. Het huis werd een thuis door jullie.

Inhoudstafel

Abstract.....	1
Inleiding.....	2
Methode.....	10
Resultaten en bespreking.....	12
Psychische problemen en post-conflict.....	12
Actoren in geestelijke gezondheidszorg.....	14
Post-conflict reconstructie in Acholiland.....	28
Besluit.....	38
Conclusie.....	42
Bibliografie.....	44

Inhoudstafel figuren

Figuur 1: Acholiland, Noord-Oeganda	2
Figuur 2: Mental Health Unit, Gulu Regional Referral Hospital.....	15
Figuur 3: Structuur van decentralisatie in gezondheidszorg.....	16
Figuur 4: Bomah hotel, Gulu	19
Figuur 5: The Holy Rosary, Katholieke kerk in Gulu.....	22
Figuur 6: Kerk en counselling.....	23
Figuur 7: Huis van een traditionele genezer aan de buitenrand van Gulu stad.....	26
Figuur 8: Ker Kwaro Acholi	33
Figuur 9: Radiostation Born-again kerk.....	34

Abstract

In post-conflict Gulu wordt sinds het einde van het conflict, nu acht jaar geleden, ingezet op reconstructie. Na jaren van een zwak lokaal overheidsbeleid in het Noorden zet men nu stappen in de richting van decentralisatie. Dit lijkt niet te slagen wegens corruptie en weerstand en laat op vlak van *governance* ruimte voor alternatieve bronnen van macht, onderhandeling en dienstverlening. In deze illustratie van geestelijke gezondheidszorg wordt het concept van *negotiated statehood* gebruikt waarbij verder wordt gekeken dan de centrale staat als enige dienstverlener. Er werd veldwerk verricht tijdens een periode van vijf weken in September en Oktober 2014 in Gulu district. De resultaten van dit veldonderzoek werden gelinkt met bevindingen uit de academische literatuur. In het geval van geestelijke gezondheidszorg is veel dienstverlening in Gulu district uitbesteed aan internationale ontwikkelingsorganisaties. Deze zijn vaak gestationeerd in de stad en spitsen zich toe op specifieke, kwetsbare groepen waardoor ze niet voor iedereen toegankelijk zijn. Op het platteland lijken vooral de traditionele structuren geestelijke gezondheidszorg op zich te nemen, zoals traditionele genezers en kerkgemeenschappen. De huidige positie van al deze actoren wordt vormgegeven door hun geschiedenis en interactie met andere actoren die actief zijn in bestuur en geestelijke gezondheidszorg. Daarbij observeren we de *resources* en *repertoires* die de actoren ter beschikking hebben om legitimiteit op te bouwen en consolideren. In de recente geschiedenis hebben zo al verschillende actoren een tijdelijk overmacht kunnen bewerkstelligen, onder meer door toegang tot grote internationale budgetten en de mogelijkheid tot het oprichten van een koepelorganisatie, ngo of radiostation. In de jaren 2000 hadden vooral ngo's een overwicht in publieke dienstverlening terwijl na het conflict en tot op heden de Born-again Kerk veel invloed verworven heeft.

Inleiding

Probleemstelling

Emilio Ovuga, professor en decaan aan de Faculteit Geneeskunde van de Universiteit in Gulu, zegt over psychische problemen in de post-conflictsituatie in Noord-Oeganda het volgende:

“Trauma is quite universal in this region of Uganda” (P.O. 1.a)

Zowel traditionele genezers, priesters als personeel bij niet-gouvernementele organisaties (ngo's) en overheidsinstellingen gaan akkoord met deze uitspraak en zeggen veel mensen met allerlei psychische problemen in hun praktijk te zien (Int. 4, 6, 7, 11, 13, 17, 18, 19, 21, 22). Misdelenmisbruik en trauma worden vaak als veelvoorkomend mentaal probleem genoemd. Volgens hen hebben het conflict, maar ook de barre leefomstandigheden in “Acholiland”, Noord-Oeganda de laatste jaren tot een verhoogde prevalentie van allerlei psychische problemen geleid (Int. 5, 13, 14).

Hulpverleners spreken zelfs van een “*silent epidemic*” vanwege de hoge prevalentie van psychische problemen in Noord-Oeganda maar vooral ook door de verwaarlozing van het onderwerp in het hele land (UN Peacebuilding Programme, 2011; Int. 20). In het rapport over geestelijke gezondheidszorg van het onderzoekcenter John Paul II Justice and Peace (Krygier, 2014) zegt men er het volgende over:

“The population in Northern Uganda suffered brutality and gross human rights violations during the civil war. Many wounded or mutilated people bear the lifelong scars from those injuries. But there are also scars other than the physical ones. Yet, as they are less visible, they tend to be forgotten in the aftermath of a conflict, focusing on reconstruction and recovery.” (p. 9)



Figuur 1: Acholiland, Noord-Oeganda

Dienstverlening in Noord-Oeganda is onvoldoende, hoewel enkele verbeteringen merkbaar zijn (Allen & Vlassenroot, 2010). Het viel Ann Verelst tijdens haar veldwerk in 2010 in Gulu op hoe gedesintegreerd, gefragmenteerd en weinig gecoördineerd de formele gezondheidszorg in Oeganda is. Recente publicaties van het John Paul II Justice & Peace Center (JP2JPC) (Krygier, 2014) en het UN Peacebuilding Programme (2011) kwam tot de bevinding dat de overheid niet voldoende kwalitatieve geestelijke gezondheidszorg biedt. De overheid is echter niet de enige dienstverlener in geestelijke gezondheidszorg. Raeymaekers, Menkhaus & Vlassenroot (2008) zien een grote creativiteit en mobiliteit in het omgaan met problemen van een zwakke overheid door Afrikaanse gemeenschappen. Zij roepen dan ook op om verder te kijken dan de overheid als centrale dienstverlener in academisch onderzoek. De onderzoekers van JP2JPC identificeren ngo's, kerkgemeenschappen en traditionele genezers als belangrijke informele actoren in die zorg, naast de overheid (Krygier, 2014). Dit onderzoek probeert de belangrijkste actoren in de geestelijke gezondheidszorg, zoals bepaald door het onderzoek van JP2JPC, en hun legitimiteit om in deze dienstverlening te voorzien in kaart te brengen.

Het onderzoek van Verelst (2010) toont hoe er in Gulu district amper coöperatie is tussen formele geestelijke gezondheidszorg die georganiseerd wordt door de overheid en traditionele vormen van geneeskunde. Het rapport van JP2JPC toont wel enige samenwerking tussen de formele geestelijke gezondheidszorg en enkele ngo's maar het UN Peacebuilding Programme (2011) heeft het dan weer over het gebrek aan samenwerking tussen deze ngo's onderling. Zij maken ook de aanbeveling om traditionele geneeskunde te integreren in de formele geestelijke gezondheidszorg in Noord-Oeganda. Terwijl alle actoren die actief zijn in de geestelijke gezondheidszorg klaarblijkelijk hetzelfde doel voor ogen hebben, nl. voorzien in de noden van de bevolking op vlak van geestelijke gezondheid, lijkt samenwerken niet zo evident. In dit onderzoek wordt geprobeerd om uit te spitten of deze samenwerking werkelijk spaak loopt en waarom.

Volgens Hagmann & Péclard (2010) is de aanwezigheid van *negotiated statehood*, waarbij meerdere actoren over publieke dienstverlening onderhandelen, in Sub-Sahara Afrika, door onder meer *structural adjustment programs* en burgeroorlogen, sinds de jaren '70 opnieuw sterker:

“In other words, the gradual retreat of the state in certain key areas of governance such as health, education, the building and maintenance of infrastructure and rural development is undeniable. Far from creating a power vacuum, this retreat has been paralleled by the growing role of non-state actors such as international NGO's, political and economic entrepreneurs, rebel armies and forces, clan and ethnic networks as well as religious movements, in the fields from which the state has gradually withdrawn (or which it never occupied in the first place). In this sense the number of actors, arenas and objects of negotiating statehood has tended to rise over the last decades across sub-Saharan Africa.” (p. 555)

In periodes van post-conflict, zoals momenteel in Noord-Oeganda, zijn processen van *negotiated statehood* nog meer uitgesproken dan anders (Hagmann & Péclard, 2010). De dynamieken van *negotiated statehood* tussen voorgenoemde actoren in Gulu district worden in deze studie geanalyseerd en beschreven. De machtsverhoudingen en spanningen binnen deze onderhandelingen blijven meestal onzichtbaar, worden weinig onderzocht en kunnen pas ontdekt worden door het uitvoeren van diepgaande interviews en veldwerk.

Onderzoek naar deze dynamieken is schaars, niet enkel omtrent geestelijke gezondheidszorg maar algemeen, hoewel deze een grote invloed hebben op de dagdagelijkse realiteit en ons een beter inzicht kunnen geven in de organisatie van geestelijke gezondheidszorg in de regio Gulu maar ook in de obstakels voor succesvolle ontwikkeling van deze gezondheidszorg.

Onderzoeksvragen: Wat is de rol van de verschillende actoren, zoals traditionele healers, religieuze figuren, statelijke actoren of verschillende ngo's, in de geestelijke gezondheidszorg binnen de post-conflict reconstructie in Gulu district? Hoe richten zij geestelijke gezondheidszorg in en hoe proberen zij hun legitimiteit op te bouwen of te bevestigen? Waar situeren de spanningsvelden tussen deze verschillende actoren zich?

Allereerst schetsen we kort de historische context van het langdurige conflict in Noord-Oeganda. Nadien wordt kort de gevolgen dit conflict en de humanitaire crisis toegelicht waarna we een licht schijnen op het concept van *negotiated statehood*, waaraan de resultaten uiteindelijk zullen gelinkt worden. Bij de bespreking van de resultaten komt eerst het verband tussen psychische problemen en post-conflictsituaties aan bod om het belang van geestelijke gezondheidszorg in deze context te verduidelijken. Nadien bespreken we de verschillende actoren en structuren die actief zijn in de geestelijke gezondheidszorg van Oeganda, samen met hun geschiedenis om een beter inzicht te krijgen in de achtergrond en positie van deze actoren in de maatschappij.

Ten slotte proberen we de dynamische, hedendaagse realiteit te schetsen vanuit informatie die verkregen werd tijdens een veldwerkperiode. Die realiteit wordt deels vorm gegeven door de tegenstelling modern-traditioneel. De tegenstelling wordt daarbij geproblematiseerd en aangevuld met voorbeelden vanuit de realiteit in Gulu district. We linken die bevindingen aan de theorie van *negotiated statehood* in het besluit. Dit leert ons hoe de overheid onvoldoende voorziet in geestelijke gezondheidszorg. Zij hebben deze dienstverlening vooral uitbesteed aan ngo's die lange tijd een zeer legitieme dienstverlener waren in de regio. De meeste ngo's zijn echter weggetrokken naar meer acute humanitaire situaties en dus blijft er een leegte na. Informele actoren, zoals kerkgemeenschappen en traditionele genezers, proberen deze leegte zo goed als mogelijk in te vullen maar er zijn verschillen in *resources* en legitimiteit onderling. Niet iedereen slaagt erin om zijn autoriteit voldoende te bevestigen en zo het beleid mee te beïnvloeden. Op die manier zijn er al verschillende keren tijdelijke machtsoverwichten geweest van verschillende actoren.

Historische context

Er zijn altijd verschillen tussen het Bantu-sprekende Zuiden en het Nilotische Noorden in Oeganda geobserveerd, zowel op cultureel, politiek als economisch vlak (Allen & Vlassenroot, 2010; Boas, 2006). Het Zuiden bestond vooral uit landbouwers en het Noorden uit semi-nomadische gemeenschappen (Kustenbauder, 2010). De Nilotische bevolking in Noord-Oeganda wordt verondersteld oorspronkelijk vanuit Soedan te immigreren in de 15^{de} eeuw en behoort tot de Luo-sprekende gemeenschap. Deze gemeenschap werd in het koloniale tijdperk opgedeeld in verschillende etnieën, zoals de Acholi, Langi en Alur (Wrigley, 1981; Finnström, 2008). Aan het hoofd van het politieke systeem in de kleine gemeenschappen in het Noorden stond een *rwot*, een lokaal leidersfiguur of *chief*. Tijdens de kolonisatie werd daar een centraal politiek systeem bovengesteld maar de lokale politieke configuratie is nooit helemaal verdwenen. In die periode genoten Acholi aanzienlijke politieke en militaire macht terwijl mensen uit het Zuiden vooral bureaucratische posities innamen. Culturele verschillen werden vooral gemanipuleerd door een etno-culturele politisering, een politieke strategie van etnische en culturele polarisatie, die ook na de onafhankelijkheid verder werd gezet (Boas, 2006). Dit zorgde ettelijke keren voor spanning en conflict tussen Noord en Zuid.

Oeganda was een Brits protectoraat tot 1962 waarna in 1963 een onafhankelijke republiek werd geïnstalleerd. Sir Edward Mutesa II werd president en Milton Obote was de eerste minister-president. In 1971 kwam generaal Idi Amin aan de macht via een coup. Hij liet zich vooral gelden door zijn wreedheden en brutaliteit. In 1979 werd hij afgezet door een coup en kwam Milton Obote opnieuw aan de macht in de functie van president. Tijdens de jaren '80 vochten Yuwari Museveni en zijn National Resistance Army (NRA) een guerrillaoorlog tegen het regime en het regeringleger in Oeganda. In 1985 echter, kwam Tito Okello aan de macht en hij kon een vredesovereenkomst sluiten met Museveni en het NRA. Museveni kwam deze overeenkomst niet na en greep toch de macht in 1986. Tot op heden is hij president van Oeganda (Allen & Vlassenroot, 2010). Dit korte stukje geschiedenis toont vooral de woelige geschiedenis sinds de onafhankelijkheid waarbij verschillende actoren uit verscheidene regio's de macht ambiëerden.

Onder het koloniale regime maakten de Noordelijke Acholi het voornaamste deel van de politie- en legermacht uit (Taylor, 2005). Kustenbauder (2010) spreekt zelfs van een "militaire etnocratie". Ondanks hun militair machtige positie bleef het noorden eerder onderontwikkeld en werd vooral het zuiden geïndustrialiseerd door de Britten (Kustenbauder, 2010). De militaire en, na de onafhankelijkheid, ook politieke overmacht van het noorden bleef bestaan door een aantal opeenvolgende politieke leiders. Milton Obote was een Lango, een etnische groep uit het noorden. Generaal Idi Amin was een moslim uit het Noord-Westen van het land. Hij gebruikte geweld tegen de Langi en de Acholi in het leger, om de macht van het leger te breken, maar voor Zuid-Oeganda bleef het idee van dominantie door het noorden in de macht over het land overeind. De machtsovername door Milton Obote en een daaropvolgende Acholi-Langi alliantie viel dan ook niet in goed aarde in het zuiden.

Yuwari Museveni startte onder deze grieven zijn rebellenroeping, het *National Resistance Army* (NRA), op die vooral grote aanhang genoot in de Luwero driehoek in het zuiden van het land. In 1983 ontstond binnen het nationale leger onenigheid na een aanval op dit gebied. Nadien wierp Generaal Tito Okello, een Acholi uit het noorden, de regering van Milton Obote omver en eiste zo zelf de macht op.

Het NRA, onder leiding van Museveni, bleef vechten tegen deze “Noord-overheersing”. Toen zij aan de macht kwamen, na een gebroken vredesovereenkomst met Okello, viel de autoriteitsstructuur van de Acholi, reeds erg verzwakt onder het bewind van Idi Amin, volledig weg (Allen & Vlassenroot, 2010; Kustenbauder, 2010). Het is duidelijk dat de scheidingslijnen tussen Noord en Zuid diep geworteld en zelfs versterkt zijn doorheen de recente geschiedenis.

Onder het bewind van Museveni beging het NRA, dat later de nieuwe naam “*Uganda People’s Defence Force*” (UPDF) aan nam, aanzienlijke wreedheden ten opzichte van de Acholi-bevolking, uit wraak voor hun langdurige politieke en militaire dominantie en de moorden in Luwero in 1983. Het conflict kreeg steeds meer een etnisch karakter. In 1986 bezette het NRA de noordelijke steden Gulu en Kitgum waarbij zowel burgers als ex-soldaten werden met geweld belaagd. Het is in die context dat rebellengroeperingen (UPDA, *Holy Spirit Movement*) in het noorden werden opgericht om zich te beschermen tegen de willekeurige aanvallen van het NRA, waardoor ze veel steun genoten bij de bevolking. In deze groeperingen gingen de Acholi-ouderen en de ex-soldaten zich verenigen tegen het NRA. Nadat deze bewegingen waren uitgeschakeld, verscheen de nieuwe rebellengroep van Joseph Kony (Allen & Vlassenroot, 2010).

Nystrand (2014) bestempelt het conflict tussen de regering en Kony’s beweging, het Verzetsleger van de Heer, als de meest gewelddadige expressie van de verdeling tussen Noord en Zuid. Het Verzetsleger van de Heer kreeg evenwel maar weinig steun van de bevolking, mede door het falen van verschillende vorige rebellenbewegingen en de brute tegenreactie van het NRA en later het UPDF. Het Verzetsleger interpreteerde deze verminderde steun als een teken dat de bevolking zich achter het nieuwe regeringsleger schaarde, waarna de rebellengroep zijn wreedheden steeds meer richtte tegen vermeende collaborateurs onder de bevolking (Branch, 2009). Het regeringsleger was tevens erg brutaal tegen de plaatselijke bevolking omdat ze deze zagen als collaborerend met de rebellen. De Acholi zaten dus geprangd tussen twee agressors, die hen elk beschuldigden van steun aan de ander om hun wreedheden te rechtvaardigen.

Gevolgen

Het gevolg van verschillende machtsgrepen, repressieve regimes en guerillaoorlogen toont zich vooral in de enorme vluchtelingenstromen die op gang werden gebracht in onzekere tijden. Oegandezers trokken naar vluchtelingenkampen aan de grens met toenmalig Zaïre of het Zuiden van Soedan. Daarnaast leefden ook talrijke *Internally Displaced People* (IDP’s) in kampen binnen het Oegandese grondgebied, vooral na gedwongen onthoming door het regeringsleger in de jaren ’90. De overheid centreerde de bevolking van het Noordelijke platteland liever in kampen waar ze geen assistentie aan de rebellen konden leveren. De kampen zouden een soort *protected villages* worden, beschermd door het regeringsleger en lokale defensiegroepen. De omstandigheden waren echter erbarmelijk, het sterftecijfer heel hoog en de militaire bescherming tegen het Verzetsleger bleek een klucht (Allen & Vlassenroot, 2010). Een eerste piek in deze *displacement* door het UPDF, die vaak erg gewelddadig gebeurde, was het gevolg “Operation North”, een militaire actie tegen het Verzetsleger van de Heer in 1991.

Een tweede piek vond plaats in 2002 in het Gulu district na “Operation Iron Fist”, een tweede grootschalige militaire actie tegen het Kony’s Verzetsleger (Branch, 2009). De meeste studies spreken van zo’n 1 à 2 miljoen IDP’s in Noord-Oeganda of zo’n 90% van de bevolking (Branch, 2009; Roberts et al., 2009b; Perrot, 2010).

Het conflict kreeg aanvankelijk niet veel aandacht in de media noch vanuit diplomatische hoek. Ook de grote donoragentschappen hadden weinig interesse in dit gebied opgevat. Het conflict werd gezien als gelokaliseerd geweld, in de schaduw van de staatsheropbouw in de rest van het land (Perrot, 2010). In de jaren ’90 en het begin van het nieuwe millenium waren nochtans reeds 25.000 kinderen ontvoerd, gemutileerd of gedood door Joseph Kony’s Verzetsleger van de Heer. Ongeveer 100.000 personen zijn omgekomen in het geweld dat die periode domineerde (Taylor, 2005). De wijdverspreide post-traumatische stress, alsook de toenemende AIDS-prevalentie en de getraumatiseerde vluchtelingen uit buurlanden zoals Soedan, legden een enorme druk op de geestelijke gezondheidszorg, ongeacht welke instelling, in Oeganda (Boardman & Ovuga, 1997).

Pas na “Operation Iron Fist” en de gruwelijke counterreactie van Kony’s Verzetsleger kreeg het conflict enige media-aandacht. Het conflict werd vooral voorgesteld als “fanatiek en bizar” geweld. Het extreme geweld tegen burger en de massale ontvoering van kinderen, vaak om hen in te lijven in de ranken, waren de onderwerpen die meest in de media aan bod kwamen (Finnström, 2010). Toen Jan Egeland, de toenmalige UN onder-Secretaris-Generaal voor Humanitarian Affairs and Emergency Relief, in 2003 de humanitaire crisis in het Noorden en vooral in de IDP-kampen onder de aandacht bracht, kwam de massale hulpverleningsstroom en internationale berichtgeving op gang (Perrot, 2010).

Na 20 jaar conflict blijft maar weinig over van de oorspronkelijke sociale en culturele structuur in Acholiland. De promotie van vrouwen- en kinderrechten en de verandering van genderrollen, vooral door projecten van internationale organisaties, zijn eerder gecontesteerd (Betancourt, Speelman, Onyango & Bolton, 2009; Vorhölter, 2012). De gedwongen ontheeming en verwestering tasten het sociale systeem van *extended kinship* en clans met patriarchale autoriteitsstructuren, de belangrijkste vormen van *belonging* in het Noorden, volgens de bevolking op een negatieve manier aan (Branch, 2008; Vorhölter, 2012). Verschillende bronnen bevestigen dat het sociale weefsel in de gemeenschap enorm is aangetast (UN Peacebuilding Programme, 2011; Int. 5, 23) en dat betekent meteen ook dat een belangrijk sociaal netwerk minder voorhanden is dan voorheen.

Over de jaren heen is het Noorden niet enkel sociaal en cultureel aangetast maar ook economisch gedepriiveerd, een gevolg van het patronagesysteem (Boehm, 2011). Politici distribueren *resources* op basis van regionale en tribale affiliaties waardoor de oppositie in het Noorden amper toegang heeft tot deze *resources*. Ook de massale *displacement*, waarbij de bevolking afgesneden werd van zijn bewerkte land, en het roven van vee door het regeringsleger tijdens het conflict hebben sterk bijgedragen aan de verarming van het Noorden (Boas, 2006; Finnström, 2008). Shaw & Mbabazi (2007) spreken in hun verhandeling zelfs van twee Oeganda’s, waar politiek geweld beperkt blijft tot een bepaalde regio. Het Zuiden van Oeganda staat voor economische groei, ontwikkeling en vrede terwijl in het Noorden de meeste economische activiteiten werden vernield door conflict.

In diezelfde periode van langdurig geweld werd Oeganda lang geprezen voor zijn succes in post-conflict reconstructie na de heerschappij van dictator Idi Amin, vooral in het Zuiden van het land, waarbij het conflict in het Noorden werd vergeten of gezien als een onrustig gebied dat president Museveni moedig trachtte te bestrijden. Oeganda werd dan ook bestempeld als *donordarling* door de internationale gemeenschap waarbij grote sommen aan ontwikkelingsgeld gegeven werden aan de Oegandese overheid, vooral door de Verenigde Staten (Mwenda, 2010; Branch, 2009). Op dit moment is Oeganda geen *donordarling* meer omwille van een corruptieschandaal inzake ontwikkelingsfinanciën in 2012 maar ook de invloed van de controversiële anti-homowet laat zich gelden (Pers.Co. 4) België doneert nog steeds ontwikkelingsgeld, in het kader van een bilateraal partnerschap, onder meer aan gezondheidszorgprojecten in Oeganda (Int. 24). Het totale budget daalde van 21,2 miljoen euro in 2010 naar slechts 10,4 miljoen euro in 2011 en 2012 (website buitenlandse zaken België, 2014). De aanwezigheid van ECHO, de Europese humanitaire organisatie, werd afgebouwd en in 2011 werd het kantoor in Kampala gesloten om hulp voor het Noorden over te dragen aan meer langetermijn projecten van de Europese Unie (ECHO, 2014). Niet enkel is het algemene ontwikkelingsbudget voor Oeganda dus afgenomen, ook de noodhulp voor Noord-Oeganda is geleidelijk aan verdwenen.

Governance

Governance is het definiëren en afdwingen van bindende, collectieve beslissingen ten opzichte van leden van de maatschappij. Autoriteit om deze beslissingen te kunnen afdwingen is onlosmakelijk verbonden aan de legitimiteit van de instelling die dit beoogt. Niet enkel hoeft een instelling legitiem te zijn om autoriteit uit te oefenen, die uitoefening is op zich een claim van legitimiteit. Het opbouwen van legitimiteit is dus een zichzelf-versterkend proces. De legitimiteit van een bepaalde instelling staat niet vast maar wordt voortdurend gecontesteerd en herbevestigd via conflict en overleg (Lund, 2006).

Bestuur vanuit de overheid was ten tijde van het conflict quasi afwezig in het noorden van Oeganda, een vergeten en onrustige regio. Omdat het regeringsleger jarenlang als belangrijkste autoriteit fungeerde, bleven na het conflict slechts zwakke lokale overheidsstructuren aanwezig (Nystrand, 2014). Toch betekent dit niet dat er geen bestuur was en dat anarchie heerste in de regio. Reeds in andere casestudies, zoals die van Menkhaus (2006) over Somalië, Renders & Terlinden (2010) over Somaliland of Titeca & De Herdt (2011) over onderwijs in de Democratische Republiek Congo, werd opgemerkt dat de leegte aan bestuur wordt opgevangen door niet-statelijke actoren die functies van de staat overnemen. Hagmann & Péclard (2010) geven aan dat in afwezigheid van de overheid nieuwe machtscentra ontstaat. Dit betekent vaak een terugkeer van de macht naar lokale, traditionele autoriteiten zoals kerken of traditionele leiders maar ook naar internationale donoren en ontwikkelingsorganisaties.

Het is zeldzaam dat een overheid volledig afwezig is. Vaak vervult ze slecht een paar taken, zoals belastingophaling of officiële bureaucratie. Wanneer de overheid niet genoeg middelen heeft om zijn autoriteit te versterken in perifere regio's, zal deze de hand uitreiken naar niet-statelijke actoren (Menkhaus, 2006). In veel gevallen van post-conflict situaties in Afrika is er sprake van *negotiated statehood*, een begrip voorgesteld door Hagmann & Péclard (2010) om processen van *statehood* in Afrika te beschrijven.

Met dit begrip willen zij ingaan tegen het courante discours van de *failed state* of *shadow state* dat de vergelijking maakt met het Weberiaanse model van de staat en vaak gebruikt wordt om *governance* en de afwezigheid van een sterke staat op het Afrikaanse continent te beschrijven. De auteurs willen met het nieuwe begrip van *negotiated statehood* een alternatief bieden voor de veronderstelling dat een afwezige overheid gelijk staat aan een afwezigheid van bestuur. In realiteit blijken overheidsinstellingen in verschillende mate aanwezig te zijn, naast traditionele structuren en nieuwe opkomende organisaties die meelijveren via contestatie en onderhandeling om publieke autoriteit (Lund, 2006). Kassimir (2001) en Jones (2009) zullen bijvoorbeeld in hun verhandelingen over *governance* en lokale politiek in Afrika vooral niet-statelijke actoren bestuderen, die ze identificeren als belangrijke actoren van macht en instellingen met een eigen interne politieke dynamiek.

Via het begrip *negotiated statehood* willen Hagmann & Péclard (2010) de aandacht vestigen op het feit dat de overheid slecht één van de actoren is aan de onderhandelingstafel, samen met allerlei niet-statelijke actoren. De onderhandelaars zijn een heterogene groep met verschillende *assets* en legitimiteit waardoor de stem van sommigen dus luider klinkt dan die van anderen. Zij onderhandelen samen over het uitoefenen van verschillende functies van bestuur, onder andere veiligheid, justitie, publieke voorzieningen, et cetera. Het is een steeds voortdurende onderhandeling over bestuur, een niet-lineair proces dat nooit af is. Titeca & De Herdt (2011) stellen in hun case-study de overheid dan ook niet centraal maar nemen alle formele en informele actoren die betrokken zijn bij onderwijs mee in rekening. Migdal & Schlichte (2005) geven wel aan dat de staat in veel gevallen de hoogste regulerende autoriteit blijft via legislatie.

Deze complexe dynamieken van *governance* en *negotiated statehood* kunnen enkel begrepen worden als men kijkt hoe deze actoren hun relatie tot de staat onderhandelen en hoe ze vaak mee *statehood* produceren zonder het zelf te beseffen. Daarbij is het belangrijk om hun *resources* en *repertoires* in kaart te brengen die hun dominantie en legitimiteit kunnen verklaren (Hagmann & Péclard, 2010). Deze vorm van bestuur brengt nieuwe processen van sociale transformatie op gang. Vroeger was de economie in Gulu bijna volledig gebaseerd op toegang tot *state resources*, in 2008 vooral op de toegang *foreign aid resources* (Branch, 2008) en dat heeft zijn gevolgen voor het innemen van machtsposities en het bepalen van het beleid. Raeymaeckers et al. (2008) en Menkhaus (2006) wijzen dan ook op het belang van aandacht voor alternatieve bronnen van macht of autoriteit in regio's waar conflict- of ontwikkelingsinterventies worden gehouden. Het negeren van deze vormen van bestuur kan elke interventie ondermijnen.

In deze verhandeling wordt verder gewerkt met dit kader van *negotiated statehood*. Daarbij willen we focussen op de machtsverschillen die hiermee gepaard gaan. Het is niet de bedoeling om nieuwe theoretische inzichten te brengen. In dit onderzoek wordt enkel getracht om een aanvulling te geven aan de theorie rond “*public authority*”, “*negotiated statehood*” en “*local politics*” op het Afrikaanse continent via een empirische case-study. We hopen zo meer begrip en inzicht te krijgen in lokale processen van *governance* en *statehood* in een specifieke post-conflict context.

Methodie

Dit onderzoek is gebaseerd op het *format* van de toetsende empirische studie, waarbij een bepaalde theorie getoetst wordt aan de realiteit via empirisch onderzoek. In deze studie wordt het begrip *negotiated statehood* van Hagmann & Péclard (2010) getoetst aan de realiteit van de post-conflictsituatie in Gulu district, met een specifieke focus op het thema geestelijke gezondheidszorg. Het dynamische veld van geestelijke gezondheidszorg in Noord-Oeganda wordt niet enkel bestudeerd vanuit literatuurstudie maar ook via een empirische studie in Gulu district zelf. De combinatie van beide methodes heeft tot doel om een diepgaande analyse te bekomen van de organisatie van geestelijke gezondheidszorg binnen de post-conflict reconstructie in die specifieke regio.

In deze studie werd gekozen voor een kwalitatieve methode met etnografische sensitiviteit. Op die manier wordt een beter inzicht beoogt in een aantal niet-kwantificeerbare dynamieken van *governance* en *statehood* die plaatsvinden in de realiteit. De onderzoeker probeert slechts een minimale invloed op de omgeving uit te oefenen en spanningen, oordelen of visies, die waardevol zijn bij het bestuderen van machtsrelaties en verhoudingen tussen bepaalde actoren, te observeren via diepte-interviews, informele gesprekken en observaties. Er wordt vertrokken vanuit de perceptie van de respondenten om de beleefde realiteit te beschrijven (Lillis, 2008). Deze uiteenzetting heeft fundamenteel gekregen vanuit veldwerk waar gedurende vijf weken onderzoek werd verricht in Gulu district, Noord-Oeganda in samenwerking met het *Institute of Peace and Strategic Studies* aan de Universiteit van Gulu. De studie beperkt zich tot Gulu district vanwege de afgebakende onderzoekstijd en het gegeven dat gezondheidszorg vooral georganiseerd is per district. Tijdens deze periode werden de samenwerking en de onderlinge relaties tussen de verschillende actoren in geestelijke gezondheidszorg binnen de situatie van post-conflict reconstructie geobserveerd en nadien geanalyseerd.

Daarnaast is verhandeling deels geschreven vanuit een literatuurstudie. Om de prevalentie en interculturele betekenisgeving van psychische problemen te beschrijven werd in de academische literatuur gezocht naar artikelen in de transculturele psychiatrie, met betrekking op het Afrikaanse continent en specifiek Noord-Oeganda. De geschiedenis en voornaamste kenmerken van actoren in de geestelijke gezondheidszorg, namelijk staatsinstellingen, ngo's, religieuze figuren en instellingen en traditionele genezers, in Noord-Oeganda werd beschreven vanuit de antropologische literatuur. Zo blijkt hoe deze actoren een positie verworven hebben in de maatschappij en betrokken (kunnen) zijn in het opvangen van geestelijke problemen. Processen van *governance* op het Afrikaanse continent zijn vooral onderzocht in literatuur uit de politieke wetenschappen en conflictstudies. Deze academische literatuur wordt aangevuld met rapporten van ontwikkelingsorganisaties, zoals de World Health Organisation (WHO), het John Paul II Justice and Peace Center (JP2JPC) of het UN Peacebuilding Programme in Noord-Oeganda die meer informatie bevatten over de hedendaagse werking van bepaalde projecten en instellingen. De bevindingen uit de literatuur werden nadien gekoppeld aan de observaties uit de realiteit.

De mogelijke respondenten tijdens de veldwerkperiode werden ingedeeld in vier grote groepen, namelijk overheidsinstanties, ngo's, kerkgemeenschappen en traditionele genezers. Deze indeling wordt ook gevolgd in volgende uiteenzetting.

Binnen elke groep werden organisaties of actoren geselecteerd op basis van grootte van de organisatie of kerkgemeenschap en frequentie van vernoeming bij het sneeuwbaaleffect. Op die manier werd getracht sleutelfiguren binnen het veld van geestelijke gezondheidszorg uit te filteren. Telkens probeerden we een project coördinator, directeur, psychiater, pastoor, lokale leider, traditionele genezer of andere personen met een hoge functie, die meer actief zijn op bestuursniveau, te contacteren voor een interview. Aan elk persoon werd het objectief van de studie uitgelegd en verbaal om een akkoord gevraagd. Elke keer werd benadrukt dat men ervoor kon opteren anoniem te blijven. Interviews werden afgenomen volgens een semi-structureerde vragenlijst, aangepast aan de groep waartoe de respondent behoort. Eénmalig werd de methode van *participatory observation* gebruikt wanneer ik deelnam aan een vierdaagse cursus psychotraumatologie, georganiseerd door de Universiteit van Gulu in samenwerking met de Universiteit van Zuid-Denemarken.

In totaal zijn 24 interviews uitgevoerd waarvan 9 met ngo-staff (sommige ngo's hadden een religieuze achtergrond, bijvoorbeeld Acholi Religious Leaders Peace Initiative (ARLPI), Caritas en World Vision, of banden met de overheid, bijvoorbeeld Child Protection Unit (CPU)), 6 met overheidsfunctionarissen of medewerkers in een overheidsziekenhuis, 3 traditionele genezers, 4 pastoors van verschillende strekkingen (born-again, katholiek en protestants), een gesprek met de Ker Kwaro (lokale autoriteiten) en een gesprek met de attachée ontwikkelingssamenwerking van de Belgische ambassade te Kampala. Daarnaast haal ik ook informatie uit persoonlijke communicatie met een medewerker van het Belgische ontwikkelingsagentschap (Belgische Technische Coöperatie (BTC)) in Kampala, professor Malagala van het *Institute for Peace and Strategic Studies*, Francis van ARLPI en Sam Van Uytzel, de genoemde attachée ontwikkelingssamenwerking. Dit alles wordt aangevuld met informatie die ik haal uit informele gesprekken met vrijwilligers bij ngo's en andere medewerkers in organisaties of de formele gezondheidszorg.

De interviews en andere informatiebronnen staan achteraan in de bibliografie opgelijst. In de tekst zal verwezen worden naar interviews met de afkorting "Int.", gevolgd door het nummer van het interview. Andere informatiebronnen, zoals participatory observation, informele gesprekken en persoonlijke communicatie, worden respectievelijk met de afkortingen "P.O.", "Inf." en "Pers.Co." aangeduid, telkens gevolgd door het nummer zoals opgelijst in de bibliografie. Naar academische literatuur en rapporten van ngo's wordt verwezen volgens de gebruikelijke APA-richtlijnen.

Dit onderzoek richt zich niet specifiek tot één bepaalde categorie van psychische problemen maar beschouwt deze in het algemeen. In post-conflict Gulu district zijn meerdere psychische problemen zeer aanwezig in de maatschappij. Er werd mij regelmatig gesproken over trauma, drugs- en alcoholgebruik, gedragsproblemen en depressie. Interculturele verschillen in betekenisgeving aan psychische problemen maakt het moeilijk om één bepaalde problematiek uit te filteren en bespreken. Interculturele verschillen worden in de volgende sectie wel geduid maar niet in detail besproken omdat dit buiten het bereik van dit onderzoek valt.

De meeste wetenschappelijke studies over geestelijke gezondheid in relatie tot het conflict in Noord-Oeganda spreken echter enkel over trauma of nemen tevens verschillende categorieën in rekening. In deze verhandeling zal ik vooral spreken over "psychische problemen" of "mentale problemen" in het algemeen, tenzij ik resultaten van een bepaalde studie aanhaal.

Resultaten en bespreking

Psychische problemen en post-conflict

Geestelijke problemen zorgen samen voor zo'n 13% van de nationale ziektelast in Oeganda (Ministry of Health, 2010). In het "Book of Best Practices", opgesteld tijdens een internationale conferentie in Rome voor ministers van gezondheidszorg, zeggen Mollica, Guerra, Bhasin & Lavelle (2004) het volgende over geestelijke gezondheidszorg en conflict:

"Additional issues for mental health policy arise in countries that have been subjected to conflict, where there has been mass violence or disaster, and destruction of social and physical infrastructures. Mental health consequences arise in association with the psychological trauma, loss and dislocation in such conflict and post conflict settings and significantly interfere with the capacity for recovery, and for development." (p. 9)

Helaas zien we dat dit citaat goed toepasbaar is op de huidige post-conflict situatie in Gulu district.

Het is moeilijk om algemene cijfers rond de prevalentie van mentale problemen in een post-conflict context te geven. Jones et al. (2009) geven aan dat de prevalentie verhoogd naarmate diensten langer worden aangeboden en verhalen de ronde gaan over een beschikbare en effectieve behandeling. Volgens het UN Peacebuilding Programme (2011) zou de prevalentie van ernstige psychiatrische stoornissen stijgen met 50-100% in post-conflict situaties. Onderzoek is vaak gebaseerd op westerse instrumenten en de diagnostische validiteit hiervan in andere culturen is lang niet zeker (Jones et al., 2009).

Universele psychologische processen hebben vaak andere gedragsmatige, somatische of taalmatige uitdrukkingen naargelang de specifieke cultuur (Mollica et al., 2009). In Acholiland worden psychische problemen anders benoemd, gecategoriseerd en ingevuld. Betancourt et al. (2009) beschrijven in hun studie hoe verschillende psychische problemen lokaal worden gepercipieerd. Stemningsstoornissen (vooral depressie) en angststoornissen komen bijvoorbeeld goed overeen met *Two Tam*, *Kumu* of *Par*, de plaatselijke benamingen voor verschillende symptoomgroepen. Een syndroom dat goed lijkt op een gegeneraliseerde angststoornis volgens DSM-IV maar ook symptomen deelt met Post-Traumatische Stressstoornis en stemmingsstoornissen heeft de naam *Ma Lwor*. *Kwo Maraco* (slechte levensstijl) en *Gin Lugero* (onbeleefd zijn) duiden eerder gedragsstoornissen aan.

Toch onderzochten verschillende onderzoekers de prevalentie van westers gedefinieerde stoornissen. Enkele cijfers en trends worden hier meegegeven om de omvang van psychische problemen in een post-conflictsituatie duidelijk te maken. Van alle literatuur die te vinden is rond psychische problemen in Noord-Oeganda is het opvallend dat adolescenten en de IDP-populatie de meest onderzochte groepen zijn. Psychische problemen bij adolescenten wordt vooral onderzocht omdat men de vergelijking wil maken tussen (ex-)kindsoldaten en niet-kindsoldaten. De IDP-populatie is daarentegen vooral bekend als onderzoeksgroep vanwege de barre omstandigheden in de kampen maar ook door de wreedheden die daar begaan zijn door zowel het regeringsleger als het Verzetsleger van de Heer. Ngo's richten hun projecten net op deze kwetsbare groepen en dat maakt meteen duidelijk waarom er zoveel onderzoek over bestaat.

Dat deze twee veelvuldig onderzochte en in kaart gebrachte groepen zijn, wil echter niet zeggen dat andere leden van de Acholi-gemeenschap niet hebben geleden onder het conflict of geen psychische problemen ten gevolge van conflict kunnen vertonen, zoals ook De Jong et al. (2003) beargumenteren. In de periode van mijn veldwerk hoorde ik meerdere malen “*Everyone was involved*” of “*Everyone has his scars*” (Inf. 1; P.O. 1.c).

Okello, Onen en Musisi (2007) komen tot de vaststelling dat meer dan 90% van de ontvoerde ex-kindsoldaten in Gulu district, Noord-Oeganda blootgesteld zijn aan een traumatische ervaring (volgens de beschrijving in DSM-IV). Dat is veel vaker dan andere adolescenten, hoewel ook deze laatste traumatische ervaringen rapporteerden. Ongeveer een kwart van de onderzochte ex-kindsoldaten gaven symptomen aan die overeenkomen met de westerse concepten van Post-Traumatische Stressstoornis (PTSS), een vijfde rapporteerde depressieve symptomen en een zevende sprak over symptomen van een gegeneraliseerde angststoornis (Amone-P’Olak, 2009; Okello et al., 2007). Kinderen gebruiken vaak somatisatie als copingstrategie voor hun emotionele stress (Akello, Reis, & Richters, 2010) waardoor de werkelijke prevalentie van deze psychische problemen hoger zou kunnen liggen.

Internally Displaced People (IDP’s) hebben eveneens traumatische ervaringen meegemaakt aangezien IDP-kampen regelmatig werden aangevallen door het Verzetsleger van de Heer, alsook werden er wreedheden door het regeringsleger ten opzichte van de vluchtelingen vastgesteld. Daarbij bleken vooral de moord op familie of vrienden, nipt aan de dood ontsnappen, brainwashing en verkrachting belangrijke factoren die tot een slechte mentale gezondheid leiden. Een slechte mentale gezondheid werd door de participanten voornamelijk uitgelegd als “te veel nadenken” dat kon leiden tot “waanzin” of *apoya*. Deprivatie van basisnoden kunnen eveneens negatieve effecten hebben op de mentale gezondheid, bijvoorbeeld een tekort aan voedsel of water, onvoldoende toegang tot gezondheidszorg of een gepercipieerd gebrek aan veiligheid. Vooral familieleden die sociale steun kunnen bieden, blijken een positief effect te hebben en fungeren als een buffer (Roberts, Ocaka, Browne, Oyok & Sondorp, 2009a; Roberts et al., 2009b).

Dit laatste, de sociale steun die als buffer kan dienen tegen psychische problemen, is nu net een moeilijk punt in de samenleving in Gulu district. Massatrauma heeft een diepgaand effect op de gemeenschap en sociale banden (Allen & Vlassenroot, 2010). Enkele lokale medewerkers van ngo’s (Int. 5, 23; P.O. 1.d) laten weten dat het sociale weefsel, met een systeem van clans en *extended kinship*, heel erg aangetast is door het conflict en de bijkomende *displacement*. Mensen voelen zich minder gesteund door hun omgeving waardoor men meer vatbaar is voor psychische problemen. Als men reeds psychische problemen ervaart, kan men minder rekenen op sociale steun en gebeurt het dat men uitgesloten wordt in de gemeenschap (Krygier, 2014). De Jong, Komproe & Van Ommeren (2003) bekeken verschillende post-conflict gemeenschappen in de wereld en vonden een hoge prevalentie van symptomen die wijzen op Post-Traumatische Stressstoornis (PTSS) en angststoornissen.

Mensen die rechtstreek geconfronteerd zijn met gewapend geweld hadden vaker symptomen van PTSS terwijl personen die dit niet rechtstreeks hadden ervaren, meer angstsymptomen vertoonden. Dit maakt duidelijk hoe psychische problemen niet enkel voorkomen bij directe getuigen maar hoe de hele bevolking beïnvloedt wordt door een conflict. Psychische problemen werden overigens niet enkel veroorzaakt door de confrontatie met geweld, maar vaak ook door de leefomstandigheden in kampen of dagdagelijkse moeilijkheden.

De Jong et al. (2003) en Okello et al. (2007) geven aan dat post-conflict programma's voor geestelijke gezondheidszorg zich op een uitgebreider arsenaal aan psychische problemen moeten richten dan enkel PTSS. Daarnaast is het ook belangrijk om aandacht te hebben voor de verschillende oorzaken en structurele problemen die mentale problemen kunnen veroorzaken. Volgens Vinck, Pham, Stover & Weinstein (2007) vertoonde ongeveer 75% van de populatie in Noord-Oeganda symptomen die overeenkwamen met PTSS en bijna 45% rapporteerde depressieve symptomen. Deze hoge cijfers vallen volgens hen te verklaren door de specifieke omstandigheden van het conflict, namelijk de duur, de massale *displacement* en de wreedheid van het conflict.

Actoren in geestelijke gezondheidszorg

Om te begrijpen welke positie verschillende actoren in de geestelijke gezondheidszorg op zich nemen en waarom zij legitimiteit hebben kunnen opbouwen onder de bevolking om die positie in te nemen, wordt hier kort de geschiedenis van elke actor in Oeganda of Gulu district geschetst. Er wordt dieper ingegaan op de vormgeving en de specifieke kenmerken van deze instellingen over de tijd heen. In de volgende sectie over *governance* gaan we dan kijken hoe deze instellingen vorm hebben gekregen vanuit hun samenwerking of contestatie met andere actoren. In het besluit vatten we samen welke *repertoires* en *resources* een bepaalde legitimiteit hebben verleend aan deze actoren om mede-onderhandelaar te worden over geestelijke gezondheidszorg.

Staatsinstellingen

De koloniale psychiatrie bracht een westerse visie op mentale problemen met zich mee naar het Afrikaanse continent. Stilletjes aan, werden eind 19^{de} eeuw psychiatrieën opgericht in Afrika, hoewel vaak beperkt tot gebieden waar de Europese aanwezigheid groot was. De algemene toestand in de instellingen was erbarmelijk. Het duurde nog tot midden 20^{ste} eeuw eer de meeste Afrikaanse landen gebruik konden maken van minstens één psychiatrische instelling waar een psychiater aanwezig was (McCulloch, 1995).

In 1924 werd de eerste psychiatrische dienst opgericht in Hoima, Centraal-Oeganda. Deze opvang bestond slechts uit een afdeling binnen de plaatselijke gevangenis. Later, in 1945, werd het eerste psychiatrische ziekenhuis Butabika gebouwd in Kampala. Dit hospitaal bestaat nog steeds en behandelt jaarlijks duizenden patiënten. In 1997 waren er slechts negen psychiaters actief in Oeganda. Het tekort aan psychiaters wordt opgevangen door *Psychiatric Clinical Officers* (PCO's), dewelke training hebben genoten in geneeskunde en psychiatrie. Toch blijft diagnostiek en behandeling tekort schieten wegens gebrek aan middelen. Daarnaast zijn de meeste psychiatrische faciliteiten gevestigd in Kampala, waardoor een groot deel van de bevolking moeilijk toegang heeft tot geestelijke gezondheidszorg (Boardman & Ovuga, 1997).

De academische psychiatrie vond zijn ingang in de jaren '60, toen in 1967 een psychiatrische afdeling werd ingericht op de Makerere Universiteit in Kampala, Oeganda. De afdeling werd vooral geleid door Britse onderzoekers. Onder het bewind van generaal Idi Amin kreeg de geneeskunde en de psychiatrie het hard te verduren, enkele belangrijke personeleden vertrokken en de afdeling werd minder invloedrijk. De heropbouw verliep traag maar in de jaren '90 werden opnieuw academici aangenomen op de afdeling. (Boardman & Ovuga, 1997).

In 1964 werd er een Mental Health Act opgemaakt, die vooral handelde over vrijwillige of gedwongen hulp, maar nooit gestemd is door het parlement (WHO, 2006). Er bestaat dus geen wettelijk kader rond geestelijke gezondheid. Het beleid rond geestelijke gezondheid vinden we vooral terug in beleidsdocumenten die algemene gezondheidszorg beschrijven. In het *Health Sector Strategic and Investment Plan* (HSSIP) staat uitgeschreven hoe de dienstverlening voor gezondheidszorg idealiter zou moeten geïmplementeerd en gefinancierd worden. Hieronder wordt ook geestelijke gezondheidszorg begrepen omdat deze geïntegreerd moet worden in de algemene gezondheidszorg (Ministry of Health, 2010b). Ook de *draft* van het volgende *National Development Plan*, dat loopt van 2015 tot 2020, geeft aan dat de toegang tot geestelijke gezondheidszorg verbeterd moet worden door toenemende decentralisatie en integratie in de algemene gezondheidszorg (Republic of Uganda, 2014).

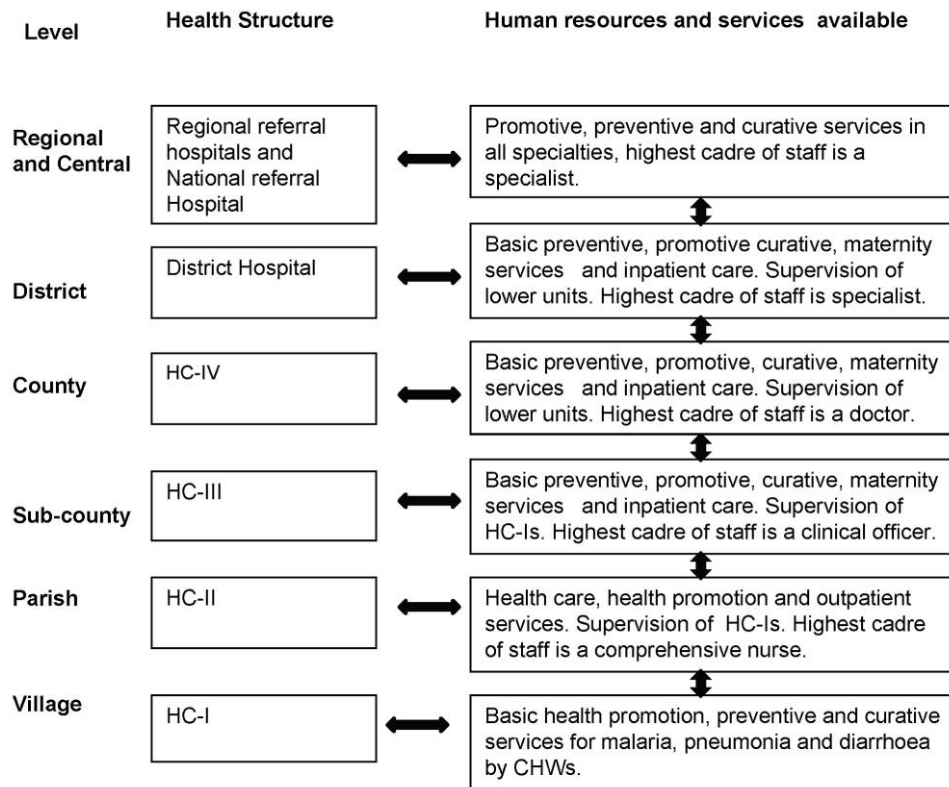
In 2004 werd een *Mental Health Unit* opgericht in het *Gulu Regional Referral Hospital*. Hier



Figuur 2: Mental Health Unit, Gulu Regional Referral Hospital

worden personen met eender welk psychisch probleem behandeld, hoewel moeilijk behandelbare patiënten soms ontslagen worden uit de faciliteit (Krygier, 2014). Een werknemer verdient tussen 500.000 en 1.000.000 Ugandese shilling, het equivalent van 145 tot 290€. Deze afdeling werd opgericht binnen het kader van decentralisatie van gezondheidszorg sinds de jaren '90, nog steeds een *guiding principle* in *The Second National Health Policy* (Ministry of Health, 2010a). Volgens het decentralisatieprincipe zou algemene gezondheidszorg naar de gemeenschap moeten gebracht worden door een getrappt systeem. Zo is er het nationale Butabika hospitaal, op het volgende niveau zijn er de regionale ziekenhuizen, zoals het *Gulu Regional Referral Hospital*, en dan heb je nog de *Health Centers IV, III, II* en *I*, die instaat voor gezondheidszorgen op de lagere niveau's. Dit systeem moet tevens geestelijke gezondheidszorg integreren in algemene gezondheidszorg waarbij alle niveau's ook toegankelijk moeten zijn voor mensen met psychische problemen. Deze aanpak is bejubeld door velen vanwege

de integratie en het vermijden van stigmatisatie van psychische problemen maar door anderen dan weer kritisch bekeken omdat er op die lagere niveau's amper tijd of kennis is om patiënten met mentale problemen te helpen (Saraceno et al., 2007).



Figuur 3: Structuur van decentralisatie in gezondheidszorg

Voor algemene gezondheidszorgen lijkt dit systeem meestal wel te werken, hoewel ook daar problemen zijn (Int. 24; Pers.Co. 2). De decentralisatie van geestelijke gezondheidszorg ziet er in theorie heel goed uit maar de realiteit toont vaak iets heel anders (Int. 8, 10, 18). Saraceno et al. (2007) bevestigen dit wanneer ze schrijven:

“Despite the publication of high-profile reports and promising activities in several countries, progress in mental health service development has been slow in most low-income and middle-income countries.” (p. 1164)

De voornaamste redenen hiervoor zijn, volgens de auteurs, een gebrek aan politieke wil bij de overheid en weerstand tegen decentralisatie. Ook in Oeganda heeft de sterk gecentraliseerde overheid in Kampala het, volgens een medewerker aan de Belgische ambassade (Int. 24), moeilijk om budgetten en macht af te geven in het kader van decentralisatie. Hagmann & Péclard (2010) identificeren net deze processen van decentralisatie van staatsmacht als het terrein bij uitstek voor mogelijkheid tot onderhandeling van machtsposities.

Voor geestelijke gezondheidszorgen blijft decentralisatie inderdaad een groot probleem en raakt de hulpverlening vaak niet verder dan regionaal niveau. De *Mental Health Unit* in Gulu krijgt dan wel budget maar dit is niet voldoende om kwalitatieve zorgen in te richten. Er is een tekort aan opgeleid personeel. Zo zijn er bijvoorbeeld geen klinische psychologen en is er slechts 1 psychiater op de dienst (Krygier, 2014). Bijna elke respondent binnen mijn onderzoek rapporteert het gebrek aan budget voor overheidsfaciliteit en het tekort aan getraind personeel maar ook andere moeilijkheden zoals onvoldoende infrastructuur, voedselvoorziening en psychotrope medicatie (Int. 4, 8, 10, 11, 12, 17, 22; P.O. 1.c). Volgens Krygier (2014) van John Paul II Justice and Peace Center (JP2JPC) is veel van de psychotrope medicatie van het oudere type dat meer bijwerkingen veroorzaakt.

Bovenstaande moeilijkheden zijn meteen de meest voorkomende voor het installeren van kwaliteitsvolle geestelijke gezondheidszorg in ontwikkelingslanden wereldwijd (Mollica et al., 2004), hetgeen de overheid zelf erkent in het HSSIP (Ministry of Health, 2010b). Deze problemen zouden volgens het UN Peacebuilding Programma (2011) nog iets meer uitgesproken zijn in het Noorden van Oeganda.

Het grootste probleem is budgettoewijzing en de wijdverspreide corruptie. Het geld blijft steken op de hogere niveau's en komt niet terecht waar het nodig is (Boehm, 2011; Int. 5, 8, 10, 11). Zonder een adequaat financieel plan kan het beleid rond geestelijke gezondheidszorg, hoe kwalitatief ook, niet slagen (Mollica et al., 2004). Op niveau van *Health Center III* is al helemaal geen budget meer voor geestelijke gezondheidszorgen (Int. 18, 22), laat staan op lagere niveau's. Er is niet voldoende medicatie of getraind personeel en de aanwezige personeelsleden hebben vaak slechts een basistraining in *counselling* gehad. Verpleegster Irene Ayok (Int. 18) verwijst vaak mensen door naar de *Mental Health Unit*, net zoals de meeste hulpverleners op een lager niveau. Op het laagste niveau heeft de helft van de medewerkers geen training gekregen, volgens Krygier van JP2JPC (2014). De overheid heeft *counselling* niet geïntegreerd in de gezondheidszorg (P.O. 1.d). Omdat de dienstverlening maar moeilijk gedecentraliseerd wordt, moeten mensen met psychische problemen vaak lange afstanden reizen om gespecialiseerde zorgen te krijgen (Int. 12, 13, 22).

In de studie van Saraceno et al. (2007) wordt aangegeven dat internationaal en nationaal geestelijke gezondheidszorg niet hoog op de agenda staat. Zo is geestelijke gezondheidszorg bijvoorbeeld geen *Millenium Development Goal*. Ook in Oeganda is geestelijke gezondheidszorg geen prioriteit voor de overheid (Int. 10, 11, 20, 22). Er meer gefocust op basisgezondheidszorgen zoals tuberculose, malaria en HIV/AIDS. Deze specifieke gezondheidsproblemen zijn zichtbaar en interventies kunnen op kortetermijn een aantoonbaar effect hebben (Krygier, 2014; Int. 20, 24). Het rapport van JP2JPC (Krygier, 2014) zegt hierover:

“Mental disorders are complex, and long-term, and addressing them does not provide the straightforward outcomes and success indicators many donors are looking for to measure the impact of their projects. Meanwhile, many governments of developing and low-income countries do not perceive mental health as a priority.” (p. 6)

De World Health Organisation (2014) gaat hier expliciet tegenin met de leuze: *“No health without mental health”*.

De meeste stafmedewerkers van de *Mental Health Unit* in Gulu hebben hun opleiding genoten in het Butabika hospitaal (Int. 2, 4), waar men onder andere leert diagnosticeren via de DSM-IV, een veelgebruikt instrument dat gecreëerd werd door de American Psychiatric Association (APA). In 2002 werd de Universiteit van Gulu opgericht. Een jaar later werd de faculteit van Geneeskunde geopend, waar ook een masteropleiding in de Psychiatrie werd ingericht. Het hoofd van deze faculteit, professor Emilio Ovuga, doet veel onderzoek naar geestelijke gezondheidszorg in Oeganda. Het is opvallend hoe sterk opleiding en onderwijs in Oeganda een biomedicinale visie volgt en dus westers gekleurd is (P.O.). Adyanga (2011) geeft aan dat het koloniale systeem deze onderwijsstructuur heeft opgericht en dat die tot op de dag van vandaag zo blijft bestaan. Dit gegeven kon ik zelf observeren tijdens een vierdaagse training “Psychotraumatologie” (P.O.).

Categorisatie van trauma wordt in academische kringen in Oeganda voornamelijk gebaseerd op de DSM-IV en de ICD-10. Beide instrumenten zijn bedoeld voor universeel gebruik maar zijn opgesteld en gevalideerd in het westen en hebben dus amper culturele differentiatie in rekening gebracht. Verrassend genoeg blijken veel stafmedewerkers in de formele gezondheidszorg toch te geloven in de werkzaamheid van traditionele rituelen (Verelst, 2010).

Niet-gouvernementele organisaties

In een periode van structurele hervormingsprogramma's en privatisering in de jaren '80 kregen ngo's, maar ook religieuze organisaties, steeds meer mandaat om te voorzien in publieke diensten. Zij waren vooral actief in de sectoren van onderwijs en gezondheidszorg (Hagmann & Péclard, 2010; Hofer, 2003). Zeker toen in de jaren '90 een hernieuwde interesse kwam naar het versterken van de *civil society*, integenstelling tot de staat, werden lokale ngo's een belangrijke speler (Giovannoni, Trefon, Banga & Mwem, 2004). Internationale niet-gouvernementele organisaties halen hun budget vooral van private bijdragen en lokale ngo's krijgen fondsen van internationale niet-gouvernementele organisaties en bilaterale donors (Barr, Fafchamps & Owens, 2005; Int. 1, 3).

Na "Operation Iron Fist" in 2002 en de gruwelijke counterreactie van Kony's Verzetsleger kreeg het conflict in Noord-Oeganda enige media-aandacht. Toen Jan Egeland, de toenmalige UN onder-Secretaris-Generaal voor Humanitarian Affairs and Emergency Relief, in 2003 de humanitaire crisis in het Noorden en vooral in de IDP-kampen onder de aandacht bracht, kwam er een massale hulpverleningsstroom op gang. Zowel UN-organisaties als internationale en lokale ngo's werden actief in het gebied. Een als dusdanig gepercipieerde en gelabelde humanitaire crisis bracht dus de hulpverlening pas vanaf 2003 op gang. In 2004 werd het conflict in het Noorden een echte magneet voor internationale aandacht en *funding*. In datzelfde jaar kwam de documentaire van *Invisible Children* online waardoor westerse, en vooral Amerikaanse, jongeren in grote stromen als vrijwilligers naar Noord-Oeganda trokken (Perrot, 2010).

Gulu, de enige stad in het Noorden, bleef tijdens het conflict redelijk stabiel en immuun voor het conflict en fungeerde dan ook als een veilige haven voor vele *Internally Displaced People* (IDP) (Branch, 2008) maar ook voor ngo's en ontwikkelingsprojecten. Deze veilige haven bevond zich midden in Acholiland, Gulu district, waar het conflict overigens het felst woedde (Okello et al., 2007). Gulu veranderde doorheen de tijd van een provinciaal stadje, afhankelijk van staatsvoorzieningen, naar een centrum van oorlogs- en humanitaire economie rond de periode dat het conflict op zijn einde liep (Branch, 2008).

In 2008, een tweetal jaar na het conflict, deed ECHO, de Europese humanitaire organisatie, zijn grootste donatie voor Noord-Oeganda. Dertig miljoen euro werd overgemaakt. In 2011 bedroeg de donatie nog slechts vijf miljoen euro (ECHO, 2014). Het gemiddelde budget voor een ngo in Oeganda was in 2005 478 miljoen shilling, het equivalent van 140.000€. Ze moeten in Oeganda geen belastingen betalen. De grote bedragen geld die omgaan in de sector zouden af en toe personen van twijfelachtig allooi kunnen aantrekken, volgens Barr, Fafchamps & Owens (2005) en Giovannoni et al. (2004). Een werknemer bij een lokale of internationale ngo verdient zo'n 800.000 tot 1.300.000 Ugandese shilling, wat overeenkomt met 230 tot 380€ (Pers.Co. 3).

Een mooi loon als je bedenkt dat het gemiddelde inkomen in Noord-Oeganda zo'n 300.000 shilling is, zo'n 88€, en enkel in de stad kan oplopen tot gemiddeld 660.000 shilling, zo'n 194€ (Uganda Bureau of Statistics, 2010). In Oeganda moeten ngo's wel geregistreerd worden maar is er op nationaal niveau amper controle op wat ze doen. Op internationaal niveau is er *monitoring* door grote donoragenschappen en soms door leden (Barr et al., 2005).



De aanwezigheid van niet-gouvernementele organisaties in Gulu district is enorm. Vooral in de stad, waar de meeste ngo's hun kantoor hebben, is die aanwezigheid zeer zichtbaar. Een bepaalde wijk die vlak naast het centrum van Gulu stad ligt, Senior Quarter, is volgebouwd met *ngo-offices* en de bijbehorende dure hotels met gym.

Figuur 4: Bomah hotel, Gulu

In Gulu district zijn zowel internationale ngo's, zoals Caritas-Gulu of World Vision, actief in lokale afdelingen als kleinere lokale ngo's, zoals het Refugee Law Project (RLP) of het Justice and Reconciliation Project (JRP). Een aantal aanwezige ngo's voorzien in basisnoden, zoals algemene gezondheidszorg (HIV/AIDS, tuberculose), onderdak, voedsel, toegang tot drinkbaar water, etc. Deze problemen zijn zichtbaar, verkopen makkelijk aan grote donoren en vaak kan men op korte termijn reeds effect van het project aantonen (Krygier, 2014; Int. 20, 24). In de jaren '90 werd het populair voor ngo's om te werken rond trauma en psychotherapie aan te bieden als programma (Enomoto, 2011). Het lijkt wel alsof elke ngo in Gulu minstens één counselor in dienst heeft en zo'n 17% van de ngo's in Oeganda voorzien één of andere vorm van *counselling* (Barr, et al., 2005). De meeste van deze counselors echter zijn sociale werkers, vaak zonder universiteitsdiploma, en hebben hoogstens een bijkomende cursus in counselling of *Narrative Exposure Therapy* gekregen. De meeste hulpverleners gebruiken dan ook een hollistische psychosociale benadering en niet iedereen heeft de nodige vaardigheden voor begeleiding. *Counselling* staat vaak gelijk staat aan *basic talking* en dat er geen echt gestructureerde *counselling* is in Gulu district (UN Peacebuilding Programme, 2011; Int. 13, 14; P.O. 1.d). Maar het woord "*counselling*" verkoopt blijkbaar goed aan donoren (Int. 8).

De belangrijkste ngo's op vlak van geestelijke gezondheidszorg, die zich vooral specialiseren in rehabilitatie en omgaan met PTSS, zijn VIVO, Gulu Save the Children Organization (Gusco), World Vision en het Center for Victims of Torture (CVT). Enkele andere ngo's die actief zijn binnen psychosociale begeleiding zijn Transcultural Psychosocial Organisation (TPO), Refugee Law Project (RLP), Mandala house, Caritas en het Center for reparation and rehabilitation. Ngo's hebben vaak specifieke kwetsbare groepen als doelgroep. In Noord-Oeganda zijn dit vooral *returnees*, *children born in captivity* en *IDP's*. Zij gebruiken een populair communicatiemiddel om mensen te bereiken, namelijk de radio. Een voorbeeld daarvan is Mega FM, een radiostation dat werd opgericht door het Britse ontwikkelingsagentschap (DFID) in 2002 (Brisset-Foucault, 2011).

De meeste ngo's zijn sinds 2012 weggetrokken of hebben ze hun programma erg moeten inperken wegens een tekort aan fondsen (Int. 2, 3, 4, 5, 12, 23). *Donor agencies* geven meer fondsen aan programma's die in een noodsituatie werken. Die nood is er volgens hen niet meer in Gulu district, hoewel veel hulpverleners aangeven dat de nood aan begeleiding voor psychische problemen maar ook voor het verbeteren van de leefomstandigheden nog erg groot is (Int. 3, 10). In 2011 bouwde ECHO, de ontwikkelingsorganisatie van Europa, reeds zijn aanwezigheid af in Oeganda, waarvoor zij in 2008 nog aan 30 miljoen euro noodhulp voor Noord-Oeganda voorzagen (ECHO, 2014).

Andere voorbeelden van stopgezette programma's in Gulu zijn legio. Gusco, één van de grootste ngo's, heeft geen actief programma meer in de regio. Invisible Children, allen bekend van het Kony 2012-filmpje dat enorm veel geld door vrije bijdragen opracht, sluit einde 2014 zijn deuren in Gulu (Inf. 6, Int. 23). Caritas heeft in 2008 zijn rehabilitatieprogramma gesloten vanwege een tekort aan fondsen en op dit moment is er enkel nog een psychosociaal programma lopende (Int. 12). TPO heeft zijn activiteiten verlegt naar Adjumani en is actief in het kamp voor vluchtelingen van Zuid-Soedan (Int. 13). Het kantoor van Visions in Action wordt al enkele jaren gebruikt als wooneenheid met verschillende kamers die verhuurd worden aan vrijwilligers (Inf. 1). De ngo's die wel nog actief blijven in de regio moeten vaak vechten om voldoende budgetten binnen te halen. Zo zit het Refugee Law Project in Gulu in financiële problemen (Inf. 1, 2) en ook Angela van World Vision (Int. 23) was heel open over het tekort aan fondsen om ex-rebellen te helpen die nog steeds terugkeren, hoewel nu vanuit de buurlanden waar het Verzet leger actief is. Zij werkten tot nu samen met Invisible Children en kregen zo toegang tot hun *resources*.

Ngo's, zowel lokaal als internationaal, hebben vaak een biomedicinale en dus westerse visie op psychische problemen (Int. 1, 3, 4, 13). Dit is zo omdat de meeste stafmedewerkers opgeleid worden via het formele onderwijs in Oeganda, via workshops gegeven door internationale experts, meestal uit het westen (Int. 3, 14), en omdat hun werking zo makkelijk verkocht wordt aan grote donoren. Psychische problemen wordt gediagnosticeerd via de DSM-IV. De meest gebruikte behandelingsmethode voor psychische problemen door ngo's zijn westerse *evidence based practices*, zoals de *Narrative Exposure Therapy* (NET), ter plaatse geïntroduceerd door VIVO, en *Cognitive Behavioral Therapie* (CBT). Die laatste behandelvorm wordt aangeraden omwille van zijn effectiviteit bij kinderen en adolescenten met post-traumatische symptomen in post-conflict situaties (Mollica et al., 2004).

In de jaren '90, samen met de toenemende psychologisering van conflict, kwam ook de overtuiging in de ontwikkelingswereld dat traditionele gebruiken van de *civil society* te prefereren zijn ten opzichte van westerse praktijken (Enomoto, 2011; Ferguson, 2006). Een aantal internationale ngo's, maar ook de protestantse en katholieke leiders, verbonden zich in het begin van het nieuwe millennium dan ook graag aan deze lokale gebruiken en organisaties. De oppositie tussen "lokaal" of "*indigenous*" en "westers" is sterk uitgesproken in het domein van *transitional justice* (Allen, 2010). De lokale ngo Justice & Reconciliation Project (JRP) werkt met traditionele rituelen om geschillen bij te leggen. Zij zetten sterk in op *community healing* door *transitional justice*, vaak toegepast bij de terugkeer van ex-rebellen. Individuele, langdurige therapie zit niet in hun cultuur en daarom opteren zij voor collectieve rituelen en informele gesprekken om met psychische problemen om te gaan (Int. 5). Ook de Ker Kwaro, een organisatie van lokale leiders die opgericht is in 2000, spitst zich toe op het uitvoeren van de *mato oput*, het klassieke verzoeningsritueel. Beide organisaties krijgen steun van internationale donoren (Int. 5, 19).

Eerder werd al aangehaald dat er vooral cijfers rond mentale gezondheid bestaan in de groepen van ex-kindsoldaten of IDP's. Dit is geen toeval. Het zijn twee doelgroepen waar vooral ngo's of *aid agencies* in betrokken zijn. Helaas heeft door deze specifieke focus op kwetsbare groepen een groot deel van de populatie geen toegang tot hulp bij ngo's. De World Health Organisation pleit er nochtans voor om mensen met mentale problemen in het geheel ook als een kwetsbare groep te beschouwen (Funk et al., 2010). Hun mensenrechten worden regelmatig geschonden waarbij ze vaak geen toegang hebben tot kwalitatieve zorg en soms schadelijke behandelingen moeten ondergaan. Daarnaast heeft deze groep amper een stem om voor zijn rechten op te komen (Krygier, 2014).

De meeste infrastructuur, zowel gouvernementeel als *ngo-based*, ligt in de stad (Saraceno et al., 2007). Ook in Gulu stad zien we een sterke centralisatie van hulpverlening. Dit gegeven maakt de hulpverlening moeilijk toegankelijk. De bevolking op het platteland heeft, wegens een groot tekort aan transport, amper de kans om hulp te zoeken bij deze instanties. Sommige ngo's bieden weliswaar *outreach*-projecten aan (Int. 1, 2, 8) of betalen transportkosten terug (Int. 3) maar ook deze goedbedoelde maatregelen kunnen niet iedereen bereiken. Mensen op het platteland zoeken sneller hulp bij traditionele genezers of lokale priesters die meer beschikbaar zijn en het vertrouwen van de *community* genieten.

Kerkgemeenschappen

Tepper, Rogers, Coleman en Malony (2001) geven aan dat er weinig aandacht is in de wetenschappelijke literatuur voor religieuze coping bij personen met mentale problemen. Zij onderzochten een populatie van personen met een mentale stoornis die opgenomen waren in een psychiatrische instelling in Los Angeles, Verenigde Staten. Daarbij kwamen ze tot de verrassende conclusie dat tot 80% van de subjecten een religieus referentiekader of religieuze activiteiten gebruikte om met dagdagelijkse frustraties of moeilijkheden om te gaan. Dit lijkt, volgens hun studie, vooral correct bij mensen met ernstige symptomen. Verhoogde religieuze activiteiten, zoals gebed, is dan ook geassocieerd met verminderde symptomen. Hun respondenten gaven ook aan dat religie belangrijker werd naarmate hun symptomen erger werden. Tepper et al. (2001) stellen dan ook vast dat een religieuze manier van omgaan met psychiatrische symptomen een effectieve methode kan zijn. Een andere Amerikaanse studie stelt dat religieuze overtuigingen versterkt worden in de nasleep van een traumatische gebeurtenis. Religieuze overtuigingen kunnen betekenis geven aan de ervaring (Overcash, Calhoun, Cann & Tedeschi, 2010).

Lugira (2009) zegt dat de helft van de wereldbevolking gelooft in één van de grote religieuze stromingen of een lokale, spirituele traditie. Tevens merkt hij op dat er vaak mengvormen voorkomen, zoals "indigenous Christianity" of "Afro-Christianity", en dat een aantal onafhankelijke kerken zijn ontstaan in Sub-Sahara Afrika. Lugira (2009) definieert de "Acholi religie" als één van de vele Afrikaanse traditionele religies. Deze traditionele religie is ook geëngageerd in traditionele geneeskunde. Ook deze religie houdt er, net zoals de vanuit het Westen geïmigreerde religies, ook een visie over gezondheid en ziekte op na.

In volgende uiteenzetting bespreken we echter religieuze stroming die ontstaan zijn in de koloniale periode of later en die te classificeren zijn onder één van de drie grote religieuze strekkingen in de wereld, namelijk Christendom, Islam of Jodendom, hoewel ze vaak een mengvorm van voorstellen zoals “Afro-Christianity”. De “Acholi-religie” of lokale cosmologie behandelen we in de sectie over traditionele geneeskunde.

Toen de Britten zich in 1890 stationeerden in Oeganda, volgden de christelijke missionarissen



Figuur 5: The Holy Rosary, Katholieke kerk in Gulu

in hun kielzog. De Katholieke Kerk moest echter het onderspit delven tegenover de macht van de Angelicaanse Kerk in de koloniale periode. Deze laatste was nauw verbonden met het Buganda koninkrijk, dat zich in het hedendaagse Zuid-Oeganda situeerde, en werd als een sterke partner van Zuidelijk Oeganda beschouwd. In het Noorden genoot de Katholieke Kerk een grote aanhang, vooral door de grote aanwezigheid van Katholieke Comboni missionarissen (Finnström, 2008; Ward, 2001). Zo'n 62% van de bevolking in het Noorden is katholiek (Uganda Bureau of Statistics, 2010). Afrikaanse christenen hebben echter de westerse christelijke waarden uitgedaagd waardoor een mengvorm van afrikaanse traditie en westerse religie is ontstaan, de zogenaamde *African Independent Churches* (Meyer, 2004; Tishken, 2009). De Kerk, ongeacht welke denominatie, is erg machtig in Oeganda. De bevolking in het Noorden zou de Kerk meer vertrouwen dan haar eigen overheid, volgens Nixon & Jude van TPO (Int. 13).

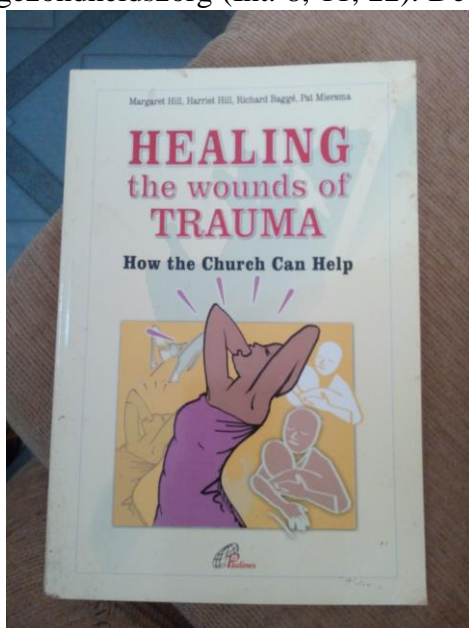
Religieuze bewegingen en kerkgemeenschappen hebben zich omwille van deze machtige positie dan ook altijd ingezet voor vredesonderhandelingen tijdens de jaren van conflict (Ward, 2001).

Kerkgemeenschappen hebben een lange traditie van “goede werken”. In België richtten zij bijvoorbeeld de eerste psychiatrische instellingen op, in Oeganda waren zij onder meer verantwoordelijk voor de uitbouw van onderwijs en gezondheidszorg (Adyanga, 2011; Hofer, 2003). In de woelige jaren '70 en '80, waar de steeds wisselende centrale overheid amper bestuur op zich nam, kende de Katholieke Kerk haar hoogtepunt in Oeganda en sprak met zelfs van een “staat in een staat” (Kassimir, 2001). Langzaam aan zijn dan ook ngo's en bilaterale organisaties op het toneel verschenen om te voorzien in publieke diensten (Barr et al., 2005). De Kerk bleef een belangrijke dienstverlener, naast vele ngo's, op een moment dat de overheid veel legitimiteit verliest na de structurele hervormingsprogramma's in de jaren '80 (Meyer, 2004).

Kassimir (2001) identificeert in zijn verhandeling de Katholieke Kerk in Oeganda als een sterk voorbeeld van *governance* door niet-statelijke actoren. Zij werpt zich, volgens hem, op als de enige legitieme vertegenwoordiger voor zijn leden en heeft eveneens een sterke invloed op het sociale leven van zijn leden. Kassimir benoemt dit als een combinatie van representatie (op het politieke veld) en *governing* (als invloed op het sociale leven van zijn leden). De Kerk is daarbij gestructureerd volgens een bureaucratisch model en volgens niveau's van autoriteit (nl. aartsbisschop, bisschop, priesters, etc.).

Katholieke en Protestantse Kerken halen hun fondsen vooral van bij het aartsbisdom en private donaties maar kunnen eveneens rekenen op talloze vrijwilligers en priesters die pastoraal werk verrichten. Op die manier kan men zijn werking op vrij goedkope manier organiseren.

Volgens religieuze leiders is de oorzaak van een psychisch probleem meestal bezetenheid door een slechte geest (Int. 9, 15, 22). Welke psychische problemen spiritueel worden verklaard, hangt af van denominatie (Int. 22). Katholieke en protestantse denominaties lijken iets gematigder in die zin dat ze ook respect en begrip hebben voor wetenschappelijke verklaringen van psychische problemen. Zij geloven dat die naast elkaar kunnen bestaan en dat personen met een niet-spirituele problematiek best worden doorverwezen naar de formele gezondheidszorg (Int. 8, 11, 22). De opkomende Born-again kerken daarentegen, geloven dat



Figuur 6: Kerk en counselling

alle psychische problemen spiritueel verklaard en genezen kunnen worden. Zij geloven absoluut niet in de wetenschappelijke aanpak en verwijzen dan ook niemand door naar formele gezondheidszorg maar schrijven gebed, geloof en af en toe een duiveluitdrijving voor (Int. 9, 15, 22). James Okello (Int. 8) vindt dat deze *faith healers* hun grenzen niet erkennen in het behandelen van geestelijke problemen. Zoals priester O.G. Peter (Int. 9) van de Life Line Ministries, een subdivisie van de Born-again Kerk, treffend zegt:

“Only God works, it is not just an option.”

De protestantse dominee Geoffrey Loum (Int. 22) geeft aan dat geestelijken niet de vaardigheden hebben om mensen met mentale problemen te begeleiden maar dat ze wel altijd in het veld zijn en dus dicht bij de mensen staan. De overheid beseft volgens hem niet welke *resource* de kerk zou kunnen betekenen binnen geestelijke gezondheidszorg. De Katholieke Kerk in

Gulu denkt er bijvoorbeeld aan om meer *counselling* in hun opleiding tot priester aan te bieden (Int. 11). Op die manier proberen zij in te spelen op de grote nood aan psychische hulp die zij opmerken.

Er is een rijzende invloed van conservatief christelijke bewegingen in de globale politiek via transnationaal activisme, waarvan de recente antihomo-wetgeving in Oeganda een treffend voorbeeld is (Oliver, 2013). In Noord-Oeganda was er na het conflict een expansie in Born-again kerken, met verschillende subdivisies zoals de *Life Line Ministries*, *Pentecostal* en zoveel meer, te observeren. Door een sterke transnationale organisatie hebben de meeste kerken banden met Born-again gemeenschappen in de Verenigde Staten (UN Peacebuilding Programme, 2011). Vooral tijdens het presidentschap van George Bush Jr. tussen 2001 en 2009, die overigens zelf een overtuigd Born-again christen is, konden deze kerken in de VS hun macht aanzienlijk vergroten. Door zijn toedoen kregen deze organisaties meer toegang tot federale budgetten die ze vervolgens investeerden in hun overzeese missies, zoals in Oeganda (Oliver, 2013). Born-agains zijn vooral gelovigen in de evangelistische en methodistische denominaties en in Oeganda zijn ze sterk gelieerd aan de Protestantse Kerk (Hofer, 2003).

In Gulu stad zien we veel uithangborden van deze kerken die ons een idee geven met hoeveel ze zijn. James Okello (Int. 8), één van de weinige psychiaters in Gulu district, wees me deze kerken aan als “*mushroom churches*” om hun grote groei aan te duiden. Hun succes hebben ze te danken aan hun groeiende internationale netwerken, grote groepen vrijwilligers, private donaties die vaak vanuit de VS komen en goede lokale contacten. Zij zijn net niet georganiseerd volgens een hiërarchisch model en zonder centraal bestuurspunt. Door deze flexibiliteit kunnen ze zich makkelijk verspreiden (Hofer, 2003).

Opvallend is hoe de Born-again kerken zich vaak aanprijzen als “*voice of salvation and healing church*” of “*bringing healing and hope*”, een boodschap waar men vooral mensen mee wil aanspreken die op zoek zijn naar verzachting van hun (psychisch) lijden (Int. 22). Deze kerken zetten sterk in op *prayer healing* en verlossing van slechte geesten (Meyer, 2004) De groeiende Charismatic Movement, een subdivisie van de Katholieke kerk, vertoont veel gelijkenissen met de Born-again kerken. Ook zij focussen zich vooral op *healing* (Tankink, 2007) en zijn een groeiende beweging in Gulu district. Priester Geoffrey Loum (Int. 22), een protestantse geestelijke, wijst me erop dat dit soort kerken niet adverteren voor Christus maar voor *healing* en dat ze op dat punt niet zo verschillend zijn van traditionele genezers. Deze boodschap adverteren Born-again kerken, zoals vele religieuze instellingen, via een heel effectief en veelgebruikt kanaal, de radio.

Volgens Akello et al. (2010) is de kerk in Gulu één van de weinige plaatsen waar mensen hun lijden publiek kunnen tonen. Een fenomeen dat ook Tankink (2007) bevestigt in haar artikel over de helende effect van bepaalde Born-again methodes. Zij geeft aan dat in Mbarara district, in het Zuid-Westen van Oeganda, veel mensen die lijden onder herinneringen aan het conflict van de jaren ‘80, Born-agains worden. Zij gaan alles linken aan God en wanneer men dit als referentiekader neemt om ervaringen betekenis te geven, dan krijgt men een andere visie op dezelfde ervaringen. In de kerkgemeenschap vindt men lidmaatschap tot een groep waar mensen vaak hetzelfde hebben meegemaakt. Het behoren tot een groep is steeds belangrijker in de maatschappij van Noord-Oeganda waar veel sociaal weefsel verloren is tijdens de conflictperiode. De verlichting van psychisch lijden zou in de Born-again kerken sterker zijn dan in Katholieke of Protestantse kerken vanwege het sterke referentiekader dat ze aanbieden en de geslotenheid van de gemeenschap. Door jezelf aan te sluiten bij een Born-again gemeenschap laat je meteen ook zien dat je herboren bent en met een nieuwe lei wilt beginnen, niet onbelangrijke voor zoveel *returnees*, personen die teruggekeerd zijn uit de *bush*, in het Noorden van Oeganda (Inf. 3). Religie wordt in het algemeen door mijn respondenten vooral ook als effectief beschouwd in het behandelen van alcohol- en drugsverslavingen omdat men van het geloof deze middelen niet mag gebruiken (Int. 9, 21).

Alle kerkgemeenschappen moeten in het bezit zijn van een certificaat dat verstrekt wordt door de overheid. De traditionele kerken, zoals de Katholieke en de Protestantse kerk, hebben deze certificaten gekregen van de LC 4, het stadsbestuur. Born-again kerken daarentegen zijn vaak niet in orde met hun certificatie. De burgemeester weet niet waar zij hun certificaten krijgen want ze zijn niet aangevraagd op het bureau van het stadsbestuur (Int. 17). Er zijn nu wel enkele nationale en regionale koepelorganisaties voor deze Born-again kerken, zoals de Born-again faith federation en de National Fellowship of Born-again Pentecostal Churches (NFBPC). Dit zou, volgens priester Geoffrey (Int. 22), de *accountability* en controle van deze kerken ten goede kunnen komen.

Traditionele geneeskunde

De definitie van *traditional healing* volgens het WHO (2002) luidt als volgt: “Het gaat om verschillende benaderingen, kennissystemen, overtuigingen en praktijken zoals medicatie op basis van kruiden, dieren of mineralen en spirituele therapie. Deze kunnen apart of gecombineerd toegepast worden om het welzijn te verzekeren, alsook om ziekte te vermijden, behandelen of diagnosticeren.” Binnen deze definitie wordt een uitgebreid gamma aan praktijken geplaatst. Er wordt gewezen op ziekte maar tevens ook op welzijn waarbij geen strikt onderscheid wordt gemaakt tussen fysiek en psychisch welzijn. Traditionele geneeskunde in Oeganda gaat, zoals in vele delen van Afrika, uit van een holistische visie waarbij de relatie tussen het individu en andere personen, de natuur en het universum centraal staat. Ziekte wordt gezien als een verstoorde balans in bovengenoemde relaties en vindt zijn oorzaak niet in een malfunctie van de psyche of de biologie (Degonda & Scheidegger, 2009). Het grootste onderscheid tussen traditionele geneeskunde en westerse geneeskunde blijkt, op basis van deze definitie, te liggen binnen de visie en specifieke praktijken waarop aan geneeskunde wordt gedaan. Bij traditionele geneeskunde ligt de nadruk op de spirituele wereld en *herbal medicine* terwijl de westerse (geestelijke) gezondheidszorg zijn heil vindt in de biologische ingreep (medicatie of chirurgie) of *evidence based therapy*.

Traditional healing is een mengvorm van Afrikaanse cosmologie en geneeskunde. Vroeger beschreef men binnen de antropologie dezelfde fenomenen van geesten en bezetenheid als “religie”, waar men nu deze fenomenen beschrijft onder de “medische antropologie”. Jacobson-Widding en Westerlund (1989) geven aan dat de twee disciplines nergens zo dicht bij elkaar aanleunen dan op het Afrikaanse continent. Ongeveer driekwart van de wereldbevolking is cultureel en emotioneel verbonden aan een lokaal of *indigenous* systeem van gezondheidszorg (Musisi, Okello & Abbo, 2010). Cijfers van de World Health Organisation (2002) tonen aan dat 60% van de bevolking in Oeganda wel eens een traditionele genezer raadpleegt en in het Noorden zou dit percentage nog hoger liggen volgens het UN Peacebuilding Programme (2011). De redenen hiervoor zijn vooral de toegankelijkheid en lage kostprijs van traditionele genezers (WHO, 2002). In Oeganda zijn er veel meer traditionele genezers (1:50 000) dan westers geschoolde psychiaters of psychologen (1:1 000 000).

In pre-koloniale tijden vertrouwde het dorpshef of *rwodi* in Acholiland op de dorpsgeest of *jok* om de welvaart van de gemeenschap en hun vee te beschermen en de vruchtbaarheid van het land te verzekeren. Na 1850 waren, door internationale handel en toenemend contact met andere volkeren en culturen, ook andere vreemde geesten of *jogi* aanwezig. Zij waren niet gebonden aan een bepaald dorp of een gemeenschap. De dorpsgeesten zorgden voor het belang van de gemeenschap en de “vrije *jogi*” waren verantwoordelijk voor individuele *healing* door de *ajwaka* of lokale genezer. Begin 20^{ste} eeuw kwamen samen met de Britse kolonisten ook de christelijke missionarissen aan in Acholiland. Zij introduceerden het christelijke alsook het biomedische model. Een kruisbestuiving vond plaats en de christelijke god Rubanga werd de enige goede God terwijl de oorspronkelijke geesten gecategoriseerd werden als slecht of *jogi setani*. Deze herstructurering doet sterk denken aan de rigide dichotomie binnen het christendom tussen de Algoede God en de slechte wereld. Deze christelijke visie werd steeds sterker geïnternaliseerd in het traditionele geloof zodat het christelijke element er vaak niet meer in te onderscheiden viel (Kustenbauder, 2010).

De opvatting dat Afrika voor het eerst met andere culturen en denkkaders in aanraking kwam in de koloniale periode, is een misopvatting. Geen enkel medisch model is volledig geïsoleerd van andere invloeden. Reeds voor de kolonisten hun biomedische modellen meebrachten naar het Afrikaanse continent was het de gewoonte van de Afrikaanse patiënt om verschillende genezers te consulteren, inclusief genezers uit een andere culturele traditie (Jacobson-Widding & Westerlund, 1989). De traditionele Afrikaanse geneeskunde is dus niet statisch en stond steeds in interactie met andere opvattingen over gezondheid en ziekte.

In Afrikaanse culturen primeert het collectieve belang over het individuele. Toch heeft elke Afrikaan evenveel nood aan zelf-expressie dan elke Europeaan. Zo zou het kunnen dat bezeten zijn door geesten de enige toegelaten vorm is van individuele, emotionele expressie. De geest of heks wordt dan ook vaak beschreven als de vijand van de gemeenschap, die streeft naar individueel succes. Door de geest als verantwoordelijke aan te duiden voor die verboden emoties, kan men zijn eigen verantwoordelijkheid daarin ontkennen (Jacobson-Widding & Westerlund, 1989). Net als de expressie van lijden in de kerk, kan men dus ook op deze manier op een sociaal aanvaarde wijze zijn lijden tonen. De Kerk en traditionele religie vertonen veel parallellen op vlak van emotionele expressie, bezetenheid van slechte geesten, etc.



Figuur 7: Huis van een traditionele genezer aan de buitenrand van Gulu stad

Van oudsher hebben traditionele genezers controle over de geestenwereld in Acholiland (Adyanga, 2011). Afrikaanse, traditionele *healing* heeft veel gemeen met coping in bepaalde omstandigheden of omgaan met conflict (Myers & Shinn, 2010). De Acholi-religie is een cosmologische visie waar de geestenwereld zeer centraal staat en die betekenis geeft aan de wereld rondom hen, een visie die Finnström (2008) uitgebreid beschrijft in zijn boek “Living with bad surroundings”.

In tijden van conflict probeerde de bevolking in Noord-Oeganda via het communiceren met geesten de

diepgaande sociale verandering door conflict een plaats te geven en te begrijpen wat er om hen heen gebeurde (Allen & Vlassenroot, 2010). Ook in de post-conflict situatie die Noord-Oeganda en Gulu district nu is, zijn zulke praktijken prevalent. De zogenoemde *witchcraft* heel erg wijdverspreid is in de regio (Int. 23). In Noord-Oeganda schrijft men bepaalde symptomen toe aan de intrusie van geesten of *jogi*, hekserij of vloeken (Ovuga, Boardman & Oluka, 1999). Daar noemen ze die geesten *cen*, de slechte geesten, of *tipo*, de geesten van overleden familie.

De krachten van geesten kunnen zowel goed als kwaad veroorzaken, psychische effecten hebben en waanzin veroorzaken (Kustenbauder, 2010; Roberts et al., 2009b). In recente transpsychiatrische literatuur over de post-conflict situatie in Noord-Oeganda, vinden we terug dat deze geesten stress kunnen veroorzaken in de vorm van nachtmerries, hypervigilantie, angst en hoofdpijnen. Deze symptomen komen overeen met een westerse beschrijving van Post-Traumatische Stresstoornis.

De *cen* of *tipo* kunnen weggejaagd worden door een *ryemo*-ceremonie te organiseren met een *ajwaka* of lokale genezer (Akello, Richters & Ovuga, 2010). Verelst (2010) benadrukt in haar verhandeling hoe belangrijk het is om deze culturele betekenisgeving mee in rekening te brengen bij het behandelen van psychische problemen.

Musisi et al. (2010) argumenteren dat *traditional healers* in het bijzonder een belangrijke rol kunnen spelen in het verwerken van trauma binnen een gemeenschap. Jones et al. (2009) geeft aan dat men in situaties van *complex emergencies* best samenwerkt met traditionele genezers. Ook stafmedewerkers van de *Mental Health Unit* geven toe dat traditionele genezers een belangrijke rol spelen in het behandelen van psychische problemen. De genezers staan dicht bij de mensen, vooral op het platteland, en genieten vertrouwen in de gemeenschap. Zij bieden ook een cultureel aangepaste betekenisgeving aan het probleem (Verelst, 2010; Int. 4, 8). Green & Honwana (2001) beschrijven hoe bijvoorbeeld kindsoldaten meest gebaat zijn met een traditionele aanpak bij de verwerking van hun trauma. De belangrijkste factoren van een werkzame behandeling zijn namelijk een goede cliënt-behandelaar communicatie, tevredenheid met en geloof in de behandeling en de hulp van cliënten in hun eigen gemeenschap, cultuur en taal (Mollica et al., 2004). Deze elementen zijn allemaal aanwezig bij behandeling door traditionele genezers.

De organisatie van traditionele genezers is vrij kleinschalig. Er is een koepelorganisatie opgericht, namelijk de National Council of Traditional Healers and Herbalists Association of Uganda (NACOTHA). Volgens hun website halen ze de voornaamste inkomsten uit verkoop van traditionele medicatie. Zij lijken geen steun te krijgen van internationale donoragentschappen en hebben geen toegang tot grote financiële steun.

Men wordt meestal *healer* nadat men zelf contact heeft gehad met traditionele geneeskunde door een emotioneel probleem. De methode is orale overdracht van kennis via een voormalig *healer*. Meestal blijft de traditie binnen de familie. Traditionele genezers zijn ofwel traditionele kruidkundigen of gespecialiseerd in geesten ofwel een combinatie van beide (Ovuga et al., 1999). In Noord-Oeganda herkent men een goede genezer aan zijn reputatie, net omdat het beroep binnen de familie blijft (Adyanga, 2011).

Dit systeem van reputatie veranderd nu omdat er in Oeganda een certificatiesysteem opgestart is door de overheid. Elke traditionele genezers moet daarom voorzien zijn van een certificaat dat uitgereikt wordt door het bestuur op districtsniveau in samenwerking met de centrale overheid en de nationale raad & associatie van traditionele genezers en herbalisten in Oeganda (NACOTHA). Zo zouden traditionele genezers beter te controleren zijn omdat genezers die er schadelijke praktijken op nahouden geen certificaat krijgen. Een voorbeeld is het vastbinden van mensen met psychische problemen (Int. 6, 15, 17, 18).

Christine Aryema (Int. 21), een traditionele genezer, legt me uit dat het systeem de genezers ook een zekere vorm van rechtszekerheid geeft. Zo kan ze bijvoorbeeld niet vervolgd worden wanneer een patiënt sterft aan zijn symptomen. Het geeft de genezers ook grotere vrijheid om in het hele land hun praktijken uit te voeren (Int. 7, 21). Het certificaat is immers het bewijs van hun kunnen. Het certificatiesysteem is echter niet overal even goed geïmplementeerd en wordt niet altijd even goed gecontroleerd (Pers.Co. 1). In Gulu district worden geen certificaten uitgereikt maar er is momenteel wel overleg met de traditionele genezers over dit systeem, volgens de burgemeester van Gulu (Int. 17). Op nationaal niveau moet de Regulatory Bill, die praktijken van traditionele genezers en een aantal andere informele actoren in de gezondheidszorg moet reguleren, nog goedgekeurd worden door het kabinet (UN Peacebuilding Programme, 2011).

Post-conflict reconstructie in Acholiland

De situatie in Gulu district is er één van post-conflict reconstructie. In deze humanitaire setting is de normale dienstverlening opgeschort of onvoldoende om de noden van de bevolking tegemoet te komen (Jones et al., 2009). De overheid doet sinds het conflict wel pogingen om in die dienstverlening te voorzien maar het blijft onvoldoende (Int. 12, 13; Pers.Co. 1). Volgens Hagmann & Péclard (2010) krijgen in zo'n situatie net andere actoren, vaak traditionele machtscentra zoals kerkleiders en traditionele leiders maar ook internationale ontwikkelingsorganisaties, ruimte om deze dienstverlening aan te bieden.

In voorgaande secties werd reeds besproken welke actoren actief zijn in het veld van geestelijke gezondheidszorg, wat hun geschiedenis daarin is en welke positie ze nu innemen. In de volgende paragrafen trachten we een zicht te bieden op de bestaande spanningsvelden en de bijbehorende discours die invloed hebben op hun legitimiteit. Daarbij wordt gebruik gemaakt van het concept *negotiated statehood*. Ons beginpunt daarbij is de overheid, die in ideale omstandigheden de grootste dienstverlener is voor het volk. Nadien halen we aan hoe deze grotendeels falende dienstverlener de organisatie van deze diensten uitbesteedt aan ngo's. Omdat beide momenteel tekort schieten in kwalitatieve en voldoende zorg, vooral op het platteland, halen we als laatste aan hoe kerkgemeenschappen en traditionele genezers, twee lokaal sterk ingebedde structuren met een lange geschiedenis van dienstverlening, veel van deze diensten op een informele manier trachten in te richten. We besluiten met een beschrijving van de bestaande machts- en onderhandelingsrelaties tussen de verschillende actoren op basis van de autoriteit die zij kunnen ontleen aan hun beschikbare *resources* en *repertoires*. Af en toe gaan we daarbij verder in op een specifieke organisatie om een diepgaandere illustratie te bieden.

Overheid

Er wordt gezegd dat Yoweri Museveni een nieuw soort politiek installeerde in Oeganda, één zonder etnische en religieuze verdeeldheid. Hij zou meer inzetten op sociale en economische ontwikkeling (Jones, 2009). Toch blijft deze ontwikkeling beperkt tot het Zuiden en is er een diepgeworteld wederzijds wantrouwen tussen de bevolking in het Noorden en de centrale overheid (Nystrand, 2014).

Oeganda scoort heel slecht op de Corruption Perceptions Index met een score van 26 op 100 (Transparency International, 2013). Corruptie in de publieke sector door overheidsfunctionarissen en politici van de centrale overheid wordt in het Noorden regelmatig gezien als deel van het conflict. Fondsen, die vaak beloofd werden aan het Noorden, worden verduisterd en dragen zo bij aan de marginalisering van het Noorden. Het wantrouwen wordt gevoed door een corruptieschandaal dat bekend raakte in 2012. Het betrof geld, dikwijls gedoneerd door grote donoragentschappen, dat bedoeld was voor de reconstructie en ontwikkeling van de noordelijke districten. Het kabinet van de eerste minister zou 38 biljoen Oegandese Shilling verduisterd hebben. Het geld was toegewezen aan gezondheids- en onderwijsprojecten, aanleg van wegen en compensatiebudgetten voor gestolen vee tijdens het conflict. De publieke verontwaardiging was groot, zowel onder de bevolking in het Noorden als het Zuiden. Dit toont aan dat het conflict niet zozeer Noord versus Zuid is maar eerder de bevolking in het Noorden ten opzichte van de elite en het regime in het Zuiden.

Zulke voorvallen voeden het wantrouwen tegenover die centrale regering en de opvatting dat men het Noorden intentioneel marginaliseert des te meer (Nystrand, 2014).

In tijden van conflict deed dit vragen rijzen onder de Acholi over de intentionaliteit van de marginalisering van Noorden, ook heden stelt men zich hier vragen bij. In bovenstaande uiteenzetting werd reeds beschreven hoe de dienstverlening van de overheid in de sector van geestelijke gezondheidszorg niet voldoet omwille van verschillende redenen. Er is onvoldoende budget, te weinig opgeleid personeel en de faciliteiten voldoen niet. Deze tekortkomingen zijn volgens de bevolking gerelateerd aan een systematische benadeling van het Noorden (Int. 11, 20, 23). Priester Justin Eric Uma spreekt openlijk over de gepercipieerde systematische benadeling van het Noorden. De Katholieke Kerk heeft een goede band met Museveni's politieke partij en heeft daarom de uitzonderlijke positie om kritisch te kunnen zijn over de regering (Ward, 2001). Volgens de priester is er teveel corruptie, worden *resources* niet gelijk verdeeld en legt de overheid zijn prioriteiten teveel bij het leger. Hij zegt dat tribalisme en nepotisme het land ruïneren (Int. 11). Hij wordt in die mening bijgestaan door een ngo-medewerker, die de sterke woorden "*structural violence*" in de mond neemt (Int. 5). Ook Boehms (2011) onderzoek toont aan lokale respondenten in Gulu geloven dat de overheid het Noorden verwaarloost en meer investeert in andere regio's. Verschillende van mijn respondenten bevestigen dat deze overtuiging leeft onder de bevolking (Int. 5, 11, 20, 23).

De combinatie van een gedateerde wetgeving rond geestelijke gezondheid en weinige interesse voor het thema, de gebrekkige uitvoering van het beleid in de praktijk en de perceptie van moedwillige marginalisering van het Noorden, maken dat de overheid weinig legitimiteit opbouwen om in deze dienstverlening te voorzien. De lokale bevolking en lokale ngo-staff in Gulu district houdt zijn overheid niet *accountable* als dienstverlener en heeft weinig hoop dat dit zal veranderen in positieve zin (Boehm, 2011; Int. 5, 23).

Wanneer een overheid onvoldoende middelen heeft om zijn autoriteit te bevestigen in perifere regio's, zal men beroep doen op een samenwerking met legitieme niet-statelijke actoren (Menkhaus, 2006). Donoragentschappen hebben enorm veel geld geïnvesteerd in ngo's waardoor deze tijdens de laatste conflictjaren de voornaamste dienstverlener werden. De meeste mensen gingen dan ook eerst hulp zoeken bij ngo's voor dienstverlening in plaats van overheidsinstellingen (Boehm, 2011; Int. 12, 23). Door naast een legitieme dienstverlener te staan en er goede relaties mee aan te knopen, kan men een deel van die legitimiteit ten opzichte van de internationale gemeenschap maar ook zijn eigen bevolking lenen. Daarom is er een sterke toenadering van de overheid uit naar ngo's. De internationale ontwikkelingssamenwerking probeert op zijn beurt samen te werken met de plaatselijke overheid om *good governance* te versterken.

Ngo's als nieuwe dienstverlener

Humanitaire hulp kenmerkt zich graag als neutraal. Toch is die hulp, volgens Finnström (2008) en Lund (2006), bijna altijd verweven met de lokale politiek. Humanitaire organisaties opereren vaak als lokaal bestuur via coördinatie en planning van activiteiten maar werken ook vaak expliciet samen met de overheid, bijvoorbeeld in de IDP-kampen. De organisaties hebben zoveel jaren allerlei taken van de Oegandese overheid overgenomen, zoals het oprichten van de rehabilitatiecentra. Internationale hulporganisaties werden vaak als het verlengde van de overheid gezien en kreeg die van de bevolking maar ook van de overheid het mandaat om in dienstverlening te voorzien. De overheid ging in de conflict- en post-conflictperiode steeds meer op zoek naar uitbesteding van geestelijke gezondheidszorg om tegemoet te komen aan de grote nood. Het meeste werk werd uitbesteed aan gespecialiseerde ngo's (Baingana & Mangen, 2011). Maar Jones et al. (2009) beargumenteren dat:

“Non-governmental agencies cannot substitute for effective government strategy and action.” (p. 660)

Deze opinie wordt gedeeld door de project coördinator van VIVO (Int. 3), als zij spreekt over de situatie in Gulu. Zij zegt dat: *“the government shouldn't rely so much on ngo's”*.

Ngo's hebben geprobeerd het gebrek aan voldoende geestelijke gezondheidszorg vanuit de overheid op te vangen. TPO trachtte in zijn werking de overheid te ondersteunen om de kwaliteit van deze dienstverlening te verbeteren. Zij hielpen vooral stafmedewerkers in de *Mental Health Unit* in Gulu district en op lagere niveau's (HC's en VHT's) via het aanbieden van training (Baingana & Mangen, 2011; Int. 13). Verpleegster Irene (Int. 18) van *Health Center III* in Gulu zegt nochtans geen steun te ontvangen van eender welke ngo op vlak van geestelijke gezondheidszorg. Het project van TPO toont evenwel hoe de formele gezondheidszorg deels werd overgenomen door ngo-projecten. Dit project is gestopt vanwege een tekort aan fondsen maar ook, volgens medewerkers van TPO, omdat de overheid nu zelf de touwtjes in handen moet nemen. TPO opent nu wel een *Mental Health Unit* in Adjumani, een stad aan de grens met Zuid-Soedan en tevens een opvangplaats voor vele vluchtelingen (Int. 13). Het gaat hier blijkbaar om een ngo die elke nieuwe crisis volgt en de daarbij horende fondsen.

Op districtsniveau is er in Gulu een overlegkanaal tussen overheidsfunctionarissen van de *Local Council 5* (district), medewerkers van de *Mental Health Unit*, academici van de universiteit en de meeste actieve ngo's in het district. De groep komt elke maand samen en wordt voorgezeten door de *District Health Officer* (LC5). Vroeger was dit de *Mental Health Working Group*, nu is die gefusioneerd naar de *Health Sector Working Group* omdat er steeds minder ngo's actief zijn in de regio (Int. 20). Deze beleidsmatige werkgroepen versterken de perceptie dat internationale organisaties een verlengde zijn van de overheid of omgekeerd, dat de overheid een verlengde is van ontwikkelingsorganisaties.

Er blijkt heel wat competitie tussen verschillende lokale en internationale ngo's te zijn en elke ngo wil zijn dominantie bevestigen (UN Peacebuilding Programma, 2011; Int. 12, 23). Organisaties verwijzen patiënten te weinig door naar de correcte hulpverlener omdat ze hun dominantie willen bevestigen in hoge cijfers van hulpzoekenden (Int. 12). Daarbij zouden ze hun werk maar half doen en hun zwaktes verbergen (Int. 23). Sommige ngo's niet geven om de patiënt maar zijn wel goed getraind zijn om budget los te krijgen van grote donoren (Int. 14). Het is meer *windowdressing* dan dat er echt effect in de praktijk is (Int. 12). Zij hanteren de taal van de ontwikkelingshulp heel goed en draaien vooral op cijfers.

Zo is er het voorbeeld van TPO in Gulu die vooral psychotrope drugs verdeeld waardoor snel hoge cijfers kunnen gehaald worden. Deze aanpak echter creëert afhankelijkheid van medicatie terwijl de oorzaak van de psychische problemen niet wordt aangepakt (Int. 14).

Branch zegt dat in 2008 de lokale economie in Gulu vooral afhankelijk was van *foreign aid resources*, terwijl die daarvoor bijna volledig gebaseerd was op de toegang tot *state resources*. Dit wordt weerspiegeld in de ervaringen van de bevolking die ngo's expliciet gaan linken aan toegang tot *resources*. Een mooie illustratie is het verhaal dat een *boda-driver* (motors die fungeren als lokale taxi's) me op een dag vertelde. Hijzelf ambieerde een studie aan de universiteit maar zijn ouders hadden niet genoeg geld om die te bekostigen. Als hij een studie zou opnemen kon zijn jongere broer de middelbare school niet afmaken. Daarom was hij *boda-driver* geworden, om een centje bij te verdienen. Hij had werkelijk alles geprobeerd, zei hij. Bij alle grote ngo's was hij zich gaan aanmelden maar hij werd nergens "goedgekeurd" voor hulp (Inf. 7).

Die verschuiving in macht merken we ook op het terrein van de media. Tot 2001 werden de radiogolven volledig gedomineerd door radio Freedom, een radiostation dat door de overheid beheerd werd en meer communicatie tussen het leger en de bevolking moest bewerkstelligen. Het station werd rechtstreeks beheerd door het lokale bestuur en de legereenheden. In 2001 werd radio Freedom overgenomen door Mega FM, inclusief frequentie, kantoren en personeel. Mega FM was onderdeel van een project voor conflictreductie en *peacebuilding* van DFID, de Britse nationale ontwikkelingsorganisatie. In de jaren nadien werden ook andere radiostations opgericht en gesponsord door ngo's, zoals Choice FM en radio King, hoewel zij minder groot in werking en bereik waren dan Mega FM. Radio 4 was het enig kleinschalige radiostation dat beheerd werd door een overheidsgetrouwe journalist. De radiogolven werden voortaan gedomineerd door de ontwikkelingssamenwerking. Ngo's konden bij het radiostation *airtime* kopen en hun programma's en werking promoten. Door te investeren in lokale media konden verschillende ngo's lokale representativiteit en sociale inburgering claimen. Zij wouden een beeld scheppen van lokale integratie en trachtten op die manier legitimiteit op te bouwen. Sinds enkele jaren is de invloed van ngo's en de *funding* van DFID op het radiostation echter vervaagd of volledig stopgezet en heeft de overheid opnieuw zijn grip op Mega FM versterkt (Brisset-Foucault, 2011).

Legitimiteit en autoriteit kregen ngo's dus vooral van de toegang tot *resources*, hun claim van lokaal ingebedde organisatie en overname van bepaalde overheidsdiensten. Hun eigen toegang tot financiële middelen, en dus hun overleving als ngo, hangt echter af van goedkeuring door grote donororganisaties. Vandaar de huidige concurrentie en *window dressing* om aanspraak te maken op de kleiner wordende poel van budget. Door de moeilijke bereikbaarheid en toegankelijkheid, zijn zij zeker niet de enige legitieme dienstverlener voor de bevolking van Noord-Oeganda.

Kerkgemeenschappen en traditionele structuren

Ben Jones (2009) bepleit in zijn boek “Beyond the state in rural Uganda” sterk dat men bij een analyse van *governance* in Afrika niet zozeer de staat of ontwikkelingsorganisaties centraal moet stellen maar ook andere legitieme structuren in acht moet nemen. Hij merkt op dat de afwezigheid van overheid en ngo’s op het platteland in Oeganda ertoe leidt dat de voornaamste dienstverleners de Kerk en traditionele structuren, o.a. traditionele genezers, zijn. Zowel het tekortschieten van de overheid als van ngo’s om voldoende dienstverlener voor geestelijke gezondheidszorg te zijn, vooral op het platteland maar ook steeds meer in de stad, heeft het gevolg dat veel mensen hulp zoeken bij de priester of de traditionele genezer, “de nieuwe machtscentra” volgens Hagmann & Pèclard (2010). Deze actoren lenen hun legitimiteit aan hun geschiedenis in de regio maar ook aan de manier waarop ze zich bewust zijn van en inspelen op de noden van de bevolking (Jones, 2009).

Zeker toen het conflict zich verplaatste naar de buurlanden, bleef er een vacuüm aan autoriteit in Noord-Oeganda (Nystrand, 2014). Traditioneel leiderschap was tijdens het conflict, door massale ontheming en contestatie van jongeren, sterk afgenomen en de aanwezige, lokale overheidsstructuren waren zwak. De Katholieke Kerk, die veel aanhang genoot onder de Acholi-bevolking, kon makkelijk een machtspositie innemen. Zij spreken de Acholi aan met hun religieuze taal en discours van genezing, verlossing, het verbannen van de hekserij en het zuiveren van slechte elementen uit de Oegandese samenleving (Kustenbauder, 2010), een discours dat traditionele genezers eveneens hanteren. Ook de Born-again Kerk neemt steeds meer de rol van dienstverlener op zich. Zij gaan specifiek inspelen op de nood aan psychische hulp door zich te profileren als kerk voor *healing* en *salvation* (Int. 22). Hun ledenaantal stijgt exponentieel en er komen steeds meer kerken bij. De Kerk is een belangrijke partner van vele ngo’s. Zij zijn legitieme leiders met een sterke lokale basis die tevens kunnen voorzien in geëngageerde hulpkrachten (Ward, 2001).

Het is opvallend hoeveel religieuze gemeenschappen zich uiteindelijk hebben gevormd naar een ngo-structuur, zoals Caritas en World Vision. Zij proberen op die manier de leegte aan publieke dienstverlening op te vangen. Het Acholi Religious Leaders Peace Initiative (ARLPI) is zo’n voorbeeld. Deze organisatie is een interreligieuze samenwerking die in de eerste plaats deelnam aan de vredesonderhandelingen tussen het Verzetsleger en de Oegandese overheid. Daarnaast hebben zij ook programma’s ontwikkeld rond *women empowerment*, mediatie bij landconflicten, psychosociale hulp voor slachtoffers van seksueel geweld en rehabilitatie voor *returnees* (Int. 10). *Faith-based* ngo’s zouden zelfs in grotere getale aanwezig zijn in Oeganda dan seculiere ngo’s (Hofer, 2003). Volgens Barr et al. (2005) blijft dit echter beperkt tot zo’n 30%.

Niet enkel religieuze gemeenschappen gebruiken deze strategie, ook andere lokale autoriteitsstructuren hebben de voordelen van deze ngo-isering ontdekt. De Ker Kwaro bijvoorbeeld, is een samenwerking van traditionele leiders en ouderen binnen een zogenaamd traditionele politieke organisatiestructuur van Acholiland.



Figuur 8: Ker Kwaro Acholi

2010; Enomoto, 2011). De Ker Kwaro werkt samen met andere ngo's die zich inzetten voor *transitional justice* zoals het Justice and Reconciliation Project (JRP) (Int. 19).

Lokale organisaties, zoals kerkgemeenschappen en traditionele politieke figuren, organiseren zich dus in een ngo-structuur. Zij spelen zo op een georganiseerde manier mee in het veld van hulpverlening en kunnen zich profileren als een moderne structuur. Ze krijgen toegang tot internationale funding naast de financiering die ze genieten vanuit de internationale religieuze gemeenschap (Giovannoni et al., 2004; Hearn, 1998). Door een ngo-structuur aan te nemen, plaatsen ze zich naast de internationale ngo's als lokale, georganiseerde hulpverlener en het meteen is ook de enige manier waarop men kan deelnemen aan de *Health Sector Working Group*. In deze werkgroep zijn overigens geen traditionele genezers, lokale of religieuze leiders betrokken hoewel William, de District Mental Health Focal Person (Int. 20), erkent dat dit zinvol zou zijn omdat zij vaak het eerste aanspreekpunt van mensen met mentale problemen zijn.

Hoewel de methodes en visie van de Kerk en traditionele genezers over psychische problemen fel op elkaar lijken, bijvoorbeeld duiveluitdrijvingen en geloof in goede en slechte geesten, heeft de Kerk een eerder negatieve attitude ten opzichte van traditionele genezers (Int. 9, 11, 15, 22). Reeds lange periode proberen missionarissen de lokale spirituele overtuigingen te devalueren (Adyanga, 2011; Tishken, 2009). Hun werk zou duivels zijn (Tankink, 2007). Veel traditionele genezers daarentegen zijn gelovig en gaan naar de kerk. Ook de lokale bevolking beschouwt beide referentiekaders niet als exclusief maar als parallel aan elkaar en combineren dan ook vaak beide geloofsovertuigingen (Int. 6, 7, 21). Toch is niet iedereen overtuigd van de kracht van religie, zeker niet op vlak van psychische problemen. Anna, project coördinator van VIVO, zegt: "*Religion can be a big support but the symptoms aren't going away*" (Int. 3).



Kerkgemeenschappen gebruiken ook dezelfde strategie als ontwikkelingsorganisaties om de bevolking aan te spreken. Net zoals het DFID Mega FM oprichtte in 2002 (Brisset-Foucault, 2011), hebben bijna alle kerkgemeenschappen wel hun eigen radiostation, zoals radio Maria voor de Katholieken en radio Favour voor de Born-again's.

Figuur 9: Radiostation Born-again kerk

Het gevolg van de steeds groter wordende dienstverlening is dat zowel traditionele genezers als priesters (volgens mijn respondenten vooral de Born-again priesters (Int. 8, 17, 20, 23)) die hulp meer en meer als *business* of lucratief zaakje gaan zien. Een vaak aangehaalde kritiek op praktijken van traditionele genezers is het feit dat ze veel geld vragen (Verelst, 2010; Int. 5, 15, 17, 22). De reden daarvoor zou zijn dat traditionele genezers vaak geen bijberoep hebben en moeten overleven van de inkomsten die ze krijgen via hun geneeskundige praktijken (Verelst, 2010). Desalniettemin hadden twee van de drie genezers (Int. 7, 21) die ik interviewde een standje op de markt of een klein winkeltje. Zij waren naast marktkramer en winkelhouder dus ook de traditionele genezer van de gemeenschap. Traditionele genezers hebben echter weinig slagkracht om een gestructureerde dienstverlener te worden. Ze hebben minder toegang tot grote budgetten, zijn minder georganiseerd via ngo's of koepelorganisaties maar hebben vooral een grote lokale inbedding op het platteland. De koepelorganisatie (NACOTHA) probeert via de overheid meer erkenning te krijgen, namelijk door de goedkeuring van de Regulatory Bill.

Kerkgemeenschappen en traditionele structuren halen hun legitimiteit bij de bevolking dus vanuit hun lange traditie van hulpverlening en gesmaakte discours van verlossing en *healing*. Ngo-isering heeft vooral de religieuze organisaties op een formeler niveau toegang tot het organiseren van publieke dienstverlening en internationale budgetten gegeven. Traditionele structuren hebben op dat vlak minder slagkracht. Enkel de Ker Kwaro, een samenwerking van traditionele *chiefs*, kon enige legitimiteit verwerven aan de onderhandelingstafel door de ondersteuning en financiering van grote ontwikkelingsorganisaties. Hun legitimiteit onder de bevolking wordt dan weer betwist. In geval van traditionele genezers ligt de situatie dan weer net andersom. Door hun grote bereikbaarheid en vertrouwdheid blijven zij op het platteland een grote dienstverlener maar ze hebben weinig middelen om deel te nemen aan de officiële onderhandelingen over geestelijke gezondheidszorg. Waarom dat precies zo is, proberen we duidelijk te maken aan de hand van het spanningsveld tussen modern en traditioneel. Het discours van verwestering maakt dat traditionele geneeskunde als *backwards* wordt gezien terwijl organisaties als de Ker Kwaro en JRP handig gebruik kunnen maken van het discours van lokalisering.

Spanningsveld modern-traditioneel

In voorgaande uiteenzetting behandelen we elke actor als één van de vele onderhandelingspartners. We onderscheiden hen als formeel of informeel en als statelijk of niet-staatelijk maar maken geen onderscheid tussen staat of *civil society*. In de volgende sectie wordt dit onderscheid enkel gemaakt om het effect van enkele discourses en spanningsvelden in de realiteit te duiden. Deze discourses en spanningsvelden hebben namelijk een invloed op de legitimiteit van enkele actoren. Hieronder wordt het discours van “verwestering”, “lokalisering” en “neo-kolonialisme” verder besproken.

We merken in de voorgaande uiteenzetting op dat zowel Westerse structuren en instellingen vermengd zijn met Afrikaanse vormen van religie en omgekeerd. Ondanks de mengvormen, blijven veel structuren star vasthouden aan hun westerse visie op psychische problemen of andere thema's en blijft er een spanningsveld bestaan tussen de twee. Zoals Adyanga (2011) en Oliver (2013) aangeven, hebben de christelijke missionarissen en de koloniale administratie, vooral via het onderwijssysteem, de traditionele manier van leven gedevalueerd. Het westerse gedachtengoed was “modern” terwijl de lokale tradities werden beschouwd als “minderwaardig” of *backwards*. De invloed van dit gedachtengoed is heden nog voelbaar door snelle veranderingen in de maatschappij en de implementatie van westerse waarden en normen. Dit wordt beschreven als een discours van “verwestering”, waarbij ook Afrikanen deze visie overnemen en bepaalde culturele gebruiken als *backwards* gaan beschouwen (Vorhölter, 2012).

Wai (2012) beschrijft in zijn verhandeling hoe er ook nu nog in de academische literatuur een discours van *backwardness* en *static* heerst in verband met de Afrikaanse politieke, economische, sociale en culturele context. Traditionele geneeskunde zou verouderde, onjuiste en soms zelfs schadelijke praktijken inhouden. Onze westerse kennis daarentegen is zogezegd wetenschappelijk en universeel toepasbaar. Die Westerse kennis wil de Afrikaanse, lokale kennis over gezondheid in de marginaliteit houden. In referentie met de westerse kunde wordt de *indigenous* kennis gedevalueerd en als *backwards* beschouwd (Waldron, 2010). Deze traditie gaat al terug tot in het koloniale verleden, waarbij men trachtte de *backwardness* van de Afrikaan te meten in de grootte of structuur van zijn schedel. Later zou men vooral de *backwardness* proberen aantonen in de persoonlijkheid of cultuur (McCulloch, 1995). Het discours van de westerse geneeskunde en psychiatrie bestaat eruit de *indigenous healing* te bestempelen als *the other* (Waldron, 2010). Wai (2012) geeft aan dat dit discours erin bestaat om de machtsrelatie van het Westen ten opzicht van Afrika te bestendigen. Een anonieme bron van een ngo, die sterk pleit voor *indigenous knowledge*, zegt dat de westerse geneeskunde te verschillend is en dat lokale mensen het niet begrijpen. De culturele praktijk zou net deel moeten zijn van het formele systeem in plaats van de westerse praktijk (Int. 23). Het gaat in de discussie over verwestering vaak over de bruikbaarheid en de wenselijkheid van westerse praktijken in Oeganda (Vorhölter, 2012).

Adyanga (2011) pleit in zijn verhandeling heel erg voor het behoud van traditionele praktijken van geneeskunde binnen de Acholi-gemeenschap. Hij beschrijft hoe zijn moeder een slangenbeet krijgt. Transport is weinig beschikbaar in Noord-Oeganda en zijn moeder zou er niet in slagen om op tijd het ziekenhuis te bereiken. Daarom gaan ze naar een traditionele genezer, die haar een kruidendrankje geeft waarvan ze moet overgeven.

De traditionele genezer had er geen probleem mee dat ze op controle zouden gaan bij een westers-geschoolde arts. Een week later gaan ze naar het ziekenhuis om moeders gezondheid te laten controleren. De behandelende arts was furieus toen hij hoorde dat ze behandeld was door een traditionele genezer. Adyanga quoteert de dokter:

“How do you entrust the life of your mother to scientifically untested traditional practices, what century are you living in?” (p. 119)

Dit voorbeeld toont heel goed aan hoe de traditionele, Afrikaanse geneeskunde wordt gedevalueerd omdat het buiten de westerse wetenschap valt en men verwijst daarbij naar dit soort geneeskunde als “van een vorige eeuw”. Adyanga is zelf verwonderd over het feit dat westers-geschoolde professionals geen competitie of coëxistentie willen met deze traditionele kennis. Het gegeven dat de traditionele genezer er geen probleem mee heeft dat ze een westers-geschoolde dokter zien, toont aan hoe deze wel openstaat voor dialoog. Adyanga zegt hierover dat traditionele genezers focussen op het individu en zijn gezondheid, ongeacht welke hulpverlener hiervoor meest geschikt is, terwijl de westerse therapeutische aanpak vooral hun monopolie en dominantie willen bevestigen.

Er wordt vaak veronderstelt dat dit “statisch geheel” van tradities niet “geëvolueerd” is, zoals onze westerse praktijk, naar een geneeskunde op wetenschappelijke (en dus impliciet gepercipiëert als correcte) basis. De Afrikaanse tradities zijn ondanks het label van “statisch” steeds dynamisch gebleven en hebben zich aangepast aan de courante sociale omstandigheden. Dezelfde discussie gaat op voor het concept “etnie” waarbij men dit in het westen vaak beschouwd als een gesloten groep met vaststaande kenmerken. Toch is de definiëring van een bepaalde etniciteit ook veranderd over de tijd heen, zoals Finnström (2008) treffend illustreert voor de Acholi. Verandering in Afrikaanse traditie met betrekking tot geneeskunde en *healing* is niet uitgebreid beschreven, hoewel we de argumentatie van Jacobson-Widding en Westerlund (1989) hierboven kort aanhalen. Zij stellen dat traditionele genezers vaak in interactie traden met andere culturen en opvatting en zo steeds in beweging bleven. Op basis van die beschrijvingen kunnen we moeilijk veronderstellen dat de Afrikaanse traditie statisch is gebleven.

Ondanks dit discours van verwestering, waarbij men westerse praktijken als “modern” beschouwd maar ook de bruikbaarheid ervan in vraag stelt, vindt er ook een counterdiscours van “lokalisering” plaats, waarbij men alles wat lokaal is zal omarmen. Men zegt dat elke vorm van psychotherapie effectief is, zolang hij maar ingebed is in de specifieke sociale en culturele context (Green & Honwana, 2001; Musisi et al., 2010). Verelst (2010) gaat daar nog een stap verder in en geeft aan hoe onkundig het is om een westers-gebaseerde methode te gebruiken en de lokale betekenisgeving aan bepaalde fenomenen te negeren. Ontwikkelingsprogramma’s moeten net cultureel aangepast zijn, in samenwerking met de lokale gemeenschap en geen westerse visie op traumatologie opgelegd krijgen (Mollica et al., 2004).

Daar waar de *civil society* met zijn eigen tradities vroeger werd gezien als *backwards* en primordiaal, bekijkt men deze hier meer als lokale organisaties die een tegenwicht kunnen bieden ten opzicht van de overheid (Ferguson, 2006). Daarbij worden lokale traditionele gebruiken gepromoot, zoals de *mato oput*, en lokale culturele instellingen opnieuw geïnstalleerd, zoals de Ker Kwaro. Via het ritueel van *mato oput* kan men aan *community healing* doen, waarbij collectief met het “trauma van de Acholi” wordt omgegaan maar die ook enige individuele *healing* zou moeten brengen. Hier vloeien *healing* en *reconciliation* over in elkaar (Enomoto, 2011).

Ook ARLPI, de vereniging van religieuze leiders en dus deel van de *civil society*, schrijft zich in op dit discours via hun conflictmediatie die parallel aan het formele rechtstelsel functioneert.

Enkel de traditionele of religieuze leiders en ouderen krijgen in dit discours een plaats en het beperkt zich tot problemen gerelateerd aan het conflict. De praktijken van traditionele *healers* en een specifieke focus op psychische moeilijkheden lijken hier niet thuis te horen. Op vlak van traditionele geneeskunde gaat deze romanticering van *indigenous* praktijken minder op. Slechts enkele academische stemmen wijzen erop dat *indigenous healing* in ontwikkelende landen betere resultaten boekt dan onze westerse, wetenschappelijke kunde. Degonda & Scheidegger (2009) tonen spectaculaire *recovery*-cijfers van Afrikaanse *healing* in Oeganda waarbij 53,4% genezen was, 34,8% verbeterd in toestand en slechts 11,9% geen verandering zag na behandeling bij een traditionele *healer* voor zowel psychische als fysieke problemen. Green & Honwana (2001) pleiten geheel voor behandeling door traditionele geneesheren en zien Westerse, goedbedoelde projecten liever in andere domeinen dan geestelijke gezondheidszorg. Internationale of lokale ngo's hebben zich echter niet zozeer verbonden aan zulke *indigenous healing* zoals dat bij het thema *transitional justice* en het bijbehorende *community healing* wel is gebeurd. Musisi et al. (2010) alsook Boardman & Ovuga (1997) pleiten vooral voor een betere samenwerking tussen de Westerse geneeskunde en de Afrikaanse traditionele *healing*.

Het rapport over geestelijke gezondheidszorg van de John Paul II Justice and Peace Center (Krygier, 2014) wil aandacht vestigen op de onverschilligheid waarmee in elke context een westerse aanpak wordt gehanteerd:

“In developing countries mostly western approaches are adopted indiscriminately in various public sectors such as health, education and others. In mental health the diagnostic systems used in African countries are no different from the ones used in Europe or the US, though it has been recognized a long time ago that cultural perceptions and even symptoms of mental disorders differ. Many of the traditional beliefs, especially in rural areas, represent a very different understanding from the western concepts.” (p. 9)

Daarbij verwijst de auteur naar de DSM-III-R, die uitdrukkelijk vermeldt dat bepaalde symptomen een andere betekenis kunnen krijgen tegen een verschillende culturele achtergrond.

De spanningen tussen “modern” en dus westers en de “achtergestelde traditionele praktijken” zijn nog steeds aanwezig in de realiteit (Vorhölter, 2012). Binnen de geestelijke gezondheidszorg in Gulu district zijn het vooral westerse hulpverleners van internationale ngo's en lokale overheidsfunctionarissen, dewelke zich maar al te graag willen identificeren met *best practices* of het discours van moderniteit (behalve de voorstanders van het lokaliseringsdiscours), die zich laatdunkend uitlaten over traditionele genezers en hun methoden. De burgemeester van Gulu (Int. 17) doet dan ook volgende straffe uitspraak over traditionele genezers: “*We have to get rid of them*”. Een ander zeer treffend voorbeeld is een uitspraak die Museveni (1992: 173) deed in één van zijn speeches. Hij sprak over “*obscurantism*”, “*witchcraft*” en “*backwardness*” die modernisatie en ontwikkeling tegen gaan in Oeganda. Met deze woorden verwees hij vooral naar het conflict in Noord-Oeganda, waarmee hij niet enkel elke politieke claim van de rebellen devalueerde maar ook meteen een hele regio als *backwards* bestempelde (Finnström, 2008).

Ook de Kerk, reeds lang een belangrijk criticus van de traditionele Afrikaanse leefwijze en overtuigingen (Adyanga, 2011), ziet traditionele geneeskunde als niet-werkzaam, schadelijk of zelfs het werk van de demonen (Int. 9, 11, 15, 22). Lokale hulpverleners, zowel de westers als niet-westers geschoolde, zien dan weer meer potentieel in deze vorm van hulpverlening. Ze erkennen dat traditionele genezers een cultureel aangepaste behandeling geven en dat ze erg toegankelijk zijn voor de patiënt (Int. 4, 5, 8, 20).

Dat er nog vooroordelen bestaan en dat er *top down* projecten opgelegd worden vanuit de internationale ontwikkelingssamenwerking, staat buiten twijfel. Toch is het belangrijk om ook even stil te staan bij het discours van “neo-kolonisatie” als politieke strategie. Vorhölter (2012) maakt een onderscheid tussen het discours van verwestering, waarin er spanning zijn tussen “moderne” of westerse praktijken en “traditionele” of lokale praktijken, en een discours van neo-kolonisatie. Dit laatste wordt gebruikt door de overheid en academici in Oeganda om hun eigen belangen te dienen maar ook om de voortdurende dominantie van het Westen en de ontwikkelingssector aan te klagen. Dit is heel duidelijk in de recente hetse rond de anti-homowetgeving. De oppositie vanuit de internationale gemeenschap werd door Oegandese politici afgeschreven als neo-kolonialisme en imperialisme (Vorhölter, 2012; Int. 24).

Dit discours van neo-kolonialisme laat zich ook voelen in de realiteit van lokale hulpverleners in Gulu. Er wordt melding gemaakt van vooroordelen en een *top down approach* van internationale ngo's of donoragentschappen uit, die er regelmatig van uitgaan dat afrikanen niets weten (Int. 8, 12). Terwijl het net zij zijn die lokale kennis tekort komen, vult een medewerker van Caritas aan. De lokale bevolking en organisaties hebben vaak al strategieën gevonden om met een bepaald probleem om te gaan maar dit willen de internationale organisaties niet leren. De medewerker klaagt daarbij de grootheidswaanzin van sommige internationale actoren aan (Int. 12):

“The world has not stopped because you have come”.

Benard van het Refugee Law Project (Int. 1) klaagt echter de grootheidswaanzin van elke hulpverlener in Gulu district aan. Volgens hem is er geen gecoördineerde aanpak voor geestelijke gezondheidszorg omdat:

“Every caretaker thinks he is superior to the other”.

Besluit

De situatie in Gulu district is er één van post-conflict reconstructie. In deze humanitaire setting is de normale dienstverlening opgeschort of onvoldoende om de noden van de bevolking tegemoet te komen (Jones et al., 2009). Volgens Hagmann & Péclard (2010) krijgen in zo'n situatie net andere actoren, vaak traditionele machtscentra zoals kerkleiders en traditionele leiders, ruimte om deze dienstverlening aan te bieden. Daarbij identificeren zij de processen van decentralisatie van staatsmacht als het terrein bij uitstek voor mogelijkheid tot onderhandeling van machtsposities. De poging tot decentralisatie in Oeganda is zeer uitgesproken op het terrein van gezondheidszorg, met grote internationale aandacht vanwege een hoge prevalentie van HIV/AIDS, malaria en tuberculose. Omdat men geestelijke gezondheidszorg wil integreren in de algemene gezondheidszorg, is ook dit een terrein voor contestatie van macht. Het is een domein dat aan de ene hand niet prioritair op de nationale agenda staat maar wel aan belang heeft gewonnen door een toenemende psychologisering van conflict in de ontwikkelingswereld.

Onderzoek toont aan dat IDP's in Noord-Oeganda voor hun psychische problemen vooral beroep doen op biopsychosociale gezondheidsdiensten, lokale traditionele praktijken of religie (voornamelijk het Christendom) en vaak verschillende van deze fora consulteren (Roberts et al., 2009b). Professor Emilio Ovugo (P.O. 1.c) vertelt dat: “*Affected persons seek help in different ways from all service providers*”. Mensen met psychische problemen gaan dus *shoppen* voor hulp (Int. 1, 2, 3). Biopsychosociale diensten worden geconsulteerd voor medicijnen, bij de lokale genezer wordt gezocht naar de oorzaak van het probleem en religie biedt vooral steun. Er wordt ook veel belang gehecht aan sociale steun van informele groepen zoals familie en vrienden, hoewel enkelen zich liever isoleerden om met problemen om te gaan (Roberts et al., 2009b). Dit toont aan hoe elke beschreven actor toch een bepaalde legitimiteit ten opzichte van de bevolking heeft. De bevolking gebruikt deze waaier aan voorzieningen dan weer om de diensten te bekomen die zijzelf als beste optie beschouwd.

Op zich is dus elke actor hierboven beschreven een legitieme actor in de sector van geestelijke gezondheidszorg. Vaak is deze legitimiteit opgebouwd (en afgebroken) door de (recente) geschiedenis heen. Zo verloren bijvoorbeeld traditionele leiders en ouderen hun gezag in de conflictperiode, door de massale ontheming en de nieuwe autoriteit die de jonge rebellen opeisten. Die traditionele autoriteitsstructuur is nadien, op een artificiële manier, hersteld door ontwikkelingsorganisaties binnen het lokaliserings-discours. Ook intern wordt deze legitimiteit regelmatig gecontesteerd, zoals de toenemende competitie tussen ngo's en verschillende kerkgemeenschappen.

De overheid in Oeganda heeft veel van haar *accountability* verloren aan ngo's toen in de jaren 2000 een massale hulpverleningsstroom op gang kwam. De ngo's konden door grote donaties een kwaliteitsvolle, doch moeilijk bereikbare dienstverlening uitbouwen. De overheid maakte zelf de keuze om dienstverlening aan deze organisaties uit te besteden omdat ze zelf niet genoeg middelen had om de autoriteit te bevestigen in deze perifere regio en hoopte in ngo's een handige partner te vinden. Maar door de combinatie van onvoldoende dienstverlening en de perceptie van structurele benadeling die de Acholi-bevolking erop na houdt, heeft de overheid veel legitimiteit verloren. We kunnen stellen dat zij vooral autoriteit kunnen behouden door haar legislatieve werking. Die macht probeert ze te bevestigen in het opzetten van certificatiesystemen en het schrijven van wetgeving waarin vastgelegd wordt wie rechtmatige en erkende dienstverlener is in Oeganda. Elke bovenstaande actor is op één of andere manier wel gebonden aan een certificatiesysteem, hoe mager het ook geïmplementeerd wordt. Deze magere implementatie houdt gevaar in voor de overheid, want ook daar verliest ze in *accountability* of perceptie van verantwoordelijkheid. Het kan een poging tot controle zijn die haar effect in de praktijk mist.

Door een toenemende focus op de *civil society* in de internationale ontwikkelingswereld en het toenemende discours van lokalisering hadden ngo's effectief een aantal jaren de meeste *resources* in handen. Zij kon evenwel nooit een geestelijke gezondheidszorg aanbieden voor iedereen. De dienstverlening bleef beperkt tot bepaalde doelgroepen, volgens projecten die makkelijk te verkopen waren aan donoragentschappen, die voornamelijk in de stad of nabije omgeving woonden. Daarnaast werd er ons op gewezen dat er tussen de ngo's heel wat contestatie en competitie was, waarbij men zoveel mogelijk bereik wou hebben met hun projecten, opnieuw om toegang te krijgen tot budgetten van grote donororganisaties, met wanpraktijken als gevolg. De autoriteit en legitimiteit van ngo's is echter tanende, met steeds minder *resources* en aanwezigheid in de regio. Toch blijven zij voor de overheid een belangrijke onderhandelingspartner.

Wanneer men samen aan de officiële onderhandelingstafel gaat zitten, beschouwt men de ander als een legitieme onderhandelingspartner (Hagmann & Pèclard, 2010). In Gulu district lijkt het er heden dus op dat alle leden van de *Health Sector Working Group*, namelijk overheidsinstellingen en een aantal belangrijke ngo's, elkaar als voornaamste legitieme partners op vlak van gezondheidszorg beschouwen. Toch heeft ook de Kerk een sterke legitimiteit om diensten te voorzien weet zich handig aan de onderhandelingstafel te plaatsen via een ngo-isering van haar werking. Ze kent sterke financiële steun van enkele machtige koepelorganisaties op nationaal en internationaal niveau en ten opzichte van de bevolking slaat het discours van *healing* en verlossing goed aan.

De Kerk heeft sinds lang een reputatie van dienstverlener in Oeganda. De Katholieke en Protestantse Kerk zijn al sinds de eerste missionarissen en kolonistoren actief in het land. Hun aanhang in het Noorden wordt enkel nog sterker nu de bevolking niet het gevoel heeft dat ze kunnen rekenen op overheidsdiensten of ngo's, die nog amper fondsen vastkrijgen. De bevolking blijft actief op zoek naar een manier om betekenis te geven aan hun conflictervaringen en belanden zo bij allerlei instanties, vaak de Kerk of traditionele genezer. Opvallend is dat er sinds het conflict een nieuwe strijdkracht op het toneel is verschenen. De Born-again stroming heeft een heel stuk van de religieuze markt kunnen opeisen. Zij kan daarbij rekenen op een grote donatiestroom vanuit de Verenigde Staten, traditioneel een bakermat van conservatievere christelijke stromingen zoals de Born-again's, naast de beschikbaarheid van talloze vrijwilligers die eveneens vanuit de VS overkomen. De Born-again lijken ook hun macht te verstevigen op een aantal grote christelijke ngo's. World Vision is een ngo die bekend staat om haar christelijke overtuigingen en sterke banden met de Born-again Kerk (Finnström, 2008) maar ook ARLPI krijgen hun budget tegenwoordig toegewezen van de Born-again faith federation (Pers.Co.3). Zo kunnen ze hun legitimiteit en autoriteit naar de bevolking toe uitbreiden via het ontwikkelingswerk van ngo's.

Nu er toenemende concurrentie is tussen de verschillende Kerken in Oeganda, lijkt het ook antihomoseksuele discours een belangrijke strategie te zijn om ledenaantallen te doen groeien. Opnieuw lijkt de Born-again Kerk dit discours op een heel overtuigende manier te hanteren. Daarnaast kunnen zij op politiek niveau ook rekenen op de steun van president Museveni (Oliver, 2013). Andere belangrijke discours zijn dat van *healing* en *prosperity* (Meyer, 2004) maar ook het gevoel van *belonging*, zaken die heel belangrijk zijn in een gemarginaliseerde post-conflict regio.

Traditionele genezers zijn amper legitieme onderhandelingspartners, omwille van de weinige (financiële) steun door internationale ontwikkelingsorganisaties en de invloed van het discours van verwestering, die traditie delegitimiseert. Enkel de Ker Kwaro, eveneens een traditionele structuur, heeft zich tot legitieme onderhandelingspartner kunnen maken via ngo-isering binnen een discours van lokalisering. Zij zijn echter opgericht door één van de grootste internationale ontwikkelingsorganisaties en representeren niet meteen een legitieme autoriteitsstructuur voor de bevolking. Traditionele genezers daarentegen kunnen enkel rekenen op hun koepelorganisatie om op nationaal niveau te onderhandelen over haar rechtszekerheid, die via de overheid onderhandeld moet worden. Het oprichten van koepelorganisaties om de eigen belangen en rechtszekerheid, die hun bestaan legitimeert, te onderhandelen is belangrijk voor het opbouwen van legitimiteit aan de officiële onderhandelingstafel. Tegelijkertijd brengt het ook een toegenomen controle van de overheid met zich mee.

We merken dus hoe elke actor verschillende *resources* heeft, op vlak van toegang tot financiële middelen en vooral de toegang tot donaties van internationale ontwikkelingsorganisaties. Maar ook het oprichten van een koepelorganisatie, ngo of radiostation blijken belangrijke *assets* te zijn. Deze *resources* kunnen bijdragen tot de legitimiteit en autoriteit van de actor. Wanneer een actor voldoende legitimiteit heeft opgebouwd kan deze deelnemen aan de officiële onderhandelingstafel en wordt deze ook erkent als legitieme onderhandelingspartner. Toch kan men ook legitieme dienstverlener zijn wanneer men geen positie inneemt aan de onderhandelingstafel, zoals het voorbeeld van de traditionele genezers ons toont. Die legitimiteit beperkt zich dan enkel tot de bevolking en wordt niet gedeeld door andere actoren aan de onderhandelingstafel, zoals overheid, kerk, ngo's en internationale donoragenschappen. Daarnaast zijn er ook bepaalde *repertoires* die gebruikt worden om zichzelf te legitimeren, zoals het discours van verwestering, lokalisering en neo-kolonisatie. Een duidelijk voorbeeld van lokalisering is de oprichting en geclaimde autoriteit van de Ker Kwaro Acholi terwijl de delegitimisering van traditionele genezers is te wijten aan een discours van verwestering. Andere belangrijke discours in deze post-conflict maatschappij lijken die van *healing*, verlossing en *belonging*.

De beschikbare *resources* en het gebruik van populaire *repertoires* is regelmatig de oorzaak van veranderingen in de machtsrelaties. Deze veranderingen kunnen we bijvoorbeeld mooi volgen via de toegang van actoren tot *airtime* en radiofrequenties (Brisset-Foucault, 2011). De overheid heeft de laatste jaren niet voldoende *resources*, of maakt er niet correct gebruik van, waardoor ze nooit de enige dienstverlener is. We hebben gezien hoe ngo's in de jaren 2000 een grotere rol speelden in Gulu district maar nadien door een tekort aan fondsen veel macht verloren aan de opkomende Born-again Kerk. Dat heeft eveneens als gevolg dat de biomedische visie minder overtuigingskracht heeft in de Noord-Oegandese samenleving, in tegenstelling tot de beschreven discours van *healing*, verlossing en *belonging* dewelke kerkgemeenschappen handig propaganderen.

Het niet-lineaire, oneindige proces van *negotiated statehood* voorspelt echter dat ook hun macht tanende is en waarschijnlijk vervangen zal worden door een volgende actor die voldoende *resources* heeft en een discours met voedingbodem gebruikt.

Conclusie

In deze verhandeling wordt enkel *governance* met betrekking tot geestelijke gezondheidszorg beschreven. Zo'n studie kan echter gemaakt worden over elk beleidsthema, zoals Titeca & De Herdt (2011) over onderwijs in de Democratische Republiek Congo, maar ook over *governance* in het algemeen, zoals Menkhaus (2006) over Somalië of Renders & Terlinden (2010) over Somaliland. Daarnaast hebben wij elke groep actoren als quasi homogeen beschouwd. Laat het duidelijk zijn dat ook binnen deze groepen machtsrelaties en contestatie plaatsvinden, zoals we in deze studie slechts kort hebben aangehaald. In het religieuze veld is er bijvoorbeeld heel wat spanning rond de opkomende Born-again kerken, die leden van andere kerkgemeenschappen afnemen en steeds meer hun stempel kunnen drukken op de politieke wereld in Oeganda, maar ook ngo's kennen heel wat competitie onderling.

In de overige districten van Acholiland, namelijk Pader en Kitgum, waar het conflict ook een grote impact heeft gekend, zullen waarschijnlijk andere dynamieken van *negotiated statehood* te observeren zijn. In deze studie hebben we dan ook enkel een illustratie gegeven van *negotiated statehood* in Gulu district, op deze specifieke plaats en op dit specifiek moment. Het is niet de bedoeling om "de realiteit" te beschrijven, maar zoals in de beschrijving van methodologie werd aangehaald, proberen we de realiteit, zoals die gepercipieerd wordt door onze respondenten, weer te geven. Deze realiteit is steeds opnieuw aan verandering onderhevig. Daarnaast is het noch de bedoeling om een oordeel te geven over een correcte of foute manier op aan *statehood* te doen. We hopen enkel inzicht te geven in de complexe beleefde realiteit die beïnvloed wordt door een heel aantal factoren en daardoor bij te dragen aan de literatuur die via het concept *negotiated statehood* ingaat tegen een eenzijdige focus op de staat of de *civil society*.

Dit inleidend onderzoek is vrij beperkt in zijn opzet. Hoewel er een aantal belangrijke trends worden beschreven, zijn er zeker nog een aantal zaken die verder uitgediept kunnen worden. Vooral de toegang tot informatie over budgetten was moeilijk te bekomen. Meer zicht op deze belangrijke financiële *resources* zou meer inzicht kunnen geven in bepaalde machtsrelaties. Het is ook moeilijk om de volledige complexiteit van het onderwerp te omvatten. Zo zou het bijvoorbeeld ook interessant zijn om de religieuze overtuigingen van overheidsfunctionarissen en stafmedewerkers van ngo's en hun invloed op het beleid in kaart te brengen. Onderzoek naar de opkomende Born-again Kerk is eveneens een waardevolle piste, die helaas slecht recent enige interesse kan wekken van academici door invloed van deze strekking op de gecontesteerde antihomo-wetgeving in Oeganda. Het lijkt me dat deze Kerk een vergaande invloed heeft op het sociale leven en dat het antihomo-debat dus maar een fractie van het geheel is.

Verder beperkt deze studie zich vooral tot een bespreking van officiële onderhandelingstafels in het onderhandelen van *statehood* in Gulu district. Haggmann & Pèclard (2010) geven aan dat het even belangrijk is om de onderhandelingsarena's, namelijk informele ruimtes van onderhandeling waar ook actoren aan kunnen deelnemen die niet worden toegelaten tot de onderhandelingstafel, te bestuderen. Dit zou bijvoorbeeld meer zicht kunnen geven op de rol die traditionele genezers spelen naast de officiële onderhandelingen. Het beperkte tijdsframe liet echter niet toe om het onderzoek naar dit onderwerp uit te breiden maar het kan wel een boeiende aanvulling betekenen.

Naar mijn persoonlijke mening is het absoluut noodzakelijk om meer onderzoek te doen naar bestuur, inrichting en perceptie van geestelijke gezondheidszorg in de hele wereld. Geestelijke gezondheid blijft al te vaak een taboe-onderwerp. Personen met psychische problemen worden dan ook vaak ver weg in één of andere faciliteit behandeld. “Uit het oog, uit het hart”? De inrichting van geestelijke gezondheidszorg is wereldwijd te weinig een maatschappelijk debat en wordt vaak over het hoofd gezien bij de uitbouw van een gezondheidsbeleid, zowel door de overheid als door internationale ontwikkelingsorganisaties. De World Health Organisation probeert dit af en toe dapper onder de aandacht te brengen. Het is ook heel knap hoe het John Paul II Justice and Peace Center een erg omvattende studie over geestelijke gezondheidszorg en mensenrechten in Oeganda publiceerde. Meer onderzoek naar dit onderwerp zou het thema misschien weer iets hoger op de agenda kunnen plaatsen.

Bibliografie

Geschreven bronnen

- Adyanga, A. (2011). The dialectics of western christianity and african spirituality. In N. Wane et al. (Eds.), *Spirituality, education & society* (p. 111-124). Rotterdam: Sense publishers.
- Akello, G., Richters, A., & Ovuga, E. (2010). Children's management of complaints symptomatic of psychological distress: A critical analysis of the different approaches in northern Uganda. *African journal of traumatic stress, 1* (2), 23-32.
- Akello, G., Reis, R., & Richters, A. (2010). Silencing distressed children in the context of war in northern Uganda: An analysis of its dynamics and its health consequences. *Social science & medicine, 71*, 213-220.
- Allen, T. (2010). Bitter roots: The 'invention' of Acholi traditional justice. In T. Allen and K. Vlassenroot (Eds.), *The lord's resistance army: Myth and reality* (p. 242-261). Londen: Zed books.
- Allen, T., & Vlassenroot, K. (2010). Introduction. In T. Allen and K. Vlassenroot (Eds.), *The lord's resistance army: Myth and reality* (p. 1-21). Londen: Zed books.
- Amone-P'Olak, K. (2009). Torture against children in rebel captivity in northern Uganda: Physical and psychological effects and implications for clinical practice. *Torture, 9* (2), 102-117.
- Baingana, F., & Mangen, P.O. (2011). Scaling up of mental health and trauma support among war affected communities in northern Uganda: Lessons learned. *Intervention, 9* (3), 291-303.
- Barr, A., Fafchamps, M., & Owens, T. (2005). The governance of non-governmental organisations in Uganda. *World development, 33* (4), 657-679.
- Betancourt, T.S., Speelman, L., Onyango, G., & Bolton, P. (2009). A qualitative study of mental health problems among children displaced by war in northern Uganda. *Transcultural psychiatry, 46* (2), 238-256.
- Boardman, J., & Ovuga, E. (1997). Rebuilding psychiatry in Uganda. *Psychiatric bulletin, 21*, 649-655.
- Boas, M. (2006). Uganda in the regional war zone: meta-narratives, pasts and presents. *Journal of contemporary African studies, 22* (3), 283-303.
- Boehm, S. (2011). The politics of American aid and politics in Uganda. *Undergraduate journal of global citizenship, 1* (1), art. 4.
- Branch, A. (2008). Gulu town in war... and peace? Displacement, humanitarianism and post-war crisis. Colombia University: Crisis states working paper, 2.

- Branch, A. (2009). Humanitarianism, violence and the camp in northern Uganda. *Civil wars*, 11 (4), 477-501.
- Brisset-Foucault, F. (2011). Peace-making, power configurations and media practices in Northern Uganda: A case study of Mega FM. *Journal of African media studies*, 3 (2), 205-225.
- Cagney, E.M. (2011). *Post-conflict cultural revival and social restructuring in Northern Uganda*. (Masterthesis, Universiteit van Tennessee, 2011).
- Degonda, M., & Scheidegger, P. (2009). Traditional healing in Uganda. Opgehaald van www.ethnoresearch.ch
- De Jong, J., Komproe, I.H., & Van Ommeren, M. (2003). Common mental disorders in postconflict settings. *Lancet*, 361, 2128-2130.
- ECHO. (2014). European commission humanitarian aid funding: 2002-2011. Opgehaald van http://ec.europa.eu/echo/files/aid/countries/uganda_brochure_en.pdf
- Enomoto, T. (2011). Revival of tradition in the era of global therapeutic governance: The case of ICC intervention in the situation in Northern Uganda. *African study monographs*, 32 (3), 111-134.
- Ferguson, J. (2006). Transnational topographies of power: Beyond “the state” and “civil society” in the study of African politics. In J. Ferguson (Ed.), *Global Shadows: Africa in the neoliberal world order* (p. 45-71). Durham: Duke university press.
- Finnström, S. (2008). *Living with bad surroundings: War, history, and everyday moments in northern Uganda*. Durham: Duke university press.
- Finnström, S. (2010). An African hell of colonial imagination? The lord’s resistance army in Uganda, another story. In T. Allen and K. Vlassenroot (Eds.), *The lord’s resistance army: Myth and reality* (p. 74-89). Londen: Zed books.
- Funk, M., Drew, N., Freeman, M., Faydi, E., & World Health Organisation (2010). *Mental health and development: Targeting people with mental health conditions as a vulnerable group*. Geneva: WHO press.
- Giovannoni, M., Trefon, T., Banga, J.K., & Mwema, C. (2004). Acting on behalf (and in spite) of the state: Ngo’s and civil society associations in Kinshasa. In T. Trefon (Ed.), *Reinventing order in the Congo: How people respond to state failure in Kinshasa* (p. 99-115). Londen: Zed books.
- Green, E.C., & Honwana, A. (2001). Indigenous healing of war-affected children in Africa. *High plains applied anthropologist*, 1 (21), 94-97.
- Hagmann, T., & Péclard, D. (2010). Negotiating statehood: Dynamics of power and domination in Africa. *Development and change*, 41 (4), 539-562.

- Hearn, J. (1998). The 'NGO-isation' of Kenyan society: USAID & the restructuring of health care. *Review of African political economy*, 25 (75), 89-100.
- Hofer, K. (2003). The role of evangelical NGO's in international development: A comparative case study of Kenya and Uganda. *Afrika spectrum*, 38, 375-398.
- Jacobson-Widding, A., & Westerlund, D. (1989). *Culture, experience and pluralism: Essays on African ideas of illness and healing*. Boras: Centraltryckeriet AB.
- Jones, B. (2009). *Beyond the state in rural Uganda*. Edinburgh: Edinburgh university press Ltd.
- Jones, L., Asare, J.B., El Masri, M., Mohanraj, A., Sherief, H., & Van Ommeren, M. (2009). Severe mental disorders in complex emergencies. *Lancet*, 374, 654-661.
- Kassimir, R. (2001). Producing local politics: Governance, representation, and non-state organizations in Africa. In T. Callaghy, R. Kassimir and R. Latham (Eds.), *Intervention and transnationalism in Africa: Global-local networks of power* (p. 93-112). Cambridge: Cambridge university press.
- Krygier, K. (2014). *Drugs, spirits and human rights: Mental health in post-conflict Northern-Uganda in the context of modernization and traditional beliefs*. John Paul II Justice and Peace Center.
- Kustenbauder, M. (2010). Northern Uganda: Protracted conflict and structures of violence. In T. Falola and R. C. Njoku (Eds.), *War and peace in Africa* (p. 451-482). Durham, NC: Carolina academic press.
- Lillis, T. (2008). Ethnography as method, methodology, and "deep theorizing": Closing the gap between text and context in academic writing research. *Written communication*, 25 (3), 353-388.
- Lugira, A.M. (2009). *World religions: African traditional religion*. New York: Chelsea house.
- Lund, C. (2006). Twilight insitutions: Public authority and local politics in Africa. *Development and change*, 37 (4), 685-705.
- McCulloch, J. (1995). *Colonial psychiatry and the African mind*. Cambridge: Cambridge university press.
- Menkhaus, K. (2006). Governance without government in Somalia: Spoilers, state building, and the politics of coping. *International security*, 31 (3), 74-106.
- Meyer, B. (2004). Christianity in Africa: From African Independent to Pentecostal-Charismatic churches. *Annual review of anthropology*, 33, 447-474.
- Migdal, J.S., & Schlichte, K. (2005). Rethinking the state. In K. Schlichte (Ed.), *The dynamics of states: The formation and crises of state domination* (p. 1-40). Aldershot: Ashgate.

- Ministry of Health (2010a). *The second national health policy: Promoting people's health to enhance socio-economic development*. Ministry of Health: Kampala.
- Ministry of Health (2010b). *Health Sector Strategic and Investment Plan*. Ministry of Health: Kampala.
- Mollica, R.F., Guerra, R., Bhasin, R., & Lavelle, J. (Eds.). (2004). Book of best practices: Trauma and the role of mental health in post-conflict recovery, *International congress of ministers of health for mental health and post-conflict recovery in Rome*.
- Musisi, S., Okello, E.S., Abbo, C. (2010). Culture and traditional healing in conflict/post-conflict societies. *African journal of traumatic stress, 1 (2)*, 80-85.
- Myers, L.J., & Shinn, D.H. (2010). Appreciating traditional forms of healing conflict in Africa and the World. *Black diaspora review, 2 (1)*, 2-13.
- Mwenda, A. (2010). Uganda's politics of foreign aid and violent conflict: The political uses of the LRA rebellion. In T. Allen and K. Vlassenroot (Eds.), *The lord's resistance army: Myth and reality* (p. 45-58). London: Zed books.
- Nystrand, M.L. (2014). Petty and grand corruption and the conflict dynamics in Northern Uganda. *Third world quarterly, 35 (5)*, 821-835.
- Okello, J., Onen, T.S., & Musisi, S. (2007). Psychiatric disorders among war-abducted and non-abducted adolescents in Gulu district, Uganda: A comparative study. *African journal of psychiatry, 10*, 225-231.
- Oliver, M. (2013). Transnational sex politics, conservative Christianity, and antigay activism in Uganda. *Studies in social justice, 7 (1)*, 83-105.
- Overcash, W.S., Calhoun, L.G., Cann, A., & Tedeschi, R.G. (2010). Coping with crises: An examination of the impact of traumatic events on religious beliefs. *The journal of genetic psychology: Research and theory on human development, 157 (4)*, 455-464.
- Ovuga, E., Boardman, J., & Oluka, E. (1999). Traditional healers and mental illness in Uganda. *Psychiatric bulletin, 23*, 276-279.
- Perrot, S. (2010). Northern Uganda: a 'forgotten conflict', again? The impact of the internationalization of the resolution process. In T. Allen and K. Vlassenroot (Eds.), *The lord's resistance army: Myth and reality* (p. 187-204). London: Zed books.
- Raeymaeckers, T., Menkhaus, K., & Vlassenroot, K. (2008). State and non-state regulation in African protracted crises: Governance without government? *Africa focus, 21 (2)*, 7-21.
- Renders, M., & Terlinden, U. (2010). Negotiating statehood in a hybrid political order: The case of Somaliland. *Development and change, 41 (4)*, 723-746.
- Republic of Uganda (2014). *Second National Development Plan 2015/16-2019/20: Draft 1*.

- Roberts, B., Ocaka, K.F., Browne, J., Oyok, T., & Sondorp, E. (2009a). Factors associated with the health status of internally displaced persons in northern Uganda. *Journal epidemiol community health, 63*, 227-232.
- Roberts, B., Odong, V.N., Browne, J., Ocaka, K.F., Geissler, W., & Sondorp, E. (2009b). An exploration of social determinants of health amongst internally displaced persons in northern Uganda. *Conflict and health, 3* (10).
- Saraceno, B., Van Ommeren, M., Batniji, R., Cohen, A., Gureje, O., Mahoney, J., Sridhar, D., & Underhill, C. (2007). Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet, 370*, 1164-1174.
- Shaw, T.M., & Mbabazi, P.K. (2007). Two Ugandas and a “liberal peace”? Lessons from Uganda about conflict and development at the start of a new century. *Global society, 21* (4), 567-578.
- Tankink, M. (2007). The moment I became born-again the pain disappeared: The healing of devastating war memories in born-again churches in Mbarara district, Southwest Uganda. *Transcultural psychiatry, 44* (2), 203-231.
- Taylor, J. (2005). Taking spirituality seriously: Northern Uganda and Britain’s “break the silence” campaign. *The round table, 94* (382), 559-574.
- Tepper, L., Rogers, S.A., Coleman, E.M., & Malony, H.N. (2001). The prevalence of religious coping among persons with persistent mental illness. *Psychiatric services, 52* (5), 660-665.
- Tishken, J.E. (2009). A brief history and typology of the African reformation. *Nova religio: The journal of alternative and emergent religions, 13* (1), 4-10.
- Titeca, K., & De Herdt, T. (2011). Real governance beyond the ‘failed state’: Negotiating education in the democratic republic of the Congo. *African affairs, 00/00*, 1-19.
- Transparency International. (2013). Corruption Perceptions Index 2013. Opgehaald van: www.transparency.org/cpi.
- Uganda Bureau of Statistics (2010). Uganda national household Surveys Report 2009/2010. Opgehaald van <http://www.ubos.org/UNHS0910>
- UN Peacebuilding Programme. (2011). *Mental health and peacebuilding in Acholiland; To love and to work: Local understandings of post-conflict mental health needs*. Kampala: UN Uganda.
- Verelst, A. (2010). *Dealing with trauma: Cross cultural answers on trauma with children exposed to war* (Masterthesis, Katholieke Universiteit Leuven, 2010).
- Vinck, P., Pham, P.N., Stover, E., & Weinstein, H.M. (2007). Exposure to war crimes and implications for peace building in Northern Uganda. *Journal of the American medical association, 298* (5), 543-554.

Vorhölter, J. (2012). Negotiating social change: Ugandan discourses on Westernisation and neo-colonialism as forms of social critique. *The journal of modern African studies*, 50 (2), 283-307.

Wai, Z. (2012). Neo-patrimonialism and the discourse of state failure in Africa. *Review of African political economy*, 39 (131), 27-43.

Ward, K. (2001). The armies of the lord: Christianity, rebels and the state in Northern Uganda, 1986-1999. *Journal of religion in Africa*, 31 (2), 187-221.

Waldron, I. (2010). *The marginalization of african indigenous healing traditions within western medicine: Reconciling ideological tensions & contradictions along the epistemological terrain*. Toronto: UTSC printing services.

World Health Organisation, (2002). Traditional medicine: Growing needs and potential. *WHO policy perspectives on medicines*, 2, 2-6.

World Health Organisation. (2006). *WHO-AIMS report on mental health system in Uganda: A report of the assessment of the mental health system in Uganda using the World Health Organisation – Assessment Instrument for Mental Health Systems*. Uganda: Kampala.

World Health Organisation. (2014). Mental health: Strengthening our response. Opgehaald van www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en.

Wrigley, C.C. (1981). The problem of the Lwo. *History in Africa*, 8, 219-246.

Referentielijst respondenten

Interviews

1. Okot Benard Kasozi Psychosocial Counselor – Refugee Law Project (RLP)
2. Freddy Odong Psychiatric Nurse – Mental Health Unit, Gulu Regional Referral Hospital
3. Anna Schneider Project Coördinator – Victim’s Voice (VIVO)
4. Canaan Kateregga Senior Psychiatric Clinical Officer – Mental Health Unit, Gulu Regional Referral Hospital
5. Anoniem Justice and Reconciliation Project (JRP)
6. Auma Filder Certified Traditional Healer
7. Lucy Adong Non-Certified Traditional Healer
8. James Okello Psychiatrist – Mental Health Unit, Gulu Regional Referral Hospital & Lecturer at Gulu University
9. O.G. Peter Pastor – Life Line Ministries, Born again Church
10. Francis Akwias Program Coördinator – Acholi Religious Leaders Peace Initiative (ARLPI)
11. Justin Eric Uma Priest – The Holy Rosary, Catholic Church
12. Anoniem Caritas
13. Nixon & Jude Project Coördinators – Transcultural Psychosocial Organisation (TPO)
14. Anoniem Center for Victims of Torture (CVT)
15. Clement Pastor – Voice of Salvation and Healing, Born again Church
16. Anoniem Child Protection Unit (CPU)
17. George Labeja Mayor – Municipality, Local Council 4 (LC4)
18. Irene Ayok Nurse, Health Center III (HC-III)
19. Anoniem Medewerker - Ker Kwaro Acholi
20. William Nyeko District Mental Health Focal Person – Local Council 5 (LC5)
21. Christine Aryemo Certified Traditional Healer
22. Geoffrey Loum Pastor – Church of Uganda, Protestant Church
23. Atim Angela Lakor Project Coördinator – World Vision Rehabilitation Center
24. Sam Van Uytsel Attachée Ontwikkelingssamenwerking – Ambassade van België

Participatory Observation

1. Cursus Psychotraumatology – Georganiseerd door de faculteit Geneeskunde, Gulu University & University of South-Denmark (11/09/2014-12/09/2014)
 - a. Introductie door Prof. Emilio Ovuga (Head of department of Mental Health) – 11/09/2014
 - b. Lezing door Henry Oboke (Lecturer at department of Mental Health, Gulu University) – 11/09/2014
 - c. Lezing door Prof. Emilio Ovuga – 11/09/2014
 - d. Lezing door Dr. Constatin Loum (Lecturer at department of Mental Health, Gulu University) – 12/09/2014

Persoonlijke Communicatie

- | | |
|----------------------|---|
| 1. Aloysius Malagala | Professor & director – Institute for Peace and Strategic Studies |
| 2. Filippo Curtale | Medewerker BTC – Belgische overheid |
| 3. Francis Akwias | Program Coördinator – Acholi Religious Leaders Peace Initiative (ARLPI) |
| 4. Sam Van Uytsel | Attachée Ontwikkelingssamenwerking – Ambassade van België |

Informele Gesprekken

- | | |
|---------------------|---|
| 1. Hermien Arends | Vrijwilligster – Refugee Law Project |
| 2. Ahmed Ali | Vrijwilliger – Refugee Law Project |
| 3. Olljeh Kitara | Onafhankelijk onderzoeksassistent |
| 4. Anoniem | Guard – Mental Health Unit, Gulu Regional Referral Hospital |
| 5. Jay | Vrijwilliger – US Peace Corps |
| 6. Innocent Opwonya | Mentor - Unified for Uganda |
| 7. Boda-driver | |