

Introduktion:

Forskning i sygdom og samfund

Bjarke Paarup

De seneste 30 år har der udviklet sig et frodigt forskningsfelt i rummet mellem antropologi og biomedicin eller mere generelt mellem humaniora og samfundsfag på den ene side og biomedicin og andre sundhedsfag på den anden side. Internationalt er der opstået en række tidsskrifter, der forsøger at følge udviklingen i dette forskningsfelt, men i en dansk/skandinavisk sammenhæng har denne forskning været mere eller mindre hjemløs. Det tidsskrift, De nu holder i hånden, er et forsøg på at skabe et rum til denne forskning; at synliggøre denne forskning for et dansk/skandinavisk publikum og ikke mindst at søge at udvikle den forskning, der allerede sker. Tidsskriftet er tænkt som et tværfagligt tidsskrift, der udspringer af den faglighed, der ofte betegnes medicinsk antropologi. Den medicinske antropologi er en antropologisk subdisciplin, der bredt beskæftiger sig med sociale og kulturelle perspektiver på sygdom og sundhed. Med udgangspunkt heri er det vores intention at lave et egentligt tværfagligt tidsskrift, hvor de forskellige fagligheder bidrager med et perspektiv på de sociale og kulturelle aspekter af sygdom og sundhed i dialog med naturvidenskabeligt funderede forståelser af samme.

Netop det etablerede skel mellem human- og samfundsvidenskab på den ene side og naturvidenskab på den anden side er en central udfordring for den forskning, vi gerne vil fremme. Dette skel, som blandt andet har sit udgangspunkt i Descartes' (1596-1650) velkendte distinktion mellem krop og bevidsthed, har væ-

ret utrolig produktivt for den naturvidenskabelige udforskning af kroppen. Men samtidig kan man måske sige, at denne adskillelse ikke længere viser sig så produktiv som tidligere, og den kan måske siges at blokere for et nybrud i biomedicinen. Biomedicinen har i sin praksis altid befundet sig i et krydsfelt mellem naturvidenskab og humaniora/samfundsvidenskab samtidig med, at den i sin forskning klart har fokuseret på de naturvidenskabelige tilgange til mennesket. Man kan sige, at den biomedicinske praksis har været præget af det, Latour (1993) kalder hybrider, altså en praksis der inkluderer såvel humanvidenskabelige som naturvidenskabelige forklaringer, men at biomedicinen i sin officielle repræsentation, det Latour kalder rensede former, næsten udelukkende prioriterer naturvidenskabelige forklaringsmodeller. Den bredt funderede praksis i biomedicinen illustreres klart i det almenmedicinske bidrag til dette nummer. Olesen og Risør (dette nummer) argumenterer for, at den diagnostiske proces i almen praksis udover en biomedicinsk diagnose inkluderer såvel en medicinsk-psykologisk diagnose, en social diagnose og en kultur- og kontekstafhængig diagnose. De søger gennem relationer til andre fagligheder, herunder den medicinske antropologi, at begrebsliggøre denne praksis.

Hvis vi ser på den biomedicinske forståelse af verden i Latours rensede former, så har den biomedicinske forståelse af sygdom bygget på en distinktion mellem krop og bevidsthed; body and mind. Denne distinktion stammer som sagt bl.a. tilbage fra Descartes, hvor denne skelnen gav mulighed for det selvstændige studie af kroppen og dens funktioner. Denne udvikling, der var en del af en generel bevægelse mod at anerkende menneskets rationelle kapacitet til at forstå verden i ikke-religiøse termer (Turner 1996), giver et teknisk perspektiv på det biomedicinske objekt, hvor kroppen opfattes som en maskine, og lægen er en slags ingeniør, der kan reparere den ikke-fungerende krop. Den medicinske krop opfattes således ikke primært som målrettet og besjælet eller som en scene for moralske dramaer eller som et sted hvor kosmologiske eller sociale kræfter samles, men simpelthen som en vanskelig og kompliceret maskine. Den fungerer ifølge modellen i overensstemmelse med forskellige fysiske kræfter: elektriske, kemiske, hydrodynamiske m.v. (Leder 1992: 3). Gennem adskillelse af krop og bevidsthed bliver det muligt at studere den menneskelige krop ved at anvende objektive redskaber og processer, som bliver anvendt til at studere andre dele af naturen (Hardey 1998:5). Dette fører til 'an epistemological primacy of the corpse' (Leder 1992: 7). Kroppen opfattes som et mere eller mindre fremmed territorium, som forskeren ligesom den opdagelsesrejsende kan trænge ind i, observere og søge at forstå. Dette syn på kroppen har især karakteriseret den modernisme, som har præget det tyvende århundrede.

Det centrale perspektiv i denne modernistiske periode er reduktionistisk i den forstand, at forklaringer på sygdom og løsninger på sygdom bliver søgt inden for biologiske, fysiske eller teknologiske kontekster, mens sociale og psykologiske faktorer blev negligeret. Denne reduktionisme bliver styrket af den såkaldte 'doctrine of specific aetiology' (Nettleton og Gustavsson 2002: 2), som antager, at sygdomme som regel er forårsaget af en identificerbar agent som en parasit, en virus, en bakterie eller et genetisk forhold. Samtidig antages medicinsk viden at være objektiv og derfor neutral og baseret på rationel empirisk evidens og således distinkt fra den sociale kontekst, hvor en sådan viden er produceret (Nettleton og Gustavsson 2002).

Antropologien har ikke en særlig indsigt i de naturvidenskabelige aspekter af sygdom og sundhed, men søger med udgangspunkt i forståelser af samfund og kultur at undersøge den sociale og kulturelle konteksts betydning for sygdom og sundhed, herunder som påpeget af Kirsten Hastrup (dette nummer) det helt generelle studie af de begreber, vi bruger, og den forståelse af menneske og samfund, der ligger bag vore videnskabelige undersøgelser. Hastrup påpeger netop det humanistiske bidrag til en fælles udforskning af verden, et bidrag der ikke forholder sig instrumentelt til verden men står i et etisk forhold til sit objekt. Dette humanistiske bidrag reflekterer vedholdende over, hvad det vil sige at være menneske, og undersøger til stadighed de rammer, vi etablerer om det menneskelige liv og de begreber og forståelser, vi indfanger det i. Gennem eksempler fra mellemkrigstidens social-darwinistiske sundhedsvidenskabelige forskning viser Hastrup det stærke behov for en sådan stadig udforskning og refleksion af de forståelser af menneske og samfund, der ligger bag forskningen; en udforskning der, som eksemplet viser, ikke er mindre påkrævet i dag.

Antropologiske udgangspunkter

Udgangspunktet for den antropologiske udforskning af sygdom og sundhed var tidlige studier af andre samfund med helt andre forståelser af sygdom og en anden social organisering og praksis i relation til sygdom. Et eksempel herpå er Evans-Pritchards studie af hekseri blandt Azande (1937). Disse studier havde ikke sygdom og sundhed som specifikt fokus men inddrog sygdom og sundhed som aspekter af det sociale liv, som disse studier søgte at indkredse og forstå, og ofte var sygdomsepisoder den centrale indgang til forståelser af samfund og kultur. Hermed blev grunden lagt for det holistiske perspektiv, der siden har præget antropologiske analyser. Med udgangspunkt i antropologiens komparative metode,

der ser alle kulturelle og sociale fænomener som fremmede og eksplicit og implicit betragter de studerede forhold ud fra et sammenlignende perspektiv, rejste disse studier generelle spørgsmål vedrørende opfattelser af sygdom, sygdomspraksis og ikke mindst hvad, der skulle forstås ved rationalitet. Disse studier tog udgangspunkt i en befolknings opfattelser og praksis snarere end i samfundsmæssige eksperter eller ekspertsystemer og kom derved til at være inspiration for studier af læg viden om sygdom og sundhed over hele jorden. Mange af de klassiske antropologiske studier anskuede i overensstemmelse med de lokale opfattelser menneskelige lidelser i religiøse snarere end i sundhedsmæssige termer. Op gennem tresserne og halvfjerdserne skete der et skift i fokus hos såvel lokale befolkninger som hos antropologer, således at mange af de fænomener, der tidligere blev studeret under overskriften religion, i dag studeres og forstås som sundhedsproblematikker. I forbindelse med studiet af afrikanske samfund taler Whyte om, at der i studiet af ulykke og ond skæbne er sket et skift fra et religiøst til et medicinsk perspektiv.

Affliction, which was once dealt with in monographs in African religion and cosmology, now seems to belong to the realm of medicine and medical anthropology. What we knew as divination now appear to be diagnosis; what we analysed as ritual is termed therapy. The victim of supernatural forces is called the patient, and his or her relatives – the therapy managing group (Whyte 1989: 289).

Susan Whyte taler om, at der er sket en medikalisering af antropologien; at der udviklede sig et medicinsk antropologisk sprog (dette nummer). Dette perspektivskift i studiet af lidelse i den tredje verden kan ikke blot ses som udtryk for et skift i akademisk mode men som udtryk for nogle meget reelle ændringsprocesser i de afrikanske samfund. Men denne perspektivændring udtrykker også en forbindelse mellem traditionelle antropologiske samfundsstudier og studiet af sygdom og sundhed, således at en række traditionelle antropologiske metodiske og teoretiske tilgange såsom det holistiske perspektiv og den komparative metode bliver helt centrale elementer i en medicinsk antropologi. Der har også været andre forklaringer på fremkomsten af et medicinsk antropologisk forskningsfelt. Baer et al. (1997) ser opkomsten af den medicinske antropologi i USA i halvtredserne og tresserne som et resultat af, at antropologer involveres i internationalt sundhedsarbejde, i forskellige udviklingsprojekter og i WHO, samt at antropologer især i USA involveres i indsatsen for at bringe den biomedicinske behandling og forebyggelse ud til forskellige subkulturer i det amerikanske samfund. Whyte taler om, at biomedicinens interesse for de fremmede kulturelle sammenhænge (det eksotiske), de mødte i udviklingslandene, passede godt med den viden antropologer havde om f.eks. ritualer, symboler, hekseri, åndebesættelse m.m.

Der er ingen tvivl om, at refleksion i biomedicinske rækker over mødet med andre opfattelser af sygdom og sundhed og udviklingen af et antropologisk arbejdsmarked i relation hertil har haft en betydning for udbredelsen af den medicinske antropologi, men som jeg har forsøgt at vise i det ovenstående, har der allerede tidligt i antropologien været et centralt fokus på enkeltpersoners lidelser og den sociale og kulturelle kontekst herfor, studier der også har været direkte relevante for forståelse af sygdom i det vestlige samfund. Det holistiske perspektiv i disse traditionelle antropologiske studier (se også Turner 1967, Lewis 1971, Harwood 1970) har også sat fokus på den enkeltes erfaring af sin lidelse og den systemiske baggrund, disse erfaringer kan forstås på. Indgangen til studiet af lidelser har ofte været individuelle fortællinger, men målet med analysen har til gengæld været forståelsen af den systemiske sammenhæng, lidelsen indgår i. Selv om der i den britiske og amerikanske antropologi har været meget forskellig vægtning af forholdet mellem individ og samfund, er den fælles antropologiske baggrund netop samspillet mellem de to. Den antropologiske forståelse af sygdom har således hele tiden været indlejret i en social og kulturel kontekst. Hvor man i antropologien i 30'erne, 40'erne og til dels i 50'erne fastholdt, at også antropologien producerede objektiv viden om sociale og kulturelle forhold, tager al moderne antropologi udgangspunkt i videns sociale karakter. Good kritiserer i dette nummer den medicinske antropologiske brug af begrebet 'belief' på grund af en problematisk modstilling af begrebet 'belief' over for objektiv viden. Good argumenterer for, at en empiricistisk forståelse af verden skjuler lige så meget, som den afslører om karakteren af hverdagsklinisk praksis og de former for viden, der styrer denne praksis. Good søger i sit arbejde at udvikle alternative tilgange til at begrebsliggøre det medicinske sprogs natur (dette nummer). Store dele af antropologien forholder sig i dag kritisk til en forståelse af biomedicinen som en objektiv videnskab og argumenterer for, at også den biomedicinske forståelsesmodel må anskues i sin sociale sammenhæng, som skabt i et bestemt samfund og ud fra bestemte udgangspunkter og interesser (Rhodes 1990, Foucault 2000). Der har derfor været tendenser til, at den antropologiske forståelse af sygdom og sundhed bliver en slags antitese til en reduktionistisk biomedicinsk forståelse af samme. Det er især tilfældet inden for den nyere medicinske antropologi, som vi betegner kritisk medicinsk antropologi. Den kritiske medicinske antropologi anfægter ovennævnte distinktion mellem krop og bevidsthed og fokuserer i stedet på mennesker som 'embodied'. Det vil sige, at mennesker samtidig er kroppe og har kroppe, som har erfaringer (Williams og Bendelow 1998, Scherper-Hughes 1987, Csordas 1994, Martin 1994). Et sådant perspektiv underminerer en opfattelse af kroppen som et objekt, der kan

behandles eller repareres i sig selv. I stedet fokuseres der på, at det er hele personen, der skal behandles eller i fokus. Som sådan har den medicinske antropologi et holistisk perspektiv. Således må personens sociale og kulturelle forhold tages i betragtning i forhold til sygdom, ligesom det er klart at forekomsten af sygdomme i samfundet følger sociale og økonomiske forhold (Farmer 2001). Med udgangspunkt i dette overordnede perspektiv har der i den medicinske antropologi været en vis tendens til 'doctor bashing', altså at den medicinske antropologi havde et generelt kritisk perspektiv på aspekter af den biomedicinske praksis. Som nævnt ovenfor bygger et sådant kritisk perspektiv på en reduceret forståelse af det biomedicinske felt; en reduceret forståelse der ofte skabes af de rensede selvfremsstillinger af fagets videnskabelighed, som dominerende forskere præsenterer. Disse videnskabelige fremstillinger af det biomedicinske felt står ofte i kontrast til en langt mere kompleks medicinsk praksis. Det er vores intention med nærværende tidsskrift at klargøre de forskellige teoretiske perspektiver, der er på spil i krydsfeltet mellem de sundhedsfaglige discipliner og de humanistiske og samfundsfaglige discipliner med henblik på at skabe en gensidig forståelse for og udvikling af de mange aktiviteter, der ligger i forskningsfeltet 'sygdom og samfund'.

'Illness' og 'disease'

Den tidlige medicinske antropologi var (som også megen efterfølgende antropologi) ikke så klart kritisk over for biomedicinen, idet den ofte tog et bredere perspektiv på biomedicinen end ovennævnte snævre positivistiske forståelse. Faktisk kan man sige at den medicinske antropologi opstod som en art komplementær disciplin i forhold til biomedicinen; en funktion den til dels stadig har. Udgangspunktet herfor er den berømte skelnen mellem illness og disease (Eisenberg 1977, Mechanic & Volkart 1960). Begreberne 'illness' og 'disease' bruges bl.a. af lægen og antropologen Arthur Kleinman til at karakterisere de to forklaringsmodeller, der er på spil i den kliniske situation, nemlig til at skelne patientens sygdomsopfattelse (illness) fra specialistens (disease). På dansk taler vi om forholdet mellem lidelse og sygdom, men distinktionen er ikke tilsvarende klar på dansk, og derfor holder vi fast i de engelske betegnelser. 'Disease' er i den vestlige verden det perspektiv på sygdom, der refererer til en biofysiologisk abnormalitet, som objektivt kan demonstreres med vestlige videnskabelige metoder (Chrisman 1985: 60). 'Illness' er det perspektiv på sygdom, som refererer til subjektiv 'distress' som den erfares, beskrives og forklares af patienten eller dennes familie (Sargent & John-

son 1990: 110). De to perspektiver er delvist overlappende, men en del af patientens sygdomsmodel modsvares ikke af specialistmodellen og omvendt. Man kan føle sig syg uden at være syg i biomedicinsk forstand, og man kan gå med en sygdom, som ikke opleves som sådan. Lidelsen hører hjemme i et begrebsunivers, hvor subjektet forsøger at forstå sin tilstand og gøre den meningsfuld socialt og kulturelt. Lægerne derimod er uddannet med en sygdomsklassifikation, der baserer sig på taksonomisk ordnede sygdomsenheder, baseret på ætiologi og patogenese (Hastrup 1986: 11). Med udgangspunkt i denne model kan man tale om en slags arbejdsdeling i forholdet mellem antropologi og biomedicin. Biomedicinen forholder sig til 'disease', mens 'illness' ofte lades ude i biomedicinen. Her bliver den antropologiske viden om sociale og kulturelle forhold relevant. Antropologien bidrager således med en viden om patientens sygdomsopfattelse, patientens adfærd ved sygdom og patientens erfaringer med den biomedicinske verden forstået som en fremmed kultur. Uden således direkte at anfægte biomedicinen har denne del af den medicinske antropologi bidraget med en udvidelse af studiefeltet for sygdom og sundhed med udgangspunkt i et holistisk perspektiv på patienten. Især for en række af de sundhedsfaglige professioner, der er i kamp med den lægelige og biomedicinske hegemoni i sundhedssektoren, har det antropologiske perspektiv kunnet bruges i deres forsøg på at formulere en egen faglighed. Det gælder således forskellige indkredsninger af sygeplejefagligheden (Holden og Littlewood 1991, Oakley 1993, Hansen 1995 og i dette nummer) og Mattinglys studier i ergoterapeuters særlige faglighed (1998).

Der har været en del kritisk af især Kleinmans brug af begreberne 'illness' og 'disease' (Young 1982, Hahn 1984). Kleinman har selv erkendt det uholdbare i sin brug af distinktionen, idet ikke blot 'illness' må forstås som en opfattelse, en konstruktion, påvirket af de sociale og kulturelle forhold, men også 'disease' må erkendes som en bestemt forståelse bundet til tid og samfund (Honkosala & Lindquist 1997). Derfor anvender de fleste antropologer ikke længere ukritisk begreberne 'illness' og 'disease' men fokuserer på det bredere begreb 'suffering', som vi også oversætter med lidelse.

Fokus på sociokulturelle processer

I de tidlige firser var der således i den medicinske antropologi et markant fokus på illness/disease distinktion, hvor antropologer insisterede på betydningen af patientens opfattelse. Selv om 'illness' i antropologien efterhånden blev defi-

neret som et bredt socialt begreb, var det ofte tolket som en kognitiv erfaring i modsætning til en konkret organisk sandhed om en virkelig 'disease'. Lidelse var grundlæggende forklaret enten gennem den fysiske krop og/eller i bevidstheden (bevidst eller ej) – med andre ord forblev 'illness' og 'disease' i kroppen (Dalsgaard 2003). Gennem firserne blev det meget individualistiske og kognitive fokus i den medicinske antropologi langsomt udskiftet med et fokus på betydningen af den sociale feedback. Det gjaldt i forhold til sygdom generelt men særligt i relation til en række nye syndromer såsom whiplash, fibromyalgi m.m. Således understreger psykiateren Kirmayer (1984, her ifølge Dalsgaard 2003), at sociokulturelle processer, der ikke er knyttet til den individuelle krop, medvirker til at skabe patientens erfaring og repræsentation af sin lidelse. Også Kleinman har medvirket til dette skift i synet på kroppen gennem udviklingen af begrebet sociosomatik. Kleinman opfatter individet som placeret i et socialt og kulturelt net eller en kontekst, hvorfra det ikke kan adskilles. Skellet mellem den fysiske og den sociale/kulturelle væren er således blot en analytisk abstraktion, idet individet ikke kan adskilles fra konteksten. Fysiske symptomer har således ifølge Kleinman en social oprindelse såvel som en fysisk eller biologisk (Kleinman 1986).

Den medicinske antropologi har således de senere år flyttet sig fra en overdreven interesse for patienternes sygdomsforståelse, deres 'illness', til at fokusere bredt på sociale og kulturelle processer i relation til sygdom og sundhed som disse kommer til udtryk i sundhedsvæsenet og i samfundet i almindelighed. Samtidig har anvendelsen af distinktionen mellem illness og disease opnået stor popularitet inden for og ikke mindst uden for antropologien. Vi kan måske sige, at distinktionen mellem 'illness' og 'disease' i dag er en forhindring for ovenstående sociocentriske perspektiv på sygdom og sundhed. Patientens erfaring af sygdom og sundhed må forstås i forhold til sundhedsvæsenets forståelser og praksis, patientens sociale liv og ikke mindst politiske tiltag og samfundsmæssige normer og diskurser. Et sådant bredere fokus på sygdom vil for eksempel se på samspillet mellem patientens erfaring af sin lidelse og den biomedicinske definition af denne lidelse ikke blot i den kliniske situation men i en bredere samfundsmæssig sammenhæng således at f.eks. patienternes erfaringer med en lidelse ses i sammenhæng med, hvorledes denne lidelse samfundsmæssigt konstrueres som biomedicinsk diagnose (Hacking 1992).

Interessen for patientens oplevelse af sin sygdom har ofte medført et for snævert fokus på de kulturelle forhold, der kunne definere patientens erfaring. I takt med den stigende anvendelse af kultur som et væsentligt begreb til forklaring af snart sagt alle forhold inden for og uden for antropologien, herunder også patientens

erfaring af sygdom og smerte, er der i antropologien en stigende kritik af kulturbegrebet, pga. dets essentialiserende karakter. Kultur blev opfattet som en ting, der kunne anvendes til at forklare alle tænkelige samfundsmæssige forhold, og som ofte dækker for mere umiddelbare forklaringer (Wagner 1981, Fischel 1992, Seeberg 1996). Derfor har der i de senere år været en stigende skepsis over for overordnede kulturelle forklaringer. Den medicinske antropologis fokus har derfor ændret karakter således, at f.eks. patienternes adfærd og erfaringer ikke studeres med udgangspunkt i overordnede kulturelle klassifikationer men i patienternes skiftende positioner og de forskellige 'concerns', der former deres dagligdag (Barth 1993).

Ligesom det perspektivskift Susan Whyte beskrev i studiet af lidelse i Afrika, kan vi måske tale om, at der i disse år sker et perspektivskift i det sundhedsfaglige felt, idet der de senere år er kommet et langt stærkere fokus på sociale og kulturelle aspekter af sygdom, således at det ikke blot er den biologiske malfunktion, der karakteriserer sygdom, men patientens subjektive erfaring i samspil med livsstil, socialt netværk, arbejdsliv, kulturelle forestillinger, politiske diskurser m.m. Lidelse definerer således ikke længere blot sygdom for patienten men i mange sammenhænge også for sundhedsvæsenet. Denne udvikling hænger sammen med en række meget reelle samfundsmæssige ændringer, der karakteriserer vort senmoderne samfund, som bl.a. beskrevet af Anthony Giddens (1990, 1991), og den succes, biomedicinen har haft op gennem det 20. århundrede. Således har sygdomsbilledet de sidste 100 år ændret sig markant i vesten. Biomedicinen har udviklet virkningsfulde lægemidler og behandlinger i forhold til en lang række infektionssygdomme, som dermed spiller en langt ringere rolle i sygdomsbilledet i samfundet. To hovedkategorier af sygdomme står derimod centralt i dagens debat; de såkaldte livsstilssygdomme og de funktionelle lidelser. I forhold til begge sygdomstyper er de sociale og kulturelle forhold i fokus. Lidelse og biomedicinsk diagnose er ikke blot udtryk for et forhold mellem læge og patient. Staten er også en central agent i et fokusskift fra biomedicinsk diagnose til socialt konstitueret men subjektivt erfaret lidelse. Som eksempel på denne udvikling kan nævnes den nye førtidspensionsreform, hvor den medicinske diagnose ikke længere er i centrum, men hvor en samlet vurdering af patienten ikke mindst baseret på patientens subjektive erfaring bliver central. Et andet og måske vægtigere eksempel på denne udvikling er det opsøgende arbejde socialforvaltninger i dag foretager ved langtidssygemeldinger. Her tager de sociale myndigheder i dag ved 8. eller 12. sygeuge kontakt til den langtidssyge med henblik på at støtte en hurtig tilbagevenden til arbejdsmarkedet. Dette tiltag bygger på undersøgelser af den positive effekt af en social intervention. Her knyttes udviklingen i sygdom til en social

proces snarere end til en biomedicinsk diagnose og prognose (biologisk malfunktion). Endelig kan man sige at der ligger samme rationale bag de amtslige sundhedsmyndigheders inddragelse af patientforeninger.

Det interessante er, at denne proces fra 'objektiv' diagnose til 'subjektiv' lidelse og social proces også forløber inden for centrale lægelige specialer. Helt markant ser vi det i relation til de funktionelle lidelser. Det, der definerer funktionelle lidelser, er jo netop patientens lidelse; altså at patienten over et tidsrum fastholder en række symptomer, for hvilke der ikke er et adækvat organisk patologisk grundlag (reference). Patienterne føler sig syge, de beretter om invaliderende smerter som i en del tilfælde gør, at patienterne må ophøre med at arbejde og ansøge om førtidspension. Sygdommene er kendt under navne som Kronisk træthedssyndrom, Fibromyalgi, Piskesmældslæsioner (Whiplash), irriteret tyktarm, Gulf Krigs syndrom og multipel overfølsomhed, mm. Fælles for disse er, at der ikke er en dækkende medicinsk forklaring for de smerter og den invalidering disse patienter erfarer som et resultat af deres sygdom. Sygdommene defineres derfor ved patientens vedvarende symptomer; altså deres subjektive lidelse eller manglende social funktion. Medicinsk uforklarlige symptomer er et stigende problem inden for de vestlige sundhedssystemer. En række undersøgelser har påvist at et sted mellem 20-50 % af konsultationer hos praktiserende læger sker på grundlag af symptomer, for hvilke der ikke er nogen adækvat biomedicinsk forklaring (Bass 1990: 3, Escobar et al. 2001: 222, Fink et al. 1999: 330, Katon et al. 1984: 209). Disse lidelser udgør derfor et væsentligt sundhedsmæssigt problem såvel økonomisk som socio-politisk, epistemologisk og ikke mindst menneskeligt. Det er et væsentligt epistemologisk problem, at disse tilstande kun kan defineres negativt inden for det biomedicinske paradigme. Den samme proces kan iagttages i behandlingen af ryglidelser. Der er de senere år sket store ændringer i diagnosticeringen og behandlingen af ryglidelser. Røntgenbilleder og skanninger er ikke længere det primære grundlag for diagnose og behandling på grund af ny viden om pålideligheden af disse medier. I stedet bygger behandlingen på patientens erfaringer og behandles primært med øvelser, som patienten selv styrer på baggrund af sine erfaringer. Men også i forhold til en række banale lidelser i almen praksis, som for eksempel ondt i halsen, har perspektivet ændret sig. Det er min oplevelse, at der i mindre grad end tidligere stilles en klar diagnose, at der bruges færre diagnostiske hjælpemidler, og at der i det hele taget er en mere afventende holdning: 'Lad os nu se tiden an et par dage'. Olesen og Risør (dette nummer) betegner dette diagnostiske instrument som 'watchful waiting'. Denne udviklingsproces opfattes ofte i biomedicinen som en art fornuftens krise, fordi den underminerer den

naturvidenskabelige logik, som så grundlæggende har defineret den biomedicinske videnskab i hvert fald i dens selvfremsættelse. Som påpeget allerede af Evans-Pritchard (1937) er fornuft for antropologien et forhold, der må forstås i forhold til en bestemt social kontekst. Undermineringen af en naturvidenskabelig logik i definitionen af sygdom og sundhed er derfor ikke for antropologien en krise men et udtryk for samfundsmæssige forandringsprocesser, hvor en type fornuft i et vist omfang udskiftes med en anden. Sygdom bliver i mindre grad et biologisk forhold og i stigende grad et socialt forhold. Igen, kunne man fristes til at sige. For spørgsmålet er, om den naturvidenskabelige rationalitet, som den biomedicinske diagnose ideelt set knytter an til, ikke kun har været dominerende eller enerådende i sundhedssystemet over en ret begrænset periode f.eks. fra 40'erne til 90'erne. Den ovenfor beskrevne udviklingsproces fra en biologisk til en social forståelse af sygdom sker samtidig med en række udviklingsprocesser som peger i andre retninger. Således sker der i den biomedicinske forståelse af sygdom en biologisering af andre menneskelige forhold f.eks. i relation til genteknologi og hjerneforskning. Det stigende fokus på interaktionen mellem sygdom og samfund er således blot en af flere udviklingstendenser i det sundhedsfaglige felt, men en udvikling vi med dette tidsskrift ønsker at understøtte.

Medicinsk antropologiske forskningsfelter

Som det forhåbentlig er fremgået af ovenstående, beskæftiger den medicinske antropologi sig med en lang række aspekter af forholdet mellem sygdom og samfund. Forskningsfeltet tager udgangspunkt i konkrete empiriske undersøgelser af aspekter af forholdet mellem sygdom og samfund og søger samtidig at bidrage til udviklingen af nye teoretiske tilgange til studiet af sygdom og samfund. Helt centralt står studiet af den syges erfaring med sin sygdom og dens udvikling, herunder hvorledes sygdommen håndteres narrativt (Kleinman 1988, Mattingly 1998, Steffen 1997, Good 1994). Studiet af den syges erfaring inkluderer studiet af spillet mellem patient og behandlingssystem såvel som mellem den syge og de samfundsmæssige forståelser af sygdom og forventninger til den syge (cf Parson 1951). Studiet af den enkeltes erfaring med sygdom rejser spørgsmål om, hvordan vi skal forstå sygdom især i relation til den manglende erkendelse af den kropsliggjorte karakter af det menneskelige liv. Nyere diskussioner om forholdet mellem krop og bevidsthed rejser en række spørgsmål til vore sygdomsforståelser, som vi for eksempel ser det i forskningen i funktionelle lidelser og i visse former for alternativ behandling.

Sygdomserfaringer udspiller sig som oftest i relation til et sundhedssystem, der er karakteriseret af bestemte forståelser og en bestemt organisation og økonomi. De forskellige faggrupper har forskellige forståelser og forskellige interesser, og organiseringen af sundhedssystemet er ofte præget af kampe mellem forskellige interesser. Det er centralt at forstå udviklingen af behandlingstilbud og behandlingspraksis i relation til denne systematiske baggrund. Tilsvarende er sundhedssystemet underlagt bestemte økonomiske og politiske styringer, som påvirker tilbuddet og karakteren af sundhedsudbud. Men på et mere grundlæggende plan spiller økonomi og politik ind i selve forekomsten af sygdom, idet den primære årsag til sygdom og manglende eller utilstrækkelig behandling er fattigdom. Det gælder i alle samfund men fremtræder klart i udviklingslandene og ikke mindst i deres forhold til de rige lande (Baer et al. 1997, Farmer 1993).

Ethvert samfund udvikler et sæt af forståelser og praksiser til at håndtere sygdom og sundhed. Og inden for det enkelte samfund er der mange sameksisterende forståelser (Kleinman 1980). Sådan har det altid været men i takt med en stigende biomedicinsk hegemoni gennem sidste halvdel af det 20. århundrede, har der i det danske samfund været stor opmærksomhed på forskellige såkaldte alternative behandlere, som praktiserer sygdomsbehandling med udgangspunkt i orientalske eller nyudviklede forståelser af sygdom og sundhed. Forståelsen af disse nye og 'fremmede' forståelser udfordrer de biomedicinske behandlinger og generelt forståelsen af sygdom (Launsø 2003, Johannessen 1994).

En sund befolkning er en af de væsentlige interesser for de moderne samfund. Samfundet bruger mange ressourcer på at få borgerne til at deltage i kampagner for en sundere livsstil og til kollektivt at søge at reducere forskellige sundhedsrisici. Sundhedsfremme og folkesundhed er centrale forskningsfelter i krydsfeltet mellem sundhed og samfund (Petersen & Lupton 1996, Lupton 1995, Bunton og Nettleton 1995, Bech Risør 2002). De stigende krav om livsstilsændringer og aktiv selvhelbredelse rejser også spørgsmål om, hvorledes sundhedssystemets fokus på sundhedsfremme påvirker den sociale ulighed i samfundet (Jöhnche et al. 2004).

Også inden for en række af de forskningsområder, hvor der sker en stigende biologisering af tidligere socialt og kulturelt definerede praksisser, indgår humanistisk og samfundsfagligt orienteret forskning i tværfagligt samarbejde med biomedicinsk forskning. Hvad enten det gælder udforskningen af den menneskelige hjerne, genteknologi eller fosterdiagnostik bliver det denne forskningsopgave, som påpeget af Hastrup, vedholdende at reflektere over, hvad det vil sige at være menneske, og til stadighed undersøge de rammer, vi etablerer om det menneskelige liv, og de begreber og forståelser, vi indfanger det i.

Det er vores håb, at vi gennem dette tidsskrift kan være med til at rejse en yderligere interesse for det brede tværfaglige forskningsfelt, der beskæftiger sig med sygdom og samfund. Vi har valgt at starte ud med et nummer, der fokuserer på de forskellige positioner, der er på spil i feltet. Ikke for at polarisere de forskellige forskningstraditioner men netop som fremhævet af Hastrup (dette nummer) for at vise det relevante samspil mellem humanistisk-samfundsvidenskabelig forskning og den sundhedsfaglige ditto. Udgangspunktet er en opfattelse af en grundlæggende enhed i det videnskabelige projekt med en fælles vilje til viden, hvor netop forskellene i de mulige veje til viden om verden i samspil skaber ny viden. Efter sidste århundredes skarpe fokus på enkeltfagligheder i Latours rensede former, viser en række konkrete forskningsinitiativer, såsom forskning i funktionelle lidelser og den menneskelige hjernes funktion, behovet for og relevansen af tværfaglige forskning. Her genererer de forskellige veje til viden om verden nye spørgsmål og samtidig reflekteres forståelser af begreber om verden i stadig nye forskningsspørgsmål. Vi ønsker med dette tidsskrift at bidrage til denne refleksion.

Litteratur

- Alonzo, Angelo A. 1979 Everyday Illness Behavior: A Situational Approach to Health Status Deviations. I: *Social Science and Medicine* 13A: 397-404.
- Baer, Hans & Merrill Singer; Ida Susser 1997 *Medical Anthropology and the World System*. Westport: Bergin and Garvin.
- Barth, F. 1993 *Balinese Worlds*. Chicago: Chicago University Press.
- Beck, U. 1992 *The Risk Society. Towards a New Modernity*. London: SAGE Publications.
- Bunton, Robin & Sarah Nettleton; Roger Burrows (red.) 1995 *The Sociology of Health Promotion. Critical Analyses of Consumption, Lifestyle and Risk*. London: Routledge.
- Caplan, Pat (red.) 2000 *Risk Revisited*. London: Pluto Press.
- Chrisman, N. 1985 Alcoholism: Illness or Disease. I: Bennet, L.A. & G.M. Amos (red.): *The American Experience with Alcohol*. New York: Demon Press.
- Csordas, Thomas J. (red.) 1994. *Embodiment and Experience. The existential ground of culture and self*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Dalsgaard, T. 2003 Et historisk rids af kulturelle tilgange til studiet af funktionelle lidelser. *Månedsskrift for praktisk lægegering* 81 (3): 425-436.
- Eisenberg, L. 1977 Disease and Illness. Distinctions between professional and popular ideas of sickness. I: *Culture, Medicine and Psychiatry* 1: 9-23.
- Elsaas, Peter & Kirsten Hastrup (red.) 1986 *Sygdomsbilleder. Medicinsk antropologi og psykologi*. Copenhagen: Gyldendal.
- Evans-Pritchard, E.E. 1976 (1937). *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*. Oxford: Clarendon Press.

- Farmer, Paul. 1993 *Aids and Accusations. Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley: University of California Press.
- Farmer, Paul 2001 *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. Berkeley: University of California Press.
- Fischel, Lisa 1992 Kulturens klamme hånd: Om mødet mellem flygtninge og de offentlige systemer i Danmark. I: Fihl, E. & J. Pinholt (red.): *Livsformer og kultur. Antropologi i praktisk anvendelse*. København: Akademisk Forlag.
- Foucault, Michel 2000. *Klinikkens fødsel*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Gabe, J. (red.) 1995. *Medicine, Health and Risk*. Oxford: Blackwell.
- Giddens, A. 1990 *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity Press.
- 1991 *Modernity and Self-identity. Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.
- Good, Byron J. 1994 *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hacking, Ian 1992 World-Making by Kind-Making: Child Abuse for Example. I: Douglas, M. & D. Hull (red.): *How Classifications Works*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Hahn, Robert 1984 Rethinking 'Illness' and 'Disease'. I: Daniel, E.V. & J.F. Pugh (red.) *South Asian Systems of Healing*. Leiden: E.J. Brill.
- Hansen, H. Ploug 1995. *I grænsefladen mellem liv og død. En kulturanalyse af sygeplejen på en onkologisk afdeling*. København: Munksgaard.
- Hardey, M. 1998 *The Social Context of Health*. Buckingham: Open University Press.
- Harvey, D. 1989 *The Condition of Postmodernity*. Oxford: Blackwell.
- Harwood, A. 1970 *Witchcraft, Sorcery and Social Categories among the Safwa*. London: Oxford University Press.
- Hastrup, Kirsten 1986 Indledning. I: Elsass, P. & K. Hastrup (red.): *Sygdomsbilleder. Medicinsk antropologi og psykologi*. København: Gyldendal.
- Holden, Pat, & Jenny Littlewood (red.) 1991. *Anthropology and Nursing*. London: Routledge.
- Honkosalo, Marja-Liisa & Johan Lindquist 1997 An interview with Arthur Kleinman. I: *Ethnos* 62 (3-4): 107-126.
- Johannessen, Helle 1994 *Komplekse kroppe: alternativ behandling i antropologisk perspektiv*. København: Akademisk Forlag.
- Jöhncke, Steffen 2003 I den gode sags tjeneste. Om antropologi, stofbrugere og lodrette forbindelser. I: *Tidsskriftet Antropologi* 45: 29-47.
- Kleinman, Arthur 1980 *Patients and healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- 1988 *The Illness Narratives*. New York: Basic Books.
- 1995 *Writing at the Margin*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, Arthur & Vena Das; Margaret Lock (red.) 1997 *Social Suffering*. London: University of California Press.
- Lakoff, George & Mark Johnson 1980 *Metaphors We Live By*. Chicago: Chicago University Press.
- Latour, Bruno 1993 *We have never been modern*. Hertfordshire: Harvester Wheatsheaf.
- Launsø, Laila (red.) 2003 *Lægekunst i det 21. århundrede: danske læger om alternativ behandling*. Højbjerg: Hovedland.
- Leder, D. 1992 *Medical Thought and Practice*. Dordrecht: Klüver.
- Lewis, I. M. 1971 *Ecstatic Religion*. Harmondsworth: Penguin.
- Lupton, Deborah 1995 *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*. London: Sage Publications.
- Martin, Emely 1994 *Flexible Bodies*. Massachusetts: Beacon Press.
- Mattingly, Cheryl 1998 *Healing dramas and clinical plots. The narrative structure of experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mechanic, D. & E. Volkart 1960 Illness behavior and medical diagnosis. I: *En. J. Health Hum. Behav.* 1: 86-95.
- Miller, Robert L. 2000 *Researching Life Stories and Family Histories*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Nettleton, Sarah & Ulla Gustavson (red.) 2002. *The Sociology of Health and Illness Reader*. Cambridge: Polity Press.
- Oakley, Ann 1993 On the Importance of Being a Nurse. I: Oakley, A. (red.) *Essay on Women, Medicine and Health*. Edinburgh: Edinburgh University Press.
- Petersen, Alan & Deborah Lupton (red.) 1996. *The new public health. Health and self in the age of risk*. St. Leonards: SAGE Publications.
- Rhodes, Lorna A. 1990 Studying Biomedicine as a Cultural System. I: Johnson, T.M. & C.F. Sargent (red.): *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. New York: Praeger.
- Risør, Mette Bech 2002 *Den gyldne middelvej. Sundhedsfremme i hverdagen - en antropologisk analyse af gravide kvinders praktiske ræsonnement i relation til rygevaner*. Ph.d.-afhandling, Afdeling for Etnografi og Socialantropologi, Aarhus Universitet.
- Sargent, C.F. & Thomas Johnson 1990. *Medical Anthropology: Contemporary Theory and Method*. Greenwood Publishing Group.
- Scheper-Hughes, Nancy & Margaret M. Lock 1987 The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. I: *Medical Anthropological Quarterly* 1: 6-41.
- Seeberg, Jens 1996 *Kulturens sorte kasse. Aids og Afrika i Danmark*. Ph.d.-afhandling, Afdeling for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet.
- Stacey, M. 1988 *The Sociology of Health and Healing*. London: Unwin Hyman.
- Steffen, Vibeke 1997 Life stories and shared experience. I: *Social Science and Medicine* 45 (1): 99-112.
- Turner, B.S. 1995 *Medical Power and Social Knowledge*. London: SAGE Publications.
- 1996. *The Body and Society. Explanations in Social Theory*. London: Sage.
- Turner, Victor 1967 *The Forest of Symbols. Aspects of Ndembu Rituals*. Ithaca: Cornell University Press.
- Wagner, Roy 1981 *The Invention of Culture*. Chicago: University of Chicago Press
- Whyte, Susan Reynolds 1989 Anthropological Approaches to African Misfortune: from Religion to Medicine. I: Jacobsen-Widding, A. & W.D. (red.): *Culture, Experience and Pluralism*. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- 1997 *Questioning Misfortune. The pragmatics of uncertainty in eastern Uganda*. Cambridge University Press.
- Williams, S. & G. Bendelow 1998 *The Lived Body: Sociological Themes, Embodied Issues*. London: Routledge.
- Young, Allan 1982 The Anthropologies of Illness and Sickness. I: *Annual Review of Anthropology* 11: 257-85.