

At være eller ikke være diabetiker?

En antropologisk undersøgelse af sundhedspædagogikken inden for diabetesbehandlingen og blandt diabetikere

Regnar Kristensen

Det at være eller ikke være diabetiker er det grundlæggende spørgsmål i denne artikel¹, hvor feltet for undersøgelsen er den kliniske behandling af sukkersygepatienter i Danmark, og patienternes oplevelse af at have sukkersyge eller være diabetiker. Argumentet er, at overgangen fra at have sukkersyge til at blive diabetiker har skabt en ny, attraktiv identitetsfølelse, der modsat manges opfattelse er en sårbar identitet set i forhold til dem, som før blot havde sukkersyge. Fagligt placerer analysen sig således inden for den medicinske antropologi. Diabetikeren er dog ikke gjort til genstand for antropologisk refleksion alene for at pege på hensigtsmæssige eller uhensigtsmæssige sider af diabetesbehandlingen. Jeg finder, at diabetikeren ligeledes udgør en privilegeret indfaldsvinkel til at analysere nogle af konsekvenserne ved de fænomenologiske tankeformer omkring sind og krop.

”Før var jeg måske fodboldspiller eller bogholder, men nu er jeg diabetiker. Sygdommen er ikke blot noget, jeg har. Det er noget, jeg er.” (Christensen 1983:19, original fremhævelse)

Dvæler vi lidt ved dette patientindlæg fra 1983 i Tidsskriftet for Sukkersyge, kan det undre, hvordan denne sukkersygepatient, fodboldspiller og bogholder i 1980'erne i Danmark uproblematisk har kunnet acceptere den radikale udvikling, der lå i at *blive* diabetiker frem for, som før, at *have* sukkersyge. Hvis man tager

ovenstående indlæg alvorligt, var det nemlig en radikal nyhed, der brød med den daværende tendens for nyheder inden for diabetesbehandlingen. Her havde nyheder længe haft karakter af ny, empirisk viden om den somatisk definerede sukkersyge. Det radikalt nye, som afspejles ved indlægget, og som vi skal undersøge nærmere i resten af artiklen, var, at sukkersygen blev udvidet til at omfatte både en somatisk og mental væren. Spørgsmålet, *hvad er en diabetiker*, berørte således langt mere, end blot hvordan en sukkersyg krop fungerer.

Og hvorfor denne interesse? Sammenligningen mellem bogholderen og diabetikeren er måske langt mere problemfyldt, end den umiddelbart synes at være. Bogholderen og diabetikeren er betegnelser, som er legitimeret analytisk i vidt forskellige sammenhænge, og disse har endvidere rod i forskellige epoker. Sukkersygen, set udelukkende som en somatisk sygdom, er produktet af de sidste 100 års lægevidenskabelige forskning af det fænomen, grækerne for mere end 2.000 år siden navngav *diabetes mellitus*. Denne forskning begrunder sin viden i naturvidenskabelige metoder og har derigennem isoleret sukkersygen til at være en dysfunktion i stofskiftesystemet. Lægevidenskaben isolerer imidlertid ikke sukkersygen som et specielt menneskeligt fænomen. Hunde kan f.eks. også have sukkersyge. Bogholderen kan derimod kun være et menneske. Det er ikke en funktion eller dysfunktion i kroppen, der gør ham eller hende til bogholder. Det, der gør en bogholder til en bogholder, er derimod historiske og kulturelle forhold. Bogholderen skal med andre ord være født ind i en kulturel viden om bogholderiet for at kunne blive bogholder.

Når der i indlægget står skrevet, at sygdommen ikke blot er noget, man *har*, men er noget, man *er*, skaber man muligheden for at sammenblende de ikke-somatiske kulturelle og historiske sammenhænge med lægevidenskabens viden om den somatiske sukkersyge. Man blander hermed en viden om et specifikt kropssystem med en kulturel viden om vores måde at opføre os på i verden. Når sukkersygepatienten taler om at være diabetiker, handler det om mere end en opdagelse af en mentalitet hos diabetikere. Det at være diabetiker indbefatter nemlig ikke kun en identitet, som ved sin egenart adskiller diabetikeren fra andre identiteter som f.eks. bogholderen. Diabetikeren, som kategori, fungerer nu også som et kardinalpunkt, hvorom både krop og personlighed kan samles på nye måder. Min antropologiske nysgerrighed har her foranlediget mig til at stille visse grundliggende spørgsmål til dette menneske. Hvordan struktureres en viden om denne diabetiker? Hvad betyder bevidstgørelsen af kroppen for diabetikerens forståelse af sig selv og verden?

Sind og krop

Fælles for mange medicinske antropologer er, at de ønsker at bygge bro mellem eller overskride den lægevidenskabelige deling mellem en syg krop og dennes sind (Csordas 1994, Hahn 1995, Kleiman 1980, Scheper-Hughes og Lock 1987, Strathern 1996). Skelnen mellem sind og krop er her set som en forhindring. Denne splitter mennesket og forhindrer et fælles medium. Dette gælder for så vel både forholdet mellem krop og psyke og i forlængelse heraf også mellem læge og patient, teori og empiri, kultur og natur og mellem subjekt og objekt. Adskillelsen sætter f.eks. læge, krop og teori uden for følelserne mens patient, psyke og empiri bliver overmættet af dem. Adskillelsens gudfader er her oftest personificeret i René Descartes (1596-1650). Kritikere mener, det er den kartesianske metafysik, som har skabt grundlaget for denne distance. Nogle medicinske antropologer hævder, at denne metafysik ikke er andet end et vestligt konstrueret meningssystem (Hahn 1995, Kleiman 1980, Kleinman, Eisenberg og Good 1978) skabt i en partikulær vestlig kulturhistorie. Derfor kan den også overskrides, og det mener de, den skal, hvis vi skal kunne forstå de intime forbindelser, der er mellem personlighed, krop, sygdom og helbredelse.

De hårdeste kritikker af den kartesianske adskillelse af sind og krop findes inden for den gruppe af medicinske antropologer, som er inspireret af fænomenologien (Scheper-Hughes og Lock 1987, Strathern 1996).² For disse antropologer har fænomenologien lukket op for nye og bredere tilgange til kroppen som analytisk objekt. Fænomenologien har nemlig et grundliggende ønske om at udvide kroppens rækkevidde og blotte dens tidligere faste integritet. Et projekt, der aldrig vil stoppe, set i forhold til opfattelsen af kroppen som allestedsværende, flydende og i princippet grænseløs (Lock 1993:148). Set i dette lys er det ikke mærkeligt, at kroppen er blevet til legemliggørelse i sin analytisk reformerede udgave. I stedet for *body* tales der nu om *embodiment*. Der eksisterer ikke længere uforanderlige kroppe, kun legemliggørelse. Kroppens eneste essens er, at den er eksistentielt ubestemt (Csordas 1994:xi).

Men sætter dette ikke kroppen uden for analytisk rækkevidde? Nej, det gør det ikke, mener disse forskere. Legemliggørelsen, som analytisk objekt, er på trods af dens ubestemte objektivitet ikke et utilnærmeligt analytisk sted, takket være dens præpositionering i verden. I kroppen organiseres erfaringen samtidig med, at den indeholder nogle apriorisk samordnede dispositioner, der giver legemet visse grundliggende intentioner. Kroppens mening har nemlig en vis rettedhed,

som f.eks. Andrew Strathern kalder inkarneret intentionalitet (Strathern 1996:38). Hvis legemliggørelse er både præabstrakt, ubestemt, præobjektiv og mere autentisk, er det måske ikke overraskende, at følelser nu bliver en væsentlig faktor i kroppens rettedhed, set i lyset af, at følelser ofte netop tildeles sådanne egenskaber. Andrew Strathern mener da også, at fokuset på legemliggørelse kan kaste nyt lys over følelser (Ibid.:7-8). Nancy Scheper-Hughes og Margaret Lock hævder ligefrem, at følelser udgør *the missing link* mellem krop og sind. De har, ifølge dem, alt for længe været udsat for den falske, kartesianske dikotomi, hvor de er blevet delt mellem kulturelle følelser og kropsligt begær. Følelser transformerer, som de ser det, viden til menneskelig forståelse og bringer intensitet til menneskelig handling. Følelser er organernes sprog, eller sagt med andre ord: De er legemliggørelsens sprog. Sygdom kan derfor heller ikke være en isoleret begivenhed eller en uheldig fejl fra naturens side. Tværtimod taler både natur, samfund og kultur altid simultant gennem organernes sprog (Scheper-Hughes og Lock 1987:28-32). Den legemliggjorte krops egenskaber er altså ikke ulig følelsers, da de rummer autenticitet, meningsfuldhed, intentionalitet, foranderlighed og ikke mindst ubestemthed i betydningen aldrig afsluttet.

Disse medicinske antropologer sætter altså generelt spørgsmålstejn ved nytteværdien af at distancere i dualiteter. Men måske er den nutidige praksis ikke så stivnet i kartesiansk konservatisme? Jeg vil hævde, at diabetesbehandlingen i Danmark på mange måder har gennemgået en udvikling, der burde gøre denne til de nævnte medicinske antropologers kæledægge. Det hører fortiden til at anskue sukkersygepatienten strengt kartesiansk. Patienten var nok tidligere delt mellem en universel, biologisk, sukkersyg krop, der fulgte visse mekaniske principper, og en mere eller mindre unik personlighed påhængt denne syge krop, men i de seneste årtier synes kroppen og sindet at have blandet sig med hinanden, så behandlingen efterhånden omfatter alt dette *mere*, som antropologer mener, er vejen frem til en ny og bedre erkendelse. Jeg vil her se nærmere på dette *mere* med et historisk perspektiv på diabetesbehandlingens transformationer gennem de seneste årtier.

Denne gennemgang hviler på en systematisk gennemlæsning af alle tidsskrifter udgivet af *Landsforeningen for Sukkersyge*³ i perioden 1941 til 1998. *Landsforeningen for sukkersyges* tidsskrifter udmærker sig ved at være en kombination af den seneste, lægevidenskabelige forskning, den gældende behandlingspraksis samt læserbreve og artikler fra patienter. Gennem disse 47 år analyseres diskursivt sprogbrug, sygdomsbegreber, følelser og behandlingstiltag som fremført af både behandlere og patienter. De generelle pointer udgør en fortolkning af en ikke eksplicit formuleret udvikling, som er destilleret fra denne store mængde litte-

ratur (se venligst note 1). Alle indlæg inddraget i analysen er således skriftlige, hvilket på den ene side giver en vigtig, historisk kontinuitet i materialet, men på den anden side begrænser materialet til det, som er skrevet om i patienttidsskriftet. Denne begrænsning har været et nødvendigt skridt for at lade de konkrete historiske sammenhænge komme til orde og skabe større klarhed i argumenterne. Det er vigtigt at påpege, at gennemgangen også er inspireret af 30 års personlig erfaring med diabetesbehandlingen, først som sukkersygepatient og siden som diabetiker. Denne del er dog ikke taget med i analysen for at undgå en subjektiv vægtning af materialet.

Det store samarbejde på behandlerniveau mellem diabetesområdet og andre kroniske sygdomme gør muligvis analysens gyldighedsfelt bredere. Når Sundhedsstyrelsen tilbyder kurser om at lære at leve med kroniske sygdomme på tværs af diagnoser (Sundhedsstyrelsen 2007), viser det med al tydelighed, at diabetesområdet i denne sammenhæng ikke er unikt. Egenomsorg og selvmonitorering er væsentlige koncepter ved de fleste kroniske lidelser (se også Sundhedsstyrelsen 2006 og 2005). Men da dette skift i behandlingen er en historisk udvikling, hvor især detaljerne kommer frem i lyset, har jeg i det følgende koncentreret mig udelukkende om diabetesbehandlingen. Dette er gjort for netop at kunne vise detaljens magt i egenomsorgen. Detaljer, som oftest er forskellige fra lidelse til lidelse.

Behandlingsskredet i 1980'erne

Helt grundlæggende har alle facetter, som inddrages i behandlingen af sukkersyge, en direkte eller indirekte relation til den sukkersyges blodglukose. Da man endnu ikke kan helbrede sygdommen, har man koncentreret sig om at styre denne bedst muligt gennem et helt liv. Konkret har forskningen i denne styring, kaldet diabetologien, resulteret i en voksende viden herom. Det er denne vækst i relevante faktorer for behandlingen af sukkersyge, der her har min interesse. Hvilke teknikker er det, som bliver specielt diabetiske, og hvilken viden forholder disse teknikker sig til? Min interesse er derimod ikke, hvorvidt disse teknikker er videnskabeligt korrekte, selvmodsigende eller kun bruges ved visse typer af sukkersyge⁴. Det er kun for så vidt, teknikkerne er med til at skabe idéen om en diabetisk livsstil, at de inddrages i det følgende.

De seneste 85 år har særligt *insulin*, *diæt* og *motion* figureret som de essentielle parametre i den daglige behandling af blodglukosen, også kaldet den treenige behandling eller den Joslinske trekantsmodel. Jeg har andetsteds analyseret i detaljer, hvorledes disse parametre har udviklet sig gennem det tyvende århundrede

(Kristensen 1998), men vil her udelukkende koncentrere mig om behandlingsskredet fra sindshygiejne⁵ til egenomsorg sidst i 70'erne og først i 80'erne. Det gøres fordi denne overgang bedst illustrerer, hvorledes behandlere og patienter har forandret deres grundliggende syn på krop og sind.

Da den internationale diabetikersammenslutning i 1952 holdt møde i Holland, blev den naturligt nok opdelt i to afdelinger: En social- og en lægevidenskabelig. Læger arrangerede de naturvidenskabelige forelæsninger om de seneste kemiske og kliniske fremskridt inden for insulinteknologien, mens det var sukkersygepatienter, som dominerede de socialvidenskabelige møder, der handlede om problemer med kørekort og sukkersyge, samarbejde mellem foreninger, mangel på insulin i Østtyskland, problemer med at kunne få fat på ernæringsrigtig kost og told på insulin i Italien (Steenberg 1952:3-7). I de første mange år efter insulinens opdagelse i 1920'erne var det således ikke svært at skelne mellem, hvad der var somatisk, og hvad der var psykisk. Der var videnskaben om kroppens biologi, og så var der en politisk kamp for, at denne viden kunne fremmes bedst muligt. Det psykiske arbejde lå uden for lægens naturvidenskabeligt funderede viden. Det var kun som privatperson, at han kunne rådgive patienter følelsesmæssigt. Han kunne derfor ikke rådgive bedre eller dårligere end andre personer og havde heller ingen interesse deri.

Det var blandt andet behandlingens manglende fokus på patienters personlige forhold, der foranledigede til oprettelsen af patientforeninger. Disse kunne koncentrere sig om patienters sociale og følelsesmæssige situation. I Danmark stiftede man således *Landsforeningen for sukkersyge* i 1940, som siden har haft en afgørende rolle inden for det, man dengang kaldte sindshygiejnen. Siden stiftelsen er foreningen vokset støt for i 1998 at være blevet til en af de største patientforeninger i Danmark. I foreningens første pressemeddelelse blev dens kongstanker lanceret: Dels at være en formidling af den seneste lægevidenskabelige forskning, og dels at fungere som et organ, der var vågent overfor krav og ønsker fra sukkersygepatienters side (uden forfatterangivelse, 1941:1).

Foreningens følelsesmæssige arbejde bestod altså ikke i en egentlig personlig terapi for hin enkelte patient. Det bestod i at forbedre de ydre forhold for patienterne. Filosofien var, at hvis patienter ikke følte sig forfordelt i forhold til *de raske* eller *normale*, som de kaldte dem, der ikke havde sukkersyge, kunne de få ro til at pleje deres sygdom hensigtsmæssigt. Foreningens mål var derfor naturligt nok at presse politikere til at give patienter økonomisk støtte til insulin, hjælpemidler, ekstra madudgifter m.v., overtale myndighederne til at tillade patienter at besidde kørekort og adoptionsrettigheder samt at tvinge arbejdsgivere til at ligestille

sukkersygepatienter med normale på deres arbejdspladser og presse forsikrings-selskaber til at tegne forsikringer til sukkersygepatienter, som selskaberne længe karakteriserede som "mindre gode liv". Argumenterne har været, at kun gennem en lindring af patientens udgifter og sociale forhold kunne sukkersygepatienter ligestilles med normale og dermed hjælpes til at genvinde livslysten og lysten til at lade sig regulere, hvilket var forudsætningen for en succesfuld behandling.

Støtteforeningens støtte var således en indirekte form for sindshygiejne, som manglede både videnskabeligt og terapeutisk grundlag. Det var en politisk kamp, der foregik med politiske midler. Penge og magt var ikke fyord, og en vis social tvang var helt legitim. Der var ingen, der rynkede på næsen, når foreningsmedlemmer i bedste fagforeningsstil talte dunder til dem, der havde sukkersyge, og som ikke var medlem af foreningen. De første mange år efter stiftelsen var det et tilbagevendende punkt på dagsordenen, at foreningsmedlemmer gjorde opmærksom på, at arbejdet skulle "løftes i samlet flok" (Jørgensen 1942:1 og Hey 1950:16).

Når det drejede sig om børn, unge og handicappede, var det imidlertid svært at ansvarliggøre patienter på samme måde. Her var der brug for en mere direkte sindshygiejne, hvis der skulle tages hånd om dem. Igen var det ikke læger, men landsforeningen, som forsøgte sig med denne mere direkte hjælp til patienter med ekstra store problemer. De første mange år bestod dette sindshygiejniske arbejde i at arrangere børneferiekolonier og oprette et rekonvalescenscenter beregnet til ældre patienter, der kort forinden var udskrevet med en sukkersyge- eller senkomplikationsdiagnose. Der blev ligeledes oprettet en ungdomspension og et lærlingehjem for at hjælpe unge patienter under uddannelse og et børnehjem for sukkersyge til de børn, hvis forældre ikke magtede opgaven. I modsætning til den indirekte sindshygiejne blev denne mere direkte form for sindshygiejne socialvidenskabeligt begrundet. Da børnehjemmet åbnede i 1966, sagde formanden for landsforeningen, at hjemmet skulle løse en social, humanitær og medicinsk opgave af helt speciel karakter. Børnene skulle lære at leve med deres sygdom. Det krævede afsavn fra børnenes side, og det krævede, at der blev skabt tryghed omkring dem på en sådan måde, at børnene ikke blev overbeskyttede (Hey 1966:7-15).

Patienter kunne derimod ikke forvente medynk fra foreningens side og slet ikke speciel personlig interesse i deres følelsesmæssige problemer. Sundhedssvigt, som ikke skyldtes mangel på penge, blev gerne betragtet som et resultat af en brist i patientens forstandsmæssige eller karaktermæssige egenskaber (Guldager 1960:14). Der skulle ikke gøres noget specielt ud af patienters psykiske problemer. Filosofien var, at jo mindre man gjorde opmærksom på patienters særstatus, desto bedre var det for deres psyke. Forældre til sukkersyge børn blev derfor også

rådet til ikke at vise for megen medlidenhed. Denne manglende vilje til at sammenkæde sukkersyge med personlighed er siden blevet udskældt som et usympatisk træk ved den tidligere behandling.

Siden sidst i 70'erne synes sindshygiejnen at havde ændret sig mærkbart på flere områder. Landsforeningen er fortsat en aktiv, politisk pressionsgruppe, men dens mere direkte sindshygiejniske institutioner såsom reconvalescenscenteret, ungdomspensionen og lærlingehjemmet er lukkede. De populære foredragsholdere er nu ikke længere forskere eller læger, medmindre de selv har sukkersyge. Det er i stedet patienter, som holder foredrag i lokalforeningerne om, hvordan de takler deres liv med sukkersyge ved rejser, arbejde, familie, børn og deres følelsesliv generelt. Samtidig har foreningen fået flere og flere læger ind i bestyrelsen. De sidste mange formænd har alle været læger, ligesom mange i hovedbestyrelsen i dag har en lægeuddannelse som baggrund, alt imedens der er kommet flere og flere læger, sygeplejersker og andre eksperter ind i nye råd under foreningen (Frøland 1984:1-2). At lederne nu også er læger, har ikke været anskuet som andet end en fordel, da de naturligvis må være inde i, hvad der rører sig i diabetologien. Man kan dog undre sig over, hvorfor det er blevet en selvfølge, at læger blander sig mere i ledelsen (og rådgivningen) af landets mest indflydelsesrige organisation til fremme for sukkersygepatienternes ve og vel, mens patienter har overtaget meget af foredragssiden, der på mange måder, ligesom lægens, er undervisning i at leve et godt liv med sukkersyge. Det kunne således synes at være blevet sværere at skelne mellem patienter og behandlere inden for foreningen.

Egenomsorg

Dette problem er endnu tydeligere i udviklingen i behandlingsfilosofien. Her fik ord som *egenomsorg* og *livskvalitet* plads i behandlingsfilosofien, mens ordet *sindshygiejne* er helt forsvundet. Det gælder nu om at acceptere *sin* sukkersyge og finde sin *egen* livskvalitet i den daglige rytme. Det er svært at tidsbestemme fænomenet *egenomsorg* i sukkersygebehandlingen. Interessen for at opdrage patienter til at kunne tage vare på sig selv var ikke et nyt fænomen, men det var først midt i 70'erne, at behandlere for alvor begyndte at opfatte manglende omsorg for sukkersygepatienter som andet end manglende politisk støtte fra samfundet, mangel på viden eller slet og ret mangel på vilje fra patienters side. Løsningen på den manglende omsorg blev at udvikle patienterne psykisk, så de kunne udføre *egenomsorg*, hvor det psykiske nu skal forstås langt mere konkret end blot som karakterstyrke eller mangel på samme. Den tidligere forudsætning for den gode

regulering, som kan sammenfattes i et *kend din sygdom*, udvides således med et *kend dig selv*, men samtidig understreges det, at det kræver mere end almindelig støtte at kende to så vanskelige ting på en gang (Seidenfaden 1988:28). Samtidig med den voksende interesse for patienters emotionelle, familie-, og arbejdsmæssige forhold blev lægens pædagogiske evner kritiseret. Der var nu både gode og dårlige måder at belære patienten på, alt efter hvor pædagogisk behandlingen var lagt an, hvilket førte en diskussion med sig om at fremme undervisernes menneskelige kvalifikationer for at forbedre kommunikationen mellem læge og patient.

Fokusset på sundhedspædagogikken har blandt andet gjort, at sygeplejersker er blevet opfordret til at prøve at leve som sukkersygepatienter nogle dage for bedre at kunne fornemme, hvordan det måtte være altid at skulle overholde deres rutiner (Jørgensen 1985:47). Målet krævede endvidere patienters fuldstændige accept af deres sukkersyge. Det var nemlig af fundamental vigtighed, at patienten identificerede sig med sin sygdom. Viden om sukkersyge var ikke nok. Den skulle omsættes i handling, så viden blev til kunnen (Vagn-Hansen 1988). Patienters livsstil skulle altså ændres, hvis den ikke korresponderede med en diabetisk livsstil. Dette kræver et indgående kendskab til patienten og dennes omgivelser fra behandlernes side, hvis de skal kunne hjælpe i de tilfælde, hvor patienten har svært ved at acceptere sukkersygens egenskaber som en del af sig selv. Til dette formål var det nødvendigt at udvide behandlingens berøringsflade med patienterne, hvilket affødte ideen om at samle forskellige eksperter i *diabetesteams*.

Et diabetesteam er en gruppe af eksperter i sukkersyge, bestående af speciallæger, sygeplejersker, fodterapeuter, diætassistenter, laboranter, psykologer og socialrådgivere (Nybo 1996:8). De første diabetesteams startede i begyndelsen af 80'erne. Med introduktionen af diabetesteams ophørte lægens tidligere ene-vældige rolle inden for behandlingen. For hver ny ekspert, der inddrages, vokser behandlingens omfang, alt imedens behandlingen kan koncentrere al sin viden i disse teams. For at samle al information fra de forskellige faggrupper blev der blandt andet introduceret en diabetesbog eller vandrejournal, som den enkelte patient har med sig både i hjemmet, hvor han eller hun selv benytter den, og ved besøg i centeret, hvor lægen noterer i den (Hansen 1996:41).

De sundhedspædagogiske opgaver var allerede fra fødslen udspecificeret i tre retninger: (1) I retning af patienten med henblik på at formidle viden og indøve færdigheder. (2) I retning af patientens omgivelser med henblik på at gøre opmærksom på de nødvendige hensyn, en patient har brug for. (3) I retning af information af diabetesengageret personale i sundheds- og socialsektoren (Uden forfatterangivelse, 1979:1-8). Kort sagt: Alle, der kom i kontakt med patienten, skulle

informerer. Diabetesekspertgruppen kunne og skulle nemlig, med sine forskellige sundhedspædagogiske opgaver, inddrage hele personen med det mål at højne ikke alene patientens sundhedstilstand, men ligeledes dennes livskvalitet. Diabetesskoler er et eksempel på behandlingens voksende rækkevidde. Det er skoler, som ledes af sygeplejersker, der gør en dyd ud af at inddrage hele den tværfaglige ekspertise i undervisningen af patienterne, samtidig med at undervisningen tilrettelægges så konkret som muligt, alt efter patientens behov. Diabetesskolen skal altså ikke kun informere patienten. Den skal lære ham eller hende at leve med diabetes ved blandt andet at bevidstgøre ham eller hende om eget ansvar, i visse tilfælde med henblik på en livsstilændring. Derfor handler et undervisningsforløb om meget andet end kost, insulin og motion. På diabetesskolens *Afdeling M* i Odense drejer det sig blandt andet om, hvad patienten kan gøre i tilfælde af fest, rejser, stress, o.s.v. (Andersen, Bassett og Beck-Nielsen 1994). Som noget nyt tages der nu i den professionelle behandling udgangspunkt i patienters egne, eller andre patienters, erfaringer, hvilket har resulteret i en udbredelse af patienters egne råd til overvindelse af diabetiske problemer.

Fra vilje til følelser

Hvori adskiller dette sig så fra sindshygiejnens intentioner? Det indlysende svar er, at der er tale om en forstærket indsats. Det mindre indlysende er, at dette bygger på en ændret anskuelse af, hvordan sind, krop og viden fungerer sammen. Det fremgår ved et nærmere eftersyn af sygeplejersken Hanne Jørgensens betragtninger over problemer med at ændre patienters holdninger Hun inddelte i 1985 problemet i følgende fire niveauer: (1) Viden er lettest at formidle men behøver ikke nødvendigvis at give anledning til nogen personlighedsændring. (2) At få et individ til at ændre holdning er meget vanskeligt, fordi holdninger bestemmes af følelser, som sædvanligvis ikke er under viljens kontrol. (3) Den individuelle adfærd er endnu vanskeligere, og meget tidsrøvende, at ændre, specielt når der er tale om at inducere en vedvarende ændring i en persons hidtidige adfærdsmønstre. (4) Ændring af gruppeadfærd er overordentlig vanskeligt. Her skal adskillige individer samtidig ændre holdning, værdinormer, skikke, traditioner og handlinger. En gruppe har tendens til at være en selvforstærkende enhed, og derfor er en persons adfærd vanskelig at ændre, såfremt vedkommende er medlem af en gruppe, der udviser en adfærd, som er forskellig fra den ønskede adfærd (Jørgensen 1985:47-48). De fire niveauer bygger således ikke på sindshygiejnens ide om sund viden og sund viljestyrke. Det er ikke længere oplagt, at en god forstå-

else af diabetologiens viden automatisk fører til en tilsvarende livsstilsændring. Ikke mindst fordi en livsstilsændring ikke længere betragtes som værende under viljens herredømme. Det er ligeledes bemærkelsesværdigt, at familiens rolle nu anses som direkte adfærdsregulerende, hvorfor familien ligesom patienten skal tilpasse sig en diabetisk adfærd, hvilket er i direkte modstrid med de tidligere formaninger. I stedet for at tale om *vilje* bliver der nu talt om *følelser*, hvilket er en forskel, der er grund til at dvæle ved. Det sindshygiejske bestod jo i at styrke en vilje til en rationel viden om sukkersyge. Denne vilje ville altid være tilstede, men den havde ikke lige gode kår for at slå igennem hos den enkelte patient alt afhængigt af, hvor meget grus de ydre forhold kunne kaste i maskinen. Denne vilje var altså i alle patienter, men han eller hun kunne have mere eller mindre af den. Følelser deler ikke denne form for viljes generelle karakter. De kendetegnes ved at være kontekstuelle, og ofte er de irrationelle i forhold til sukkersygerationaliteten. Følelsernes kontekstuelle karakter gør, at de hverken kan måles eller gradbøjes som viljen, da de mangler en fast, universel størrelse at referere tilbage til; som f.eks. en universel sukkersygerationalitet.

Begreber som harmoni og livskvalitet, der i høj grad beror på følelser, kan derfor sjældent blive andet end vage ideer, hvis ikke de konkretiseres i den enkelte patient. Ikke desto mindre er livskvalitet blevet et mål i sig selv inden for sundhedspædagogikken. Hvor diabetologien prøver på at lægge *år til livet*, skal sundhedspædagogikken ikke alene, som sindshygiejnen, tilpasse patienter til diabetologien, den skal desuden lægge *liv til årene*. For at behandlingen skal kunne påberåbe sig en vis form for gyldighed, kræver det, at det psykosociale arbejde inddrager hvert enkel patients kontekst. Det betyder, at patientens følelsesmæssige forhold må inkluderes. Denne nye behandling prøver med andre ord på at være holistisk. Hvordan bliver man så en glad patient med høj livskvalitet uden at skelne til de omkostninger, som sygdomsbehandlingen fører med sig? En udbredt fremgangsmåde til at etablere en højere livskvalitet er de mange forsøg på at omdefinere forskrifterne til glædesskrifter.

En anden og mere indgribende måde at internalisere diabetologiens viden på er gennem de mange blodprøver, hvormed patienten til sidst kan opnå en fornemmelse for de metaboliske reaktioner på deres fysiske, psykiske og sociale sammenhænge. Vaner har den fordel, at patienter automatisk gør, som diabetologien har lært dem, uden at de reflekterer over ønskværdigheden af denne automatik. En sygeplejerske karakteriserer denne diabetesoplæring som analogt til det at lære at køre bil: "Man lærer heller ikke at køre bil efter teoribogen" (Nybo 1996:7). Deres pointe er, at patienten skal internalisere behandlingen, så den følges ureflekteret.

Ved bilkørsel handler man, før man tænker, hvilket Merleau-Ponty ikke er uenig i (1994). Bilen bliver til en forlængelse af kroppen, hvor man kører på rutinen. Behandlingsforskrifterne skal med andre ord være internaliseret i kroppens fysik, hvormed viden bliver til kunnen.

Hvor sindet før, så at sige, var dets eget, er kroppen nu også psykisk, ikke i en traditionel psykologisk forstand, hvor det drejer sig om en *cogito ergo sum*, men i en Merleau-Pontysk forstand, hvor kroppens viden er urefleksiv, ufuldstændig og mere autentisk. Det sidste forstået sådan, at denne viden virker naturlig. Ikke desto mindre er det en diabetologisk viden, man aktivt forsøger at internalisere i kroppens hukommelse, hvorfor det da også er svært at tale om en apriorisk kropstanke. Det er nærmere den psykiske tanke, der har udvidet sit refleksive domæne til også at omfatte kroppen. En udvidelse, der ikke mindst hviler på en legemliggørelse af naturvidenskabens mekaniske årsagssammenhænge, dog uden at sundhedspædagogikken af den grund er naturvidenskabeligt funderet. Den hviler stadig på ideen om det usplittede menneske. Og måske netop fordi sundhedspædagogikken ikke prøver på at dele rationale med naturvidenskaben, undgår de to perspektiver at støde sammen på trods af deres gensidige overskridelser. De taler om det samme, men ikke ud fra det samme.

At psyken kan påvirke blodglukosen, ændrede således ikke på diabetologiens grundlag. Psyken er blot blevet inkluderet som et blodglukoseparameter. At kroppen har tanker, har heller ikke givet anledning til et grundlæggende brud i psykologien. Man har blot inddraget kroppens hukommelse som en naturaliseret og ubevidst, psykisk erkendelse. Det, der har ændret sig, er behandlingspraksissen. Hvor patienten før, i bedste fald, var summen af to halve, er han eller hun nu summen af to hele. *Kend din sygdom* inkluderer nu også kroppens reaktioner på psykiske og sociale omstændigheder, og *kend dig selv* inkluderer kroppen som et vigtigt identifikationsparameter. Den tvedelte patient bliver også dobbelt. Konsekvensen bliver muligheden for, at en ny, overdetermineret skikkelse kan fremkomme i første person: *Jeg har sukkersyge* bliver til *jeg er diabetiker*.

Diabetikeren

Overgangen fra at have sukkersyge til at være diabetiker afspejles igennem sprogbrugen i foredrag, afholdt af *Landsforeningen for sukkersyge*, og i deres tidsskrift. Gennem de seneste årtier har der været en generel tendens til øget brug af ordet diabetiker på bekostning af ordene sukkersyge og patient. I 40'erne og 50'erne blev ordet diabetiker således stort set ikke anvendt i tidsskriftet. De få gange, det blev

anvendt, var oftest i forbindelse med artikler, der var oversat fra engelsk. I 90'erne skal man derimod lede længe efter ordet sukkersygepatient i tidsskriftet. Patienten, der i det indledende citat påpegede, at sygdommen ikke blot var noget, han havde, men noget, han *var*, har altså fået medhold, hvis ikke i andet, så i sprogbru- gen. *Tidsskriftet for sukkersyge* er selv blevet omdøbt til *Diabetes* i januar 1985. Den gamle titel blev samtidig degraderet til undertitel. Iveren efter at omdøbe har også ramt *Landsforeningen for sukkersyge*, der i 1985 blev omdøbt til *Diabetesforeningen*. Det kan ikke udelukkes, at overgangen fra sukkersyge til diabetes kan skyldes en tendens til flere anglicismer i det danske sprog, men skulle overgangen fra suk- kersygepatient til diabetiker alene afspejle en sproglig justering til det engelske, kunne man have valgt at *have* diabetes frem for at *være* diabetiker. Den følgende kommentar fra diabetikeren og lægen Carsten Vagn-Hansen viser, at det ikke er en tilfældig ordveksling:

“Nogle patienter snyder. De prøver at glemme deres sygdom i perioder, hvor det går nogenlunde, passer ikke deres diæt, motion, insulin o.s.v.. Disse bliver rigtige patienter, nemlig syge, hvis de forsætter med at snyde, for det er jo kun sig selv de snyder. I virkeligheden er *sukkersyge* et dårligt udtryk, da en suk- kersyg ikke er syg hvis han overholder spillereglerne, og udtrykket *diabetiker* er derfor at foretrække...” (Vagn-Hansen 1973:2; original fremhævelse).

Der lå altså for nogle personer klare overvejelser bag dette skifte fra sukkersyge til diabetiker, hvor diabetiker her anskues som mindre sygeliggørende, da det ikke associeres med en rigtig patient. Det er stadig muligt, at jeg overdriver den betydning, som ordskiftet afspejler, men det bliver ikke mindre bemærkelsesvær- digt, når ordvekslingen er foregået samtidig med overgangen til egenomsorg og en eksplosivt voksende interesse for diabetiske livshistorier.

Fra at der, i de første årtier af diabetestidsskriftets levetid, meget sjældent blev skrevet om sukkesygepatienters liv, var der i 1980'erne og starten af 90'erne ca. ti diabetiske livshistorier om året. En typisk god livshistorie eller succeshistorie, som de også bliver kaldt, er skildringen af en diabetiker, som har opnået noget stort, der har kunnet give ham eller hende stor livskvalitet, uden at det samtidig har tæret på helbredet. Derfor er det ofte kendte personer, der fortæller om deres succesfulde liv med diabetes i tidsskriftet. Succeshistorierne giver et billede af sukkersygebehandlingens fordele parallelt med, at de udbreder konkrete, diabe- tiske hverdagsdetaljer. Dette har jeg kaldt *diabetiske fiffigheder*, fordi de er hybrider mellem lægevidenskab og personlig praksis. De diabetiske fiffigheder formidles

gennem personportrætter, livshistorier, eller, som vi tidligere så, ved, at diabetikere underviser hinanden. Diabetikere, der har været ude at rejse, fortæller gerne om, hvordan de putter insulinet ned i kaffekander, tager rugbrød med til tre uger, bruger sprøjterne til at tømme vabler og lignende. Gennem de mange fiffigheder bliver det at være diabetiker langt mere detaljeret og konkret styret, end hvad den tidligere, mindre omfattende omsorgslære kunne bidrage med.

Hvor succeshistorierne kommer med gode tricks, kommer andre livshistorier, her kaldet rædselshistorierne, med dårlige, der bekræfter de gode (uden forfatterangivelse 1994). Rædselshistorier og succeshistorier sætter på den måde hinanden i relief og opdeler verden i sorte og hvide fiffigheder, hvor deres sorthed og hvidhed altid kan bestemmes på diabetikerens blodglukosereaktion. Siden midt i 80'erne har man nemlig kunnet måle summen af alle fiffighederne med HbA1c-prøven, der viser de sidste to måneders gennemsnitlige blodglukoseniveau. Man kunne kalde det en diabetesprøve. Af samme grund bliver prøven, ofte blandt både behandlere og patienter, kaldt *sladreprøven*. Den sladrer simpelthen om, hvor god en diabetiker patient er. Hvor succesfulde diabetikere ikke behøver understrege, at de er diabetikere, kan mindre succesfulde patienter ikke se bort fra, at de ikke er det. Det betragtes nemlig, paradoksalt nok, ikke som normalt at være syg blandt diabetikere trods de mange graverende diagnoser.

Diabetikeren som religiøst praktiserende

Der er åbenlyst mange kristne undertoner i diabetesbehandlingen, både blandt behandlere, patienter og i diabetestidsskriftet. Det er ikke kun det, at kost, motion og insulin bliver kaldt for treenigheden, eller at HbA1c-prøven populært hedder sladretesten. Bøger, skrevet af diabetikere, bliver kaldt bekendelsesskrifter, og overholder diabetikeren ikke spillereglerne, synder han eller hun, hvorfor straffen da også falder i form af senkomplikationer, hvis patienten ikke inden da frelses af en bedre kontrol ved at adlyde forskrifterne fra behandlingsevangeliet. Retorikken er således mættet med kristne ideer om synd og frelse (jf. Veng 1995). Derfor er det måske heller ikke overraskende, at skyldfølelser og dårlig samvittighed er blevet et større problem.

Men den største forskel på før og nu ligger dog ikke i hvor meget, men i hvordan patienter har syndet. I 50'erne og 60'erne var det hovedsageligt læger, som anvendte de bibelske termer, når de svingede piskan. Der blev henvist til, at patienter syndede med diæten (Ditzel 1961:19), og at det naturligvis var let for lægen at prædike et behandlingsevangelium, som var svært at leve op til, men som dog var nødven-

digt (Krarup 1957:5). Der var samtidig få indikationer af overdrevne skyldfølelser blandt patienter. Ifølge diverse læserbreve synes patienter at have været mere optaget af psykiske mindreværdskomplekser, som, man mente, voksede ud af ulighederne mellem sukkersygepatienter og raske borgere (uden forfatterangivelse 1952:8). Mindreværdskomplekserne rettede sig således mod det omgivende samfund og ikke indad mod patienten selv. Patienters tendens til mindreværdskomplekserne gødskede derfor kun den fælles politiske kamp for ligeberettigelse og var samtidig imod for meget omsorg. Syndede patienten, var det mod lægen og lægens objekt, kroppen. Men ikke mod sin personlighed, der sagtens "*kunne være redebon, selvom kødet var skrøbeligt*" (Welblund 1962:9-11), hvorfor behandlingsmæssige tvangsforanstaltninger over for kroppens begær ikke blev afvist.

Med introduktionen af egenomsorg har synden flyttet subjekt. Kødet synder ikke længere mod sig selv eller lægen. Diabetikeren synder i stedet mod sig selv. Han eller hun snyder, og som det tidligere blev nævnt af Carsten Vang-Hansen i citatet, er løgn strafbar i diabeteslogikken, fordi den skaber en rigtig patient; en syg person. Sammenblandingen af sukkersyge og patientens psykiske og sociale forhold har udviklet en vekselvirkning mellem at ansvarliggøre diabetikeren for alt, der viser sig relevant for blodglukosen, og at fritage ham eller hende ved at henvise til en ikke-kontrollabel blodglukosefaktor i helheden. Det interessante er, at for mange diabetikere resulterer det i, at de er født syndere, alt imedens det er umuligt at genoprette uskylden, fordi synden glider uden for personens rækkevidde. Egenomsorgen har her på forbløffende vis kunnet konkretisere det kristne budskab om mennesket som født offer og synder. Hvor sukkersygepatienten blot syndede mod lægen og kroppen, kan diabetikeren synde imod alt, der har berøring med ham eller hende.

Og noget tyder på, at mange diabetikere er kede af sig selv. Der er seks gange så mange diabetikere, der lider af anorexi og bulimi, som i befolkningen generelt (Rodin, Daneman, Johnson, Kenshole og Garfinkel 1985, uden forfatterangivelse 1993), og selvmordsprocenten blandt diabetikere i Danmark er væsentlig højere end landsgennemsnittet (Kyvik, Stenager, Green og Svendsen 1994). Nogle er bange for at få foretaget sladreprøverne, mens andre slet ikke kommer til diabeteskontrol på centrene af samme grund. Derfor er det heller ikke underligt, at diabetikere giver udtryk for, at grundigere indgreb mod psykiske problemer er dybt savnede. Det, der kan undre, er, hvorfor de anbefalede veje ud af denne lede ved at være diabetiker, både blandt diabetiker og behandlere, gribes så ensidigt an.

Medicinalhistorisk set har behandlingen af sukkersyge været særdeles effektiv, når det drejer sig om at *lægge år til livet*. Den har ligeledes været effektiv til at *lægge*

diabetisk liv til årene. Der er opstået en ny skikkelse med diabetikeren, men han eller hun har ofte ondt i sin yderst konkrete identitet. Det er svært at være diabetiker uden at synde, og synderen får ikke lov at glemme. Ny viden bliver således til nye brikker i diabetikerens viden om sig selv, som er en viden, diabetikeren ikke kan sidde overhørig, med mindre han eller hun vil ende med at distancere sig fra sig selv. Derfor er Carsten Vagn-Hansen galt på den, når han mener, at diabetikeren kan anskues som en mindre syg person end personen, der havde sukkersyge. Sukkersygepatienten kunne se bort fra blodglukosereaktionerne, der var kroppens og lægens domæne. Det kan diabetikere ikke, med mindre de fortrænger deres identitet og lever "uden for" sig selv.

Behandlingen er således på mange måder fuldbyrdelsen af mange af de tendenser, der advokeres for inden for medicinsk antropologi. Konsekvensen bliver dog en sårbar diabeteskikkelse, i og med at alle nye faktorer inddrages i en voksende helhed. Han eller hun er på den ene side hjemsted for en voksende, urefleksiv kropstanke og indeholder på den anden side en mere omfattende, refleksiv erkendelse. Den disciplinære magtform, der ligger heri, har sine paralleller til Foucaults forståelse af det, han kalder biomagtforholdene (Foucault 1978). Det, der har forbløffet mig, er, at en række disciplinerende magtteknikker synes at trives alarmerende godt med den fænomenologiske åbning for en bredere tilgang til kroppen som analytisk objekt. Dette tvinger os til nøje at genoverveje nogle af fordelene ved Descartes' rigide skelnen mellem krop og sind i medicinsk regi.

Noter

- 1 Kun væsentlige dele af det omfattende empiriske materiale er af pladshensyn med i denne artikel. For en detaljeret gennemgang af analysen, se Kristensen 1998 (100 sider). Kan også rekvireres i elektronisk udgave på regnarkristensen@yahoo.com.mx.
- 2 Fænomenologien har en lang og mangesidet filosofisk tradition. Jeg har koncentreret mig om den gren af fænomenologien, som Maurice Merleau-Ponty står fadder til, hvilket svarer til den gren, der ofte fremhæves inden for medicinsk antropologi.
- 3 *Landsforeningen for Sukkersyge* blev stiftet i 1940 og begyndte i april 1941 at udsende sit tidsskrift, som først hed *Landsforeningen for sukkersyge* (LfS). I 1947 blev det omdøbt til *Tidsskrift for Sukkersyge* (TfS), og siden 1985 har det heddet *Diabetes*. Foreningen omdøbte sig ligeledes i 1985 til *Diabetesforeningen*.
- 4 Biomedicinsk skelner man mellem type 1 og type 2 diabetes. Hvor patienter med type 1 skal have substitutionsbehandling (insulin), kan type 2 patienter nogle gange styre sukkersygen med diæt og motion alene. Behandlingen af type 1 diabetes har derfor historisk set været mere omfattende end behandlingen af type 2. De senere år har den øgede fokus på type 2 diabetes dog medført, at mange af behandlingstiltagene fra type

1 er inddraget i behandlingen af type 2. Der er således en lille skævhed mellem type 1 og type 2 diabetes i behandlingstiltagene over tid, men da tendensen til at omfatte flere facetter af den sukkersyges liv i behandlingen er den samme ved begge typer, har jeg her valgt at se bort fra denne biomedicinske inddeling.

- 5 Sindshygiejne er en fordanskning af det engelske "mental hygiene", som kom på mode i 1930'erne bl.a. med stiftelse af Mentalhygiejnisk Forening i slutningen af 30'erne. Sinds-
hygiejne bestod for det meste af fysiske aktiviteter som skulle forhindre stress på arbejdspladsen, eksempelvis en morgentur i svømmehallen.

Litteratur

- Andersen, I.S., Bassett, B. og Beck-Nielsen, Henning 1994: "Oprettelse af deldøgnsafsnit og diabeteskole på afsnit M-1". Del I, Odense Universitetshospital.
- Christensen, H. 1983: "Nogen at tale med". *Tidsskrift for sukkersyge*, årgang 43 (nr. 4):19.
- Csordas, Thomas J. 1994: "Introduction: the body as representation and being-in-the-world". I: Csordas Thomas J. (red.): *Embodiment and experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge University Press.
- Ditzel, J. 1961: "Diætbehandling ved sukkersyge". *Tidsskrift for sukkersyge*, årgang 21 (nr. 4):16-24.
- Foucault, Michel 1978: "Seksualitetens historie I. Viljen til viden". Rhodos.
- Frøland, Anders 1984: "Velkommen til en indsats". *Tidsskrift for sukkersyge*, årgang 44 (nr. 1):1-2.
- Guldager, A. 1960: "Den sukkersyges hverdagsproblemer". *Tidsskrift for sukkersyge*, årgang 20 (nr. 2):3-7 og 10-15.
- Hahn, Robert A. 1995: "Sickness and Healing: An Anthropological Perspective". Yale University Press.
- Hansen, B. 1996: "Afdelingen skal ud i hjemmet". *Sygeplejersken: Tidsskrift for sygeplejersker*, årgang 1996 (nr. 18):41.
- Hey, Alfred 1950: "Vejen til et langt liv". *Tidsskrift for Sukkersyge*, årgang 10 (nr. 6):15-17.
- Hey, Alfred 1966: "Indvidelse – Solglimt". *Tidsskrift for sukkersyge*, årgang 26 (nr. 3):7-15.
- Jørgensen H.V. 1985: "Lær at leve med det". Dansk Sygeplejeråd.
- Jørgensen, N. 1942: "Hvordan faar jeg det mest mulige ud af min Forening". *Landsforeningen for Sukkersyge*, årgang 2 (nr. 12):1.
- Kleinman, Arthur 1980: "Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry". University of California Press, Berkeley.
- Kleinman Arthur, Eisenberg Leon og Good Byron J. 1978: "Culture, Illness, and Care". *Annals of Internal Medicine*, Vol. 88 (nr. 2):251-258.
- Krarup, N.B. 1957: "Interview med professor, dr. med, N.B. Krarup" *Tidsskrift for sukkersyge*, årgang 17 (nr. 4)
- Kristensen, Regnar 1998: "Diabetesbehandlingen i Danmark: En antropologisk analyse af konsekvenserne ved en fænomenologisk opblødning af grænserne mellem krop og sind". Kandidatspeciale, Afdeling for etnografi og socialantropologi, Aarhus Universitet.
- Kyvik, K.O.; Stenager, E.; Green, A. og Svendsen, A. 1994: "Suicides in Men With IDDM". *Diabetes Care*, Vol.17 (nr. 3):210-212.

- Lock, Margaret 1993: "Cultivating the Body: Anthropology and Epistemologies of bodily Practice and Knowledge". *Annual Review of Anthropology*, Vol. 22:133-155.
- Merleau-Ponty, Maurice 1994: "Kroppens fænomenologi". På dansk ved Bjørn Nake, Det lille forlag, Frederiksberg
- Nybo, Liljan 1996: "Forbudstiden er forbi". *Sygeplejersken: Tidsskrift for sygeplejersker*, årgang 1996 (nr. 41):7-9.
- Rodin, G.M.; Daneman, D.; Johnson, L.E.; Kenshole, A. og Garfinkel, P. 1985: "Anorexia nervosa and bulimia in female adolescents with insulin dependent diabetes mellitus: a systematic study". *Journal of Psychiatric Research*, Vol.19 (nr. 2):381-385.
- Scheper-Hughes, Nancy og Lock Margaret 1987: "The Mindful Body: A prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology". *Medical Anthropology Quarterly*, Vol.1 (nr. 1):6-41.
- Seidenfaden, E. 1988: "Diabetes – mere viden for patienter og pårørende". *Diabetes*, årgang 48 (nr. 3):28-29.
- Steenberg, V. 1952: "Giv ikke op i kampen for diabetikerne". *Tidsskrift for Sukkersyge*, årgang 12 (nr. 4):3-7.
- Strathern, Andrew J. 1996: "*Body Thoughts*". The University of Michigan Press.
- Sundhedsstyrelsen (Pjecer)
- Strathern, Andrew J. 2005: "*Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund: Forudsætninger for det gode forløb*". Red. Birgitte Dansgaard.
- Strathern, Andrew J. 2006: "*Patienten med kronisk sygdom: Selvmonitorering, egenbehandling og patientuddannelse: Et idekatelog*".
- Strathern, Andrew J. 2007: "*Guide til patientuddannelse: – Lær at leve med kronisk sygdom*". af Pia Langhoff.
- Uden forfatterangivelse 1941: "Vort blad". *Landsforeningen for Sukkersyge*, nr. 1
- Uden forfatterangivelse 1952: "4. ordinære repræsentantskabsmøde". *Tidsskrift for Sukkersyge*, årgang 12 (nr. 6):1-15.
- Uden forfatterangivelse 1979: "Sundhedspædagogiske udfordringer i diabetesbehandlingen". *Tidsskrift for sukkersyge*, årgang 39 (nr. 4):1-8.
- Uden forfatterangivelse 1993: "Bulimi". *Diabetes*, årgang 53 (nr. 3):9.
- Uden forfatterangivelse 1994: "Blind fik øje på livet". *Diabetes*, årgang 64 (nr. 2):16-17.
- Vagn-Hansen, Carsten 1973: "Sukkersyge fra et psykologisk synspunkt". *Tidsskrift for sukkersyge*, årgang 33 (nr. 3):1-3.
- Vagn-Hansen, Carsten 1988: "Egenomsorg ved diabetes". *Diabetes*, årgang 38 (nr. 3):5-8.
- Veng, L. 1995: "Hvad hjertet er fuldt af løber munden over med". *Diabetes*, nr. 4:18-19
- Welblund, H. 1962: "En kurgæsts fristelser...". *Tidsskrift for sukkersyge*, årgang 22 (nr. 4):9-11.