

INDLEDNING

Hvad fejler du? Det spørgsmål lyder besnærende enkelt, men ligger svaret lige for? Et nærliggende svar kunne fokusere på lægens detektivarbejde for at finde den medicinske diagnose, dvs. det systematiske arbejde med at registrere og sammenligne symptomer for derved at kunne opspore årsagen til lidelsen, som så kan benævnes og behandles. Forfatterne i dette temanummer giver imidlertid andre og mere komplekse svar på spørgsmålet, idet de udvider forståelsesrammen for spørgsmålet til ikke blot at omfatte forsøget på at finde en medicinsk diagnose, men tillige inddrager det sociale felt: det sociale indlejring i kroppen, eksistensen af alternative sygdomsopfattelser, sundhed og sygdom som hverdagspraksisser, de metodiske problemstillinger i identificeringen af sygdommens væsen og inddragelse af større politiske, statslige og historiske kontekster. I denne bredere forståelsesramme lægger spørgsmålet ikke op til en deduktion af en samling mere eller mindre løsrevne og uklare sygdomstegn til et (ideelt set) entydigt svar, men snarere det modsatte: et enkelt formuleret spørgsmål kan føre til analyser af komplicerede sammenhænge, der rækker tilbage i historien og forbinder sygdomme med samfundets øvrige sociale sfærer. Et centralt omdrejningspunkt for dette temanummers artikler er derfor det sammensatte sociale felts betydning for opfattelsen af sygdom.

Med en forsimpning kan man sige, at sundhedsantropologi tidligere kun i meget lille omfang undersøgte sundhedssektoren i vestlige lande for derimod primært at fokusere på sygdomspraksisser i ikke-vestlige samfund. Disse praksisser blev forstået som det, man med Marcel Mauss kan kalde totale sociale fænomener (Mauss 2000 [1923]), hvor sygdomspraksisserne blev set som dele af et komplekst hele af økologiske, politiske, religiøse og slægtskabsmæssige forhold. Ikke-vestlig sygdom var altså dybt og inderligt forbundet med kultur. Da antropologer ikke undersøgte vestlig sygdomspraksis, undersøgte de heller ikke spillet mellem sygdomspraksis og kultur i vestlige sammenhænge. Resultatet af antropologers manglende arbejde med vestligt sundhedsvæsen blev derfor en

implicit anerkendelse af den vestlige sygdomspraksis som enestående. Sat på spidsen blev vestlig sygdomspraksis forstået som solidt forankret i en rationel, biomedicinsk tilgang, som relativt klart kunne og burde adskilles fra kulturelle og sociale forhold. I modsætning til andre sundhedssystemer var vestligt sundhedssystem et særligt, kultur- og værdifrit område, hvor kun rationelle medicinske betragtninger blev tillagt betydning. Antropologers stigende involvering i og undersøgelse af den vestlige sundhedssektor har imidlertid åbnet op for kritiske empiriske undersøgelser af samspillet mellem biomedicinsk sygdomsforståelse og en række sociale og kulturelle forhold såvel inden for sundhedssektoren som uden for denne.

Alle artiklerne i dette temanummer forholder sig på forskellige måder til denne problemstilling. Eksempelvis undersøger Johansen, hvordan forskellige faglige og sociale forhold indgår i diagnosen af psykiatriske lidelser, og Tørring viser, hvordan smertebehandling på danske og italienske klinikker trækker på erfaringer og stereotyper fra det bredere sociale felt uden for afdelingen.

Nyere antropologiske undersøgelser af vestlig medicinsk praksis har også åbnet op for en anderledes positiv tilgang til ikke-vestlig sygdomspraksis. Hvor man før nok havde en tendens til at se ikke-vestlige sygdomspraksisser som grundlæggende fejlagtige – fordi disse sygdomsforståelser netop var kulturelle og ikke medicinske – indser man nu, at kultur og medicin ofte er uadskillelige. Mogensen viser således, hvordan behandlingen af sygdomme i Uganda ikke kun forholder sig til de strengt medicinske forhold, men nødvendigvis også må forholde sig til relationer mellem de mennesker, som er vigtige for den syges liv generelt. Mogensen peger således på den vigtige erkendelse af, at der kan være uundgåelige og uløselige konflikter mellem på den ene side rent biomedicinske løsninger og på den anden side sociale hensyn.

Udviklingen inden for sundhedsantropologien afspejles også i *Tidsskriftet Antropologis* historie, hvor der med præcis 20 års mellemrum er udgivet to temanumre omhandlende medicinske problemstillinger. I 1988 udgav *Tidsskriftet Antropologi* således et temanummer med titlen „Smitte“. Når man læser dette temanummer i dag, fremstår der to grundlæggende diskussioner. For det første en diskussion om vestlig medicin over for forskellige lokale medicinske systemer og en implicit bekymring om disse lokale systemers fortsatte beståen i mødet med den vestlige medicin. For det andet en diskussion om sygdomsopfattelsers natur – som enten foranderlige opfattelser, der vedvarende revideres og påvirkes af praksis, eller som konstante størrelser, der inkorporerer andre medicinske systemer og nye sygdomme i allerede eksisterende sygdomsopfattelser.

Den første diskussion er markant fraværende i nærværende nummer, hvorimod diskussionen om sygdomsopfattelser stadig beskæftiger flere af forfatterne

i dette nummer (f.eks. Johansen og Mogensen). Som sådan afspejler „Smitte“, at sundhedsantropologien også for 20 år siden var forankret i den generelle antropologi og forholdt sig til centrale diskussioner i denne. Forskellen mellem „Smitte“ og „Sygdom“ afspejler aspekter af den forandring, som antropologien har gennemløbet i disse 20 år: Fra en bekymring om, hvordan kulturel kolonisering ville homogenisere kulturelle udtryk, til en fast tro på, at forskellige kulturelle udtryk altid vil eksistere som resultat af den forskellige sociale kontekst, som de globale kulturelle strømme forankres i. Det kan f.eks. være en italiensk smerteafdeling eller en lokal chilensk healer.

Sygdomsopfattelser er, som nævnt, et af de emner, som både blev diskuteret indgående i „Smitte“, og som fortsat beskæftiger flere af forfatterne i nærværende nummer „Sygdom“. I „Smitte“ var fænomenet dog primært knyttet til lokale medicinske systemer, hvor sygdomsopfattelser i dette nummer er et langt mere komplekst fænomen. Dels er de kulturelle sygdomsopfattelser i „Sygdom“ også knyttet til den vestlige biomedicin, dels diskuteres og problematiseres selve fænomenet i langt højere grad i dette nummer end i „Smitte“. I nærværende temanummer er der således en større interesse for praksis og dermed for etnografiske beskrivelser af, hvordan folk handler i forhold til sygdom, sundhed og smerte, og hvordan folk ikke nødvendigvis har „et beredskab“ af sygdomsopfattelser til at begribe sygdomme med.

Den udvikling af sundhedsantropologien, som er skitseret ovenfor, hænger givetvis sammen med forandringer af hele det sundhedsvidenskabelige felt. Som flere forskere har påpeget, har sygdomsbehandling generelt set udviklet sig fra et tidligt fokus på sygdomsbekæmpelse over sygdomsforebyggelse til et nutidigt fokus på sundhedsfremme (Emborg & Storgaard 2007). Hvor fokuseringen på sygdomsbekæmpelse byggede på biologisk og medicinsk viden og ensidigt rettede sig mod de biologiske forhold, medfører skiftet i retning af fokusering på forebyggelse og sundhedsfremme, at sygdomme og sundhed i langt højere grad ses som del af patientens samlede liv.

Ændringen i den generelle tilgang i retning af større inddragelse af de sociale aspekter har givetvis medvirket til, at sundhedsvæsenet er blevet mere aktivt opsøgende i forhold til sundhedsantropologisk viden om sociale og kulturelle forhold ved sygdom og sundhed. Raffing og Pisingers artikel om risiko og hverdagsliv bygger således på et sundhedsvidenskabeligt projekt om folkesundhed og forebyggelse i Danmark, hvor man også har inkluderet en antropologisk dimension i undersøgelsen. Tørrings og Johansens artikler om henholdsvis smerte på en italiensk brandsårsafdeling og psykiatrisk sygdomsforståelse i behandlingspsykiatrien i Danmark er analyser, hvor behandlingstilbud specifikt har ønsket en antropologisk undersøgelse af deres hverdagspraksisser.

At forholdet mellem det sociale og det biomedicinsk dominerede sundhedsvæsen ikke altid er gnidningsfrit, vidner andre af temanummerets artikler dog om. I interviewet „Symptomer og socialitet“ kritiserer Gannik sundhedssystemet for ikke at have en genuin interesse i sociale og kulturelle aspekter ved sygdom, og hun påpeger, at sundhedssystemet dermed mister central viden om patienternes liv og lidelse. Hendes empiriske objekt er ryglidelser i Danmark. Mogensen argumenterer med baggrund i et feltarbejde på en sundhedsklinik i Uganda for, at sygdom kun kan forstås med udgangspunkt i det sociale, som primært foregår uden for hospitalet. Ligesom Gannik kritiserer Mogensen dermed sundhedsvæsenet for at fokusere for ensidigt på en biologisk tilgang til sygdom. Det sociale betydning belyses ligeledes i temanummerets sidste artikel, hvor Kristensen viser, hvordan samfund, politik og magt har betydning for konkrete opfattelser af sygdom og af behandling blandt en marginaliseret befolkningsgruppe i Chile.

Hvad enten interaktionen mellem den medicinske antropologi og sundhedsvæsenet beskrives som integrerende eller som kritisk, er det dog også slående ved artiklerne i nærværende temanummer, at de alle baserer sig på traditionelle antropologiske metoder. Den integrering i det sundhedsfaglige felt, som flere af artiklerne er et resultat af, har altså ikke ført til, at den antropologiske metode har ændret sig. Det virker tværtimod, som om det netop er en interesse for det sociale, det komplekse og det kvalitative, der har fået sundhedsvæsenet til at efterspørge den antropologiske viden. Det billede, som Gannik og Mogensen – og til dels Johansen – tegner af et sundhedsvæsen som ret entydigt forankret i en biomedicinsk tilgang, problematiseres dermed af det faktum, at antropologiske og sociologiske metoder i stigende grad er blevet inddraget i sundhedssektoren. Denne flertydighed i artiklernes belysning af relationen mellem sundhedsantropologi og sundhedsvæsenet peger dermed på, at sundhedsvæsenets opfattelse af det sociale betydning langt fra er entydig, og at der i visse sammenhænge på nuværende tidspunkt demonstreres en åbenhed og stor interesse i sundhedsvæsenet i forhold til det sociale betydning.

Sundhedsantropologi har de senere år opnået en institutionalisering, som subdisciplinen ikke tidligere har haft i en dansk sammenhæng: egen grundbog med *Sundhedens veje* (Steffen 2007), eget tidsskrift med *Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund*, hvis første nummer udkom i 2004, og masteruddannelser i sundhedsantropologi ved de antropologiske institutter i København og Århus. En sådan institutionalisering er på den ene side befordrende for sundhedsantropologien, da det øger mulighederne for en særlig faglig identitet, for publicering og formidling, men det skaber på den anden side en risiko for, at den medicinske antropologi bliver perifer i forhold til antropologien mere generelt.

