

Jordens Folk

NR. 3 KVARTAL · 1996 ETNOGRAFISK REVY · 31. ÅRGANG



AIDS

T
dubier



Denmark

Guinea-Bissau

Uganda

Zambia

Jordens Folk - Etnografisk revy udgives af Dansk Etnografisk Forening i samarbejde med Institut for Antropologi, Københavns Universitet, og afdeling for Etnografi og Socialantropologi, Aarhus Universitet.

Jordens Folk udkommer fire gange årligt og koster 160 kr. inkl. moms for en årgang, fra og med årgang 1991. Årgang 1990 130 kr. inkl. moms. Årgang 1988 og 1989 samlet 150 kr. inkl. moms. Årgang 1989 og 1990 samlet 185 kr. inkl. moms. Løssalg årgang 1991 45 kr. inkl. moms. Løssalg af ældre nr. 35 kr. inkl. moms.

Henvendelser vedrørende bladet til: Etnografisk Samling, Nationalmuseet, Frederiksholms Kanal 12, DK-1220 København K, Danmark. Tlf. 33 47 32 22, fax 33 47 33 20. Onsdag 13 - 16 og torsdag 10 - 13

Manuskripter til artikler, læserbreve, spørgsmål og kommentarer samt bøger til anmeldelse modtages gerne på redaktionens adresse: Afdeling for Etnografi og Socialantropologi, Moesgård, 8270 Højbjerg.

Redaktion: Ole Høiris (ansvh.), Lone Sahl Liboriussen, Yvonne Mørck, Cecilie Rubow, Jonathan Schwartz, Bo Wagner Sørensen. ISSN: 0021-7484
Layout: Lars Thomsen
Produktion: Kommunikationsbureauet I/S

Udgivet med støtte fra Samarbejdsudvalget til samordning af bistandsarbejdet og det kulturelle samarbejde med udviklingslandene - Det lange Udvalg og Aarhus Universitets Forskningsfond.

Forside:

Foto: Hanne Overgaard Mogensen

Bagside: Lær at sige NEJ - et budskab som især synes rettet mod piger og kvinder. Ironien er, at normen foreskriver, at piger altid siger nej til sex - men ikke altid mener det. Et nej respekteres derfor ikke af en mand som en afvisning.

Foto: (Kampala) Lotte Meinert.

Jordens Folk

NR. 3 KVARTAL · 1996 ETNOGRAFISK REVY · 31. ÅRGANG

Indhold:

AIDS og antropologi 82

Jens Seeberg

AIDS - hvis problem er det? 86

Ulla Godtfredsen

Falske tænder, abort, mæslinger
- og AIDS 92

Hanne Overgaard Mogensen

Kondomer, Konflikter og Kompromis'er. 96

Lotte Meinert

AIDS-epidemien og efterladte børn 103

Else Lillebæk Nielsen

En snak om AIDS - en skildring af en lokal
AIDS-organisation 107

Michael A. Whyte

Talen om AIDS og Afrika 114

Jens Seeberg

Boganmeldelser 119

INSTITUT FOR
ETNOGRAFI OG SOCIALANTROPOLOGI
AARHUS UNIVERSITET

AIDS og antropologi

JENS SEEBERG

'AIDS er alt for vigtigt til, at vi bare kan overlade det til lægerne'. Det sagde en HIV-smittet engang til mig i forbindelse med det arbejde, vi var fælles om at udføre på en infektionsmedicinsk afdeling. Men hvad har antropologien egentlig at gøre i et felt, som i udgangspunktet er biomedicinsk defineret? Der er to svar på dette, som tilsyneladende strider mod hinanden. Det ene svar er, at netop fordi HIV/AIDS i udgangspunktet er biomedicinsk defineret, er det vigtigt også at undersøge det ud fra en antropologisk synsvinkel. Det andet svar er, at HIV/AIDS ikke (bare) er biomedicinsk defineret. Jeg skal i det følgende beskrive, hvad der gemmer sig i disse to svar og i deres tilsyneladende selvmodsigelse.

HIV/AIDS i biomedicinen

HIV - Human Immundefekt Virus - er et såkaldt retrovirus. Efter en dvaleperiode begynder HIV at nedbryde kroppens immunsystem, så den smittede bliver modtagelig for en lang række sygdomme, der ikke bider på mennesker med et velfungerende immunsystem. Længden af denne dvaleperiode varierer, og man har næppe kendt sygdommen længe nok til at kunne udtale sig om, hvor lang tid sygdommen kan 'hvile' i kroppen. Ofte regner man imidlertid med en gennemsnitlig dvaleperiode på ca. 10-12 år, men dens længde varierer meget fra person til person, og man regner med, at en dår-

lig modstandskraft i udgangspunktet betyder, at sygdommen udvikler sig hurtigere. Derfor kan dvaleperioden tit være kortere i eksempelvis Afrika og Asien end i Europa.

Man regner også med, at det har betydning, hvordan man er blevet smittet. HIV kan smitte igennem blod, sæd og skedeseeret. Men meget tyder på, at nedbrydningen af immunsystemet går hurtigere, hvis man er blevet smittet ved, at HIV i større mængder er blevet sprøjtet direkte ind i blodbanen, eksempelvis i forbindelse med en blodtransfusion med inficeret blod.

Mens HIV er navnet på et virus, der kan efterspores i blodet ved en test, er AIDS navnet på *den samtidige*

tilstedeværelse af HIV og en eller flere af en række selvstændige sygdomme. Det vil sige, at hvis man er HIV-smittet og har eksempelvis tuberkulose, bestemte typer kræft, bestemte typer lungebetændelse eller en af de såkaldte opportunistiske infektioner, får man diagnosen AIDS. Som regel er det - i hvert fald i Vesten - muligt at behandle disse følgesygdomme medicinsk, når de optræder de første gange, men til sidst svækkes den smittede så meget, at han eller hun dør. Ofte går der 1-2 år, fra diagnosen AIDS kan stilles, til den smittede dør af en af følgesygdommene.

HIV er en uhelbredelig sygdom. Selvom der er intense bestræbelser på

at udvikle ny medicin, herunder en vaccine, går de realistiske forhåbninger i første omgang i retning af at bremse sygdommens udvikling. Men selv hvis det håb, alle deler om en hurtig og effektiv helbredende behandling, skulle blive indfriet meget snart, viser erfaringerne med andre epidemiske sygdomme som eksempelvis syfilis, at man skal være varsom med at sætte for stor lid til, at selv en helbredende medicin kan løse HIV-problemet. Adgangen til medicin er meget ulige fordelt på globalt plan, og HIV rammer hårdest blandt de, der har dårligst mulighed for at få gavn af medicinsk behandling. Lige så vigtig som selve udviklingen af en HIV-medicin er altså distributionen heraf til de HIV-smittede, hvis den kommer. I øjeblikket spiller forebyggelse imidlertid en helt afgørende rolle.

KAP-modellen

Forebyggelse indebærer, at befolkninger skal kende og acceptere den viden, biomedicinen har etableret om smitteveje, og at de skal handle derefter – det vil sige undgå usikker sex (defineret som sex uden kondom) og inficerede injektioner og blodtransfusioner. Dette forebyggelsesbudskab er i vid udstrækning blevet udformet efter den såkaldte KAP-model. KAP står for Knowledge-Attitudes-Practice, eller på dansk: Viden-Holdninger-Adfærd. Modellen antager, at viden om smitteveje er tilstrækkeligt til at ændre menneskers holdninger til sygdommen og til egen seksualadfærd i retning af mindre usikker sex. Denne strategi har haft et vist gennemslag, hvilket blandt andet har givet sig udslag i en øget anvendelse af kondomer blandt danske bøsser. Men denne succes er på flere måder atypisk i forhold til, hvad man på globalt plan kan forvente af KAP-modellen. For det første var strategien primært effektiv blandt de bøsser, der var bedst organiserede, og som var åbne om deres seksualitet. De udgjorde et relativt begrænset socialt net-

værk, hvor man i vid udstrækning kendte hinanden forud for kampagnen. For det andet var det bøsserne selv, der forestod oplysningsarbejdet igennem STOP-AIDS-kampagnen. Men selv i dette tilfælde, hvor KAP-modellen havde optimale vilkår, var der mange problemer. Det er her, antropologien begynder at blive relevant i forhold til HIV/AIDS. Dels har det vist sig, at kampagnen var mindre effektiv i forhold til de bøsser, der ikke var organiserede, eller som levede skjult med deres seksualitet, men som måske netop derfor havde størst behov for at ændre adfærd for at undgå smitte. Og dels – og mere generelt – har antropologer stillet spørgsmålstegn ved den fundamentale antagelse i KAP-modellen, nemlig at det er viden, som er styrende for vores seksuelle adfærd snarere end eksempelvis følelser. KAP-modellen antager også, at mennesker generelt har mulighed for at *vælge* at bruge kondom. Denne valgmulighed forudsætter imidlertid et relativt lige forhold mellem parterne. I seksuelle forhold, hvor den ene part har magten, og den anden part er nødt til at underkaste sig måske af økonomiske årsager, måske for at undgå vold, måske af andre grunde, kan den svage part ikke *vælge* sikker sex.

Antropologer har derfor peget på, at AIDS-forebyggelse ikke kan begrænses til oplysning alene. Det er nødvendigt at undersøge lokalt, hvorfor man anvender eller ikke anvender kondom, og hvordan konteksten for seksuallivet iøvrigt er. Allerede tidligt i AIDS-epidemien er antropologer da også blevet inddraget for at undersøge, hvilke kulturelle forhold, der kunne fungere som barrierer for AIDS-oplysning. Men præcis denne ensidige fokusering på kulturen viste sig hurtigt at være for snæver. Antropologerne påpegede, at det ikke var et spørgsmål om, at kulturen repræsenterede en form for forkert viden, der skulle 'aflæres' og erstattes af korrekt viden om smitteveje, så KAP-modellens logik kunne følges. Tvært-

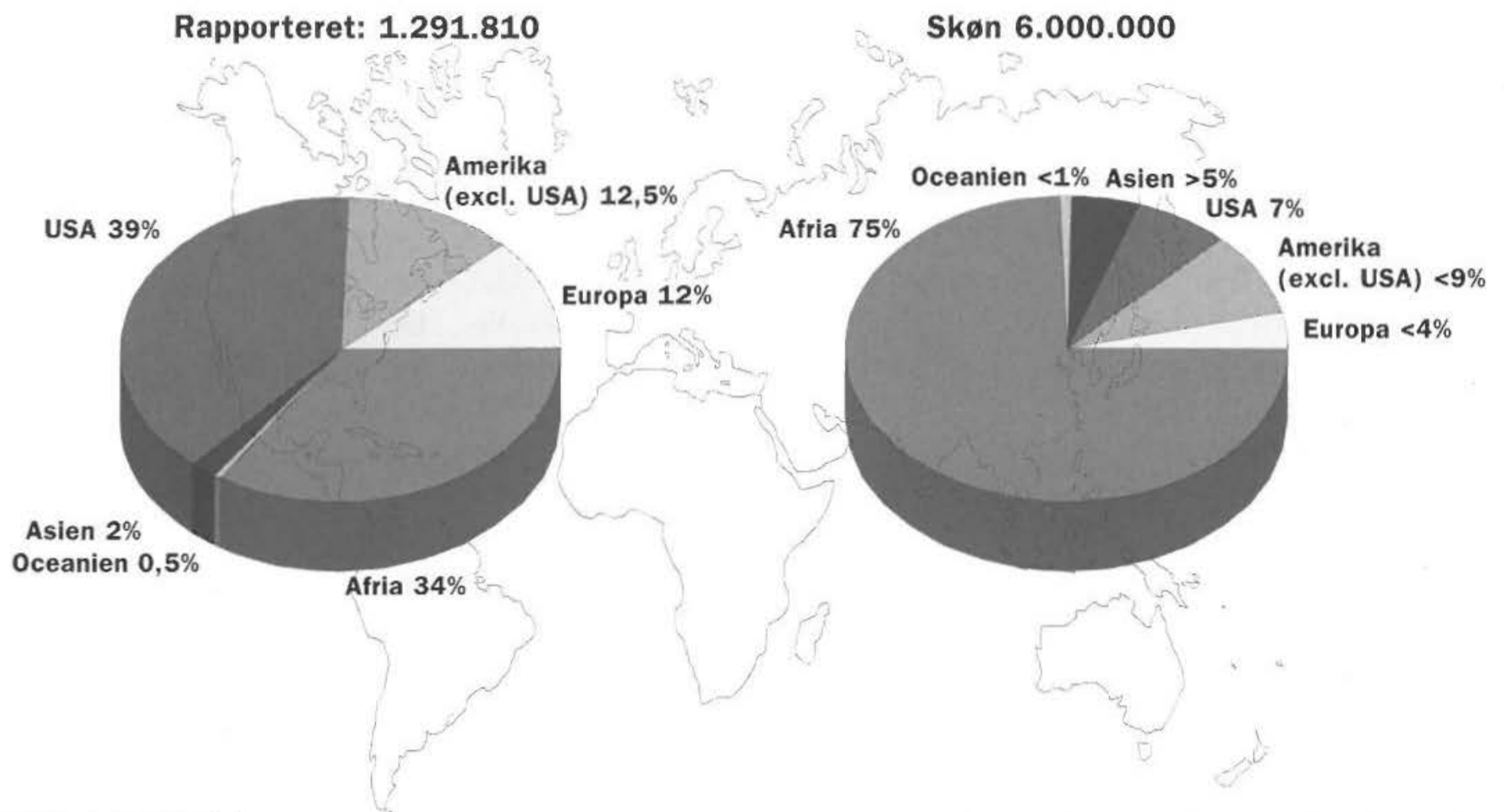
imod var det vigtigt også at se på, hvorledes økonomiske og sociale forhold gjorde det vanskeligt eller umuligt at praktisere sikker sex eller at holde sig til én partner.

Jeg startede med at sige, at netop fordi HIV/AIDS er biomedicinsk defineret, er det et vigtigt undersøgelsesfelt for antropologien. Anvendelsen af KAP-modellen som forebyggelsesstrategi illustrerer dette. KAP-modellen er en rationalistisk model. Dens idé er, at man kan forebygge epidemien ved at sprede den biomedicinske rationalitet i befolkninger i forventning om, at mennesker så også opfører sig rationelt. Det antropologiske bidrag rummer her blandt andet en påvisning af, at selvom det er vigtigt at oplyse alle om smitteveje, er det ikke tilstrækkeligt til at forebygge HIV-epidemien.

HIV/AIDS i befolkningen

Opmærksomheden om HIV startede med, at man i New York og Los Angeles i starten af 1980'erne fik en række mandlige, homoseksuelle patienter med et stærkt svækket immunsystem og med nogle af de sygdomme, der senere blev AIDS-definerende. Allerede fra starten lagde man meget stor vægt på det forhold, at det var bøsser, der var smittet – så stor vægt, at det var en del af definitionen af denne nye sygdom, at den kun ramte bøsser. Det betød, at man eksempelvis så bort fra de tilfælde af kvinder, der havde de samme symptomer som de sygdomsramte bøsser, og man udforskede sygdommen i lyset af en overbevisning om, at dens årsag skulle findes i bøssernes særlige livsstil. Man definerede bøsserne som en subkultur og opstillede hypoteser for, hvad der mon i deres livsstil kunne føre til det dårlige immunsystem. Blandt andet havde man mistanke om, at euforiserende stoffer kunne være årsagen, og brug af såkaldte *poppers* var udbredt blandt bøsser. Poppers er kemiske dampe, som udvider blodårerne, og som angiveligt skulle resultere i en bedre orgasme.

Totale antal AIDS-tilfælde blandt børn og voksne Fra ca. 1980 til 1995



Kilde: WHO 1996

** Justeret jvf. revision af globale skøn

Hos CDC - det amerikanske Centers for Disease Control (Centre for sygdomskontrol) - gav man poppers til mus i månedsvi. Men det resulterede kun i, at de blev svimle, ikke i en større modtagelighed over for sygdomme.

Først i marts 1983 tog man konsekvensen af, at andre end bøsser tilsyneladende havde sygdommen, og CDC opgav livsstilshypotesen til fordel for den hypotese, at sygdommen skyldtes en smitsom infektion, der mindede om leverbetændelse (hepatitis B).

Det betød imidlertid ikke, at det (sub)kulturelle fokus blev elimineret, tværtimod. Samtidigt med hypotesen om en infektion, der lignede smitsom leverbetændelse, introducerede man nemlig den amerikanske offentlighed for fire såkaldte *højrisikogrupper*. I epidemiologien betegner en risikogrube en befolkningsgruppe, der er i særlig stor risiko for at pådrage sig en given sygdom. Med CDCs udpegning

af 4H-grupperne, som de kaldtes - nemlig Homoseksuelle, Hæmofilpatienter (blødere), Heroinmisbrugere og Haitianere - blev opfattelsen af risiko vendt på hovedet. Ikke mindst i kraft af en sensationslysten presse, men også fordi disse grupper i vidt omfang i forvejen var genstand for diskrimination i USA, blev *højrisikogrupperne* ikke opfattet som særligt sårbare, men som særligt farlige. Eksempelvis gav CDCs budskab i USA anledning til massefyringer af folk af haitiansk oprindelse.

Den tredje epidemi

Udpegningen af særlige risikogrupper har spillet en central rolle for opfattelsen af HIV/AIDS blandt befolkninger overalt på jorden. Hvad der således i udgangspunktet er led i en epidemiologisk forskningsmetode, kom til at medvirke til at sætte gang i det, der i HIV/AIDS sammenhæng er blevet kaldt *den tredje epidemi*. Den

første epidemi er den usynlige HIV-epidemi. Den anden epidemi er den synlige, men forsinkede AIDS-epidemi, som afspejler HIV-epidemien omtrent 10-15 år tidligere. Den tredje epidemi er den epidemi af stigmatisering, diskrimination og udstødelse, som rammer de smittede.

Forestillingen om, at HIV kan afgrænses til identificerbare grupper, er central i den tredje epidemi. Ofte støttes denne forestilling af regeringers restriktioner for HIV-smittede i forbindelse med indrejse til landet. Et af de seneste udtryk herfor er den russiske beslutning om tvangstestning af alle, der ønsker ophold i Rusland mere end tre måneder. Også i Danmark har der været forslag fremme om tvangstestning af flygtninge som forudsætning for at behandle en asylansøgning. Problemet med sådanne forslag er ikke kun, at de er diskriminerende og i praksis overtræder menneskerettighederne.

Problemet er også, at sådanne tiltag virker imod hensigten - i hvert fald, hvis hensigten er at begrænse smitten.

Men den tredje epidemi tager ikke kun afsæt i politiske beslutninger om indrejserestriktioner og andre begrænsninger af smittedes rettigheder. Den udfolder sig også på det helt lokale niveau, hvor den HIV-smittede skal overveje, hvem i familien og omgangskredsen han eller hun tør fortælle om sin sygdom. At det er ganske afgørende overvejelser for den enkelte smittede antydes af, at 15% af svarene i en undersøgelse af holdninger til HIV-smittede i den Centralafrikanske Republik pegede på, at den bedste AIDS-forebyggelse var at slå HIV-smittede ihjel. Selvom så drastiske forholdsregler måske ikke er meget udbredte, så kan den sociale død, hvor ingen længere vil have kontakt med den smittede, være en næsten lige så truende konsekvens af, at sygdommen bliver kendt i omgangskredsen.

Stigmatisering og udstødelse er sociale processer, som ikke lader sig forstå inden for de biomedicinske videnskaber. Tværtimod bliver biomedicinen - herunder den epidemiologi, som definerede 4H-højrisikogrupperne i 1983 - en del af det genstandsfelt, som antropologien kan bidrage til bedre at forstå.

Stigmatisering kan også have betydning for sygdommens konkrete forløb hos den enkelte. Eksempelvis kan udstødelse som følge af HIV betyde, at man ikke har mulighed for at blive behandlet. Det gælder især, hvor man skal betale for behandling, og hvor man er afhængig af økonomisk støtte fra andre. Forståelse af stigmatisering er også afgørende for at forbedre forebyggelsesindsatsen. Hvis forebyggelse er sammenkædet med ideen om snæver kontrol af isolerede grupper af 'Andre' i form af risikogrupper, bliver det risikabelt at lade sig teste. Samtidigt kan der brede sig den opfattelse blandt de, der ikke identificerer sig med de udpe-

gede risikogrupper, at de i hvert fald ikke behøver at beskytte sig. Det er vigtigt at undersøge, hvordan forskellige forebyggelsesstrategier rent faktisk påvirker både holdningen til smittede og holdningen til at beskytte sig selv og andre. De fleste antropologiske studier, der hidtil er gennemført, peger i retning af, at beskyttelse af HIV-smittedes rettigheder samtidigt medfører den bedste begrænsning af smittespredningen.

Set ud fra den betragtning er HIV/AIDS ikke biomedicinsk defineret, men socialt konstrueret. Det er de sociale relationer mellem mennesker med og uden HIV, som forskellige definitioner af HIV/AIDS (herunder den biomedicinske) giver anledning til, der er i centrum for den antropologiske undersøgelse.

Konsekvenserne af AIDS-epidemien

Mens antropologien kan bidrage til bedre at forstå de sociale konsekvenser af sygdommen for den enkelte HIV-smittede, er der imidlertid også vigtige samfundsmæssige konsekvenser af AIDS-epidemiens dødelighed. Afrika er det kontinent, der er hårdest ramt af epidemien.

Figur 1 viser, at mens der i slutningen af 1995 var 1.291.810 registrerede AIDS-tilfælde i verden med en stor andel i USA og Europa, skønner WHO, at det *faktiske* antal AIDS-tilfælde snarere er 6.000.000, og at 3/4 heraf findes i Afrika, overvejende syd for Sahara. Tallene for den første epidemi, HIV-epidemien, er imidlertid langt større. WHO skønner, at der i Afrika syd for Sahara er ca. 13 mio. HIV-smittede af de anslået ca. 20 mio. i verden. Hver eneste dag bliver ca. 7.500 mennesker smittet med HIV; halvdelen af dem i Afrika. Hvis den nuværende epidemiske udvikling fortsætter, vil der i år 2000 være mellem 30 og 40 mio. smittede, og ca. 60% af dem vil være i Afrika syd for Sahara. Samtidigt med, at mange afrikanske lande således bærer en byrde, hvad angår HIV, der er hun-

drede gange større end den tilsvarende byrde for mange industrilande, er de økonomiske vilkår for at håndtere epidemien ofte adskillige hundreder gange mindre.

Men også i Afrika syd for Sahara har epidemien en meget ujævn spredning. Mens der er områder, hvor der er meget få smittede, er der også lokalsamfund, hvor stort set alle i den reproduktive alder er døde. Tilbage er børn og bedsteforældre, som har svært ved at klare sig.

De kortsigtede og langsigtede sociale konsekvenser af epidemien vil række langt ud over den dag, biomedicinen måtte finde en helbredende medicin. Jo før, det sker, jo bedre, og jo billigere en given medicin er, jo bedre. I mellemtiden kan antropologer og andre samfundsforskere, der arbejder med HIV og AIDS, forsøge at bidrage til forståelsen af, hvordan sygdommen opfattes og håndteres af smittede, af deres pårørende og omgangskreds, af behandlere og forskere, af politikere og andre beslutningstagere, af medicinerne, og af lægfolk i forskellige samfund samt hvilke konsekvenser, det har for forebyggelse, for behandling, og for samfundet i bredere betydning.

Jens Seeberg er mag. art. i antropologi fra Afdeling for etnografi og socialantropologi ved Aarhus Universitet. Han har siden 1992 arbejdet med HIV/AIDS og har i foråret 1996 afsluttet et forskningsprojekt om stigmatisering og opfattelser af HIV-smittede afrikanske indvandrere og flygtninge i Danmark. Resultaterne af dette arbejde udkommer i bogen 'Kulturens sorte kasse. AIDS og Afrika i Danmark'.



På skiltet står: 'Aquilino da Costa: Jambakos der kurerer alle typer traditionelle sygdomme'. Foto: forfatteren

AIDS - hvis problem er det?

ULLA GODTFREDSSEN

I Guinea-Bissau er det oplagt at involvere de traditionelle healere i arbejdet omkring AIDS. Men overførsel af viden er ikke så ligetil, som mange eksperter tror. Det er snarere diskussion end oplysning, der er brug for.

Historier fra felten

I en lille, mørk hytte foretog min tolk og jeg vort første interview på feltarbejdet. En muslimsk healer, kaldet en *moru*, sad på gulvet omgivet af bøger, flasker med parfume og krukker med pulver. Vi spurgte, om han havde hørt om AIDS. 'Ja, men jeg har aldrig haft en klient med AIDS, og jeg har kun hørt om det i radioen. Men min brors kone i Senegal havde AIDS i 1986. Hun turde ikke gå på hospitalet, da de havde hørt, at man der giver AIDS patienter en indsprøjtning, så de dør hurtigere. Hun døde derhjemme'. 'Hvordan vidste din bror, at det var AIDS, konen havde?' 'Det havde en anden moru sagt'. 'Kan du kurere AIDS?' 'Nej, ikke nu, men hvis jeg får en patient med AIDS, vil jeg kunne læse om det i Koranen'.

Efter interviewet med denne moru var jeg forvirret. Kender de, eller kender de ikke AIDS? Forvirringen

blev kun bekræftet i vores næste interview med en jambakos (ikke-muslimsk healer). Første gang, vi snakkede med ham, sagde han, at han havde kureret to eller tre AIDS patienter. Iøvrigt mente han, at AIDS var det samme som *psong*, en gammelkendt lidelse. Næste gang vi mødtes, trak han i land; uden at jeg viste nogen form for skepsis, var han nu usikker. Havde de patienter egentlig AIDS? Og så begyndte de omkringsiddende at blande sig. 'Jeg tror ikke, AIDS er psong'. 'Jeg tror, det er 'n'fong'. Det er også unge mennesker, der får det'.

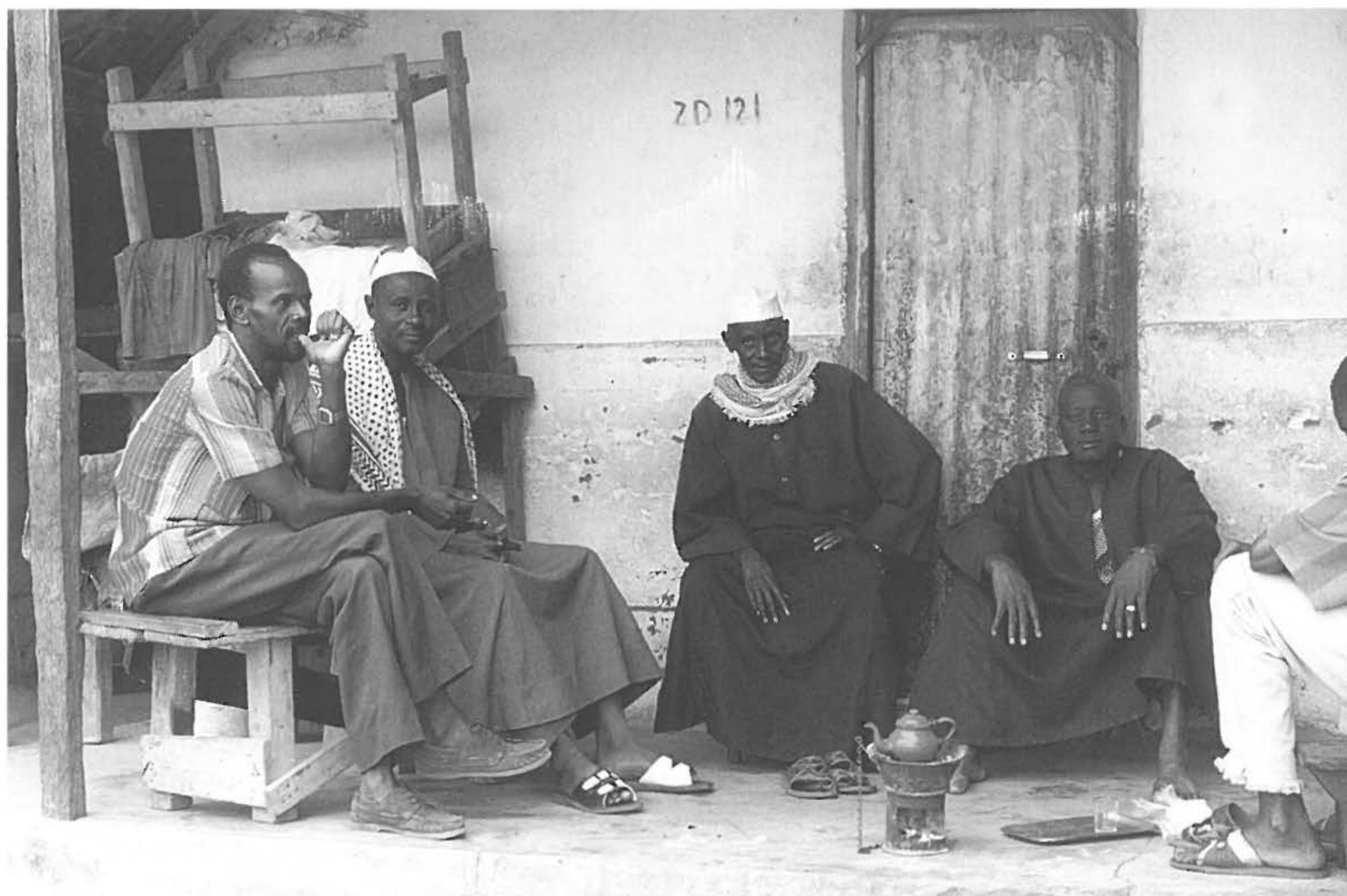
Senere blev min tolk, Idalina, overfuset af en *baluberu*, en forfader-åndehaler, da hun gik forbi hendes hus. Dagen før havde Idalina afleveret en AIDS brochure til healerens niece, noget vi plejede at gøre efter hvert interview. Healeren troede, det var pornografisk materiale. Hendes vrede bekymrede i den grad Idalina, som blev hunderød for healerens vilje og evne til spirituel hævn.

AIDS politik

Selvom utallige afrikanere er involveret i forebyggelses- og hjælpeprogrammer, er det stadig i Europa og USA, at dagsordenen sættes for størstedelen af AIDS-programmerne. Siden starten af epidemien, er der dog sket ændringer i holdningen til, hvordan AIDS bør gribes an. Hvor AIDS i starten blev defineret som lægers domæne, er de fleste organisationer nu klar over, at det ikke er nok at beskæftige sig med epidemien som et medicinsk problem. Årsagerne til spredningen af AIDS er kulturelt og økonomisk betingede, og effekterne af epidemien er i høj grad et socialt anliggende. Antropologer og andre samfundsforskere synes nu uundværlige på AIDS projekter. Deres viden om folks opfattelse af seksualitet og sygdom skulle kunne sikre, at oplysningsprogrammer kan skræddersys til den givne lokalitet.

Muslimske moruer drikker the.

Foto: forfatteren





Men det er stadig muligt at opnå nye erkendelser i AIDS forskningen. Ideen om, at afrikanerne så at sige har et tomrum i hovedet med plads til vores information, bliver gjort til skamme i Guinea Bissau. Holdninger til AIDS opstår i samspil mellem moderne og traditionel sygdomsopfattelse, men er også farvet af folks ideer om forholdet mellem Afrika og Vesten generelt. Det er derfor ikke nok at registrere 'skikke' - viden forhandles løbende. Bevidsthed om AIDS kan derfor bedre opnås gennem dialog end ved undervisning.

Om ånder og helbredelse

Guinea-Bissau er et lille land på Afrikas vestkyst med omtrent en million indbyggere. Så sent som i 1974 blev landet selvstændigt. Det skete efter en lang og blodig befrielseskrig mod den portugisiske kolonimagt, som stadig idag sætter sine spor i landet i form af store økonomiske problemer og en vis mistro mod *brancos*: hvide. Guinea-Bissaus lille størrelse til trods, bor der mere end 20 forskellige etniske grupper. Grupperne har vidt forskellige historier og økonomiske forhold. De har alle et eget sprog og er geografisk spredt i landet. Ca. 30% er muslimer. I hovedstaden, Bissau, hvor 200.000 mennesker bor, udviskes grænserne mellem de etniske gruppers levevis, selvom mange særpræg opretholdes. I Bissau er det mere rimeligt at snakke om en fælles guineansk sygdomsopfattelse, fordi folk påvirker hinandens kultur, fordi næsten alle snakker

Gabriel (med rygsækken) arbejder på et lokalt sundhedsforskningsprojekt i Bandim, Bissau. Folk i Bandim er i massiv kontakt med den moderne sundhedssektor, hvilket til tider gjorde det svært for antropologen ikke at blive opfattet som læge. Foto: Carsten Bendix

fællessproget kriol, og fordi behandlingstilbuddene er de samme. Den følgende historie er typisk for guineaneres forhold til sygdomme.

Cadi er en 30-årig muslimsk mandinka-kvinde. I 1994 fik hun en dag en voldsom hovedpine, som ikke gik væk, selvom hun tog paracetamol købt på markedet. Cadis søster anbefalede

mest for at gøre sin mor tilfreds. Når hendes egne børn er syge, tager hun dem altid hen på sundhedsklinikken. Hun går kun til en moru, hvis hun skal rejse eller på anden vis trænger til held og lykke.

Fælles for den traditionelle sygdomsopfattelse er, at sygdomme grundlæggende ses som et udtryk for uligevægt, og behandling stræber mod balance. Mange sygdomme helbredes udelukkende ved ceremonier. Urtemedicin har grundlæggende samme formål: At påvirke ånder eller hekse, der har besat eller forhekset klienten. Medicinen skal derfor ofte smøres på eller hældes over patienten, snarere end indtages.

Uligevægt fremkommer enten spontant eller som resultat af klientens egne handlinger, som så bliver hævnnet. Hvis en sygdomstilstand ikke forbedres efter moderne behandling på 'hospital de Branco', har man at gøre med ånderverdenen, *uso*. Flertallet af vores informanter havde erfaret, at hospitalet har magtfulde kure mod sygdomme, men at healere nu en gang er bedre end hospitalet, når sygdommen hidrører fra 'uso'.

Det er vigtigt at understrege, at der ikke på forhånd eksisterer en klar klassifikation af sygdomme som enten tilhørende 'branco' eller 'uso'. Kun få specifikke lidelser tilhører per definition den ene eller den anden kategori. I langt de fleste sygdomstilfælde er det udviklingen af tilstanden, der afgør, hvordan en sygdom klassificeres, og dermed om hospitalet eller healeren er bedst egnet til at kurere.

Guineanere placerer altså sygdomme i en bred ramme omkring patientens sociale og spirituelle liv. Lægen kan give en forklaring på sygdommen på symptomniveau, mens en healer forklarer årsagen til sygdommen; hvorfor den ramte netop



'Sådan får man AIDS' advarer billedteksten i den folder, der gjorde en kvindelig healer meget vred på os.

hende at tage til rigshospitalet i Bissau. Lægerne sagde, at hun led af forhøjet blodtryk, men medicinen, de gav, hjalp ikke. En nabo foreslog Cadi at tage til en klinik i nabolandet Senegal, en klinik der er kendt for at kurere forhøjet blodtryk. Her fik hun massage på hovedet, og også nogle piller, som lindrede. Da hun kom hjem til Guinea-Bissau, insisterede moderen på, at Cadi skulle gå til en balantehealer (ikke muslimsk) for at lave en ceremoni. Cadi blev nemlig født med benene først, og moderen havde forsømt de ofringer til forfaderånderne, som skulle have fundet sted dengang. Dette, mente moderen, havde forårsaget sygdommen. Cadi gik til healeren,

her og nu. Når man vælger sin behandlingsform, er valget derfor betinget både af patientens historie og af behandlingssystemernes evne til at komme med en overbevisende forklaring på og kur mod sygdommen. Flertallet af guineanere kommer i berøring med begge sfærer, selvom de to sygdomsopfattelser ikke ser umiddelbart forenelige ud.

AIDS i Guinea-Bissau

Det var på denne baggrund, jeg søgte at forstå healerens begrebsliggørelse af AIDS og dermed epidemiens placering i den traditionelle sygdomsopfattelse. Den mest slående opdagelse var, at AIDS ikke er klassificeret som noget bestemt. Det hører med til historien, at AIDS epidemien ikke er så udbredt i Guinea-Bissau som i dele af Syd- og Østafrika. Undersøgelser viser, at epidemien er ved at øge i omfang, men få guineanere har endnu erfaret AIDS.

Fraværet af synlige AIDS tilfælde gør, at almindelige guineanere udviser stor skepsis over for problemet. Informationskampagner om AIDS er hovedsageligt nået ud til de fleste af Bissaus indbyggere gennem radioen. Og næsten alle har hørt, at AIDS (da begrebet HIV er relativt ukendt) smitter seksuelt. Men mange tror ikke, at AIDS findes i Guinea-Bissau eller i verden overhovedet, selvom de udviser personlig frygt for denne nye lidelse. Nogen mener, at AIDS er en løgn opfundet af hvide for at begrænse fødselstallet i Afrika, eller for at ansatte i udviklingsorganisationerne skal kunne tjene fedt på jobs som mit.

Også blandt healerne forekommer AIDS at være noget nyt, noget udefrakommende og noget meget abstrakt. Derfor kom de fleste interviews med healerne til at omfatte generelle aspekter af sygdom og helbredelse som beskrevet ovenfor, snarere end at omhandle AIDS som fænomen. Kendskabet til healerens praksis gav alligevel indtryk af, at healerne vil blive inddraget i en kom-

mende AIDS epidemi under alle omstændigheder.

Healerne beskæftiger sig med en lang række problemer, der også vil være relevante for klienter med AIDS. Healerne kurerer mange kønssygdomme og også infertilitet, som kan være et resultat af en kønssygdom. Desuden er healerne ofte involveret i aspekter af folks tilværelse, der drejer sig om personlige, følelsesmæssige og seksuelle problemer og forespørgsler. Healerne nyder altså tillid hos folk, også når det drejer sig om intime og fortrolige ting. Et aspekt som i andre lande har vist sig vigtigt for folk med AIDS, der ofte oplever stigmatisering fra omgivelserne.

Også guineaneres forståelse af sygdomme og valg af behandling tyder på, at healerne uundgåeligt vil blive inddraget i AIDS problematikken. AIDS er netop karakteriseret ved lange sygdomsforløb, der ikke kan behandles. Det er sandsynligt, at folk med AIDS vil antage, at deres lidelser hidrører fra spirituelle kræfter og derfor vil opsøge healere.

Vores viden - deres viden

Det er oplagt at involvere traditionelle healere i arbejdet omkring AIDS. Spørgsmålet er hvordan. Eksisterende programmer i Afrika, der har netop dette sigte, er som regel udformet i en vestlig institution. Den lokale sygdomskosmologi studeres, og healerens vidensniveau om AIDS måles. De medicinske AIDS facts, det vi anser som den 'rigtige' viden, bliver forsøgt indpasset i lokal terminologi og præsenteret på workshops for healerne. Med spørgeskemaer prøver man bagefter at teste, hvor meget eller lidt healerne lærte om AIDS på denne måde. Og man går ud fra, at de, der lærte noget, videregiver informationen til deres klienter.

Imidlertid vil ethvert forsøg på at give oplysninger om AIDS til både healere og lægfolk støde på den mængde viden, der eksisterer i forvejen. Viden, som konstant formes og

omformes af lokale traditionelle sygdomsopfattelser og af samspillet mellem de forskellige sundhedssektorer. Dette blev især klart for os under en række interviews med en moru.

Ved vort første møde var moru'en meget skeptisk over for ideen om AIDS, specielt at det skulle være seksuelt overført. Sygdomme kommer med ånderne, og iøvrigt mente han ikke, at det kunne være sundt for nogen at afholde sig fra sex, sådan som AIDS kampagnerne tilråder. Han mente, at AIDS kommer fra udlandet, og at lægerne derfor burde komme med nogle ordentlige forklaringer. Moru'en oplever, at lægerne ser ned på healerne og holder deres egen magtfulde viden hemmelig for andre. Næste gang vi mødtes, var moru'en mere imødekommende. Han fortalte, at han havde seks koner, der rejser meget, og at det derfor var svært for ham både at kontrollere sin egen og deres seksuelle aktivitet. Han var imidlertid meget bekymret for familiens sundhed og diskuterede derfor ivrigt med os, hvordan vi mente, at AIDS kan forebygges.

Moru'en stillede os lige så mange spørgsmål om AIDS, som vi stillede ham. Han var ikke enig i vore holdninger, men lyttede åbent til vore ideer. Vi lærte også noget om, hvor svært det er for folk at beskytte sig mod AIDS. Efter et par diskussioner, tror jeg, vi alle var blevet klogere på AIDS problematikken.

Kan AIDS gøres vedkommende?

Der eksisterer ikke een bestemt viden i Guinea-Bissau, som kan korrigeres eller erstattes med vores viden. AIDS som sygdomskategori finder ikke noget tilsvarende 'guineansk' klassifikationssystem, det kan passes ind i. Healere og lægfolk manøvrerer mellem en traditionel og en moderne sundhedssektor - begge magtfulde systemer på hver sin måde. Det er i dette handlingsrum, at viden om AIDS, som historierne ovenfor viser, formes. En antropologs blotte tilste-

deværelse skaber nye diskussioner om AIDS og provokerer svar, der ikke nødvendigvis eksisterede i forvejen.

Hvis man udelukkende distribuere foldere med forklaringer på HIV-spredning og -forebyggelse og eventuelt forklarede, at 'psong' i virkeligheden er AIDS, ville man sikkert skabe mere forvirring. Og man ville ikke kunne regne med, at healeren går hjem og bruger den nye viden, som det var tænkt, for healerens behandlingsmetode vil altid lægge sig mere op ad spirituelle og holistiske end biologiske forklaringer. Healerne er på den ene side temmelig åbne over for den moderne medicins kraft. På den anden side har de en egen faglig stolthed og nærer en vis mistro til den biomedicinske sektor.

Envejs-kommunikation, eksempelvis ved workshops, er uegnet til at skabe klarhed om AIDS. Hvis man derimod erkender, at healerne be-

Fra et lokalt marked er der 500 m. til en kvindelig curandeira: en der kurerer. Foto: Carsten Bendix

sidder værdifuld viden om klienternes sociale situation, deres sygdomme og problemer, vil AIDS-budskabet kunne inddrages i en mere ligeværdig meningsudveksling. Dette er en ressourcekrævende strategi, som overstiger, hvad de fleste donorer vil ofre på AIDS-forebyggelse i Afrika. AIDS er ikke en egentlig prioritet hverken for healere eller lægfolk i Guinea-Bissau. Landet plages af mange andre sygdomme, som for eksempel malaria, samt af en lang række sociale og økonomiske problemer, hvilket mange mennesker gjorde os opmærksom på, når de høfligt afslog at diskutere AIDS.

Men da forskere frygter, at AIDS vitterlig bliver et stort problem i Guinea-Bissau, må de nødvendige ressourcer bevilges. En farbar vej for fremtidens AIDS oplysning er at lægge arbejdet ud i mange forskellige slags sammenhænge. I stedet for at lade udenlandske læger og udviklingsarbejdere bekymre sig om, hvorvidt de rigtige facts når de rigtige

målgrupper, skulle man støtte lokale, der gerne vil tage diskussionerne med healere og andre grupper op på deres egne præmisser. På den måde bliver AIDS måske et mere nærværende problem. Og et emne der integreres i rækken af de spørgsmål, guineanere daglig overvejer, når livet skal leves på de eksisterende betingelser.

Ulla Godtfredsen er cand. scient. soc. fra Institut for Antropologi, Københavns Universitet. Hun har i flere omgange lavet feltarbejde i Afrika, senest i Guinea-Bissau, hvor hun i 11 måneder var tilknyttet sundhedsprojektet i Bandim ansat af Statens Seruminstitut.

Supplerende litteratur:

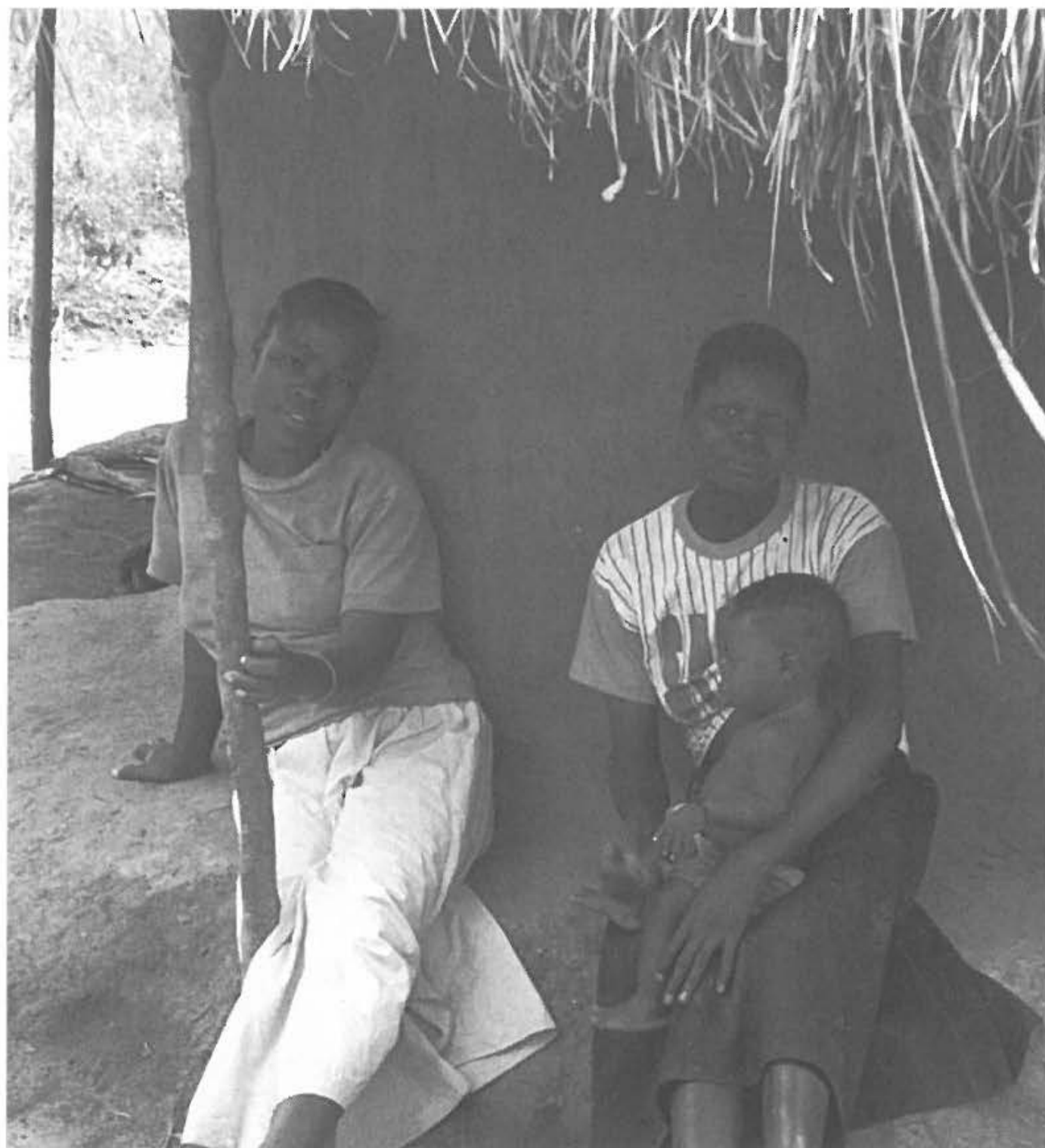
R.E. Galli og J. Jones: Guinea-Bissau: Politics, Economics and Society, Frances Pinter Publishers 1987.

Joop de Jong: A Descent into African Psychiatry, Royal Tropical Institute 1987.



Falske tænder, abort, mæslinger - og AIDS

HANNE OVERGAARD MOGENSEN



Mange familier er polygame, det vil sige, at manden har mere end én kone. Det kan være uproblematisk og ses som en fordel af nogle kvinder, men de konflikter, der også ofte opstår, bliver ikke mindre af frygten for AIDS. AIDS hives ofte frem i medkoners diskussioner, anklager og kritik af hinanden.

En diagnose gives ikke kun for at sætte navn på en sygdom. Den indeholder også en mængde informationer om skyld, ansvar, omsorg og mulighederne for at foretage sig noget. Når folk i Zambia og Uganda helst undgår at give diagnosen AIDS, er det ikke af uvidenhed om sygdommen, men fordi de har noget mere at fortælle.

Jeg var kommet til Uganda for at undersøge det lokale syn på børnesundhed blandt padholaerne, et folk i det sydøstlige Uganda. Jeg har tidligere arbejdet med AIDS i Zambia og vidste kun alt for godt, hvor svært det kan være at have med at gøre og at få folk til at snakke om. Jeg glædede mig derfor til denne gang at skulle beskæftige mig med noget mindre kompliceret. Noget, som jeg forventede, havde kvindernes mere umiddelbare interesse: Deres børns sundhed. Umiddelbart efter min ankomst holdt jeg et møde i landsbyen, hvor jeg informerede om mit arbejde. På mit spørgsmål til de tilstedeværende kvinder om, hvad der er de mest alvorlige sygdomme for børn i området, svarede de uden at tøve: *koyo* og *falske tænder*. Derefter rejste en kvinde sig og sagde: 'Det er godt, at du er her for at arbejde med børnesundhed. Men hvad med os mødre? Hvis en mor er syg, så er der ikke nogen til at tage sig af barnet, og nu om dage er moderen ofte også syg, når barnet er sygt. Nogle gange har en mor en sygdom, som gør, at hun føder syge børn, der ender med at dø. Det er ikke nok at behandle børnene - hvad kan du gøre for at hjælpe sådanne kvinder?'

Jeg bad min tolk spørge hende, hvilken sygdom hun tænkte på. I stedet for et svar fik jeg blot en gentagelse af spørgsmålet om, hvad vi kan gøre for at hjælpe disse kvinder. Efter at have gentaget mit spørgsmål endnu en gang, hviskede min tolk til mig: 'Vi ved godt allesammen, at hun snakker om AIDS, men man siger det ikke direkte. Man snakker bare om det på en måde, så folk ved, hvad man mener.'

Er det *koyo* og falske tænder, der dræber børnene i det sydøstlige Uganda, eller er det AIDS? Begge dele og måske endda samtidigt - for det at give en diagnose er ikke en entydig, simpel proces. Tværtimod, i løbet af lange sygdomsperioder diskuterer og forhandler pårørende til den syge om, hvilken diagnose der

bedst beskriver den syges tilstand, og koyo og falske tænder er to sygdomme, der de senere år har fået en ny og vigtig plads i forklaringerne på den høje børnedødelighed. De er to af de muligheder, man forsøger sig med, når et barn gentagne gange er sygt, og dets tilstand langsomt, men konstant forværres. Mange af dem, der diagnosticeres med koyo eller falske tænder, er måske HIV positive, og måske har de pårørende også en mistanke herom. Men der er sjældent nogen fordel ved at vælge at kalde det AIDS.

At forhandle en diagnose

I Uganda har sundhedssystemet de sidste to årtier været udsat for konstant forringelse. Oftest er der ikke faciliteter til at lave nøjagtige diagnoser, og symptomer behandles, uden at man kender deres årsag.

Desuden er folk ikke altid specielt interesserede i straks at få fastlagt en diagnose, at få givet deres lidelse et navn. De ønsker selv at forsøge at begrænse sig til behandling af symptomer så længe som muligt. Mens det står på, holdes flere muligheder nemlig åbne. Ud over at sætte navn på en sygdom og give retningslinier for handling indebærer en diagnose ofte en placering af årsag og derfor også af skyld og ansvar. De mange pårørende, der er involverede i evalueringen af en patients tilstand, har forskellige interesser og vil forsøge at gennemtrumfe deres vurdering af tilstanden og dens årsag. På forskellige tidspunkter i sygdomsforløbet er det forskellige personer, der har held med at overbevise andre om hans eller hendes vurdering af situationen. En diagnose afhænger af, hvem man spørger, og hvornår man spørger - og oftest giver folk flere muligheder, når de bliver spurgt.

De diagnoser, folk gør brug af og forhandler om, er ikke uforanderlige. De ændrer sig over tid, påvirket af blandt andet folks viden om sygdom og af ændringer i den generelle sundhedssituation. AIDS er særdeles

svær at diagnosticere, når man ikke har mulighed for at teste patientens blod, og der ikke er nogen fordel ved at få en AIDS diagnose. I løbet af AIDSpatientens lange sygdomsforløb afprøves mange andre diagnoser, der er med til at opretholde håb, og igennem hvilke man indirekte diskuterer årsag og ansvar blandt de pårørende.

Abort og uorden

Et eksempel på dette så jeg i 1993, hvor jeg arbejdede for et AIDS projekt i landområderne i det sydlige Zambia. AIDS var på det tidspunkt ikke særlig synlig. Kun få mennesker havde kendt AIDS patienter, og de patienter, man som landsbybeboer havde set, var alle vendt hjem fra byen for at dø blandt slægtninge i landsbyen. Der var sandsynligvis også lokale, der var HIV positive, med der var ingen testfaciliteter, der kunne gøre HIV og AIDS synlig i folks dagligdag. Selvom sygdommen ikke i særlig høj grad var nået frem, så var oplysningerne om den.

Folk var meget optaget af overvejelser om, hvad 'denne nye sygdom var for en', og oftest hørte jeg, at AIDS var en form for *kahungo*. *Kahungo* er en lokalt defineret sygdom, som man får, hvis man har fysisk kontakt med en kvinde, der har aborteret, før hun går igennem det traditionelle rensesritual. *Kahungo* er med andre ord én ud af en række sygdomme, som man kan få, hvis man ikke overholder visse af samfundets regler og tabuer. AIDS blev sammenlignet med *kahungo* og blev set som en sygdom, der tilsvarende var forårsaget af den manglende respekt for samfundets regler - i dette tilfælde dem som byliv og modernitet bringer med sig. Samtidig vidste folk godt, at AIDS var en sygdom for sig, en ny slags *kahungo*, og alle kunne fortælle om HIV og kondomer.

Dette betød ikke, at alle med symptomer på AIDS blev diagnosticeret med *kahungo*. I løbet af den lange sygdomsperiode blev en række muligheder kastet på bordet - en af dem

var *kahungo*. Det er forkert at sige, at zambianerne tror, at AIDS er *kahungo*. De ved godt, hvad AIDS er, men AIDS er ikke let at diagnosticere, og undervejs kan der være mange gode grunde til at afprøve andre diagnoser. For nogle mennesker virkede det mest fordelagtigt at snakke om *kahungo*. Andre, oftest de nærmest pårørende, overvejede også mulighederne for hekseri. Aldrig blev AIDS som sådan foreslået, selvom alle var veloplyste om sygdommen.

Sygdommenes bedstefar

I modsætning til landområderne i det sydlige Zambia for 3 år siden, så er AIDS umiskendeligt en del af dagligdagen i det sydøstlige Uganda. Det er nu 14 år siden, det første AIDS tilfælde blev konstateret i Uganda. Uganda var blandt de første lande til at anerkende sygdommens tilstedeværelse og til at reagere. Landet er kendt for at være blandt de hårdest ramte i verden, men også for længe at have gjort et stort oplysningsarbejde.

AIDS er ikke længere 'denne nye sygdom'. Det er 'denne almindelige sygdom' - 'this current disease'. AIDS dukker ofte op i samtaler, men uden at 'AIDS' eller *slim* (som AIDS også kaldes) udtales. Der er, som min tolk tidligt lærte mig, mange måder at udtrykke det på uden at komme med den konsekvente diagnose og dødsdom, som AIDS er. Hvis man snakker om en, der er syg, og tydeligt undgår at nævne sygdommens navn; hvis man siger: 'Vi ved ikke, hvad det er, men måske...', og ikke fortsætter sætningen; hvis man konstaterer om en kvinde, at 'Hun er syg og hendes mand er allerede død', eller snakker om et barn og lige så stille siger '...og hans far er allerede død', så ved alle godt, hvad man snakker om. Der er ikke behov for at sige mere, og der er ikke grund til at sige det på en mere brutal måde.

AIDS er blevet en neutral sygdom, siger folk. Der var en gang, hvor den skræmte og forvirrede, '...men nu ved vi, at denne sygdom er her, den er

her bare, den er overalt, den kan være i hvem som helst, selv dig eller mig, men du kan aldrig vide det. Du kan anklage én for at have den, og måske så har du den selv, eller din mand eller medkone. Vi kalder den også *kwarinono*, det vil sige klanens bedstefar - for AIDS er en meget, meget stor sygdom. Den er ligesom en families overhoved. Den kan kommandere hvad som helst, og du bliver nødt til at adlyde.'

AIDS er ikke en ny variant af en kendt sygdom, som den var i Zambia, og man er ikke længere synderligt optaget af dens herkomst: 'I starten sagde folk, at den kom ovre vest fra, hvor der er mange, der er rige, og som rejser meget. Man fortalte, at sygdommen kom udefra, at de kom hjem med den, når de havde været på rejse. Men nu snakker man ikke så meget om det mere. Nu er AIDS her bare, overalt.' Men selvom tilstedeværelsen af AIDS anerkendes på et generelt niveau, er det ikke hvem som helst og når som helst i et sygdomsforløb, den omtales. Den er som i Zambia ophav til mange, lange overvejelser og forhandling af diagnoser. Jeg vil illustrere dette med et eksempel, hvor det drejer sig om små børn.

Børnedødelighed og AIDS

Børnedødeligheden er høj i Uganda. Ca. 20% af alle børn dør, før de er fem år. Som nævnt er de diagnostiske faciliteter i Uganda ofte ringe, og kun få sygdomme har så karakteristiske symptomer, at diagnosen er utvetydig. Dette er ikke mindst tilfældet, når det drejer sig om små børn. Den høje børnedødelighed skyldes hovedsageligt malaria, diarré, luftvejsinfektioner, mæslinger og fejl- og underernæring. Hvor mange af disse, der ikke kunne klare malariaen eller blev underernærede, fordi de var HIV positive, er svært at sige. Det vides heller ikke med sikkerhed, hvor stor en procentdel af de børn, der fødes af HIV-positive mødre, der selv bliver HIV positive. 5.1 % af de børn, der dør under indlæggelse på hospi-

taler i Uganda, er konstateret HIV positive. Kun et fåtal af de børn, der dør, dør på hospitalet, og i løbet af lange, opslidende sygdomsperioder opgiver folk ofte at søge hjælp på de utilstrækkelige hospitaler.

'Det er aldrig til at sige nøjagtigt, hvad børn dør af' fortalte en mand mig, der mener, han har fundet en medicin, der kan hjælpe AIDS patienter. 'Det sker så tit, at små børn dør, at det ikke er til at sige, om det er AIDS. Men hvis moderen eller faderen er død, så kan man begynde at overveje, om det skulle være 'denne almindelige sygdom''. Et barns konstante forværring, tilbagevendende diarré, opkast, feberanfald, udslet med mere kan gives mange andre forklaringer. Der er sjældent nogen fordel ved at antyde AIDS, men AIDS er altid til stede som en mulighed.

Mæslinger og falske tænder

En kvinde fortalte mig om hendes søns nye kones barn, en syg og svagelig 2-årig pige, der sank sløvt sammen på hendes skød: 'Hun har det ikke godt. Hun har nok orm, men derudover har kroppen det generelt ikke godt. I lang tid troede vi, at det var koyo, der ikke ville komme ud. Vi fik også de 'falske tænder' fjernet, men hun har det stadig ikke bedre. Måske er det på grund af en eller anden sygdom... Vi ved det ikke, men hendes far er allerede død, så måske kommer hun sig ikke.'

I løbet af 1980'erne og 1990'erne er der sket to interessante forandringer og tilføjelser til forståelsen af børns sygdom, som måske har at gøre med udbredelsen af AIDS og folks erfaring med, at et større antal små børn går gennem lange alvorlige sygdomsperioder og ender med at dø. Den ene er koyo, den anden er falske tænder.

Mæslinger er længe blevet oversat med koyo på det lokale sprog. Folk fortæller, at koyo tidligere var en sygdom, der gav et karakteristisk udslæt,

som man kun fik én gang i sit liv. Den kom i epidemier og smittede mange på en gang. Så begyndte man at vaccinere, og det hjalp en tid, men nu er koyo tilbage med ny styrke. Nu siges det, at man ikke længere kan være sikker på kun at få den én gang, og man kan slet ikke være sikker på, at vaccinen virker, selvom den måske nok kan gøre nogle af anfaldene mindre alvorlige. Det værste er, at udslættet ofte ikke viser sig, som det plejede at gøre. Udslættet er for folk tegn på, at sygdommen bevæger sig ud af kroppen, og en vis lettelse plejer at brede sig, når et udslæt viser sig på et sygt barn. Nu om dage sker det oftere og oftere, at sygdommen ikke kommer ud. Den bliver i kroppen, giver høj feber og indre sår, der viser sig som tilbagevendende diarré og/eller hoste over lange perioder. Den dræber ikke så pludseligt, smitter ikke så mange på en gang, som den plejede - men den sætter sig fast i barnets krop og nægter at komme ud, giver anfald igen og igen og kan ende med at dræbe barnet. Der er ikke meget, man som forældre kan gøre for at forhindre koyo.

En anden bemærkelsesværdig børnesygdom er falske tænder, der tilsyneladende blev almindeligt kendt over det meste af Uganda i 1970'erne, og som for alvor bredte sig og blev et problem i 1980'erne. Det siges, at et barn kan få flere sæt falske tænder før de egentlige tænder, og at disse giver tilbagevendende diarré og feber, indtil de bliver fjernet. I det område, hvor jeg arbejder, fortælles det, at falske tænder er mere udbredt nu end nogensinde. Nogle børn får utallige falske tænder, og handler man ikke hurtigt nok, ender barnet med at dø af diarré.

Der er ikke grund til at formode, at alle de børn, der siges at dø af koyo og falske tænder, rent faktisk er HIV positive. Men der er tydeligvis nogle lokalt definerede sygdomme, der har fået større betydning de sidste 15-20 år, og som altid afprøves, hvis et barn er sygt over en længere periode.



Fødselstallet er højt i Uganda, men det er børnedødeligheden også. Hvert femte barn dør før dets femte fødselsdag, ofte af sygdomme der formodentlig kunne være forebygget eller behandlet. Men det vides ikke hvor mange af disse, der desuden er HIV positive.

Hvorfor vælger kvinden, der indledte dette afsnit, så, at det ikke længere er tilstrækkeligt at snakke om koyo og falske tænder? Hvorfor er hun nået dertil, at hun antyder, at barnet lider af AIDS? Fordi hun har noget andet at fortælle os, noget som hun får sagt gennem sit valg af diagnose.

Ved siden af denne kvinde sad en anden kvinde, en af hendes andre sønners koner. Hun havde også en tynd og svagelige 2 årig pige på skødet. Også denne piges tilstand var årsag til megen diskussion, men AIDS kom ikke på tale. Hendes tilstand blev forklaret som værende enten forårsaget af *theri* (en sygdom der siges at angribe et barn, hvis mor bliver gravid, mens hun stadig ammer), eller kompliceret koyo, der ikke var kommet ordentligt ud af kroppen. De falske tænder var også blevet fjernet. Fra anden side vidste jeg, at barnets mor desuden frygtede, at hendes mand, der arbejder i byen, var hende utro, mens barnet endnu ammede. Dette kan have bragt en anden sygdom,

chilo, som også svækker børn i løbet af en lang sygdomsperiode, men som ikke er dødelig, og som let kan forebygges med medicin. Hendes svigermor var ikke enig heri, og sønnens utroskab blev ikke årsag til overvejelser om AIDS.

Med hendes antydninger af, at det ene af de to svagelige børn har AIDS, får denne mor og svigermor fortalt os langt mere, end hvordan barnets symptomer skal forstås. Hun får hevet nogle aktuelle familiekonflikter frem og får talt om ansvar og omsorg - for som hun videre fortalte. 'Min søn er stadig ung, og han har allerede én kone, der har givet ham flere børn. Alligevel har han allerede giftet sig med en til uden at have råd til det, og nu forsømmer han den første. Og den nye kone var enke, selvom hun stadig er ung. Min søn skulle have tænkt sig om og ikke bringe hele sin familie i fare på den måde.'

Som mor, bedstemor og svigermor har hun en magtfuld position, og hendes diagnoser tillægges stor vægt. Med hendes antydning af AIDS laver

hun en offentlig fordømmelse af sin søns adfærd over for sin første kone. Havde hun billiget hans handling og hans valg af kone, havde hun måske stadig sagt, at også dette barn var offer for en kompliceret koyo.

Den mangesidede sygdom

Det er ikke kun hos børn, AIDS er svær at diagnosticere. Det er en sygdom, der i sig selv er usynlig. Ud over at man kan være rask smittebærer i lang tid, så er kun få af de symptomer, man begynder at få, så karakteristiske, at der utvivlsomt er tale om AIDS, og selv da kun for specialister. De fleste mennesker i landområderne bor langt fra sundhedsfaciliteter, hvor det er muligt at få lavet en AIDS test - og oftest får de den ikke lavet, selvom muligheden er der. I løbet af de ofte lange sygdomsperioder, folk går igennem, vil patienten og de pårørende have afprøvet en række diagnoser og behandlinger - hele tiden bevidste om, at AIDS er en mulighed. Denne forhandling af diagnoser betyder ikke, at de er uvidende om AIDS, men at det at diagnosticere AIDS blot vil sige at fastslå et dødeligt udfald og placere skyld og skam på patienten eller dennes ægtefælle eller forældre. De andre diagnoser, der bruges undervejs, indeholder vigtige budskaber om, hvordan man kan forsøge at undgå dette, og hvilke handlinger man kan foretage sig for at hjælpe patienten så længe som muligt.

Hanne Mogensen er cand. scient. soc. i antropologi fra Københavns Universitet og ph.d.-studerende ved Institut for Antropologi, Københavns Universitet med projektet: Child Health among the Padhola of Southeastern Uganda. A study of cultural interpretation of health and sickness within the social context of child care. Hanne Mogensen har tidligere lavet feltarbejde i Zambia i forbindelse med et AIDS projekt og er på nuværende tidspunkt (1996) på feltarbejde i Uganda. Alle fotos af forfatteren.

Kondomer, Konflikter og Kompromis'er

LOTTE MEINERT



Edith Mukisa rådgiver lyttere, der ringer og skriver til radioprogrammet 'Capital Doctor'. Folk har alvorlige problemer og bekymringer - ikke mindst når det drejer sig om HIV og AIDS. Det er ikke altid ligetil at give et godt råd, fordi folks muligheder for at følge dem tit er begrænsede: En kvinde, som mistænker sin mand for at være HIV+, rådes til kondombrug, men hendes magt til at indføre kondombrug i ægteskabet er ofte indskrænket. Foto: forfatteren.

HIV og AIDS berører næsten alle uganderes hverdag og liv. Breve til et ugandisk radioprogram om sundhed viser, hvordan lytterne forsøger at undgå HIV truslen og samtidig leve et meningsfyldt liv. Det kræver både konflikter og kompromis'er, fordi de fleste ønsker at få børn og have et seksualliv, hvor kønsvæsker blandes.

Doktor i luften

Det er tirsdag aften, klokken er lidt over otte, og det er netop mørkt. Rundt omkring i Kampala og omegn bliver skrattende transistorradioer tunet og får skiftet batterier. Radioprogrammet 'Capital Doctor' er netop gået i luften fra en lille radiostation med åbningsreplikken: 'This is Capital Doctor - brought to you by Protector' (et kondommærke) - 'Vi svarer på alle dine spørgsmål om sundhed, HIV/AIDS, kønssygdomme, pubertet og meget mere'. Inde i studiet læses lytternes spørgsmål højt af den populære discjockey Christine. I dag besvares de af Edith Nakku, en ung kvindelig læge fra en af byens klinikker for seksuelt overførte sygdomme.

Jeg vil ha' børn men ikke AIDS

Et af brevene er fra en 24 årig kvinde i Jinja, der skriver: '....Min mand og jeg blev gift for over et år siden, men jeg er endnu ikke blevet gravid...familien er begyndt at skæve til mig, og det hele bekymrer mig meget....Før vi giftede os, blev vi testet (for HIV) og var begge negative. Gudskelov. Men nu mistænker jeg min mand for at have andre affærer og er derfor usikker på hans HIV status. Han nægter at gå til endnu en test...Jeg håber, I kan hjælpe mig ved at svare på mine spørgsmål:

1. Kan grunden til den manglende undfangelse være, at min mand og/eller jeg er HIV positive? - ned sætter HIV fertiliteten? Eller hvad kan grunden være?

2. Hvis min mand er HIV positiv, men vi stadig gerne vil have børn, er det så mindre risikabelt, hvis vi bruger kondom, og jeg derefter hælder sæden ind i mig selv - så der ikke er nogen direkte slimhindekontakt?

3. Kan det lade sig gøre at producere et barn på denne måde? Hvordan kan jeg overbevise min mand om at bruge denne metode?...

Brevet er ét eksempel blandt mange på, hvordan frygten for HIV og AIDS komplicerer mange uganderes liv. Lytternes viden om HIV er generelt høj, og spørgsmålene meget specifikke. Folk forsøger at finde måder at omgå risikoen på og samtidig forfølge andre mål i livet såsom at få børn. Frugtbarhed er generelt højt værdsat i Uganda, og fertilitetsraterne er da også blandt de højeste i verden: Hver kvinde føder i gennemsnit 7 børn! Ægteskabets formål opfattes i høj grad som at 'producere børn' til familien og klanen. Dette er en af grundene til, at prævention ikke just er populært og ikke særlig udpræget, men ofte årsag til konflikt mellem partnere og familiemedlemmer. Det er ikke ualmindeligt at forsøge at få børn, selvom den ene eller begge parter er HIV positive - og ved det. Folk håber at få et raskt barn, og chancerne er ca. 2 ud af 3. Social status hænger nøje sammen med at have børn, og at dø barnløs betragtes derfor som socialt mindreværdigt og ekstra sørgeligt.

Radio om sundhed

'Capital Doctor' sendes nu på andet år til en potentiel lytterskare på 4 - 5 millioner mennesker i en radius på ca. 100 km. omkring hovedstaden Kampala. Denne del af landet er både urban og rural, og etnisk meget blandet, især på grund af arbejdsmigration til storbyen. Den største etniske gruppe på egnen og i landet som helhed, er *baganda*. I programmet tales, synges og reklameres både på engelsk og *luganda* - de to mest talte sprog i området. 'Capital Doctor' er sponsoreret af kondomfirmaet Protector og USAID (United States Agency for International Development). Hovedformålet med radioprojektet er at forebygge HIV transmission og seksuelt overførte sygdomme ved blandt andet at fremme 'sikker sex' samt behandling af kønssygdomme. Der tales imidlertid om mange andre og relaterede emner i programmet såsom førstehjælp ved

ulykker, pubertetsproblemer, malaria, børnesygdomme, seksualitet og pleje af personer med AIDS.

'Capital Doctor' er populær blandt en stor del af befolkningen - at dømme efter brev- og telefonresponsen. Men programmet har også modstandere, der mener, at 'al den snak om sex er obscen'. Der er også dem, der mener, at programmet er lærerigt, men ikke bør høres af unge og ugifte, da der diskuteres seksuelle emner, og de unge kunne få ideer... Og det på trods af at de råd, der gives, ofte er: Udsæt din seksuelle debut! Afhold dig fra sex! Du har ret til at sige NEJ til sex og blive respekteret!

Analyse af breve som antropologisk metode

På radioen har vi systematisk analyseret indholdet af ca. 800 breve og 200 nedskrevne telefonopkald. Dels for at få et overblik over, hvem lytterne er, og hvilke emner der interesserer dem mest. Dels for at lære mere om lytternes opfattelse af sundhed og seksualitet med henblik på at kunne give relevant sundheds- og seksualoplysning i programmet.

Indholdsanalyse af breve som antropologisk metode har en række fordele, ulemper og etiske implikationer, som er værd at mærke sig. En af de umiddelbare fordele ved breve i forhold til interviews er, at folk præsenterer deres problemer og opfattelser af egen lyst og interesse. De er ikke fremtvunget af en antropologs spørgsmål og checkliste. Det skrevne format gør, at folk kan forblive anonyme og samtidig stille personlige spørgsmål og ytre sig om emner, der normalt anses for stigmatiserende at tale om.

Brevmateriale er dog ikke mere 'gyldigt' og 'ægte' end data indsamlet via andre antropologiske metoder. I brugen af breve som feltmateriale mangler man ofte dialogen og nærkontakten med informanterne. Man kan ikke altid forstå en person ud fra et brev og 'læse', om vedkommende er ked af det, lyver, har et svært el-

ler let liv og så videre. Det er heller ikke muligt at stille uddybende spørgsmål til et brev. Arbejdet med folks nedskrevne vidnesbyrd gør det imidlertid muligt at strække sig over et længere tidsforløb og et større geografisk område, end man som ene antropolog kan dække i et almindeligt feltarbejde. Til gengæld har man ingen indflydelse på hvilket udsnit af befolkningen, der bliver præsenteret, da gruppen er selvvalgt. Det er givetvis ikke et repræsentativt udsnit, da man eksempelvis kun får kontakt med folk, som kan læse og skrive, har adgang til radio, papir, frimærker og så videre.

Etisk er det problematisk, at brevskriverne ikke bliver spurgt, om deres breve må bruges til forskning, og derfor ikke kan give deres samtykke. Problemet kunne imidlertid mindskes ved at annoncere studiet i radio eller presse. I arbejdet med brevene til 'Capital Doctor' er disse metodi-

ske fordele og ulemper ved brevanalyse blevet klare. Vigtigst er nok erkendelsen af, at indholdsanalyse af breve ikke kan stå alene som metode, men må kombineres med andre antropologiske metoder som observation, samtaler og interviews for at være givtig.

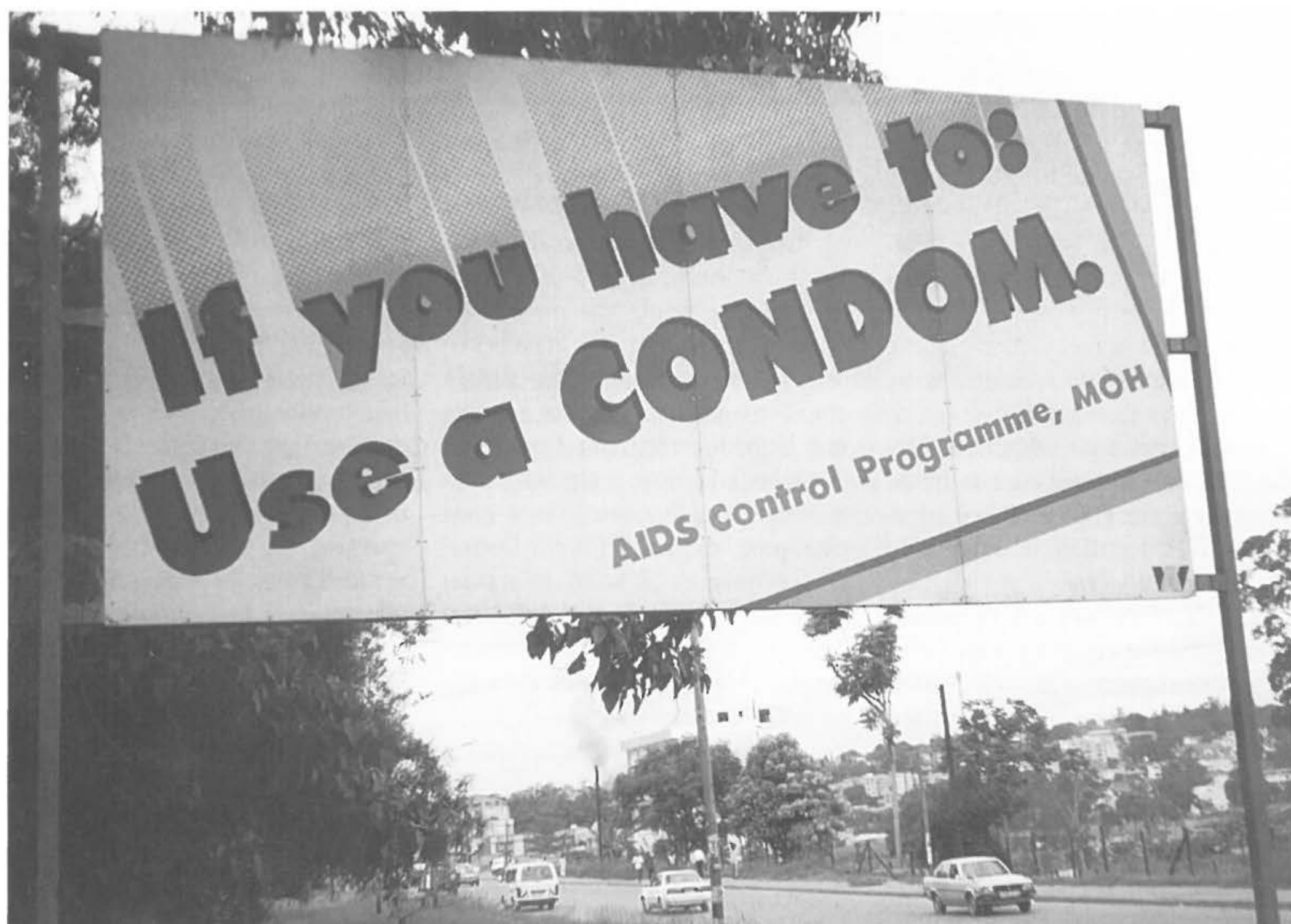
Lytterne og brevene

Analysen af brevene viser, at flere mænd end kvinder skriver til radioen: 61% mænd og 32% kvinder (7% er køns-uspecificerede breve). Den ulige kønsfordeling er desværre ganske almindelig, har lignende brevkasseundersøgelser vist. Skævheden hænger formentlig sammen med, at ugandiske mænd generelt er højere uddannet end ugandiske kvinder, samt at det almindeligvis forventes, at mænd er mere artikulerede og udadvendte end kvinder. Ugentlige rundspørger i Kampala, foretaget for radiostationen, indikerer dog, at

'Capital Doctor' programmet er mindst lige så populært blandt kvinder. Der er en tendens til, at kvinder foretrækker at ringe, hvis de har mulighed for det, fremfor at skrive til programmet. Tendensen afspejler rimeligvis, at kun ca. 45% af alle kvinder i Uganda kan læse og skrive.

Hovedparten af brevskriverne er mellem 18 og 27 år og derfor i en livsfase, hvor partnervalg og ægteskab, seksualitet og familiestiftelse er i fokus. De fleste er i et relativt fast parforhold (45%) eller gift (21%), ca. en tredjedel er 'singler' (33%), og 1% er enker. Brevskriverne har oftest en

Det seneste budskab fra sundhedsministeriet: Kan man ikke være seksuelt afholdende eller have ét, trofast parforhold, må man gå på kompromis med sine kulturelle forestillinger om seksualitet og måske religion og tage de sociale konflikter, som følger med det at bruge kondom. Foto: forfatteren.



mellemlang skoleuddannelse, hvilket ligger væsentligt over gennemsnittet for befolkningen som helhed. Vi kan ikke med sikkerhed vide, hvilke etniske grupper, brevskriverne tilhører, da folk sjældent tilkendegiver dette i brevene og oftest skriver på engelsk. Vi formoder, at gruppen er meget blandet etnisk med en lille overvægt af *bagandaer*, da disse er mangetallige i området, og da nogle beskrivelser i brevene stemmer overens med studier gennemført blandt *bagandaerne*.

Den Tavse Diskurs

Langt fra alle breve til 'Capital Doctor' omhandler eller nævner HIV direkte (ca. 30%). AIDS er én sygdom og ét problem blandt mange andre og ofte mere presserende sygdomme og problemer i hverdagen. Men AIDS diskursen er implicit tilstede i næsten alle henvendelser til radioprogrammet. Spørgsmål om hudproblemer, infektioner, impotens og kønssygdomme inkluderer ofte en beretning om brevskriverens personlige præventionsstrategi. Underforstået er, at personen ønsker en forsikring om, at problemet ikke skyldes HIV.

I brevene præsenteres selvfølgelig den del af virkeligheden, som informanten ønsker skal stå frem. Brevene kan derfor ikke bruges til at kortlægge sundheds- og seksual adfærd, men til at indkredse forskellige diskurser om AIDS og seksualitet. I det følgende ser jeg nærmere på tre områder, der alle er vigtige for HIV transmission: opfattelser af kondomer, kropsvæsker samt kvindelig og mandlig seksualitet.

Kondommyter

I løbet af de to år, 'Capital Doctor' er blevet udsendt, har vi i breve og telefonsamtaler kunnet følge en dynamisk produktion af historier om kondomer. Der er nærmest en 'tradition' for kondommyter i Uganda, som rækker langt tilbage. I de sidste måneder har folk gang på gang spurgt, om det er rigtigt, at HIV partikler er så små, at de kan trænge



Selvom AIDS ikke nævnes i alle budskaber, ved alle, hvad der tales om. Breve til radioen viser, at folk har behov for meget detaljeret vejledning, fordi det ikke er så enkelt at beskytte sig mod HIV og samtidig leve et tilfredsstillende liv. Foto: forfatteren.

igennem et kondoms porer. Bekymringerne skyldes en 'doktor', der offentligt gav udtryk for denne 'fare'. Historier om, at kondomer kan ' glide af', blive væk inde i kvinden og forårsage både sygdom og død blev diskuteret meget en overgang, men synes ikke udbredte mere. 'Capital Doctor' modtog også for en tid en lille bølge af breve fra lyttere, som foruro-ligede spurgte, om det var sandt, at 'de hvide' havde inficeret kondomer med HIV for at reducere 'den sorte race'. En del lyttere spørger fortsat, om det er rigtigt, at jomfruer ikke kan bruge kondomer (fordi de går i stykker, når mødomshinden sprænges), og om det kan være sandt, at kondomer giver folk voldsom mave- og hovedpine.

Den konstante kondomkritik og opfindelse af grunde til ikke at bruge dem kan forstås ud fra en række forhold i Uganda. Dels som nævnt de kulturelt forankrede fertilitetsværdier. Disse er i mange år blevet forstærket af den katolske kirkes forbud mod prævention. Dels en fortid med en meget høj frekvens af kønssygdomme. Kondomer blev i Uganda introduceret som forebyggelse, ikke

mindst mod kønssygdomme. De forbindes derfor af mange med sygdom, i nogle tilfælde endda død. Hvis den ene part ønsker at bruge kondom, er der risiko for, at den anden part opfatter det som et tegn på mistillid, eller på, at vedkommende allerede er smittet med en kønssygdom. Kondomer kan derfor blive katalysator for en krise i parforholdet.

Produktionen af kondomhistorier er uden tvivl også forbundet med den kulturelle forståelse af, hvad 'rigtig og god sex' er. Mange breve til 'Capital Doctor' indikerer, at 'sex' opfattes som vaginalt samleje med hudkontakt og blanding af de mandlige og kvindelige kønsvæsker.

Blandingens sødme

En 27 årig mand skriver:...'Problemet med kondomer er, at de forhindrer selve kærlighedens essens, der er at blande væskerne og 'producere' (børn)... Sødmen ved sex ligger i blandingen. Med et kondom på kan væskerne ikke blandes, og den der sødme er der bare ikke...'

Mange breve til 'Capital Doctor' handler om kropsvæsker - især sæd. Ikke kun fordi folk er bekymrede for,

om væskerne transmitterer HIV, men også fordi det generelt tillægges stor betydning, at kroppens væsker er i balance, flyder og blandes på den rigtige måde. Unge drenge, der forsøger at afholde sig fra sex, klager over rygsmærter og hovedpine, der skyldes, at sæden hober sig op i kroppen og skaber blokeringer. De er ofte bekymrede over ufrivillig sædafgang og ser det som en ventilfunktion - et tegn på, at de har for megen og for stærk sæd og derfor har behov for sex. Radioens læger foreslår nogle gange onani som en måde at 'lette trykket' på en sikker måde. Dette har fået mandlige lyttere til at stille spørgsmålstejn ved, om det ikke er spild af værdifuld sæd, og om sæden ikke kan slippe op og blive svag på denne måde.

Kvindelige lyttere er også bekymrede for deres 'væskebalance'. En 20 årig kvinde beretter: '...Min kæreste vil ikke få taget en HIV test...Kondomer giver mig hovedpine og maveproblemer...Vi har ikke haft samleje i en længere periode, fordi jeg er bange for AIDS...Jeg har tilmed ikke haft menstruation i over 2 måneder...Lægen siger, at mine problemer skyldes mangel på sex, fordi mine væsker ophober sig, og jeg trænger til en mand... Hvad skal jeg gøre?...Jeg er forvirret...'

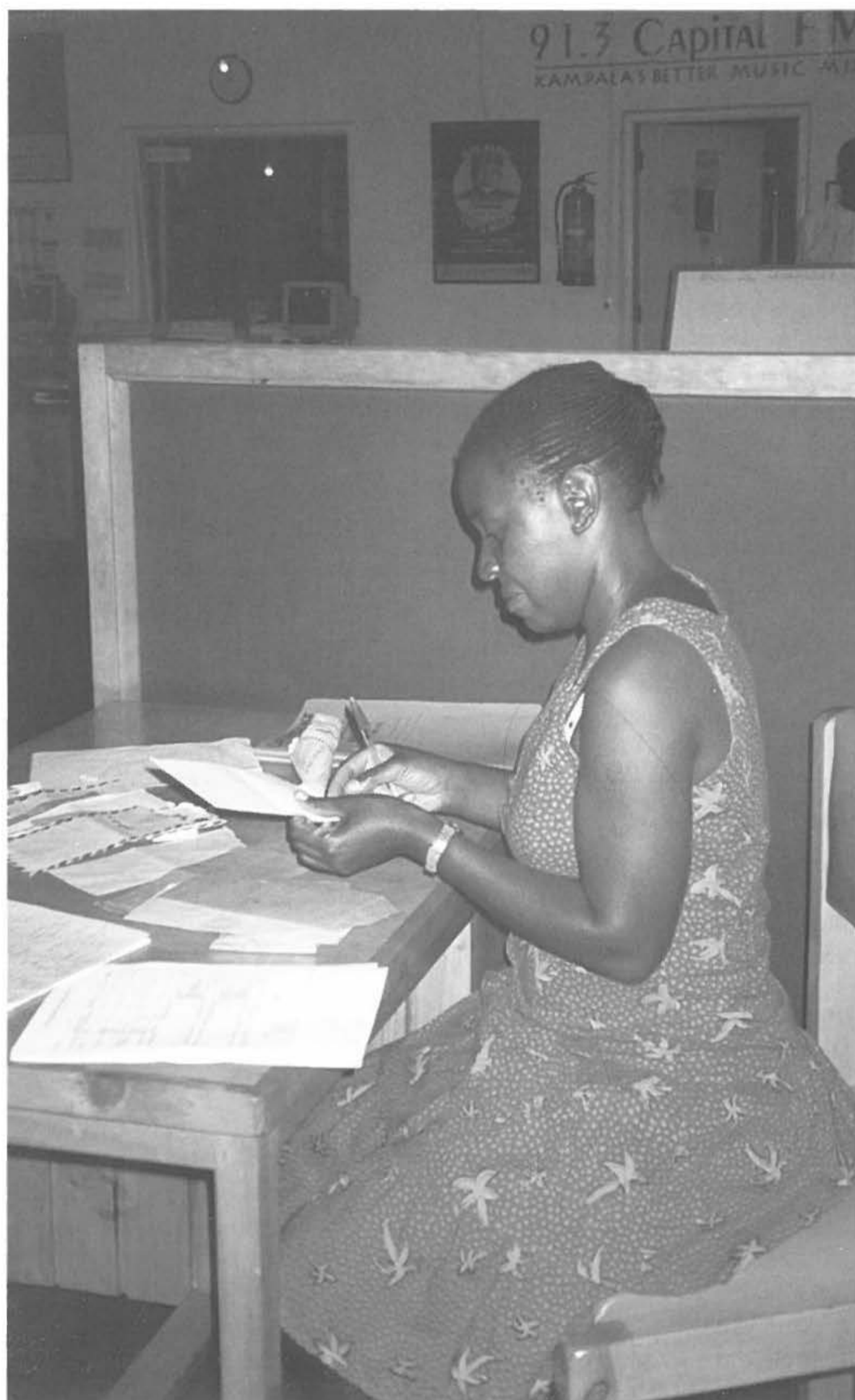
Ideerne om kønsvæsker hænger sammen med de metaforer, der traditionelt bruges til at forklare undfangelse i nogle dele af Østafrika. Undfangelsen sker via blandingen af 'blod'. Mandens sæd opfattes som 'det hvide blod' og kvindens menstruation som 'det røde blod'. Fostret lever af begge typer 'blod', hvilket nødvendiggør gentagne samlejer under graviditeten. Opfattelsen af kønsvæsker som 'mad' udtrykkes også tit i 'Capital Doctor' brevene. Folk spørger, om det er sandt, at sæd får pigers bryster og bagdele til at vokse, og om hvorvidt sex er nødvendigt for normal udvikling af både drenge og pigers primære kønsorganer og reproduktive evner.

Seksuelle Idealtyper og kønsrelationer

Idealmanden i seksuel forstand - som han i forkortet form træder frem i brevene til 'Capital Doctor' - har en meget kraftig seksualdrift, som én kvinde ikke kan tilfredsstille. Derfor må han nødvendigvis have flere seksuelle partnere. Han er meget potent - kan klare mange 'runder' (af erektion, vaginalt samleje og udløsning),

og han producerer en stor mængde sæd. Den ideelle kvindelige seksualpartner er til at begynde med jomfru, hun er sin mand seksuelt trofast, hun siger altid nej til sex - men mener det ikke altid, hun er aktiv i samlejet og får orgasme - helst kvindelig ejakulation. Sidst, men ikke mindst er hun meget frugtbar.

Det er indlysende, at dele af disse idealtyper - især for mandlig seksualitet - ikke er befordrende for 'sikker





AIDS budskab med bloddryppende skræmmeeffekt. Stigmatisering og diskrimination af AIDS syge er et problem, men skaber budskabet her tolerance eller paranoia? Foto: forfatteren.

sex'. Brevene til 'Capital Doctor' viser, at idealtyperne er meget sejlivede, men at de også diskuteres og revurderes. Den 'rigtige mand' fremstilles således af visse brevskrivere som 'ansvarlig, oplyst og præventionsbruger'. Idealtyperne er også årsag til megen usikkerhed: Mange mænd spørger bekymrede, om de er unormale, fordi de kun kan klare få 'omgange' på en aften. Der er højt sandsynligt tale om idealbilleder, som ingen lever op til, men som alle tror 'de andre' eksemplificerer.

I det officielle forebyggelsesarbejde har man først og fremmest valgt at støtte de 'AIDS sikre' dele af idealtyperne såsom kvindelig jomfruelighed til ægteskabet og troskab herefter. Det stiller imidlertid høje krav, især til kvinder, der i byområderne

gifter sig senere end tidligere på grund af uddannelse og karriere. Den næstbedste løsning ifølge det officielle budskab er at bruge kondom: 'If you have to... - Use a condom!' Men kondomerne kræver, at folk går på kompromis med deres idealer om seksualitet, eftersom væskerne ikke kan blandes, og børn ikke kan undfanges.

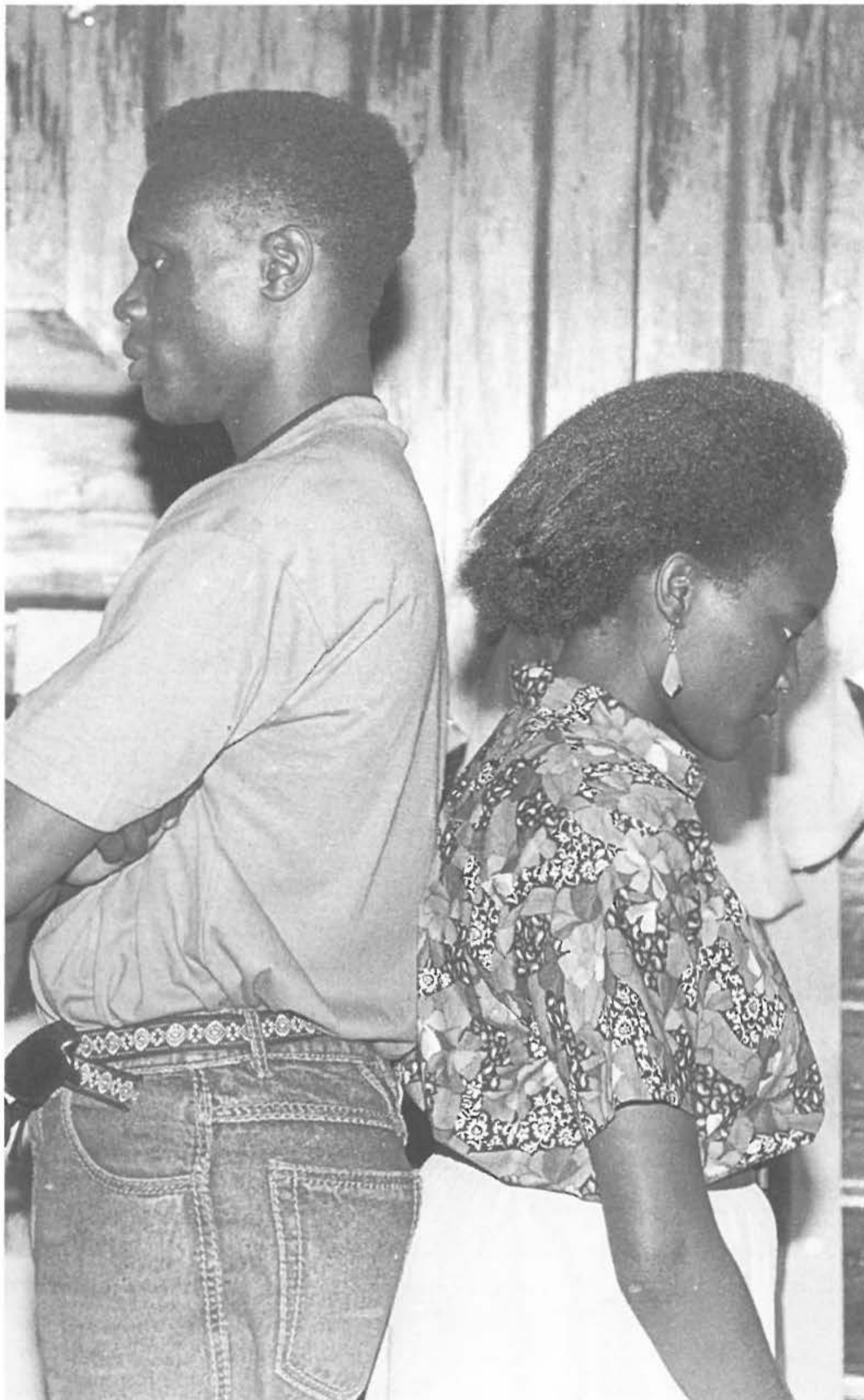
Den Svære Dialog

At beskytte sig mod AIDS i Uganda er en kompliceret sag, ikke kun på grund af kulturelle forestillinger om seksualitet og prævention, men også i høj grad fordi seksualiteten er del af en social kontekst, hvor kønsroller, status og disse kulturelle forestillinger forhandles og defineres. Brug af kondom kræver således ikke bare kul-

turelle kompromis'er, men udgør også potentielle sociale konflikter. Manden 'bør' tage beslutningen og initiativet til at bruge kondom. Kvinder har generelt ikke meget at skulle have sagt i den beslutningsproces. 'Kræver' kvinden, at manden bruger kondom, kan det opfattes som en anklage for utroskab. Hvis manden har en elskerinde, må konen være ekstra diplomatisk, da elskerinden er en potentiel kone nr. 2, hvilket kan forværre førstekonens status - både økonomisk, socialt og i forhold til HIV.

Det tidlige AIDS oplysningsarbejde i Uganda bar, som mange andre steder, præg af skræmmeekampagner med dødningehoveder, blod og anden gru.

Ligesom andet feltmateriale viser brevene til 'Capital Doctor', at man i forebyggelsesarbejde ikke kan nøjes



Ingen kompromis'er uden konflikt... Fra et teaterstykke om gruppepres og seksual debut, arrangeret af anti AIDS bevægelsen 'True Love Waits'. Foto: Jimmy Adriko.

med at 'oplyse' og skræmme folk med AIDS fakta. Der er et udtalt behov for dialog om seksualitet, prævention og kønsrelationer. Folk har brug for råd og detaljerede svar på specifikke spørgsmål om, hvordan de bedst kan manøvrere uden om HIV truslen og samtidig leve et 'godt liv'.

Lotte Meinert er Cand. Phil. i etnografi og socialantropologi ved Aarhus Universitet. Hun har beskæftiget sig med seksualitet, AIDS, sundhed og kommunikation i Uganda de sidste 2 år. I forbindelse med radioprogrammet arbejdede hun som researcher i en kortere periode.

Supplerende litteratur:

Barton & Wamai: Equity and Vulnerability: A Situation Analysis of Women, Adolescents and Children in Uganda 1994. The Government of Uganda & Uganda National Council for Children 1994.

Meinert, Lotte: Evaluation of the Safeguard Youth From AIDS movement and Straight Talk. Draft Report UNICEF 1995.

Moodie et.al: An Evaluation Study of Ugandan AIDS Control Programme's Information and Communication Activities. WHO & ACP 1991.

Rwabukwali & Kirumira: Decision making, Sexual Behaviour and the Acceptability of Condoms to Ugandan Males. WHO 1990.

Uganda ligger i Østafrika, omgrænset af Kenya, Sudan, Zaire, Rwanda og Tanzania. Befolkningstallet er ca. 19 millioner. Med en vækstrate på 2,5 % kunne befolkningen være fordoblet om 28 år, men raten vil i de kommende år påvirkes blandt andet af høj dødelighed på grund af AIDS. Forsørgerbyrden bliver ekstra tung, fordi det er den arbejdsdygtige del af befolkningen, der rammes af AIDS.

Uganda er blandt de lande i verden, der har flest rapporterede AIDS tilfælde (46,120 i 1994, Sundhedsministeriet), og forskellige kilder skønner, at mellem 10 og 25% af befolkningen er smittet med HIV. Selvom raterne stadig er høje, er der håbefulde tegn på, at epidemien er ved at stabilisere sig i visse urbane områder. Udviklingen er formodentlig hjulpet af den åbne og tidlige AIDS politik, som regeringen har ført, og er et vidnesbyrd om, at holdninger og seksualvaner ændrer sig.



AIDS-epidemien og efterladte børn

ELSE LILLEBÆK NIELSEN

Nu som aldrig før må børn i den 3. verden klare sig selv. Det må de af flere årsager. Mange på grund af krigshandlinger i deres land eller på grund af den omsiggribende AIDS-epidemi. For børn i Uganda har begge årsager været aktuelle. Der er nu fred i landet, men epidemien er for alvor slået igennem. Ugandere i forældregenerationen dør i stadig større tal af AIDS. Mange af deres børn vil være blandt dem, der står alene tilbage uden voksne til at tage sig af dem.

En gruppe gadebørn samlet omkring Ugandas Frihedssymbol. Statuen viser et barn løftet op i friheden - det nye Uganda. Det nye Uganda vil i bogstaveligste forstand komme til at bestå af 'frie' børn i en grad, kunstneren ikke kunne have forudset.

Vi tænker ikke umiddelbart over, at det måske er de efterladte børn, der rammes hårdest af AIDS-epidemien. Historien om David kan give os et billede på, hvad der sker for mange børn, når en eller begge forældre pludselig er væk.

David er fjorten år og bor for øjeblikket hos sin farmor. Faderen er for nylig død af AIDS. Moderen flyttede, da han begyndte at blive syg. Familien har ikke haft kontakt med hende siden. Foruden David bor her også to fastre med deres fire børn - den yngste er 2 år. David er den ældste søn og derfor nu familiens overhoved. Han er arving til et lille jordlod, som han har ansvaret for bliver dyrket. Men farmoderen er nu selv syg. Hun har passet sin døende søn og kan selv være blevet smittet. Også de to fastre viser tegn på AIDS i udbrud. Om kort tid står David måske ikke blot alene med et jordlod, der skal dyrkes, men også med 4 mindre børn, der skal forsørges. De to fastre har i perioder levet som prostituerede - hvilket ikke er usædvanligt for unge kvinder i området - det gør det vanskeligt at finde deres fædre, som har pligt til at tage sig af dem. Der er ingen andre slægtninge tilbage. De er, som tusindvis af andre i Uganda, hvad vi kalder 'forældreløse børn'.

'Forældreløs' - et ukendt begreb

Begrebet 'forældreløs' er ret nyt i det ugandiske samfund. Der findes ikke et ord, der dækker begrebet på lokal-sprogene. Børn her har ikke kun et tilhørsforhold til de biologiske forældre, men til hele faderens klan. Der har været tradition for, at børn har cirkuleret mellem faderens brødre. Dette har især været gældende for



drengene, der har arveret til jorden. Har en familie kun haft døtre, har det været naturligt for den at fostre en dreng fra en af faderens brødre. Denne dreng har så kunnet overtage jorden og således bevare den i klanens besiddelse. På samme måde har den haft forsørgerpligt over for børn født inden for klanen. Børn har aldrig stået alene, selv om de har mistet deres biologiske forældre. De er blevet indoptaget og opfostret på lige fod med fosterfamiliens øvrige børn.

Med de forandringer, der er sket i det ugandiske samfund - mod et moderne samfund, hvor familier flytter væk fra deres oprindelige områder for at arbejde i administrationen eller i det private erhvervsliv, bliver det tætte, traditionelle tilhørsforhold til klanen brudt op. Der bliver større forskelle mellem livet i landsbyen og i byen. Disse forskelle gælder også børnenes opvækstbetingelser og uddannelse. Men at forsørge og uddanne en stor børneflokk er i dag en økonomisk byrde, såvel i byen som på landet, som mange ikke magter. Dette svækker børnenes traditionelle sikkerhedsnet.

At et barn er 'forældreløs' betyder i Uganda, at det har mistet den ene eller begge forældre. Det er ikke ligegyldigt for de efterladte børns situation, om det er moderen eller faderen, der først bukker under for epidemien. Er det faderen, står moderen i en meget vanskelig situation. Hun vil i mange tilfælde være afhængig af hendes afdøde mands klan. Den vil afgøre, om hun kan blive boende i huset, og hvis der er jord, om hun kan beholde den. Al ejendom og jord tilhører i et ægteskab manden og efter ham hans brødre og

Det er tid at tilberede frokosten. En gruppe gadebørn i Kampala samles på deres tilholdssted og laver mad over et bål. De er omkring 20 drenge og har her fundet sig et sted, hvor de kan være i fred. Her kan de sove trygt om natten uden at blive overfaldet og chikaneret af politiet.

klan. Han kan have fået tildelt jorden fra klanen ved sit giftemål. Ved hans død vil klanmedlemmerne ofte kræve den tilbage. Hans efterladte kone og børn kan derfor jages væk fra deres hjem og eneste indtægtskilde. Da børnene har et tilhørsforhold til klanen, vil de ældste måske blive optaget i en fosterfamilie, mens moderen vil tage de mindste med sig. Hun kan nu vælge at finde et nyt sted at slå sig ned eller at tage tilbage til sin egen familie.

Når det er faderen, der bliver ladet tilbage med børnene, har de større mulighed for at blive sammen i hjemmet. Ofte vil faderens søstre hjælpe til - lave mad, vaske børnenes tøj og passe de mindste - bedsteforældrene vil være i nærheden og tage børnene til sig, når og hvis de er de sidste tilbage i slægten. Det er således ikke usædvanligt, at bedsteforældre opfostrer flere af deres sønners børn - der kan være en flok på op til 20 i alle aldre.

Det er en stor psykisk påvirkning, børnene bliver udsat for, når de mister den ene eller inden for kort tid begge forældre. Først har de været igennem den afdødes langvarige sygeleje. Alle familiens ressourcer er blevet brugt på den syge til medicin og pleje. Ressourcer, der er blevet taget fra især mindre børn, der kan blive udsat for et direkte omsorgssvigt gennem en længere periode. Familiens ressourcer er derfor ofte helt i bund på det tidspunkt, hvor kisten lukkes og en far eller mor lægges i graven. Hvis børnene ikke allerede er taget ud af skolen på grund af manglende penge til skole og uniform, er det ofte det næste, der sker. Sammen med savnet af den afdøde vil mange opleve så store omvæltninger i deres liv, at de kan have svært ved at klare det.

Tabet af barndommen

Når familien er blevet opløst - moderen er måske alene, eller hun har fundet en ny mand at leve sammen med, må børn fra 8 - 9 år ofte hjælpe

med til at forsørge dem alle. De vil i byerne søge ind til de store markeder og prøve at tjene lidt penge ved at udføre småjobs for de handlende - laste og losse lastbiler - bære varer og indkøbstasker. De vil opholde sig på gaden om dagen, men vende tilbage til hjemmet om aftenen og overnatte her. Børnene har i en tidlig alder lagt barndommen bag sig og er tilsyneladende i stand til at klare sig selv. Tilknytningen til familien kan hurtig brydes i det øjeblik, barnet finder forholdene i hjemmet for vanskelige. Nye forhold mellem moderen og en samlever vil ofte være ustabile og måske præget af et alkoholmisbrug. Flere og flere børn forlader deres hjem for at leve på gaden som 'hel-tidsgadebørn'. Men det er et hårdt og usikkert liv, der venter dem her. Den eneste mulighed, de har for at overleve, er at slå sig sammen i grupper og hjælpe hinanden. Umiddelbart oplever de en stor frihed ved at være sluppet væk fra familiens problemer, men afhængigheden af gruppen medfører, at den nyankomne må indordne sig under gruppens normer - det gælder også, når der om aftenen skal sniffes lim og ligthergas. Når børnene er nået hertil, er de meget vanskelige at nå, og der må en egentlig resocialisering til, før de igen kan optage deres afbrudte skolegang eller påbegynde en faglig oplæring.

Børn som forsørgere

Når det først er nu, vi for alvor kan begynde at se virkningen af de mange dødsfald og opbrudte familier, er det fordi, det traditionelle system omkring børn langt hen af vejen har kunnet opsuge de efterladte børn. Men antallet af forældreløse børn er nu så stort, at mange familier ikke længere har ressourcer til at fostre flere. Problemet er ikke lige stort over hele Uganda. Værst står det til omkring Victoriasøen, langs med hovedvejen fra Nairobi i Kenya til Kampala og videre ned til den tanzanianske grænse. Det er her, vi kan finde hushold som hos David, hvor der kun bor



Når der er 60 børn, der skal have mad på samme tid, kan der ikke blive en tallerken til hver. Det er trygt at bo på et børnehjem, men det er desværre også en alt for dyr løsning på problemet omkring de mange forældrelose børn. Det er ikke regeringens politik at oprette børnehjem, da børn på institutioner ligger langt fra en Ugandisk tankegang. Der er ca. 47 børnehjem. De fleste er helt afhængige af midler fra udenlandske donorer.

børn, og hvor børn er forsørgere for mindre søskende i en alder af 12 -13 år.

Der vil vokse børn op, som vil være påvirket af mangel på socialisering og tab af kultur, som forældrene under normale forhold ville have givet dem. Det stærke tilhørsforhold til familie og klan, som har været karakteristisk for afrikanske samfund, er for disse børn i fare for at blive erstattet af følelsen af rodløshed og manglende identitet. Det er en situation, der vil gøre deres voksentilværelse meget vanskelig.

Som tidligere nævnt er Uganda på vej mod et moderne samfund, hvor de unges muligheder ligger i de større byer. For at kunne gøre sig gældende her, er det helt afgørende med en god skolegang. Men mange af Ugandas børn vil som nævnt, komme til at stå uden skolegang, da der ikke vil være nogen til at betale deres skolepenge. Hvordan denne udvikling vil komme til at påvirke Ugandas fremtid er vanskelig at forudsige. Men tabet af en stor del af en forældregeneration vil uden tvivl sætte sine spor.

Else Lillebæk Nielsen er mag. art. i etnografi og socialantropologi fra Moesgård 1990. Hun har opholdt sig i Uganda i 1994 - 95 og været tilknyttet Red Barnets regionale kontor i Kampala.

Foto: Forfatteren

En snak om AIDS

en skildring af en lokal AIDS-organisation

MICHAEL A. WHYTE

Hung'aya betyder 'lad os tage en snak'. Det var navnet på et AIDS-oplysningsprogram, der blev udviklet i 1992 af en mindre gruppe banyole i det sydlige Uganda. Men det er ikke altid så let at snakke sammen, og selv på landsbyniveau afspejler og henviser samtalen til social og kulturel kompleksitet samt historisk erfaring.

I Uganda som i det meste af Syd er AIDS-programmer finansieret og inspireret af Nord. Som sådan har programmerne været genstand for den kritik, der har været rettet mod udviklingsindustrien generelt. De har været beskyldt for manglende opmærksomhed på kulturelle forhold og sågar for undertiden slet ikke at have kulturel relevans. Fonde til AIDS-arbejde går til uddannelse og forskning, der alt for ofte er inspireret af en nordlig dagsorden. I Ugandas landdistrikter efterlyser lokalbefolkningen medicin, sæbe og sengetøj til patienter samt skolepenge til forældreløse og støtteordninger for enker og børn. Lokale NGO'er og såkaldte græsrodsorganisationer er blevet foreslået som alternativ til vertikale programmer og 'hegemonisk' nordlig indblanding, idet det formodes, at sådanne organisationer repræsenterer lokalsamfund, der igen antages at være territoriale enheder placeret på landet. Sådanne lokalsamfund forventes at vide, hvad man har brug for, og hvad man ikke har brug for.

I artiklen skildres en lokal AIDS-organisation, der først blev kaldt *Hung'aya* og senere blev omdøbt til 'the Banyole AIDS Initiative'. Formålet er ikke at beskrive nok en græsrods succes, og faktisk står det ikke

klart, om organisationen overhovedet har været en succes. *Hung'aya/Bunyole AIDS Initiative* er især interessant, fordi det illustrerer det komplekse samspil af strømme af viden, autoritet og magt, som er karakteristisk for AIDS-oplysning og i det hele taget for meget af det, der kaldes udvikling. I den forstand står *Hung'aya* for et andet slags lokalsamfund: et moderne og universalistisk snarere end traditionelt og territorielt.

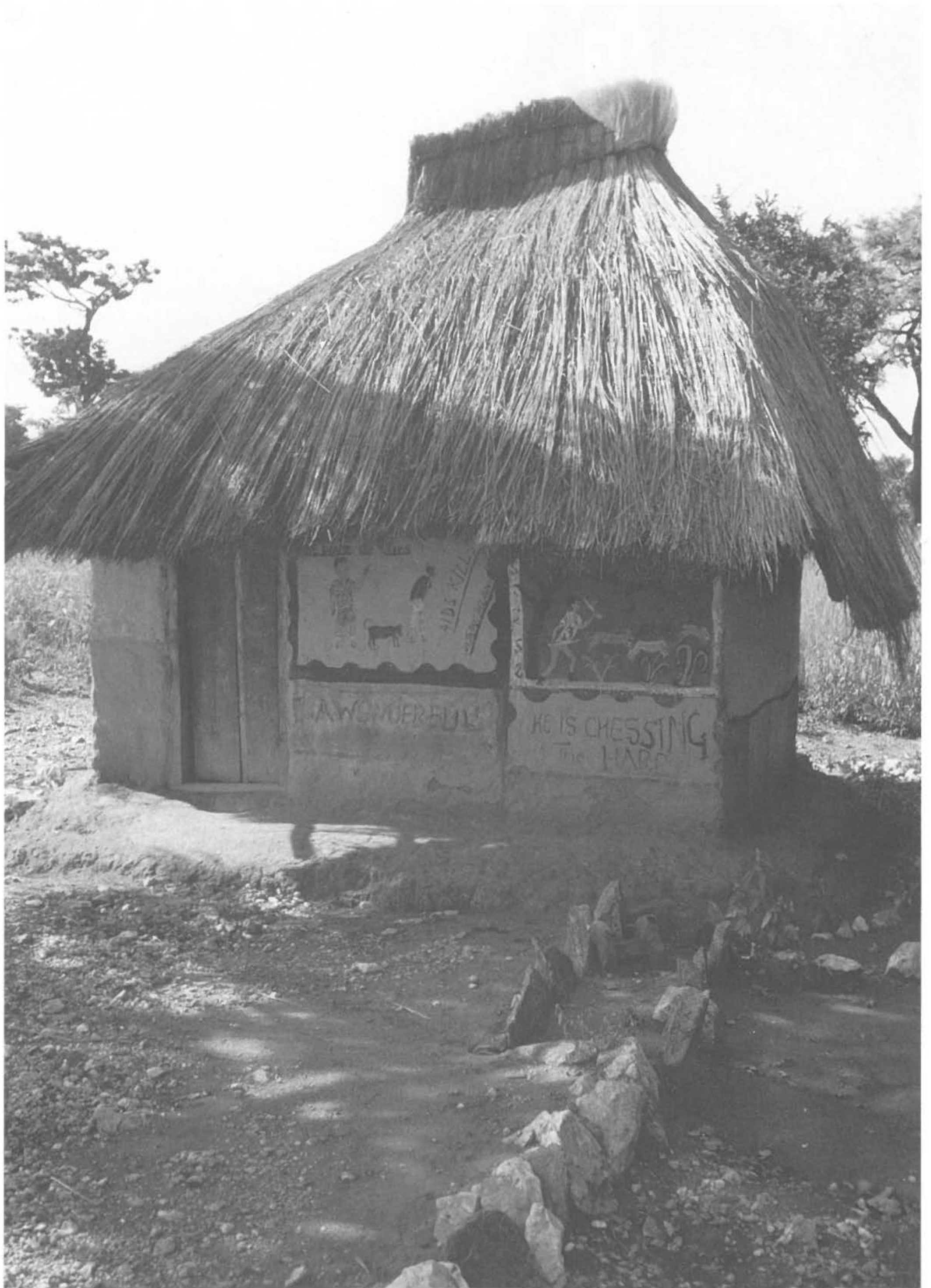
Hung'aya er også interessant, fordi organisationen er sekterisk i praksis om ikke i ånd. Hovedaktørerne er kristne, og organisationen er meget afhængig af den protestantiske Church of Uganda, mens der i amtet som sådan lever et betragteligt antal muslimer og katolikker. Begrebet trossamfund spiller her en væsentlig rolle, om end det ofte er blevet overset af antropologer og udviklingsteoretikere. Sådanne trossamfund og de organisationer, som de udvikler og opretholdes af, er i dag lige så grundlæggende afrikanske som etnicitet eller gerontokrati, og en stor del af deres lokale betydning er paradoksalt nok baseret på forbindelser til bredere sociale og moralske universer. Historien om *Hung'aya* kan således også ses som endnu et eksempel på trossamfundets betyd-

ning og begrænsninger for AIDS-oplysning.

Baggrund: Ris og AIDS

Banyole, der lever i Bunyole, udgør en af i alt fem etniske grupper i Tororo distriktet i det sydøstlige Uganda. For bantutalende ugandere angiver forstavelsen bu- et sted - i dette tilfælde navnet på et amt: Bunyole, mens forstavelsen ba- angiver et folk: banyole. I 1969 var banyole bomuldsdykere med en veludviklet og varieret subsistensøkonomi. Et sammenbrud i marketingsstrukturerne for bomuldsdyrkningen betød imidlertid, at banyole i stigende grad vendte sig mod dyrkningen af subsistensafgrøder. En kinesisk plan for risdyrkning, der påbegyndtes under Amin, udviklede sig kraftigt i store dele af amtet op gennem 1980'erne og førte til et egentligt risboom i dette årti. Ris tiltrak handelsfolk, der på deres side bidrog til udviklingen af markedet for madafgrøder.

Ris var ikke den eneste nye udvikling i 1980'erne. AIDS-epidemien, der først blev noteret i det sydvestlige og centrale Uganda, spredte sig østover. Da *Hung'aya* blev etableret i 1992, var AIDS den hyppigst rapporterede dødsårsag for personer over 16 år på 30 af Ugandas hospitaler, svarende til 14,4% af dødsfaldene. Ugan-



das AIDS-kommission har angivet, at 20% af den seksuelt aktive befolkning er HIV-positiv.

I selve Bunyole har der ikke været gjort forsøg på at måle omfanget af AIDS. På baggrund af gentagne feltophold fra 1988 til 1995, forekommer det mig, at den offentlige forståelse af epidemien har gennemløbet tre faser. Den første fase varede til omkring 1990, og i denne periode blev folk bekendt med AIDS som følge af oplysningskampagner og kontakter til bunyole i byerne samt handelsfolk fra det centrale Uganda. Alligevel var selve sygdommen lokalt usynlig i denne periode. Få om overhovedet nogen dødsfald blandt amtets beboere blev tilskrevet AIDS. Dog gik der historier om banyole, som efter at være bosat i byerne vendte hjem for at dø.

I løbet af anden fase (1991-93) blev AIDS stadig mere synlig, og en del banyole begyndte at identificere dødsfald blandt naboer og bekendte med AIDS. Interview foretaget i 1992-93 viste, at mange yngre mennesker havde et meget klart billede af sygdommen, dets symptomer og prognose. De var også bekendt med oplysningskampagnerne grundlæggende budskab: kyskhed, troskab og beskyttelse. Der gik historier om faren ved kontakt med fremmede, og en kvinde nævnte for eksempel, hvor let det var for handelsfolk at indgå midlertidige seksuelle forhold: 'Vi kvinder kan købes for et stykke fisk per nat. Vi kan dø for et stykke fisk'. Det var også i denne periode, at man nu og da kunne høre enkelte erkende, at de var ved at dø af AIDS.

I 1994 befandt Bunyole sig i den tredje fase, og AIDS var nu mere end synlig. Naboer blev overvåget for sygdomstegn, og de fleste dødsfald blandt voksne blev tilskrevet 'vores nye sygdom', dog sjældent af et medlem af den nære familie. Spekulationer over folks HIV-status var blevet hver-

Når de unge mænd bliver seksuelt aktive, bygger de eget hus, som de dekorerer.

dagskost, selv om det nemt kunne blive opfattet som en fjendtlig handling åbent at diskutere, hvem der muligvis stod for tur. En del lokale, herunder hospitalspersonalet, hævdede, at de kunne se, om folk var HIV-positive. I 1995 fortalte en AIDS-medarbejder mig, at der var dukket 40 til 60 'nye tilfælde' op mellem marts og juni, og det formodedes, at der var flere skjulte tilfælde. Disse 'tilfælde' var ganske vist socialt tilskrevet, idet der ikke forelå nogen medicinsk test, og AIDS-medarbejderen ikke havde set alle disse folk, men oplysningen siger noget om opfattelsen af sygdommens omfang.

Historien om Hung'aya

Hung'aya var inspireret af et besøg udefra i 1991, hvor en ældre, britisk gejstlig opholdt sig hos ærke diakonen i Bunyole, *the Venerable Zebulon Mung'esi*. AIDS var allerede velkendt på det tidspunkt som følge af blandt andet oplysningskampagner på Bunyoles skoler i 1988, men de fleste personer med AIDS blev enten associeret med rishandel eller livet i byerne. Sygdommen blev altså primært set som en trussel udefra, selv om nogle var opmærksomme på problemet med AIDS-ramte og handelsfolks ægtefæller og partnere.

De to gejstlige var interesseret i ungdomsarbejde, og der blev arrangeret møder med unge kristne fra hele amtet. Disse unge orienterede sig udad med hensyn til uddannelse, job og inspiration, og mange af dem bevægede sig 'ude' i lige præcis det miljø, som regnedes for farligt. De spurgte deres britiske gæst om medicin mod AIDS fra England og fik at vide, at oplysning var den eneste medicin. Ærke diakonen og en yngre medarbejder, Bethwell Nandiaki, udviklede siden det forslag, der førte til Hung'aya. Projektet skulle placeres i Busolwe, amtets vigtigste og kraftigt ekspanderende handelscenter, der tiltrak 'smukke unge', som kom for at handle og more sig.

AIDS-oplysningen skulle kombineres med rådgivning og kristent fæl-

lesskab, og programmet rettede sig især mod ungdommen. Dels fordi de tilhørte en risikogruppe, og dels fordi de repræsenterede en magtfuld gruppe, som i AIDS-oplysningens tjeneste kunne mobilisere amtet som helhed. Endelig var det meningen, at programmet skulle kædes sammen med etablerede AIDS-programmer og trække på deres ekspertise, viden og økonomi. Et særligt attraktivt aspekt ved Hung'aya var forslaget om selv at skaffe løbende indtægter til støtte for projektets aktiviteter. Eksterne fondsmidler (ca. \$1000) skulle bruges til køb af cykler, der skulle tjene som landtaxaer, kørt af unge tilknyttet projektet.

Planen for Hung'aya eksisterede i nogle måneder som et trykt manuskript med budget. Mod slutningen af 1992 var finansieringen delvist sikret (fra en amerikansk kirke) og de første cykler indkøbt. Ud over Mr. Nandiaki, der forblev i Buslow som koordinator, blev to erfarne og engagerede folk ansat som zoneledere i den vestlige og østlige del af Bunyole. Disse tre personer fik en beskedent løn (henholdsvis \$12 og \$6 om måneden) plus rejsepenge.

Gennem hele 1993 kæmpede Hung'aya med cyklerne i et forgæves forsøg på at skabe indtægt, men cyklerne brød sammen en efter en. Der var samtidig ikke udsigt til yderligere fondsmidler, og der blev heller ikke gjort forsøg på at samle penge ind i lokalsamfundet. De tre ansatte blev fortsat aflønnet af den oprindelige projektfond. Mung'esi, programmets overhoved og drivkraft, forblev imidlertid engageret i sagen, og han blev kendt for sine prædikener og taler om nødvendigheden af at se AIDS i øjnene, at acceptere HIV-smittede og AIDS-ramte og at tale åbent om emnet. Disse ord nåede flere folk i Bunyole end noget andet budskab om AIDS.

Det mislykkede cykelprojekt skabte et troværdighedsproblem for Hung'aya i tilgift til de økonomiske problemer. Planer om et ungdoms-



center i Buslowe måtte opgives, og der blev lagt stigende vægt på 'hyrdearbejde' og oplysning i zonerne. Man holdt møder med protestantiske (og nogle katolske) menigheder og indledte et arbejde med kirkelige ungdomsgrupper og kor. Der blev også taget kontakt til den muslimske befolkning (10-20% af Bunyole), men uden større held.

Trods det mislykkede cykeltaxaprojekt og den träge udvikling af lokale aktiviteter søgte Hung'aya ihærdigt at koble sig på andre AIDS-programmer. Deltagelse i *the Tororo District Behavioral Change Workshop* i april 1993 gav medarbejderne lejlighed til at møde statsrepræsentanter og professionelle rådgivere. Senere på året havde Hung'aya held med at skabe en vedvarende kontakt til *the Uganda AIDS Control Programme* (ACP) i kraft af deltagelse i endnu et distriktsseminar. Mung'esi var imidlertid utilfreds med antallet af fremmødte på seminarets første dag, og han fik rekrutteret yderligere deltagere fra Bunyole med det resultat, at der dagen efter mødte i alt 18 banyole op, heriblandt lokale politiske ledere, folk fra eliten og Hung'aya medarbejderne. ACP'erne var imponeret over denne opbakning fra lokalsamfundet og indvilgede i at finansiere et seminar i Bunyole i 1994. Uanset om dette var en ren sejr for Hung'aya, var det under alle omstændigheder den sidste under det navn. Regering og donorer foretrækker tilsyneladende, at deres græsrods partnere er territoriale frem for etniske, og fra midten af 1993 blev Hung'aya til *The Bunyole AIDS Initiative*. Den største AIDS-begivenhed i 1994 var et uddannelsesseminar på amtsplan med 120 deltagere og fem dages forelæsninger og gruppearbejde.

Hung'aya var fra sin spæde start et produkt af det, Ulf Hannerz ramende har kaldt kulturelle strømme. Nyole ærke diakonen og hans gamle ven, den engelske kannik, mødes i Bunyole og forbindes på tværs af rum og lokalsamfund. Ideen til Hung'aya, der blev affødt af dette besøg, afspej-

lede oprigtig lokal interesse og engagement, men også organisatoriske færdigheder og forbindelser, der er en del af den religiøse tradition og 'vestlige' skoling i Uganda. Hung'aya kom til udtryk i Bunyole, men var aldrig kun nyole, og som vi har set, begyndte organisationen meget snart at orientere sig udad.

Hovedaktører: engagement, vision, erfaring

Beskrivelsen af Hung'aya/Bunyole AIDS Initiative har i det foregående primært fokuseret på det organisatoriske arbejde, men det er vigtigt ikke at underkende aktørernes oprigtige engagement og den betydning, de har haft med hensyn til ændring af normer blandt nyole for, hvad der overhovedet kan siges i en kriseagtig situation. Som vi skal se, har de forsøgt at skabe en kontekst, der muliggør en diskurs om AIDS i Bunyole.

Mung'esis autoritet inden for organisationen skyldes grundlæggende, at han har indgivet medarbejderne en følelse af at arbejde for en fælles, højere sag. Men den fælles sag er afstemt med erfaring i den større verden. Ærke diakonen har arbejdet i Kampala og læst i England, hvilket giver ham mulighed for at knytte forbindelser og udstikke retningslinjer med videre. Han fremstår således som en slags magtmægler.

Projektets feltarbejdere befinder sig på et lavere niveau, hvad angår prestige og autoritet. Tito Mwima er en midaldrende mand, der afsluttede mellemskolen i 1960'erne og tilbragte over ti år med skiftende kontorjob i Kampala, til han i 1979 vendte tilbage til Bunyole. Loys Migamba er en yngre, jordemoderuddannet kvinde, som dyrker sit eget stykke jord sammen med sine børn. Hun er en uafhængig og respekteret kvinde med en atypisk status i det patriarkalske Bunyole. Begge deltog i det første distriktsseminar i Tororo i 1992.

Tito Mwima og Loys Migamba arbejder med kirke- og skolegrupper,

giver personlig rådgivning og besøger folk med AIDS, men ofte taler de ikke eksplicit om AIDS. Loys Migamba arbejder desuden med kvindegrupper og individuelle kvinder. De er begge protestanter og fortalere for oplysning og 'moderne' værdier samtidig med, at de er integreret i dagliglivet i landsbyen, zonen og amtet. Til forskel fra ærke diakonen og 'topfolk' indtager de ikke en position, der gør det muligt for dem at bruge deres erfaring med forskellige sociale verdener for at tiltrække resurser eller lave politiske aftaler. Alligevel trækker deres arbejde som AIDS-oplysere på deres dobbelte orientering. De skal være tilstrækkeligt lokalt orienterede til at vide, hvad 'folk har på hjerte', nemlig frygten for HIV-smitte eller AIDS. Samtidig skal de kunne distancere sig for at kunne trække på et universelt kodeks, der gør dem i stand til at italesætte traditionelt følsomme seksuelle emner. Det sidste er ikke blot forbundet med indlæring af et særligt AIDS-ordforråd. Det er også nødvendigt at være anerkendt som en person, der i kraft af uddannelse og indsigt er berettiget til at sætte reglerne for en dannet diskurs.

Trossamfund: kristendom, islam og AIDS-oplysning

Tito Mwima og Loys Migamba er enige om, at deres største udfordring ligger i at nå ud til deres muslimske naboer. Men hvor det er helt almindeligt at bruge den kristne gudstjeneste til at diskutere AIDS, er det helt udelukket at bruge den muslimske fredagsbøn til dette. Som Tito Mwima formulerer det: 'Før bøn er de hjemme, under gudstjeneste kan jeg ikke komme ind, fordi jeg er uren (med mit AIDS-budskab), og efter bøn spredes de for at gå hjem og spise'.

Der er mange muslimer i Bunyole, måske 20% af befolkningen. Kristne og muslimer har fælles slægt og klan og gifter sig indbyrdes til en vis grad. Der findes muslimer i enhver klan og



i de fleste landsbyer. På det interpersonelle plan ser der ud til at være få konflikter og gnidninger. Men som grupper skriver protestanter, katolikker og muslimer i Bynyole sig tilbage til begyndelsen af dette århundrede, og de er stadig splittet af denne fælles historie. Kolonitidens diskrimination nager stadig. Muslimer hævder, at de fortsat 'holdes tilbage', mens kristne undertiden hævder, at dagens muslimer er overdrevent nærtagende, og hvis de reelt er ringere uddannede, så skyldes det ganske en-

kelt, at de er alt for optaget af at tjene penge. Pointen er, at spørgsmålet om tro ofte er ligegyldigt i de individuelle relationer, hvorimod historien er i fare for at tage over, ifald man udtrykker sig i religiøse kategorier.

I de senere år er AIDS i Bynyole blevet 'hypersynligt'. Efter en periode med fornægtelse, ser man folk med AIDS og HIV-positive overalt. Dette klima af mistro og usikkerhed har især opskræmt muslimske mænd, der betragter sig selv som særligt polygyne. Alligevel har dette fælles,

generelle problem hidtil kun ført til 'private' samtaler. Det skyldes sandsynligvis, at den AIDS-oplysning, som Tito Mwima og Loys Migamba repræsenterer, identificeres med *the Bynyole AIDS Initiative* og derfor af mange muslimer opfattes som en kristen eller specifik protestantisk form for kommunikation. Begge feltarbejdere anerkender problemet og foreslår som løsning, at seniorrepræsentanter på distriktssniveau som for eksempel den øverste kadi må overbevises om ideen om græsrodssam-



Unge fra Hung'aya på projektets nye cykler.

kloge. Alle på første række (til fredagsbønnen) føler sig lige så kompetente som *omung'alimu* (mullahen). Muslimer i Banyole formulerer det noget anderledes, idet de med stolthed vil fremhæve de mange lærde mænd og hajjis, der regelmæssigt kommer til fredagsbøn. Sådanne mænd har måske rejst til Mekka og Golfen, og de har måske flere erfaringer med den islamiske verden end den lokale mullah og læser måske også den hellige tekst mere flydende. De er både forberedt på og forventes at udbrede sig autoritativt om spørgsmål vedrørende tro og moral uden at henvise til et etableret gejstligt hierarki. Desuden har disse lokale ledere en tendens til at fortolke enhver diskussion om AIDS som en kristen udfordring af islamiske familieværdier.

Konklusion

Hung'aya/Bunyole AIDS Initiative er lokalt, men bygger samtidig på en særlig organisatorisk tradition, der er hentet fra Church of Uganda, og som igen kan spores tilbage til kolonitiden og videre til England og USA. Organisationen afspejler reelt nogle af de kristne samfunds ønsker og behov i Banyole. Andre samfund, især de muslimske, opfatter Hung'aya/Bunyole AIDS Initiative som et hegemonistisk foretagende. Hverken i Banyole eller i resten af Uganda findes der nogen form for enhedsniveau for social handling, der med rimelighed kan kaldes lokalsamfundet, og der findes ikke noget lokalsamfund i kulturel eller social forstand, der er sammenfaldende med en territorial enhed.

AIDS-oplysning for muslimer i Banyole - og måske også andre steder - er ikke gjort med at indtage en trossamfundsoverskridende position for at respektere muslimske følelser. Skildringen af Hung'aya/Bunyole AIDS Initiative viser netop i hvor høj grad, moderne organisationskultur

også er kristen. I en vis forstand er det lige netop det, muslimer har beklaget sig over siden kolonitiden. Både den protestantiske og den katolske kirke i Uganda har længe været ramme for strømme af viden, ressourcer og magt fra Nord til Syd, og de strukturer, der blev skabt i missionens tid, fungerer stadig. Vi har set, hvor væsentlig brugen af 'indre' og 'ydre' ressourcer og diskurser er for AIDS-oplysning blandt kristne. For at kunne nå muslimer i Banyole er det ikke nok at undersøge og forstå islamisk tradition. Man må også se på organisationskulturen og de forskellige måder, hvorpå den interagerer med andre modernitetsformer.

Note: Banyole omtalt i artiklen er levende personer, som har ønsket at optræde ved navn. I artiklen har jeg forsøgt at skelne mellem mine analyser og fortolkninger og deres.

arbejde, og sheiker og de øverste religiøse ledere må skoles, så de kan oplyse deres trosfæller.

Dette er imidlertid 'kristne' løsninger, der passer til en hierarkisk organisationsstruktur med rødder i den koloniale kirke og en bestemt tro på vestlige værdier som sådan. Islam er organiseret på en anden måde, i hvert fald i Banyole. Dette forstår Tito Mwima faktisk, men han drager ikke den fulde konsekvens af sin indsigt. I frustration over at blive afvist klager han over, at 'muslimerne er for

Michael A. Whyte er lektor ved Institut for Antropologi, KU. Han lavede første gang feltarbejde i Banyole i 1969.

Foto: Forfatteren

Supplerende litteratur:

Barnett, Tony and Piers Blaikie: AIDS in Africa. Guilford, New York and London 1992.

Wimberley, Kristine: Saved by God - Saved from AIDS. Specialerækken, Institut for Antropologi, Københavns Universitet 1996.

Talen om AIDS og Afrika

JENS SEEBERG

I *the Lancet*, et af verdens mest ansete medicinske tidsskrifter, kunne man i 1908 læse om en syfilis-epidemi, der var brudt ud i Baganda, det største kongedømme i det nuværende Uganda. *The Lancet* opfattede den kvindelige seksualitet – og den manglende kontrol med den – som en hovedårsag til syfilis-epidemien. Der stod blandt andet: 'Den frihed, som kvinder nyder i civiliserede lande, havde de gradvist vundet som et af resultaterne af århundreders civilisation, hvor de er blevet uddannet... Kvinder [i Baganda], hvis kvindelige aner blev holdt under skarpt opsyn, egnede sig ikke til at blive behandlet på samme måde. Faktisk var de ikke andet end kvindelige dyr med stærke drifter, som pludseligt blev givet ubegrænset adgang til at tilfredsstille deres drifter'.

Syfilis i Baganda

Læge og oberst i 'The Royal Army Medical Corps', F. J. Lambkin, så den manglende kontrol med den kvindelige seksualitet som et uheldigt biprodukt af den engelske kolonisering. Han mente, at ikke mindst de kristne missionærer havde bidraget til at undergrave fundamentet for den traditionelle kultur, hvilket havde mindsket mændenes kontrol med kvinderne i Baganda. Det havde igen, mente han, ført til, at kvinderne havde flere seksualpartnere, end de havde haft tidligere, og derfor kunne kønssyg-

domme som syfilis sprede sig epidemisk. Missionærerne brød sig ikke om den forklaring – den gav jo dem et hovedansvar for udbredelsen af en 'syndig' kønssygdom. Albert Cook, medicinsk missionær for 'the Church Missionary Society' gik omgående i rette med Lambkin og kundgjorde, at kristendommen netop var den eneste redning fra denne 'frygtelige svøbe'. De kristne missionærer opfattede afrikanerne som syndefulde af natur. Det var kristendommen, som skulle genetablere kontrollen med kvinderne ved at højne moralen, og det var udelukkende et udtryk for, at

befolkningen endnu ikke havde accepteret den kristne tro fuldt ud, at de var kommet ud i synd og ulykke.

I den første opfattelse var missionærerne en medvirkende årsag til epidemien, i den anden repræsenterede de løsningen på problemet. Uanset position i denne diskussion var man imidlertid enige om, at især kvindelig promiskuitet (promiskuitet = mange seksualpartnere) var det umiddelbare problem, der skulle tøjles ved at stramme den mandlige kontrol over kvinder og kvinders seksualitet. Den medbragte definition af syfilis som en seksuelt overførbart og derfor potentielt moralsk forkastelig sygdom viste sig imidlertid senere at være forkert. Den form for syfilis, der havde eksisteret i Baganda, viste sig overvejende at være en form, der *ikke* smitter seksuelt.

Den seksuelt overførbare smitte gav imidlertid senere anledning til en epidemi, fordi den blev introduceret af de selvsamme koloniembedsmænd og missionærer, hvis interesse for afrikanske kvinders seksualliv næppe begrænsede sig til bekymring over kvindernes helbredstilstand. Men grunden til en vedholdende interesse for afrikansk seksualitet var lagt.

AIDS og forestillinger om afrikansk kultur

Historien om syfilis er et eksempel på, at forkerte forestillinger om kultur og samfund kan gå hånd i hånd med forkerte beskrivelser af en sygdom. I Baganda havde de mænd, der som kongen og hans embedsmænd sad på den lokale magt, sammenfaldende interesser med missionærerne og i sidste ende med lægerne i at fokusere på kvinder som ondets årsag. 'Løsningen' på 'problemet' blev derfor blandt andet at forsøge at skærpe kontrollen med - eller undertrykkelsen af - kvinderne. Fordi (endemisk, ikke seksuelt smitsom) syfilis var (forkert) defineret som seksuelt smitsom syfilis, kom syfilis til at 'bevise' kvindernes tøjlesløshed og promiskuitet.

Den vestlige interesse for afrikansk seksualitet som særligt fri og promis-

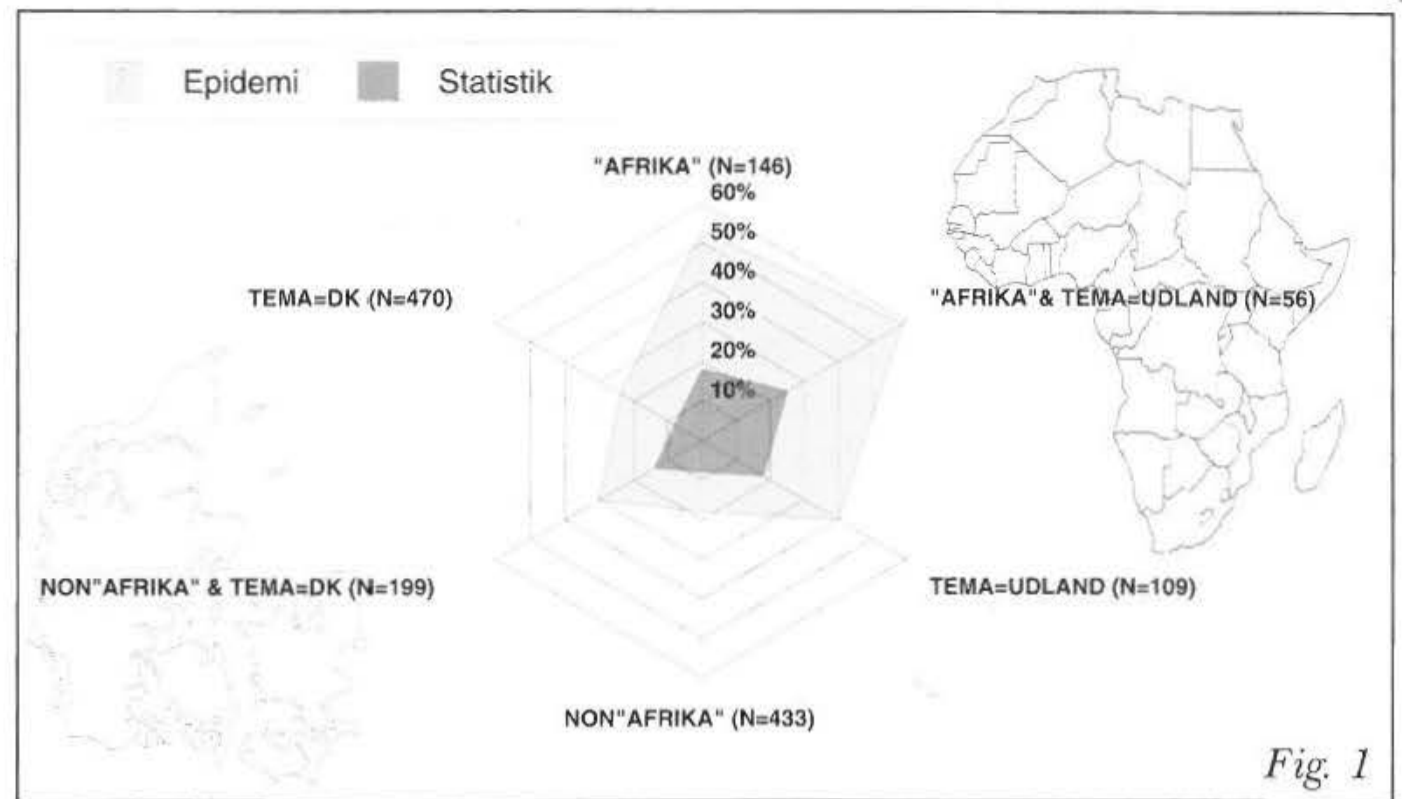


Fig. 1

kuøs har holdt sig siden, og den spiller også en afgørende rolle i den måde, hvorpå AIDS i Afrika er blevet forstået og beskrevet videnskabeligt siden midten af 1980'erne.

AIDS havde i USA og Europa i høj grad været defineret som en sygdom, der blev kædet sammen med såkaldte risikogrupper formodede livsstil, og der var en klar overvægt af mænd blandt de smittede. I Afrika var der ca. lige mange mænd og kvinder, som var smittede, og det var sandsynligt, at en stor del af smitten var heteroseksuelt overført. Det førte til en fokusering på 'afrikansk kultur', og AIDS-forskere har ofte henvist netop til syfilis-epidemien som et bevis på den afrikanske promiskuitet.

Ofte på baggrund af gamle etnografiske værker om vidt forskellige afrikanske samfund gik man i gang med at undersøge en række mere eller mindre kuriøse adfærdsformers mulige betydning for smittespredning. Det kunne være blodbroderskab, rituel omskæring, tatovering eller andre former for kropslig udsmykning, hvor man skærer i huden. Der var imidlertid ikke nogen af alle disse 'kulturforklaringer', der syntes at give tilfredsstillende forklaringer, og derfor faldt man tilbage på ideen om den afrikanske promiskuitet. Det skete samtidigt med, at mange forskere forsøgte at placere oprindelsen til HIV-epidemien i Afrika. Denne

oprindelseshypotese er aldrig hverken bevist eller sandsynliggjort, men man fandt dog HIV-lignende vira i grønne aber til støtte for formodningerne. Kombinationen af påstået promiskuitet og 'abe-teorien', ifølge hvilken HIV skulle have krydset barrieren mellem menneske og abe i Afrika, virkede som et ekko at den evolutionistiske racisme, der florerede i slutningen af forrige og begyndelsen af dette århundrede, og som også havde givet *the Lancet* anledning til at beskrive de bagandiske kvinder som dyr.

Andre faktorer

Denne snævre sammenkædning mellem AIDS-epidemien og antagelser om promiskuitet har haft alvorlige konsekvenser for, hvordan man har forstået epidemien, og hvordan man har handlet (eller ikke handlet) i Afrika. Man har generelt ignoreret den mulige betydning af en lang række andre sociale, økonomiske og politiske faktorer. Man har også underspillet den betydning, den store udbredelse af andre infektionssygdomme og en generelt dårlig sundhedstilstand kan have for epidemiens udbredelse. Men selvom man - blandt andet som følge af kritik fra antropologer - er ved at blive opmærksom på disse forhold blandt læger, der arbejder med AIDS i Afrika, så forsvinder sammenkædnin-

gen mellem seksuel løssluppenhed og AIDS i Afrika ikke så let - heller ikke i Danmark.

AIDS og Afrika i danske medier

Når HIV og AIDS beskrives i de danske medier, er der en række ord, som ofte går igen. Sådanne nøgleord er eksempelvis *kondomer*, *epidemi*, *oplysning* og *angst*. Men det er også ord for grupper, som i særlig høj grad er eller kan være i risiko for at blive smittet, eksempelvis homoseksuelle, narkomaner eller kvinder. Giver man sig til at tælle, i hvilke sammenhænge forskellige nøgleord optræder, kan man få en beskrivelse af, hvad der særligt er på tale for eksempel, når ordet 'Afrika' også er nævnt.

Man kan også opdele artiklerne efter tema, således at 'AIDS i udlandet' bliver sammenlignet med 'AIDS i Danmark'. Og endelig kan man se på, hvorledes nøgleordene fordeler sig i artikler, hvor tema = udland og Afrika er nævnt, henholdsvis hvor tema 'udland og Afrika' ikke er nævnt.

Mens beskrivelser af AIDS i Danmark dækker over en række forskellige temaer såsom behandling, forebyggelse, smittespredning og debat om sygdommen, er AIDS i udlandet meget ofte beskrevet med udgangspunkt i de seneste statistikker. Det er en medvirkende årsag til, at de epidemiologiske beskrivelser af den afrikanske AIDS-epidemi har stor gen-

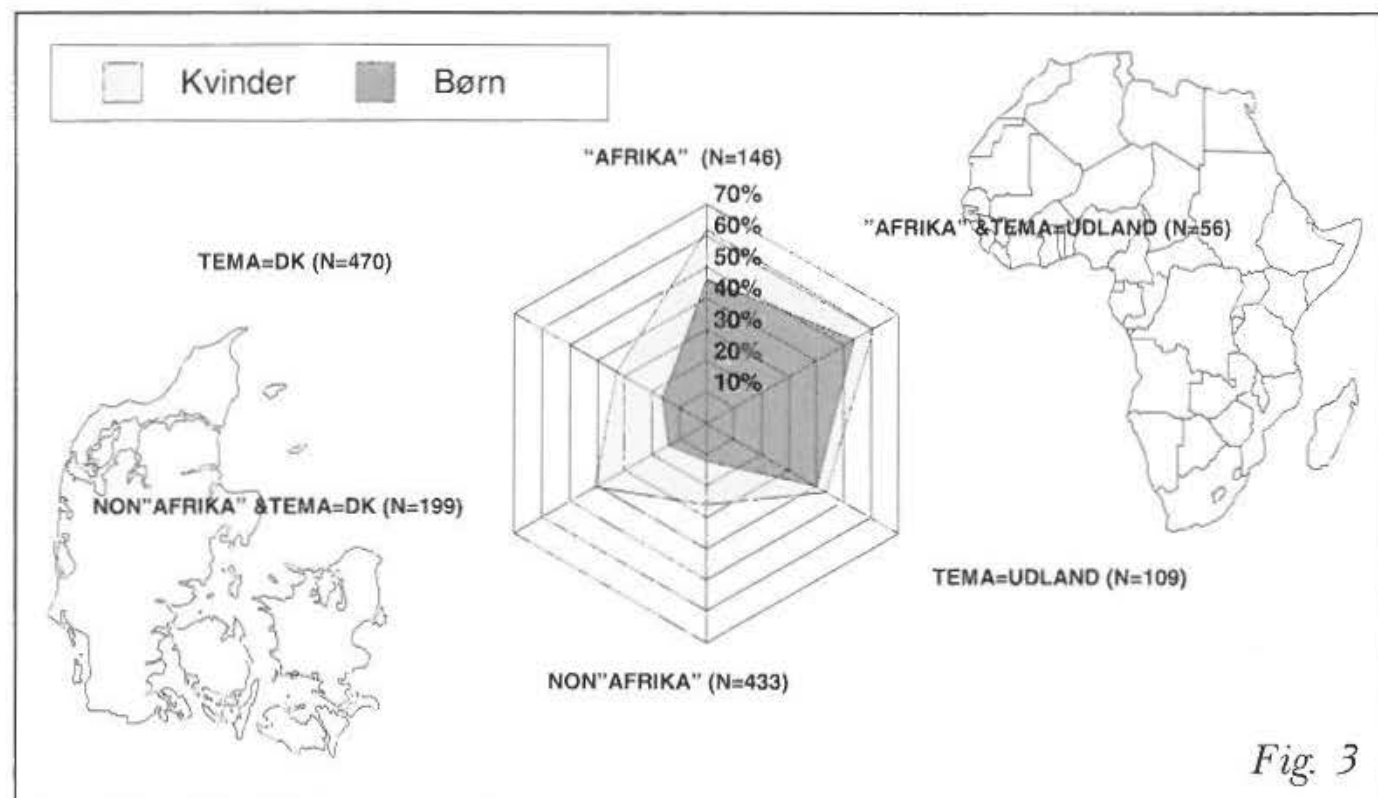


Fig. 3

nemslagskraft i medierne. I figur 1 ses det, hvorledes nøgleordene 'epidemi' og 'statistik' anvendes meget hyppigere i forbindelse med beskrivelsen af AIDS i Afrika end af AIDS i Danmark - 'spindelvævet' er meget større i retningen mod Afrika end mod Danmark.

Der er ikke noget mærkeligt i, at danske medier anvender statistikkerne som grundlag for beskrivelser af AIDS i Afrika. Det er meget nemmere og billigere at kigge på en statistik end at sende en journalist til et afrikansk land for at skrive nogle historier, hun selv har undersøgt til bunds. Men det betyder, at billedet af AIDS i Afrika i de danske medier bliver meget snævert defineret, og det kommer til at gentage de forestillinger, som har eksisteret i epidemiologien.

Fokus på kvinder

Statistikkerne - og medierne - afspejler naturligvis også, at AIDS-epidemien er langt voldsommere i en række afrikanske lande syd for Sahara end i Danmark. Det ses blandt andet (fig. 2) af, at kvinder og især børn omtales langt oftere i artikler om AIDS i Afrika i overensstemmelse med, at relativt langt flere kvinder og børn er smittede. Men kvinder (i modsætning til børn) nævnes faktisk også ofte i artikler om AIDS i Danmark. Sammenhængen er dog ofte en ganske anden. I Danmark fungerer smittespredning blandt kvinder som et slags 'barometer' for, om smitten har bredt sig til den heteroseksuelle del af befolkningen. Det er en væsentlig årsag til, at man blandt andet har tilbudt alle gravide en HIV-test i Danmark. Det er ikke kun for at finde HIV-smittede kvinder, men også for at vide, at der ikke er mange af dem.

Men når det er HIV-smittede afrikanske kvinder, som beskrives, inddrages næsten per automatik også promiskuitet og prostitution som 'forklaringer'. Det viser, hvor dominerende disse nøgleord er i beskrivelser af AIDS i Afrika til forskel fra AIDS i Danmark. (fig. 3)

Det seksuelle slaraffenland

Dette fokus i medierne hænger naturligvis sammen med, at sex er godt

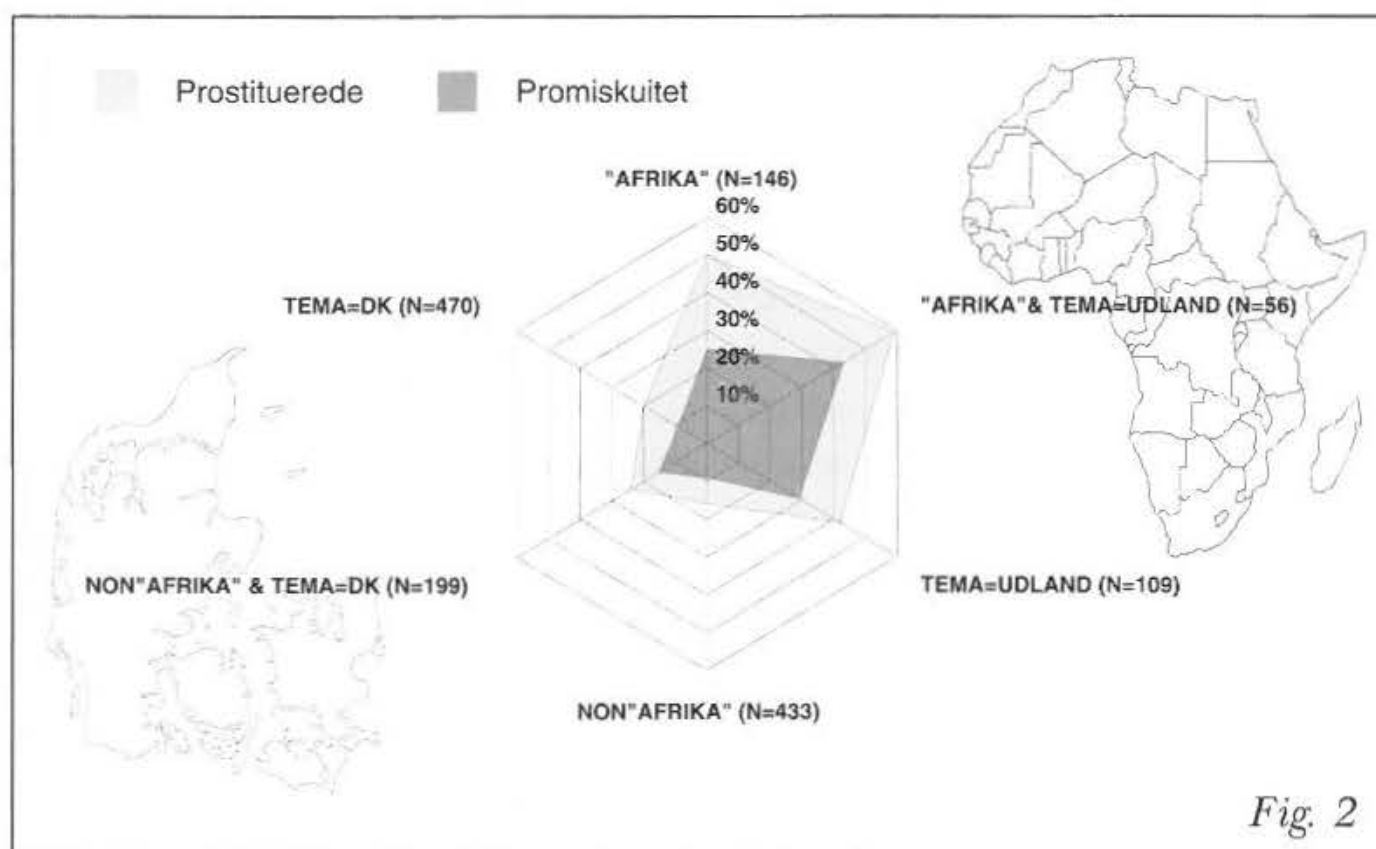


Fig. 2

stof, og beretningerne om seksuelle udskejelser taler til læsernes eksotiske forventninger. Jeg skal give et par eksempler. Men det er også i høj grad udtryk for en umiddelbar accept af den forestilling, at 'afrikansk kultur' er promiskuøs, og at det kan forklare AIDS-epidemien. Der er mange eksempler, og jeg skal give et par enkelte. Troels Vinding skriver i Politiken (29.8.1993) blandt andet om Zambia: 'I byerne findes desuden megen prostitution, og folk har mange skiftende partnere, fordi de sociale og familiemæssige netværk ikke lægger den samme dæmper på udskejelserne som på landet, hvor alle véd, hvem der besøger hvem'.

Overskriften på artiklen er '*Kamp mod AIDS er kamp mod kulturen*', en ganske sigende overskrift, der sammenfatter hele problemet i journalistens tilgang. Her bliver kultur det samme som uvidenhed om smitteveje og modstand mod den 'rationelle' brug af kondomer, og man kan fastholde, at smittespredning ikke hænger sammen med forhold som fattigdom og tilstedeværelsen af mange andre sygdomme, som kan øge modtageligheden for HIV.

Denne overdrevne fokusering på oplysning om kondomer i Afrika slår også igennem i mediernes beskrivelser. Figur 4 antyder, hvorledes 'kondom' og 'oplysning' følges ad i talen om AIDS, og hvordan de væsentligt oftere er på tale i forbindelse med

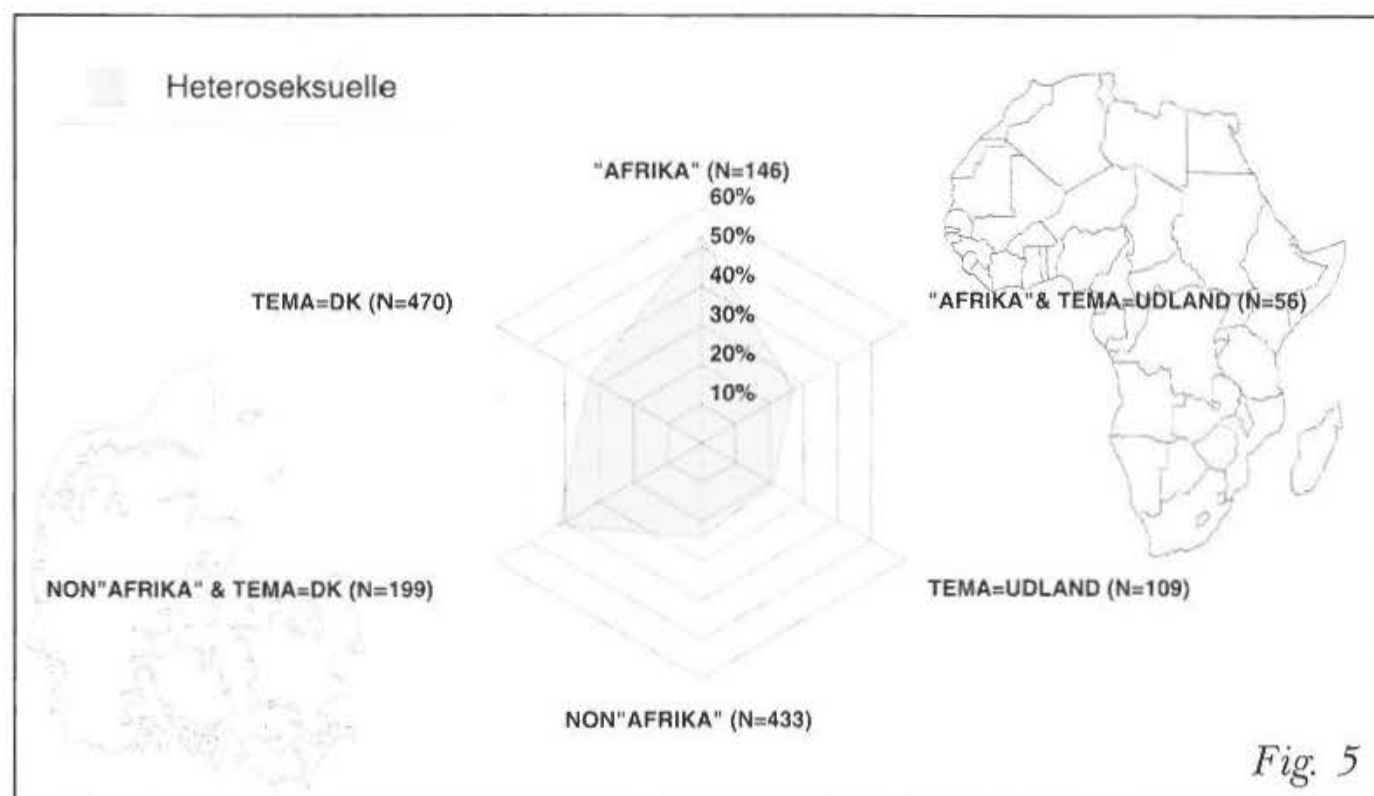


Fig. 5

udland og Afrika. Men specielt for udland/Afrika er, at her skal man ikke blot oplyses, man skal ligefrem undervises om sygdommen. Antagelsen om dette specielt afrikanske behov for undervisning understreger den modstilling, der er skabt i medierne mellem (afrikansk) 'kultur' og (vestlig) 'viden'.

Men det er ikke kun interessant at se på, hvilke nøgleord, der optræder hyppigere om Afrika. Det er også interessant at se på, hvilke der er sjældnere. Eksempelvis er alle enige om, at der i Afrika er tale om en heteroseksuel epidemi. Derfor kunne man forvente, at nøgleordet 'heteroseksuel' ville være meget hyppigere i beskrivelser af AIDS i Afrika. Det er imidlertid ikke tilfældet. Ganske vist optræder ordet relativt ofte sammen med ordet 'Afrika' (fig. 5). Men

ser man på de artikler, der nævner Afrika og handler om 'udland', er 'heteroseksuelle' et forbavsende sjældent nøgleord, hvorimod det optræder væsentligt hyppigere, hvor Afrika ikke er nævnt, og hvor temaet ikke er udland. Dette tilsyneladende ejendommelige forhold hænger tæt sammen med fokuseringen på kvinder. Når problemet er afgrænset til kvinders promiskuitet, 'glemmes' den mandlige halvdel af det seksuelle forhold sammen med de sociale omstændigheder iøvrigt. At vold mod kvinder, herunder voldtægt, i Afrika ligesom mange andre steder er et af en række forhold, der i høj grad begrænser kvindens mulighed for at 'vælge' at bruge kondom, 'glemmes' i samme omgang. Hvis man tager sådanne forhold i betragtning, bliver smittebekæmpelse et væsentligt mere kompliceret forhold end blot at oplyse om smitteveje og kondombrug.

Men beskrivelsen af den frie afrikanske kvindelige seksualitet går også igen i oplysningsmaterialet til danske rejsende og danske projektarbejdere i sydlige lande. Således udsendte Sundhedsstyrelsen som led i en kampagne til netop denne målgruppe i 1993 et 'Rejsemagasin'. Her beskrev Adrian Hughes i det første opslag over to sider AIDS i Zimbabwe. Overskriften var: '*Du drukner i dejlige damer*': - Hvis ikke det var for AIDS, kunne Afrika være et seksuelt slaraffenland [!]. Jeg havde bestemt mig for

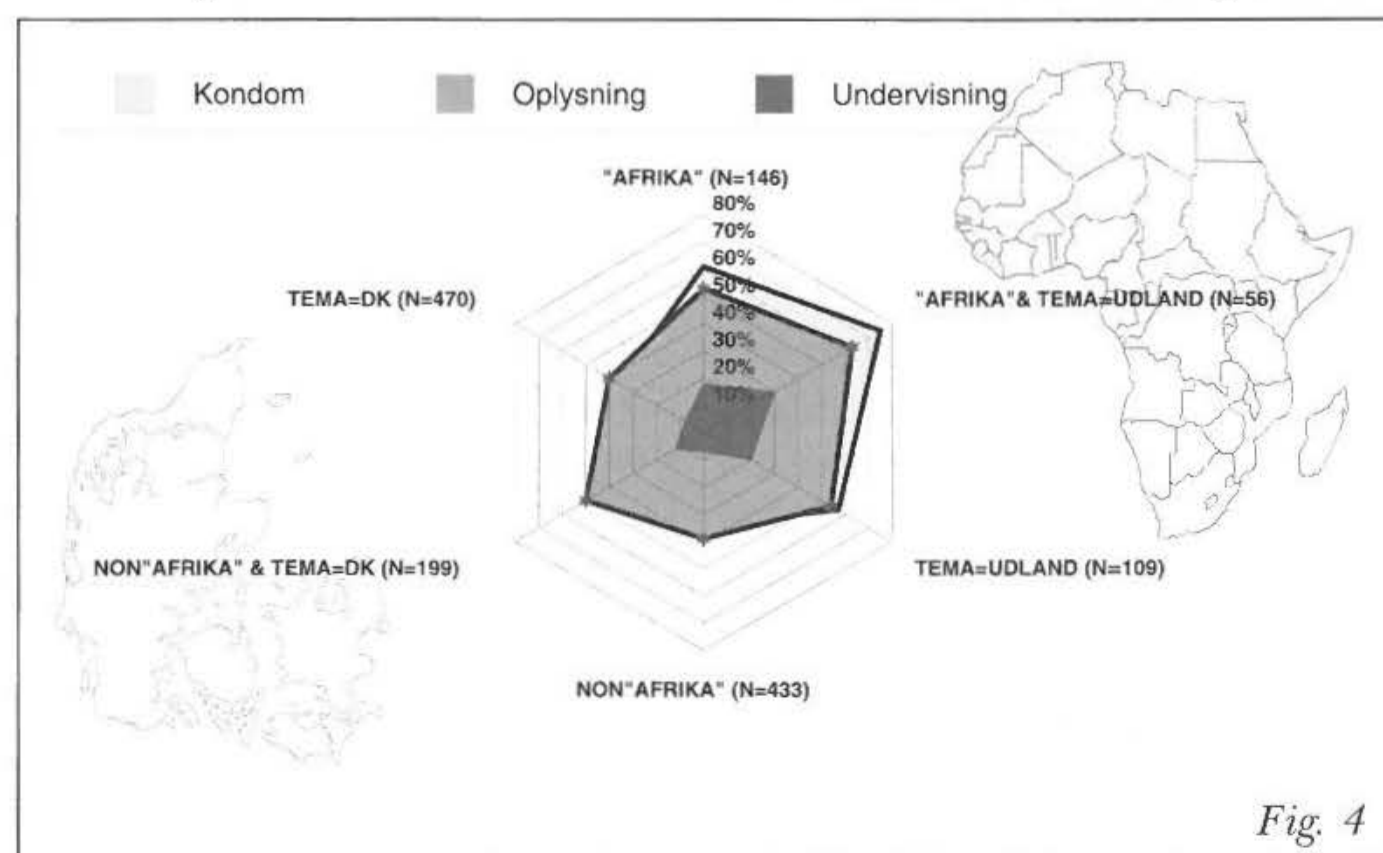


Fig. 4

at holde mig fra damer hernede. Det kan bare ikke lade sig gøre, hvis man har en naturlig seksualdrift'.

Artiklen beretter om 26-årige 'Jespers' problemer med at modstå de lystne kvinder i Zimbabwe: 'Efter syv måneder som udstationeret er han allerede 'faldet i' to gange, som han siger. [...] -Men altså, det skulle bare prøves. Det er for svært at lade være, fristelsen er rent ud sagt umenneskelig. Har du set de damer, de holder sig hernede? Nogen er så veldrejede, at man er nødt til at kigge væk for ikke at få drinks'en galt i halsen. [...] -Jeg havde drukket en del begge gange. Og så tænkte jeg, - hva'faen, man lever kun een gang. De var rent ud sagt for pisselækre, til at jeg kunne sidde sådan et tilbud overhørig'.

Selvfølgelig er det glimrende, at Sundhedsstyrelsen opfordrer danskere, der rejser i udlandet, til også der at bruge kondom for at undgå at blive smittet. Men det tilsyneladende frisind og den bramfrihed, som sådanne artikler forsøger at bære budskabet frem med, er endnu et bidrag til den alt for snævre opfattelse af, hvorfor AIDS-epidemien er så udbredt i Afrika. Det er også et bidrag til opfattelsen af, at kvinder i udviklingslande *af lyst* står til rådighed for hvide mænds seksuelle begær. Netop fordi denne stereotype opfattelse af afrikansk kultur og seksualitet er blevet gentaget igennem hele dette århundrede, kan man i en dansk, statslig *oplysningskampagne*(!) gøre Afrika til et seksuelt slaraffenland (for hvem?) på grundlag af, at en velbeslået ung mand ofte går på diskotek i Harare og får mange tilbud fra kvinder, der gerne vil være kæreste med ham og hans penge! Det er kun AIDS, der står i vejen for at udnytte de lystne afrikanske kvinder.

Kultur og skyld

Men er det ikke lige meget, hvordan danske medier beskriver AIDS i Afrika - bladene udkommer jo alligevel her, ikke dér? Nej, beskrivelserne af baggrunden for AIDS i Afrika er

vigtige her på flere måder. Det er beskrivelserne af AIDS, som politikere, læger og andre beslutningstagere handler efter, når HIV-smitte skal forbygges, eller når HIV-smittede skal støttes. Hvis man har beskrevet AIDS som et snævert problem knyttet til en forestilling om kulturbunden promiskuitet - en forestilling, som vi så er tæt forbundet med en forkert beskrivelse af syfilis i begyndelsen af århundredet - opstår ét sæt af handlingsanvisninger. Hvis man undersøger HIV og AIDS i et bredere socialt, økonomisk, politisk og kulturelt perspektiv, får man et helt andet sæt handlingsanvisninger.

Hvis den enorme kulturelle variation i Afrika reduceres til en idé om én særlig afrikansk kultur, bliver det samtidigt muligt at sige, at det er deres egen fejl, at de bliver smittet. De kan jo bare lade være med at holde fast i deres 'uhensigtsmæssige' kultur. Det er i denne forståelse, den vestlige rationalitet med kondomer og undervisning kan 'gå til kamp' mod den afrikanske kultur. De, der smittes, bliver så de, der ikke ville lytte i tide.

En bredere tilgang undersøger, hvorfor oplysning om kondomer ofte er en helt utilstrækkelig strategi. Sådanne undersøgelser kan som nævnt pege på tilstedeværelsen af mange andre infektionssygdomme og på sociale og økonomiske forhold, som reelt forhindrer mange mennesker i at beskytte sig selv (og dermed andre) mod smitte. De vil i sidste ende også pege på de globale forhold, hvor Afrikas enorme gældsbyrde fastholder de enkelte lande i en afhængighedssituation, der også kommer til at være afgørende for livsbetingelserne for den enkelte afrikaner. Dette fokus inddrager dermed også Vestens ansvar for epidemien og for at afhjælpe den.

Men det er ikke blot det globale ansvar for at bekæmpe epidemien, der kan vendes til at skyde skylden på de smittede. Det er også ansvaret for i det danske samfund at støtte herbo-

ende HIV-smittede afrikanere. Også her medvirker ideen om den særlige afrikanske promiskuitet til at kaste skylden tilbage på de smittede, som så kan henvises til at håndtere deres problemer alene.

Her kan en bredere tilgang tage udgangspunkt i det ganske selvfølgelige forhold, at den globale epidemi i et vist omfang altid vil afspejles blandt indvandrere og flygtninge i Danmark. Også her er det utilstrækkeligt at definere smittebegrænsning på basis af kulturelle stereotyper, som man først tillægger nogle mennesker og derefter forsøger at udrydde. I stedet må man tage udgangspunkt i de forhold, mennesker faktisk lever under - uanset, om de er smittet med HIV eller ej.

Undersøgelsen af AIDS-beskrivelser i de danske medier bygger på en gennemgang af 579 længere artikler skrevet i danske aviser og tidsskrifter i perioden 1.1.1990 til ca. 1.4.1994.

Denne gennemgang er del i en større undersøgelse af hhv. afrikanske HIV-smittedes erfaringer med at leve i Danmark med deres sygdom og opfattelser af AIDS og Afrika i Danmark, som udkommer i efteråret 1996 (Jens Seeberg: *Kulturens sorte kasse. AIDS og Afrika i Danmark*).

Boganmeldelser

Racehygiejne i Danmark 1920 - 56.

Lene Koch

320 sider, illustreret.

Gyldendal 288,- kr.

I anden halvdel af det 19. århundrede argumenterede blandt andet den engelske sociolog Herbert Spencer for almindelig værnepligt i England, for hvis der kun var frivillig værnepligt, ville kun de gode og for samfundet mest værdifulde individer melde sig til militæret. De ville så blive dræbt i uforholdsmæssigt stort tal, og tilbage til at føre den engelske befolkning videre ville kun være de laverestående individer. Konsekvenserne heraf ville være, at den engelske befolkning ville degenerere, således som det ifølge Spencer var sket i Frankrig.

Dette racehygiejniske problem var også politisk og videnskabeligt centralt i hele mellemkrigstiden. Men en af konsekvenserne af 2. verdenskrig var, at racehygiejne blev identificeret med den nazistiske udgave og derfor gemt og glemt i de øvrige europæiske lande, herunder Danmark. Lene Koch, som er historiker, har i sin bog hentet dette oversete, glemte og gemte felt af dansk politik og forskning frem i en ramme, som på mange måder vækker til eftertanke i forhold til de debatter, der foregår i nutiden, hvor en række af problemerne er de samme, omend de fremstilles i en anden terminologi og med andre løsningsforslag.

Bogens udgangspunkt i 1920 er socialdemokraten K. K. Steinckes politiske programklæring for en race-

hygiejne i Danmark. Dens afslutning i 1956 er ændringen af arvebiologi og eugenik til genetisk diagnostik.

Steinckes ræsonnement var på sin darwinistiske måde logisk. Med udviklingen i medicinsk videnskab og sociale foranstaltninger blev den naturlige selektionsproces sat ud af kraft. Hvis ikke man satte ind, ville de laverestående individer, som ellers ville blive holdt nede naturligt i eksistenskampen, via deres stærke formering både sætte staten i en masse udgifter til forsørgelse og sænke befolkningens almene biologiske niveau. Dette problem accentueredes yderligere af, at de stærke individer fik stadig færre børn. Ergo måtte de 'laverestående' individers formering bremses og helst helt standses, mens de sundeste individers formering skulle fremmes. Dette sidste førte dog ikke til hverken politik eller videnskab.

Problemerne var, hvem der var laverestående og skulle bremses, og hvorledes dette skulle foregå. Det første spørgsmål skulle videnskaben besvare, da det måtte have et objektive, naturvidenskabeligt svar, det andet skulle videnskaben høres om, da det var et mere politisk spørgsmål om forholdet mellem individernes rettigheder og hensynet til befolkningshelheden. Det første spørgsmål blev besvaret på en måde, så både syge og sociale og moralske afvigere blev inkluderet med den effekt, at det stort set kun ramte de socialt laveste grupper. Det andet spørgsmål endte via forskellige love i en uklar forbindelse mellem frivillighed og tvang i relation

til midler som kastration, sterilisation, forbud mod ægteskab, svangerskabsafbrydelse og anstaltsanbringelse.

Set i bakspejlet kunne man skrive en stærkt fordømmende bog om dette afsnit i dansk politisk og forskningshistorie. Det gør Lene Koch ikke. Hun fremlægger klart, detaljeret og neutralt den politiske logik og den videnskabelige rådgivning, der skabte behovet for denne lovgivning og viser, at den danske lovgivning var meget moderat i forhold til ikke bare den tyske og den amerikanske, men også i forhold til de øvrige nordiske lande. Og hun beskriver den institutionelle videnskabsopbygning, der med stærke internationale kontakter udviklede sig på Københavns Universitet, og som opnåede stor international anerkendelse, kulminerende med afholdelsen af den 1. Internationale Humangenetiske Kongres i København i 1956. Og endelig beskrives udviklingen af den racehygiejniske videnskab - overraskende nok ikke så meget som konsekvens af de tyske befolknings- og raceudryddelsespolitik under krigen, som af effekterne af strålingens påvirkning af generne, som man intenst studerede i forlængelse af atombomberne i Japan - og som ikke tog sociale hensyn. Dette sammen med udviklingen af den genetiske forskning og de nye muligheder for fosterindgreb skabte den situation, vi har i dag, hvor abort af 'ufuldstændige' fostre og de store omkostninger ved mange institutionsanbringelser igen er på dagsordenen. Og på et mere generelt plan

kunne man tilføje, hvor angsten for, at vi igen har sat naturens egen regulering ud af kraft med truende dommedagsagtige effekter, har ført til en politik og en videnskabelig rådgivning - nu med afsæt i økologien og ikke biologien - som igen har sat forholdet mellem samfundets behov og de individuelle rettigheder på dagsordenen.

Ole Høiris.

Lituma i Andesbjergene.

Mario Vargas Llosa

Oversat af Rigmor Kappel Schmidt

Forlaget Klim 1996, 295,- kr.

Den peruvianske forfatter Mario Vargas Llosa har ligesom de mere kendte sydamerikanske forfattere Isabel Allende og Gabriel Garcia Marquez et omfattende og anerkendt forfatterskab bag sig. 'Lituma i Andesbjergene' er den tiende af hans bøger, der udgives på dansk, og bogen modtog ved sin udgivelse i 1993 den ansete Planeta-pris.

Betjent Lituma (der også er hovedperson i 'Hvem dræbte Palomino Molero?', udgivet på dansk i 1988) bliver under sin udstationering i en lille flække i Andesbjergene sat til at efterforske 3 menneskers pludselige forsvinden. Som fortællingen og opklaringsarbejdet skrider frem viser det sig, at gåden om de 3 forsvundne er andet og mere end en banal kriminalhistorie. Een mulighed er, at de 3 er blevet henrettet som en magtdemonstration fra den allestedsnærværende guerillabevægelse 'Den Lyssende Sti', der sikrer sig forsyninger og nye frivillige ved at udøve terror og sætte de lokale op mod hinanden. Samtidig antydes det fra flere sider, at de 3 er blevet ofret i et forsøg på at mildne guderne, hvis domæne trues af myndighedernes planer om at bygge en vej over Andes, og efterhånden som Lituma lærer stedets

persongalleri at kende, får han øjnene op for en række lokale intriger, der også kan være brikker til gådens løsning.

Parallelt med opklaringsarbejdet fører Lituma en række natlige samtaler med den unge kriminalassistent Tomasito om livet, døden og ikke mindst kærligheden. Her afsløres det langsomt, at Tomasito et par måneder tidligere har forelsket sig hovedkuls i den noget ældre Mercedes og har dræbt en mand for at 'redde' sin elskede, hvorefter en hjælpsom onkel har sørget for, at han kom i tjeneste i en fjern egn og derved kunne slippe for straf. Mercedes er nu forsvundet med hele Tomasito's pengebeholdning, men den unge assistent er stadig glødende forelsket. For Lituma bliver Tomasito's kærlighedshistorie en flugtvej fra den vanskelige opgave, han er blevet sat til at løse, ikke bare som en tillokkende fantasi for den aldrende, kærlighedshungrende betjent, men også som en livsbekræftende fortælling der lyser op midt i dagligdagens barske realiteter.

Lituma er skeptisk i forhold til de lokales tro på åndernes magt, men under sit ophold i Andes får han indblik i en verden, der ligger fjernt fra det liv, han kender fra lavlandet, og opklaringen af sagen bliver hans livs største udfordring. Han føler sig desillusioneret, gammel og træt over al den ulykke, han har været vidne til via sin metier, og i sin frustration og forvirring over sagens kompleksitet ender han i lange overvejelser om, hvorvidt det at slå ihjel - på grund af religion, politik eller kærlighed - er udtryk for vanvid, eller om det i virkeligheden er en uundgåelig del af menneskets levevilkår.

Lituma sætter både liv og sjæl på spil for at nå frem til sandheden, men hjælpes undervejs af den danske forsker Escarlantina (det betyder 'Skarlagensfeber!'), der ad omveje redder Lituma's liv og bidrager med et par historisk-etnografiske oplysninger, som skal vise sig at være nyttige for opklaringsarbejdet. Escarlantina er

dybt fascineret af menneskene i Perus højland, og de lokale undres over de lange samtaler, han fører med minearbejderne, som var han selv en vaskeægte indianer. Han går altid rundt med et lille hæfte, som han hele tiden skriver i, og de lokale har svært ved at forstå hans interesse: 'Han er alvidende som Gud og kender alle på trods af at han er udlænding'. Men selv mener han, at forklaringen er meget enkel: 'For folk der kommer fra lande der er lyse og letgennemskeelige som mit, er der intet så dragende som det gådefulde....' Med figuren Escarlantina som formidler giver Llosa således udtryk for, at de gamle indianske traditioner ikke er et levn fra fortiden, men en levende og central del af nutiden, og Andesbjergenes kulturhistorie er sammen med den storslåede natur nærværende overalt i bogen som en forståelsesramme for de begivenheder, fortællingen indvier læseren i.

'Lituma i Andesbjergene' er en fortælling fuld af farverige og modsætningsfyldte personer, der bliver siddende på nethinden lang tid efter at bogen er lukket, og de mange historier i historien knyttes sammen til en overraskende og absolut ikke entydig slutning. En aldeles underholdende og læseværdig bog der giver lyst til at lære forfatteren nærmere at kende.

Hanne Miriam Larsen.

Bliv Støttemedlem af AIDS-Fondet

AIDS-Fondets formål er at rejse midler til støtte af projekter inden for information, forskning og patientstøtte.

AIDS-Fondet blev oprettet i 1985 som et supplement til den offentlige indsats. Fondet modtager ikke nogen offentlig støtte og er derfor helt afhængig af støttemedlemskaber, legater og donationer fra det private.

Som støttemedlem i AIDS-Fondet modtager De en rød sløjfe og informeres løbende om AIDS-Fondets aktiviteter samt om projekter inden for HIV og AIDS via Fondets halvårlige blad "Nyt fra AIDS-Fondet".

Prisen for ét års medlemskab er kr. 75,- for enkeltpersoner og kr. 1.000,- for foreninger, organisationer og virksomheder.

Støt AIDS-Fondet:

- send check til AIDS-Fondet
- indsæt beløbet på gironummer 0 00 12 60
- eller kontakt AIDS-Fondet og få fremsendt girokort

AIDS FONDDET

Carl Nielsens Allé 9 · 2100 K benhavn Ø · tlf.: 39271440 · fax.: 39271340 · giro 0 00 12 60



Næste temanummer: Flygtninge