

# TIDSSKRIFTET ANTROPOLOGI NR. 58

## SYGDOM

### INDHOLD

INDLEDNING	3
Kåre Jansbøl og Katrine Schepeleern Johansen SYMPTOMER OG SOCIALITET Interview med Dorte Effersøe Gannik	9
Dorthe Brogaard Kristensen SHAMANEN, JOMFRUEN OG SKATTEVÆSENET Portræt af en mirakelmager fra det sydlige Chile	19
Hanne Overgaard Mogensen FRA SYGDOMSFORTOLKNING TIL SYGDOMSHÅNDBLING I DET ØSTLIGE UGANDA – OG I ANTROPOLOGIEN	45
Marie Louise Tørring PÅVIRKER KULTUREN SMERTEN? Om voldsomme udbrud og diskrete rynker i panden	65
Katrine Schepeleern Johansen ET ANTROPOLOGISK BLIK PÅ PSYKIATRISK SYGDOMSOPFATTELSE Sociale og kulturelle aspekter af en sygdomsmodel for skizofreni	85
Rie Raffing og Charlotta Pisinger RISIKOADFÆRD OG DET GODE LIV Spørgsmål til en livsstil med øl, cigaretter og mangel på motion	107
FESTTALE Niels Fock TILLYKKE LÉVI-STRAUSS – OG TAK!	125
ANMELDELSE Jasna Čapo Žmegač: <i>Strangers either Way. The Lives of Croatian Refugees in Their New Home</i> Anmeldes af Jonathan Schwartz	131
REDAKTIONEN HAR MODTAGET	135
FORFATTERLISTE	137
ENGLISH SUMMARIES	139
GAMLE OG KOMMENDE NUMRE	143



## 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.

— | | —

⊕

— | | —

Dette nummer af *Tidsskriftet Antropologi* viser, at sundhedsantropologi fortsat er grundigt forankret i antropologien. Dels fordi sundhedsantropologien i vid udstrækning trækker på analytiske begreber fra andre dele af antropologien, f.eks. om kultur, rationalitet og magt. Og dels fordi analyserne af det medicinske felt giver mulighed for et videre arbejde med antropologiske begreber, der ikke er snævert knyttet til sundhedsantropologien, men til større strømninger inden for antropologien, f.eks. risiko, hverdagsliv og socialitet.

God læselyst.

*Temareaktionen*

## Litteratur

Mauss, Marcel

2000 [1923] *Gaven. Gaveudvekslingens form og logik i arkaiske samfund.*  
København: Spektrum.

Emborg, Therese & Ditte Marie Nissen Storgaard

2007 *Behandlingens imperativ. En pragmatisk analyse af praktiserende lægers håndtering af helbredsproblemer i almen praksis i Danmark. Specialeafhandling.*  
København: Københavns Universitet.

Steffen, Vibeke (red.)

2007 *Sundhedens veje. En grundbog i sundhedsantropologi.* København: Hans Reitzels Forlag.

Tidsskriftet Antropologi

1988 *Smitte. Temanummer. 18.*





# SYMPTOMER OG SOCIALITET

Interview med Dorte Effersøe Gannik

KÅRE JANSBØL OG KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN

Dorte Effersøe Ganniks bog, *Social sygdomsteori: et situationelt perspektiv*, er en bearbejdet udgave af hendes doktorafhandling i medicinsk sociologi. Bogen præsenterer en undersøgelse og et teoretisk apparat, hvor symptomer ikke blot anskues som en forlængelse af hospitalet og det sygefaglige personales diagnosticering, men derimod anskues som en del af de menneskers liv, som symptomerne indgår i.

Ganniks tilgang er, at fysiske problemer og ubehag bliver symptomer på sygdom, når disse fysiske problemer ikke længere kan håndteres og rummes inden for det liv, som det enkelte menneske lever, dvs. når mennesker skal til at lave for meget om på deres eksisterende liv på grund af de fysiske problemer. Dermed bliver sygdom forankret i menneskers sociale liv og ikke i sundhedssystemets diagnosticerende praksis. På baggrund af en undersøgelse af forekomst og symptomer ved ryglidelser udvikler Gannik en teoretisk sygdomsforståelse, som giver mulighed for mere præcise overvejelser over sammenhænge mellem de to meget komplekse størrelser „det sociale“ og „sygdom“. Ganniks centrale argument er, at sygdom er socialt indlejret, at det er et spørgsmål om menneskers sociale situation, hvorvidt fysisk ubehag bliver registreret og fortolket som symptomer på en sygdom, og dermed om disse fysiske symptomer leder til, at man søger behandling.

Gannik er kritisk over for de dele af den medicinske antropologi, der har fokuseret på sygdommes kulturelle udtryk, som det f.eks. kommer til udtryk i Arthur Kleinmans skelnen mellem disease/sygdom og illness/lidelse (f.eks. Kleinman 1977). Ifølge Gannik har dette skel betydet, at antropologer, sociologer og andre ikke-medicinske forskere kun legitimt har haft mulighed for at beskæftige sig med sygdommes kulturelle udtryk og ikke sygdommene i sig selv. Dermed har antropologiske og sociologiske forskningsresultater kun haft begrænset indflydelse på sundhedsvidenskaben. Man har med andre ord haft hvert sit forskningsfelt – sundhedsvidenskaben har beskæftiget sig med sygdommene,

*Tidsskriftet Antropologi nr. 58, 2008*

9

og antropologien og sociologien har beskæftiget sig med de kulturelle udtryk, og de to forskningsområder har eksisteret mere eller mindre upåvirket af hinanden. Ganniks projekt er at opløse dette skel, og hun hævder, at sociologien – og med den antropologien – har en berettigelse i forhold til sygdomme og sygdomsbegrebet i sig selv.

Dette interview er tænkt som en introduktion til Ganniks undersøgelse og begrebsapparat og også til den medicinske sociologi, som er en lidet kendt søsterdisciplin til den medicinske antropologi/sundhedsantropologien.

*Du er kritisk over for den kausalitetstænkning, hvor man har én årsag, og så har man én sygdom. Du mener, at der skal en anden åbenhed til?*

Hvis du går ind og ser på den medicinske forskningstradition, er forbilledet jo en forskningsmetode, hvor man ændrer en faktor ad gangen og sørger for, at alt andet er konstant. For eksempel de randomiserede undersøgelser, hvor man omhyggeligt gennem randomisering har sikret, at alle faktorer er ens undtagen den, man ændrer. Med den type af undersøgelser kommer man simpelthen ingen vegne. Man er nødt til at se på forløb, på de enkelte forløb, se på, hvad folk gør, og hvordan det virker, og på, hvordan det går med dem. Kun på sådan en baggrund kan man akkumulere ideer og hypoteser om, hvad det er for nogle mønstre, der viser sig i de enkelte personers måder at handle på. Det er den vej, jeg mener, at man skal gå.

Sundhedsvidenskaben har rent faktisk noget, der hedder en kasuistik, et case-studie, hvor en læge har iagttaget et eller andet interessant forløb hos en enkelt person. Det er imidlertid den lavest rangerende forskningsgrad i det medicinske univers, hvor jeg mener, at den burde være den højest rangerende, fordi det er der, de spændende ting kommer frem. Det er der, man har hele kompleksiteten af livsvilkår og handlinger, som er dét, virkeligheden er. Og den kompleksitet får man ikke fat på, når man laver randomiserede undersøgelser. Når man laver dem, tror man, at man har styr på alle faktorerne, men det har man ikke, for man udelukker en hel række ofte meget betydende faktorer fra undersøgelsen.

Noget af det, der har provokeret mig, er, at sociologer i høj grad har ageret som *medicinske sociologer*, dvs. som sociologer, der går i et andet fags tjeneste – lægevidenskaben eller sundhedsvidenskaben, som det hedder nu om dage. Sociologer bliver i denne rolle ansat og betalt for at løse problemer, som man kan se inden for sundhedsvæsenet. Det er f.eks. problemer, der har at gøre med, hvorfor patienterne ikke gør, som vi – dvs. den sundhedsvidenskab, som sociologen identificerer sig med – siger. Det er et magtspørgsmål, der handler om, hvem der sætter rammerne for det, der skal undersøges.

Sociologernes ageren „medicinsk sociolog“ har helt op til vores dage medvirket til, at man faktisk ikke har rørt ved sygdomsbegrebet som sådan, altså

selve den lægelige definition af, hvad problemet er. Det er meget svært at sætte spørgsmålstegn ved sygdomsbegrebet som sådan, fordi det er svært som sociolog – og formentlig også som antropolog – at få adgang til at forske på dette felt uden om sundhedsvidenskaben. Og derfor har vi faktisk en situation, hvor sundhedsvidenskaben i meget høj grad bestemmer sociologernes forskning.

*Noget af det, du er kritisk over for, er netop dele af den medicinske antropologi, hvor blandt andre Arthur Kleinman i slutningen af 1970'erne og starten af 1980'erne gjorde sig til fortæller for, at man skulle have en klinisk socialvidenskab.*

Det var en periode i historien, i 60'erne og 70'erne, hvor sundhedsvæsenet havde fejret store triumfer, og derfor var meget anset og havde en meget stærk position i samfundet. Men succesraterne i sundhedsvæsenet har efterfølgende ikke været lige så høje, hvilket man først er blevet klar over de sidste 20 år. Og dermed har man fået kridtet banen op for, at man kunne se tingene på en anden måde. Denne her bog kunne jeg ikke have udgivet for 20 år siden. Der ville jeg ikke have fundet nogen som helst form for forståelse for dens budskab, så der er sket meget i den periode.

*Hvorfor tror du, at det bliver opfattet som så radikalt at integrere det sociale på den måde, som du gør i din bog?*

For det første er det jo en trussel for en etableret profession og struktur, og hvad der står bag af kommercielle interesser. Men jeg tror også, at der er noget andet på spil. Jeg tror, at det er en utryghed eller en hjælpeløshed. Det at bringe det sociale på bane i forhold til sygdom på en stærk eller markant måde løser ikke noget. Det er svært at se, hvad det fører til. Metoden giver ikke klare løsninger, og analysen giver ikke enkle svar på, hvad vi skal gøre. Hvis man har opfundet antibiotika, som kan slå ned på en bestemt virus, har man opfundet en løsning og et enkelt handlingsorienteret middel. Med det sociale rejser man tværtimod flere spørgsmål og flere – måske endeløse – udfordringer. Det kan være svært at se, hvilke handlemuligheder og løsninger der samfundsmæssigt og politisk ligger i det.

Det skyldes endvidere givetvis også, at der er meget politisk modstand mod den type af tiltag. Der findes jo kæmpestore epidemiologiske undersøgelser, der klart viser sammenhængen mellem sygelighed, dødelighed og sociale forhold. På dette område er der ikke andet end evidens. Men der er politiske barrierer mod at optage og realisere disse resultater, fordi det kan tænkes at føre til store omkalfatninger i vores samfund, måske en tilnærmet økonomisk lighed mellem mennesker. Det truer jo alt, hvad vi har af gældende politisk filosofi.

*I din bog argumenterer du for, at det er vigtigt at studere sygdom uden for hospitalerne.*

Det er lidt sammenhængende med det, vi snakkede om, at medicinske sociologer og antropologer har været afhængige af det etablerede sundhedsvæsen for at få lov til at studere det. Dermed kommer man til at se på sit studieobjekt gennem en bestemt linse eller et bestemt filter, som er defineret af den sundhedsvidenskabelige institution. Hvis vi snakker om patienter på et hospital, så er det patienter, der som regel er diagnosticerede og som regel henvist af nogle andre læger. De er under alle omstændigheder henvist i forhold til det lægelige sygdomsbegreb. Og det betyder, at vi her allerede har en patientgruppe, som er blevet rensset op, sorteret og klassificeret – ikke alene udefra, men også i patienternes egne hoveder. Så hvis du går ind og interviewer sådan en gruppe, så er patienterne allerede i gang med at ordne deres kategorier om sig selv på måder, der stemmer overens med de sundhedsvidenskabelige kategorier. Det vil sige, at – hvis vi vender tilbage til det med sygdomsbegrebet – så får man som forsker forærende, eller påtvunget, et essentialistisk udgangspunkt, fordi man ikke ser dem eller taler med dem, før diagnosen er stillet.

Men der er en gruppe, som af en eller anden årsag ikke er blevet diagnosticeret i sundhedsvæsenet. Statistisk set er det nok således, at flertallet af dem, der føler sig syge, kontakter sundhedsvæsenet, men det er ikke nødvendigvis altid tilfældet. Specielt tidligere – og det gælder for nogle grupper stadigvæk – så lider og dør man i stilhed og så vidt muligt uden hjælp, eller man søger en anden form for hjælp.

*I din undersøgelse skaber du kontakt til dine informanter ved at sende spørgeskemaer til en gruppe mennesker, som ikke er udvalgt efter, om de er i kontakt med sundhedssystemet eller ej. Løser denne metode det problem?*

Metodemæssigt ja, man får dem med ved at anvende denne type undersøgelse. Men det er kun, hvis de overhovedet vil snakke med en forsker. Der har vi et problem, for det er der mange mennesker, som ikke føler nogen trang til. Men i alle tilfælde giver metoden med at kontakte folk uden for sundhedsvæsenet den fordel, at man ikke har to filtre, men kun ét.

*Det, du kritiserer i din bog, er det den medicinske essentialisme, hvor man mener, at sygdomme er en fast given ting, altså at sygdomme har en essens, der definerer dem?*

Essentialisme det er, hvis du siger, at en sygdom er en ting med en essens, altså sygdom X hedder sådan og sådan, og den har en ganske bestemt manifestation og et ganske bestemt forløb og nogle bestemte årsager og nogle bestemte måder, vi

skal behandle den på. Det er, at du tingsliggør sygdommen. Men at sige, at kroppen har et sprog, at den udtrykker sig diffust, at der er forskellige kropsforandringer, det er ikke essentialisme. Og kroppen har rent faktisk et fysisk-kemisk sprog. Hvis jeg smiler til dig, så sker der noget inde i mit hoved, med både tanker og følelser, som også er en fysiologisk hændelse, i mit ansigt og i min krop.

Det store problem ved vores sundhedsvæsen og forskning er, at vi næsten kun lægger vægt på den objektive side, som man kan måle sig til, hvorimod den del, som udtrykkes af personer, som er syge – det kan være deres symptomer, eller hvordan de forholder sig til deres krop i nogle bestemte sammenhænge – det har nærmest ingen plads overhovedet. Derfor får vi et endimensionelt sygdomsbillede, som jo er utilstrækkeligt at handle på, men som der alligevel bliver handlet på.

*Hvis du skulle pege på et begreb, som du sætter i modsætning til essentialismen, hvad skulle det så være?*

Man kan nævne et begreb som *kontekstualitet*, som jeg forstår som et netværk af fænomener, som samvirker, dvs. at der er processer i kroppen, som foregår parallelt, og som interagerer, og måske sker det under forløbet, at der opstår en tilstand, der ligner en diagnose, men der er ikke regler for, at alle tilstande skal kunne ordnes i diagnoser.

*Hvordan blev bogen modtaget?*

Bogen er af nogle blevet opfattet som og udlagt som, at jeg ikke mente, at sygdom havde nogen fysisk eksistens, at jeg mente, at sygdom var noget, der foregik i kulturen eller mellem mennesker eller i det sociale. Der er f.eks. nogle, der har sagt, at det simpelthen er for radikalt og for langt ude at sige, at sygdom skabes mellem mennesker, hvis man dermed overser eller ignorerer den fysiske side. Og det har jeg brugt nogle kræfter på at tage til genmæle imod og rette de misforståelser.

*Overser du den fysiske side?*

Nej, bestemt ikke. Sygdom har en fysisk side, men dens udtryk og håndtering har et stærkt socialt element. Det er ikke, at der ikke er nogen fysisk side, men den spiller for stor en rolle i vores nuværende erkendelse af sygdom. Det kommer til at betyde, at der lægges for stor vægt på nogle detaljer, og det kan være vildledende.

*Hvorfra er den kritik kommet?*

Den er naturligvis kommet fra medicinsk side, men egentlig også fra sociolo-

gisk hold. Det var lige før, at sociologerne selv blev bekymrede: Hov, vi tør vist ikke stå inde for, at en af vores kolleger har udfordret noget, der er så evident og selvfølgelig som det medicinske sygdomsbegreb. Der er jo, som jeg sagde før, en akademisk forbundethed mellem de forskellige fag og derunder også mellem medicin og medicinske sociologer. Men ikke bare det, hele vores samfund er forankret i en forståelse af, at sygdom er det, som man kan dechifre som en diagnose. Sygdom er identisk med noget fysisk, som kun lægerne har forstand på, tror man. Den forståelse har dybe rødder i vores historie, og det kan man ikke pille ved uden at ryste lidt på hånden.

*Den teori, som du udvikler som en modsætning til den sundhedsvidenskabelige tilgang – hvad er grundtrækkene i den?*

Udgangspunktet i modellen er, at der i vores krop er et løbende flow af fysiske sansninger, op eller ned, afhængigt af vores daglige liv og oplevelser, situationer osv. Noget af det, som foregår i dette flow, opdager man, fornemmer man, og noget opdager man ikke. Der er altså en vis tærskel, som disse fysiske sensationer skal over, før vi bliver os dem bevidste, og før vi begynder at overveje, om de er symptomer på en sygdom. Og den tærskel er socialt betinget – af vores bevidsthed, aktiviteter, af støtten i vores sociale relationer, vores muligheder for at påvirke vores arbejdssituation osv. I nogle situationer oplever man eksempelvis en smerte eller et ubehag, men det er ikke derfra sikkert, hvad denne oplevelse får en til at gøre. Men måden, man håndterer sådanne oplevelser på, er afgørende for, hvordan forløbet bliver. Bliver man sig oplevelserne bevidst, på hvilket plan håndterer man dem, og hvad vælger man at gøre ved dem i successive situationer? Man kan eksempelvis vælge – hvis man kan mærke, at det gør ondt at gøre på en bestemt måde i sit arbejde eller under rengøring eller i forbindelse med sin hobby – ja, så kan man vælge at lade være med at gøre det, så vidt det er muligt. Dette er jo en meget simpel måde at reagere på. Men det kan også være, at oplevelsen af smerte eller ubehag på et eller andet tidspunkt får én til at overveje, om der er noget grundlæggende galt i ens disponering af sit liv. Sygdom kommer i sådan et tilfælde altså til at tilskynde én til at tage hele sit liv op til revision.

Denne forståelse af sygdom og symptomer har jeg valgt at kalde „den personlige sygdomsmodel“. Det er en model, som er en konstruktion af viden baseret på ens personlige erfaringer, som trækker på det enkelte menneskes egne oplevelser med symptomer, møder med sundhedsvæsenet og med netværket. Det er en kompleks model, som er forskellig fra menneske til menneske og somme tider også fra situation til situation. Det er måske derfor, at sundhedsvæsenet har mange problemer med at forstå, hvad det er for forståelser, som folk, der kommer til dem, har. Sundhedsvæsenet står nemlig ikke over for én bestemt folkelig

sygdomsmodel. Man står derimod over for det enkelte menneske, som har sine egne erfaringer og sine egne opfattelser af, hvad der er galt. Det er den personlige sygdomsmodel.

*Har alle mennesker nødvendigvis en personlig sygdomsmodel?*

Nej, det er et idealbegreb. I denne her undersøgelse kom jeg frem til, at cirka halvdelen af informanterne havde det, man kan kalde en personlig sygdomsmodel for deres lidelse. Men det er jo klart, at det er meget forskelligt, hvor komplekse sådanne modeller er, hvor meget der indgår i dem, og i hvor høj grad de er konsistente. Mange mennesker tænker ikke over det, eller vil ikke tænke over det, og mange overlader det bevidst til nogle, som de mener har forstand på det. Og det skal man jo have respekt for. Men omvendt er der også mennesker, som faktisk gør sig en hel del tanker om deres sygdom, men som uheldigvis bliver bremsset i deres udvikling, bl.a. af de faste faciliteter og de etablerede kundskabsformer, som de møder i sundhedsvæsenet. Og der synes jeg, at man udøver en skadelig virksomhed: Hvis sundhedsvæsenet forhindrer eller blokerer folks muligheder for at skabe sig en sammenhængende model, eller en sammenhængende *egen* forståelse af, hvad det er, der er sket med dem, og hvad det vil medføre i fremtiden, så er man med til at skabe unødige problemer.

Situationsperspektivet er vigtigt, både fordi det udspringer af det personlige liv, og fordi det rummer et forløbsperspektiv og dermed forholder sig til tiden. I det store hele mener jeg, at det mangler i sundhedsvæsenet: Hele diagnosecirkuset mangler i urimelig grad et tids- eller forløbsperspektiv. Der fastsættes en diagnose X, som altid vil være diagnose X. „Kronisk sygdom“ hedder det, og dermed overser eller forbigår man ændringsmulighederne og udviklingsmulighederne i det, man kalder diagnosen. Dette sker faktisk netop, fordi man kalder det en diagnose. Det er essentialisme for fuld udblæsning, og det er et problem, at man ikke i højere grad ser, at der er tale om et forløb. Sygdom bliver i den sammenhæng et mere åbent begreb, med plads til ændringer og personlige fortolkninger.

Man er ganske vist begyndt at snakke om „patientforløb“, men dermed mener man et organisatorisk forløb, fra patienten kommer til den første behandling, til patienten forlader systemet i den anden ende. Denne organisatoriske eller bureaukratiske forståelse hjælper, men hjælper ikke nok, for det bør først og fremmest handle om den enkeltes forløb i forhold til symptomerne, som de indgår i livet.

*Hvad er inspirationen til din teoretiske forståelse af sygdom?*

Min teoriramme – lad os kalde det en teori om, at sygdom er situationel – blev skabt undervejs. Jeg var især inspireret af den amerikanske sociolog Alonzo, men hvor han er fra den symbolske interaktionisme, var jeg nok så meget optaget af

strukturelle forklaringer på, hvordan sygdomme er situeret og udvikler sig. For at få teoretisk hold på sammenhænge mellem sygdom og hverdagsliv har jeg inddraget generelle sociologiske teorier om hverdagsliv og arbejdsliv. Hvis man nu forestiller sig, at jeg skulle udvikle dette arbejde yderligere, så kunne det være noget med en afprøvning eller en undersøgelse af, hvordan andre sygdomsgrupper og sygdomstyper end ryglidelser opfører sig – altså en afprøvning af teorien på nye empiriske forhold. Men jeg kunne også forestille mig at udvikle selve den teoretiske ramme gennem forsøg på at integrere den med andre sygdomsteorier. Her kunne det være oplagt at forbinde den situationelle sygdomsteori stærkere med den biomedicinske sygdomsteori, som jo er den mest udbredte inden for sundhedsvæsenet. Men man kunne også gå i en helt modsat retning og tænke på de teorier, der anskuer sygdom som konflikt, og som undersøger, hvordan sociale konflikter via mentale, psykiske kanaler, følelser og handlinger kan blive til sygdom.

*Er det det, du anvender Michael Taussig til i bogen?*

Taussig opfatter jeg som en konfliktantropolog, og på en måde bruger jeg Taussig til at eksemplificere, hvad jeg opfatter som en meget radikal udformning af konfliktteori. Som jeg opfatter ham, siger han direkte, at sygdom opstår af forhold mellem mennesker, eksempelvis af konflikter mellem mennesker. Taussigs kritik af det objektiviserende og reificerende sundhedsvæsen, som tingsliggør sygdom, ligger i forlængelse af hans teori. Da jeg skrev bogen, opfattede jeg det som en mere radikal position, end jeg var parat til at skrive under på, på det tidspunkt.

*På hvilken måde adskilte Taussigs forståelse sig fra det, du ville skrive under på dengang?*

Det, jeg arbejdede med, var menneskers valg i deres liv i forhold til deres krop, i forhold til deres symptomer. Jeg hævdede, at sådanne valg har en afgørende indflydelse på, hvordan symptomer og sygdom udvikler sig. Dette opfatter jeg som en lidt mere bred, afgjort en mere fredelig udgave end Taussig, som tilspidset og direkte siger, at man bliver syg af at have konflikter. På den ene side giver Taussig udtryk for en mere snæver opfattelse, idet han peger direkte på konflikterne som den nærmest eneste årsag til sygdom. På den anden side er det imidlertid også meget konsekvent af ham at fastholde, at det afgørende er samspillet mellem mennesker i situationer. I modsætning til det sagde jeg mere forsigtigt, at det er afgørende for sygdomsforløbet at mærke sin krop, sine symptomer og reagere på det. De ting, man gør, medskaber forløbet af sygdommen. Taussig har på en gang en mere snæver, men også en mere radikal formulering, synes jeg. Nu har jeg nok nærmet mig hans position noget. Efter den bog er jeg blevet



mere interesseret i og har også beskæftiget mig mere med netop følelsesmæssige og konfliktmæssige forhold og deres sammenhæng med handlinger og deres betydning for sygdom og sygdomsforløb. Men det er ikke noget, jeg endnu har beskæftiget mig med systematisk eller forskningsmæssigt. Men som sagt, så kunne det være en mulig måde at arbejde videre med teorierne i bogen på. Men det er afgørende, at det sker på en empirisk konkretiseret måde, det er den måde, vi kan komme videre med teorierne på.

## Litteratur

Alonzo, Angelo A.

1979      Everyday Illness Behavior: A Situational Approach to Health Status Deviations. *Social Science & Medicine* 13:397-404.

Gannik, Dorte Effersøe

2005      Social sygdomsteori – et situationelt perspektiv. København: Forlaget Samfundslitteratur.

Kleinman, Arthur

1977      Depression, Somatization and the “New Cross-Cultural Psychiatry”. *Social Science & Medicine* 11:3-12.

1988      The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition. New York: Basic Books Inc.

Taussig, Michael

1980      Reification and the Consciousness of the Patient. *Social Science & Medicine* 14: 3-13.



# SHAMANEN, JOMFRUEN OG SKATTEVÆSENET

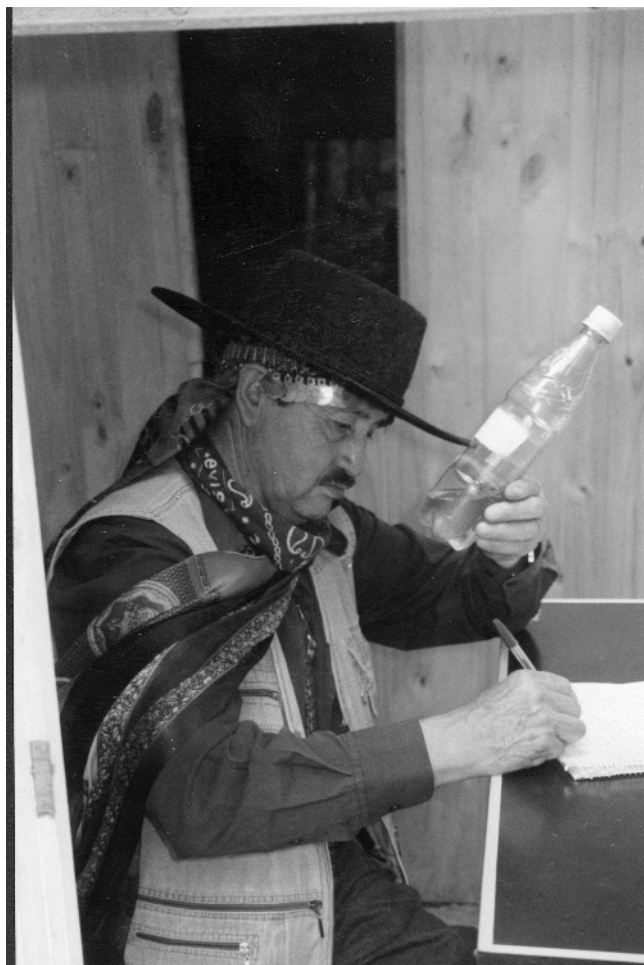
Portræt af en mirakelmager fra det sydlige Chile

DORTHE BROGÅRD KRISTENSEN

José Karipan er en moderne shaman (*machi*) og mapucheindianer,<sup>1</sup> som har indrettet en medicinsk konsultation i sit private hjem i det sydlige Chile, hvor han praktiserer alternativ medicin baseret på mapuchetraditioner. José diagnosticerer dels ved at observere patientens urin (*willintun*) og tøj (*pewuntun*),<sup>2</sup> dels ved at gå i trance. Hans behandling består af en kombination af medicinske planter og ritualer. I lighed med andre shamaner i det sydlige Chile er hans medicinske praksis igennem de senere år blevet et uhyre populært alternativ til biomedicin både blandt lokale mapucheindianere og moderne byboere.<sup>3</sup> Dagligt tilser han op mod 300 patienter. Fokus i denne artikel er på sammenhængen mellem José Karipans helbredelsespraksis, fællesskabet omkring hans praksis og nationalstaten i en latinamerikansk kontekst.

José Karipan er på mange måder en legemliggørelse og produkt af sin samtid. Med sine blå øjne, indianske smykker, cowboybukser og sorte hat i den spanskinspirerede *huaso*-stil fremstår han som en sammensmeltning af historiske og kulturelle facetter, der netop er præget af mødet mellem spanske kolonisateurer og de indfødte folk. Også i sin italesættelse af det chilenske folks lidelser og bekymringer refererer han til et fælles rum af sociale og kulturelle erfaringer, idet han trækker på kristne symboler og indfødt religion i sin medicinske praksis. Således bistår mapuchernes forfædre, naturånder, jomfru Maria og jomfru Carmen ham i helbredelsesarbejdet. I José Karipans helbredelsesarbejde spiller jomfru Carmen dog en særlig rolle. Ud over at være en katolsk helgenfigur er jomfru Carmen også Chiles nationalhelgen. Brugen af denne figur har således en særlig forbindelse til den chilenske kontekst. Også på anden måde trækker José Karipan på et symbolsprog fra det chilenske samfund – i dette tilfælde staten – idet han er kendt for en strid med skattevæsenet, der beskylder ham for skatteunddragelse i forbindelse med sine indtægter som medicinsk behandler. Denne strid betragtes af Karipan og hans patienter som et eksempel på den chilenske

stats overgreb på og undertrykkelse af de socialt dårligt stillede samt indfødte folk og deres religiøse praksisser. Ved at bringe symboler og elementer fra forskellige dele af den chilenske virkelighed sammen fremstår José Karipan således som en skikkelse med evne til at skabe en oplevelse af fællesskab og sammenhæng i en virkelighed, der ellers er præget af modsætninger og brud.



Figur 1. Shamanen José Karipan diagnosticerer ved at observere en patients urin.

Under et feltarbejde 2004-2005 blandt læger, traditionelle behandlere og patienter i det sydlige Chile søgte jeg svar på, hvorfor shamanistisk healing har vundet så stort indpas blandt byboere i et moderne og industrialiseret land som Chile.<sup>4</sup> Formålet med nærværende artikel er at vise, hvordan en shamanistisk medicinsk praksis som José Karipans kan bidrage til at skabe et særligt rum for anerken-

delse og italesættelse af de kollektive lidelser samt erfaring af et fællesskab i en specifik historisk og geografisk lokalitet. Denne virkelighed er et produkt af en voldelig og omskiftelig historie præget af mødet mellem de indfødte og de spanske kolonisatorer. Et produkt af dette møde var børn af blandet herkomst, de såkaldte mestizer, der i dag udgør Chiles etniske fundament, idet hovedparten af chilenerne identificerer sig som mestizer. I den synkretistiske og hybride udgave af mapuchereligionen, som José Karipan repræsenterer, står den shamanistiske praksis som en form for identifikation, der opløser skel mellem etniske kategorier, sociale klasser og religioner og dermed tilbyder en deltager en fælles platform for identifikation som et chilensk folk (Rønsbo 2008:87). Dette fællesskab skabes gennem medicinsk praksis, der ikke blot har til hensigt at helbrede det enkelte menneske, men indskrives i en fælles social og politisk virkelighed.

### Krop, helbredelse og kontekst

Et vigtigt fokus i denne artikel er sammenhængen mellem helbredelse, fællesskab og nationalstat i en latinamerikansk kontekst. Et andet mål er af mere generel teoretisk karakter, idet hensigten også er at udforske helbredelsen af den individuelle krop i en socioøkonomisk kontekst. Denne forbindelse står udforsket i mange af de mere klassiske teorier om helbredelse, som James Dow (1986) og Claude Lévi-Strauss (2000 [1949]) står som eksponenter for. Ifølge Dow og Lévi-Strauss implicerer religiøs helbredelse, shamanisme og vestlig psykoterapi nogle ensartede psykiske processer. Deres antropologiske projekt er således at finde frem til det grundlæggende princip bag de forskellige teknikker. I artiklen „The Effectiveness of Symbols“ foreslår Lévi-Strauss, at shamanen såvel som psykoanalytikeren helbreder ved at bringe ubevidste konflikter og modstand op til overfladen og ved at forsyne patienten med et sprog, som bidrager til at transformere smerten (Lévi-Strauss 2000:172). Inspireret af Lévi-Strauss opstiller Dow følgende universelle princip for symbolsk helbredelse: Både behandlere og deres patienter opererer med kulturspecifikke symboler og en fælles kulturel myte. Den lidende patient kommer til behandleren, som overbeviser patienten om, at problemet kan håndteres under henvisning til myten. Behandleren knytter verbalt patientens følelser til symbolet og hjælper derved patienten til at håndtere sin egne følelser (Dow 1986:56). Selv om disse klassiske teorier på sin vis har en berettigelse ved at påvise sammenhængen mellem sygdomserfaring, symboler og helbredelse, vil jeg mene, at de er utilstrækkelige, hvis man søger en forklaring på, hvorfor shamanistisk healing appellerer til folk i en specifik historisk periode.

Med inspiration fra bl.a. Arthur Kleinman og Anne Becker (1998) samt Lawrence Kirmayer og Allan Young (1998) vil denne artikel i stedet argumen-

tere for, at forklaringen på shamanernes popularitet ikke kan findes alene ved at afdække forhold mellem den individuelle krop og medicin, men at det også er nødvendig at undersøge sygdom og helbredelse i forhold til en samfundsmæssig kontekst.<sup>5</sup> Kirmayer og Young peger her særligt på den tætte forbindelse mellem moral, politik, sygdomserfaring og medicin. Som konsekvens taler de om en kollektiv krop og en samfundsmæssig hukommelse, som kommer til udtryk i kropslig oplevelse, erfaringer og kulturelt fremtrædende følelser (Kirmayer & Young 1998:392). I denne sammenhæng er Michael Taussigs arbejde interessant, idet han også søger at koble en socioøkonomisk og historisk kontekst med de shamanistiske praksisser, hvilket han kalder „historie som trolddomskunst“. Mere specifikt er Taussig interesseret i det forhold, at historiske begivenheder, specielt politiske begivenheder som erobring og kolonisering, bliver objektiveret i det shamanistiske repertoire som et virkningsfuldt magisk billede, der er i stand til både at forårsage og lindre ulykke (Taussig 1987:367). Med inspiration i disse teoretikers interesse for den samfundsmæssige krop og den historiske kontekst vil der i det følgende blive sat fokus på sociale forhold og historiske forandringer i det chilenske samfund. Her vil være særligt fokus på forholdet mellem den mestizerede chilener og den indfødte befolkning såvel som forholdet mellem den officielle medicinske praksis og den indfødte medicinske praksis.

## Kolonisering og mestizaje

På mange måder er Chiles historie typisk for den historiske udvikling og for den koloniseringsproces, som fandt sted i mange latinamerikanske lande i kølvandet på Columbus' opdagelse af Amerika i 1492. Affødt af koloniseringsprocessen og den raceblanding, der skete mellem de europæiske kolonisatorer og de indfødte, blev nye identiteter til, i dette tilfælde de såkaldte mestizer. Selve ordet *mestizo* kommer fra det latinske ord *mixtus* og refererer til personer, hvis biologiske oprindelse beror på en racemæssig blanding. I den latinamerikanske kontekst blev termen *mestizaje* betegnelsen for den raceblanding, der fremkom mellem afrikanere, europæere og indfødte. Denne raceblanding blev senere betegnet som det etniske fundament for dannelsen af nationalstater i Latinamerika i det 19. århundrede. Mestizajeideologien – ofte også betegnet som hybridisering<sup>6</sup> og kreolisering<sup>7</sup> – blev officielt fremstillet som en ideologi, der tog udgangspunkt i en opfattelse af racemæssig blanding som en mulighed for dannelse af en harmonisk, homogen befolkning i de tidligere kolonier.

På mange måder har begrebet mestizaje således haft en meget positiv klang i Latinamerika. I en mexicansk kontekst har José Vasconcelos endda betegnet mestizoerne som en „kosmisk race“ i kraft af dens universalitet baseret på en

racemæssig syntese (Vasconcelos 1927 i Larraín 2001:65). I lighed hermed har antropologen Nestor Canclini anskuet mestizaje, og hvad han kalder „hybride kulturer“, som en postmoderne og postkolonial kilde til kulturel kreativitet og som et eksempel på en demokratisk styreform (Canclini 1995). Nogle forskere har dog peget på andre langt mere problematiske aspekter af mestizajeideologien, f.eks. at den opstod som et forsøg på at sløre andre, dybereliggende ideer om den hvide races overlegenhed (Rahier 2003:41). Andre har peget på den identitetsmæssige konflikt, der gør sig gældende for mestizer, og som kan illustreres ved følgende udtalelse: „Vi er ikke indianere, heller ikke spaniere, vi er intet. Vi er i opløsning, grænsende til udslettelse, uden en platform, hvorfra vi kan konstruere et fælles projekt“ (Langon i Larraín 2001:75).<sup>8</sup> I bogen *Ensomhedens labyrint* beskriver den mexicanske forfatter Octavio Paz (1998) i tråd hermed mestizoen som en forældreløs på evig søgen efter sine etniske rødder, en søgen, der er dømt til at mislykkes, da både de indianske og de spanske aner fornægtes. På linje hermed er den chilenske historie karakteriseret ved mødet og den gensidige udveksling mellem indfødte og europæere, en relation, som samtidig fornægtes og underspilles i den officielle nationale selvforståelse. Et aspekt af denne historie, som i dag er udsat for offentlig tavshed, er den seksuelle forbindelse mellem spanske soldater og indfødte kvinder. Kilder beretter dog om *huachos*, som var betegnelsen for de mange børn, der voksede op i fraværet af deres far (Montecino 1996). Alle er dog enige om, at betegnelsen mestizo, der i den chilenske kontekst henviser til en blanding af indiansk og europæisk blod, udgør det etniske fundament for det chilenske folk.

De første beretninger om Chile finder vi, da landet i 1541 blev koloniseret af spanieren Pedro Valdivia. Valdivia blev eksponent for de første spadestik til en ny civilisation i form af dels grundlæggelsen af byen Santiago samt hospitaler, missionsstationer og befæstede handelsstationer, dels det etniske fundament for den nye nation, de såkaldte mestizer. I sine breve beskriver han sin fascination af det nye land, men også sit syn på den indfødte befolkning, som han betegnede som i pagt med djævelen og således fjender af Gud og Kristus (Jones 1999:144). Brevene beskriver også den ekstreme vold, som var del af koloniseringsprocessen. Ud over drab på flere tusind indfødte befalede Pedro Valdivia afhugning af hænder og næser på 1500-2000 indianere (brev dateret 15. oktober 1550 citeret i Forster 1993:19). Senere i forbindelse med de indfødtes modstand mod koloniseringsprocessen blev Pedro Valdivia dræbt af mapuchehøvdingen Lautaro.<sup>9</sup> Alle symboler på den spanske kolonimagt – missionsstationer, hospitaler og handelsstationer – blev hernæst tilintetgjort af mapuchekrigere, og de spanske soldater blev drevet væk fra den sydlige del af Chile med Bio Bio-floden som naturlig grænse (Citarella 1995:421). I 1550 gjorde den spanske hær et nyt for-

søg på at erobre det sydlige Chile, men blev mødt med så massiv modstand fra den indfødte befolkning, at planen blev opgivet.

De indfødtes høvdinge og shamaner, de såkaldte *lonkoer* og *machier*, udgjorde den tids øverste myndighed for mapuchenationen, der formåede dels at holde stand mod indtrængende soldater, dels at interagere og sameksistere med de fremmede. I historiske kilder beskriver spanske missionærer, hvordan de indfødte rådførte sig med deres shamaner før et vigtigt slag (Latham 1928). Shamanerne spillede således en vigtig rolle ikke bare som helbredere, men også i forsvaret af det sydlige Chile mod spaniernes invasionsforsøg. Som følge af den massive modstand fra de indfødte anerkendte den spanske krone i 1641 det sydlige Chile som en selvstændig nation (Bengoa 1985). De indfødte og europæerne fortsatte dog herefter en ivrig udveksling. Blandt andet berettes det, at de indfødte dyrkede sport med de spanske soldater, og at de spanske missionærer udvekslede lægekunst med de indfødtes medicinmænd.

I kolonitiden var spansk medicin ikke grundlagt på en videnskabelig tradition, men baseret på religiøse anskuelser. Af samme grund kunne man finde mange lighedstræk mellem indfødt og spansk medicin, idet begge gjorde brug af bønner og påkaldelser kombineret med brug af urtemedicin. Den chilenske historiker Jorge Pinto beskriver således, hvordan jesuitterne i deres bestræbelser på at prædike evangeliet blandt den indfødte befolkning selv endte med at indoptage mange indfødte praksisser som f.eks. den lokale urtemedicin (1988 citeret i Citarella 1995).<sup>10</sup> Omvendt inkorporerede de indfødte spanske og kristne praksisser såsom katolsk dåb og brug af det kristne kors (Citarella 1995:430; Forster 1993:263).

I forbindelse med Chiles løsrivelse fra moderlandet og dannelsen af Chile som republik i 1818 blev det sydlige Chile nu betragtet som en skamlet på, hvad der blev betragtet som en civiliseret nation. Selv om de indfødtes modstand mod spanierne blev anset for at være et udtryk for mod og heroisk blod, var de indfødtes skikke ikke forenelige med en moderne nation bygget på kristne idealer og på forestillinger om økonomisk fremskridt og uddannelse (Arana 1884, 1934). I 1881-1885 indledte den chilenske stat på den baggrund en intensiv indsats for at erobre det sydlige Chile i en krig, der ironisk nok blev kaldt „pacificeringen“, med henblik på at „civilisere“ regionen (Bengoa 1985). Herefter blev de indfødte indlemmet i reservater, de såkaldte *comunidades*, mens store dele af deres områder blev overdraget til europæiske immigranter, hovedsageligt tyskere, i håb om at det ville skabe økonomisk vækst og fremavle en mere civiliseret og hvid chilensk race (Collier & Slater 2004).

Den indfødte står således som en ambivalent og kompleks størrelse i den nationale selvforståelse. På den ene side spiller den indfødte en vigtig rolle i den



nationale selvforståelse som en del af nationens etniske og kulturelle fundament. På den anden side fremstår den moderne nationalstat som et produkt af yderst voldelige og radikale forandringer, herunder stærk undertrykkelse og marginalisering af de indfødte folk. På grund af sin historiske oprindelse fremstår mestizo-identiteten som et problematisk udgangspunkt for identifikationen som et folk.

## Sundhed og medicinske praksisser i nationalstaten Chile

Biomedicin er et forholdsvis nyt fænomen i det sydlige Chile. Som beskrevet var det i første omgang missionærerne, der påtog sig arbejdet med sundhed i det sydlige Chile, og først i 1920'erne skete der et skift i opfattelsen af sundhed og helbredende praksisser (Citarella 1995; Lira 2006). Der blev således indført et offentligt sundhedssystem med udgangspunkt i biomedicinsk praksis, og hospitaler og sundhedsklinikker blev et tilbud til alle borgere i det chilenske samfund. Samtidig blev indfødt medicin i praksis officielt ulovliggjort, idet der blev indført et lovmæssigt krav om, at personer, der praktiserer medicin, skal have en titel fra et statsanerkendt universitet. Under Salvador Allendes styre (1970-1973) blev den offentlige sektor i stigende grad udbygget. Salvador Allende, som selv var læge, udarbejdede et statsligt program for varetagelse af befolkningens sundhedstilstand, hvilket betød, at 70 % af befolkningen i kraft heraf blev dækket af den offentlige sygesikring.

Militærregimet 1973-1989, ledet af general Augusto Pinochet, blev startskuddet til introduktionen af en neoliberal samfundsmodel, og som en konsekvens blev statens rolle radikalt omdefineret.<sup>11</sup> Dette kom bl.a. til udtryk i sundhedssektoren, der blev udsat for en omfattende privatisering, hvilket medførte en opdeling i en dårligt fungerende offentlig sektor præget af mangel på personale og medicinsk udstyr og en velfungerende privat sektor (Borzutsky 2006). For den fattige del af befolkningen kom dette til at betyde lang ventetid og mangel på medicin, og adgang til medicin blev således afhængig af social klasse. Dette er sandsynligvis en af forklaringerne på, at mange alternative medicinske praksisser blomstrede frem, særligt blandt den socialt dårligt stillede del af befolkningen, der beklagede sig over, at kun de velstillede havde adgang til ordentlig lægelig behandling.<sup>12</sup> I 1989 blev der indført demokrati i Chile, hvilket førte til et stigende fokus på offentlig velfærd. Arven fra militærregimet i form af en opdeling mellem et offentligt og et privat sundhedssystem blev dog i stor udstrækning bibeholdt.<sup>13</sup>

Under mit feltarbejde var den dårlige service i det offentlige sundhedssystem således et hyppigt tilbagevendende samtaleemne. Blandt almindelige borgere fra arbejderklassen og middelklassen blev den chilenske stat generelt omtalt i nega-

tive vendinger. Staten blev italesat som en udefrakommende destruktiv kraft, der greb forstyrrende ind i hverdagslivet og truede med at ødelægge de grundlæggende strukturer i samfundet. Andre beskrev en oplevelse af at føle sig udnyttet og mast i den chilenske samfundsmaskine. Dette forhold var dog yderst komplekst, da mange chilenerne samtidig opfattede sig selv som del af den chilenske nationalstat og derfor havde en forestilling om, at det var et statsligt anliggende at skabe garantier for sundhed, arbejde og uddannelse for den enkelte borger. Dette yderst modsætningsfyldte forhold kom til udtryk i en meget autoritetstro og hierarkisk opfattelse af offentlige autoriteter såsom politikere, embedsmænd og læger kombineret med en udtalt mistro til samme autoriteter. Endvidere oplevede mange, at modernitet og demokrati ikke havde givet dem øget indflydelse eller bedre sociale kår. Tværtimod mente de, at det var formålsløst at deltage i det politiske liv. Til gengæld syntes alternativ medicin og religiøse praksisser at blomstre. Når folk søgte hjælp og støtte, henvendte de sig ofte til helbredere og religiøse skikkelser som f.eks. José Karipan, da de blev set som personer udstyret med en særlig kraft. I tråd med denne beskrivelse karakteriserer den chilenske sociolog Cristián Parker udviklingen i Chile efter demokratiets indførelse som en dialektik mellem politisk affortryllelse og religiøs genfortryllelse (Parker 1996). I det følgende vil artiklen belyse José Karipans medicinske praksis og analysere den rolle, den spiller, i det moderne chilenske samfund.

### En karakteristik af en moderne mirakelmager

José Karipans virke og succes som behandler er ikke til at tage fejl af. Det vidner det nybyggede toetages hus og hans nye bil om såvel som hans konsultationsrum, der er dekoreret med billeder af Jesus Kristus, jomfru Maria og jomfru Carmen. Ved første øjekast kunne man foranlediges til at tro, at der er tale om et katolsk kapel. Shamantrommen og to imponerende sølvsværd, der bruges til at jage dæmonerne på flugt, viser dog, at der her bor en shaman. José Karipan hævder at være blevet forladt af sine forældre og at være opvokset hos en tysk familie. Hans livshistorie følger et klassisk sygdomsmønster for shamaner. Han har fra barnsben haft visioner, der indikerede, at han var kaldet til at blive shaman. På et tidspunkt var hans visioner så intense, at han en kort overgang blev indlagt, angiveligt med en psykose. Efter en længere sygdomsperiode lykkedes det ham at lære at kontrollere visionerne. Som shaman fremstår han som en forfulgt figur og i modsætningsforhold til staten bl.a. på grund af den tvist, han har haft med skattevæsenet. Både i sin egenskab af forældreløs (huacho) og forfulgt af staten trækker hans livshistorie på elementer og fælles symboler fra nutiden. Det er også her, han henter grundstoffet til sin helbredelsespraksis.

Denne folkelige interesse for shamanistisk praksis i Sydchile falder i tråd med, hvad sociologen Cristián Parker kalder „genfortryllelse“ i Latinamerika. Parker argumenterer for, at folkelig religion – i form af en blanding mellem kristendom og indfødt religion – i Latinamerika repræsenterer et alternativt sæt af værdier, som han kalder en „kulturel patos“ og „en kontrakultur til moderniteten“ (Parker 1996:109-11). Videre argumenterer Parker for, at folkelige religioner i Latinamerika er karakteriseret ved en særlig vægt på følelser, udtryk, lighed og fællesskab, elementer, der fremstår som en modpol, ja, ligefrem en modkultur til vestlig rationalitet. Mit fokus her er på forholdet mellem den medicinske praksis og den sociale og politiske virkelighed samt den måde, hvorpå Josés religiøse og shamanistiske praksis danner rammen om et alternativt fællesskab inden for nationalstaten, et fællesskab, der bygger på følelser og lighed i modsætning til det klassesdelte neoliberale samfund. Dette forhold er dog mere komplekst end som så og kan ikke reduceres til simpel modstand mod staten, idet shamanens medicinske praksis i høj grad bygger på elementer fra det omgivende samfund og på mange måder bekræfter og tager udgangspunkt i eksisterende samfundsforhold.

I det følgende vil artiklen belyse forholdet mellem José Karipans medicinske praksis og en social og politisk virkelighed, herunder nationalstaten. José Karipan gør brug af et symbolsprog, som er intimt forbundet med den chilenske nationalstat, idet nationalstaten fremstår som en forstyrrende og destruktiv kraft, men samtidig repræsenterer en produktiv kraft i konstruktionen af José Karipans helbredende kræfter. Ved således at trække på elementer fra det omgivende chilenske samfund dannes der to poler i Karipans medicinske praksis, henholdsvis jomfru Carmen og historien om striden med skattevæsenet. Disse bidrager til skabelsen af en kollektiv krop og et fællesskab, hvor patienterne kan søge identifikation med deres egen personlige smerte samt få et symbolsprog til at lindre og helbrede lidelse og smerte.

Den ene pol i José Karipans helbredelsespraksis er som nævnt hans brug af jomfru Carmen, der står som en positiv healende og livgivende kraft. Det siges om José Karipan, at Gud og Jomfruen har givet ham myndighed og kraft til at give det chilenske folk medicin, som kan lindre deres sorger, sygdomme og lidelser. Når han udfører sine helbredelsesritualer, påkalder han således både mere traditionelle mapucheånder – forfædreånder som naturånder – og ikke mindst jomfru Carmen og jomfru Maria. Hvert år den 16. juli bliver alle José Karipans patienter inviteret til hans fødselsdag. Denne dag er også rammen for en anden begivenhed, nemlig fejringen af Chiles nationalhelgen, jomfru Carmen. Den historiske beretning om jomfruskikkelsen er tæt knyttet til det chilenske folks historie, da hun ifølge den folkelige overlevering er født og opvokset i Chile. Samtidig viste hun sig i et syn under et afgørende slag i Maipu.<sup>14</sup> Dyrkelsen af jomfru Carmen

i Chile blev indført i 1680 af de spanske missionærer, og i 1817 under uafhængighedskrigen blev hun udråbt som helgen for den chilenske hær. I 1818 blev der rejst en statue af Jomfruen på det sted, hvor uafhængighedskrigen havde fundet sted, og Jomfruen blev udråbt som Chiles nationale helgen. I dag har hun en symbolsk status som Chiles dronning, som ikke alene er den, der varetager enkeltpersoners helbred, men hele nationens velbefindende, fremgang og udvikling.



Figur 2. Jomfru Carmen i Josés konsultationsrum.

Blandt Karipans patienter er det almindeligt anerkendt, at han får sin særlige kraft fra Chiles nationalhelgen. For shamanen José Karipan har Jomfruen en helt særlig betydning, idet hun viste sig for ham, da han gik igennem en meget svær tid. Hun anviste ham vejen til at blive shaman og hjalp ham til at blive healingskanal for Gud og én, der bringer medicin til folket. For at hylde Jomfruen og påkalde hendes hjælp har Karipan billeder og figurer af hende overalt i sit hjem og sit konsultationsrum (se figur 2). Han fortæller, at han ofte taler med Jomfruen, som han betegner som inkarnationen af moderen, som selve livets oprindelse.

Hun hjalp os, vi gik gennem en meget svær tid, men vi bad med hele vores hjerte, vi havde så rodfæstet en tro på hende. Med hendes hjælp lykkes tingene for os.

Når vi nogle gange f.eks. har ægteskabelige problemer, så beder vi til hende, og så hjælper hun os, derfor tror jeg så inderligt på hende. Hver aften beder jeg til hende, og hver eneste morgen husker jeg også at bede til hende, og på grund af dette er vi stadig i live. Uden Gud og Jomfruen ville vi ikke være her i dag, på grund af deres vilje er vi i live.

José Karipan kalder sig shaman, men i kraft af, at han påkalder Jomfruen, vækkes der stærke paralleller til kristne helbredelseshistorier. Den følgende beretning illustrerer, hvordan José Karipan bruger Jomfruen i sin medicinske praksis. Ved mit første besøg hos José Karipan mødte jeg en pige foran hans konsultation. Hendes forældre fortalte mig, at hun havde så stærke smerter i knoglerne, at hun i mere end en uge ikke havde været i stand til at gå. Forældrene havde kørt i mange timer for at nå frem til Karipans konsultation og var derfor helt udmattede af rejsen. Jeg hørte, hvordan pigen skreg af smerte, hun var bleg som et lagen og havde et skrækslagent udtryk i ansigtet. José Karipan sagde til mig, „Nu vil jeg få denne pige til at gå igen.“ Han gik hen til hende og sagde:

Du er blevet påvirket af en ondsindet kraft [*mal*]. Hvem tror du er din mor? Det er ikke hende, som har givet dig mad og plejet dig, det er Jomfruen. Du må tro på hende, så vil hun modtage dig. Du skal tro på hende og på Herren. Dette vil beskytte dig mod ondskab.

Derefter befalede han hende, „I Jomfruens navn, rejs dig og gå!“ Pigen rejste sig lidt usikkert og tog et par tøvende skridt, kraftigt opmuntret af sine forældre. José tog derefter pigen i hånden, trykkede den og sagde: „Om et øjeblik vil du føle et elektrisk stød i hjertet.“ Moderen gentog historien om, at pigen ikke havde været i stand til at gå i en uge, og at de havde besluttet sig for at tage den lange rejse til José Karipan, da de troede, at han var den eneste, der kunne redde pigen. Pigen smilede, og hendes ansigt begyndte at genvinde en naturlig kulør. Alle kiggede på mig for at se, om jeg nu havde fået alle detaljerne med i denne mirakuløse helbredelse, som stod som et vidnesbyrd både om Josés kraft som healer og om Jomfruens helbredende kraft.

Gennem denne symbolske brug af Jomfruen forener Karipan som en slags moderne indfødt kristusfigur den enkeltes smerte og sygdom med en historisk virkelighed. Samtidig optræder Jomfruen som en kropsliggørelse og en forening af kristen moral med mapuchemoral, hvor verden er opdelt i destruktive kræfter og positive livgivende kræfter. Dette er et eksempel på, hvad Michael Taussig kalder „historie som trolddomskunst“, dvs. en historisk begivenhed, der bliver objektiveret i det shamanistiske repertoire. Anskuet ud fra Taussigs tankegang figurerer Jomfruen dels som et symbol på en historisk begivenhed – dannelsen af nationen Chile – dels som et symbolsk bolværk mod det onde. Jomfruen er

her et virkningsfuldt magisk billede, der er i stand til både at forårsage og lindre ulykke, og ved at vende sig mod dette billede reflekterer folk over dets symboliske potentiale til at opfylde ønsker om udfrielse af sygdom og lidelse (Taussig 1987:367). Jomfruen giver håb om helbredelse af både det enkelte menneskes lidelser og nationen i sin helhed, idet hun trækker på visse betydninger, der er associeret med forestillingen om ét chilensk folk. Samtidig repræsenterer hun altså en konkret magisk kraft, der kan integreres i folks almindelige liv som et middel mod destruktive kræfter. Ved at bede til Jomfruen gives der håb om en mirakuløs helbredelse. Samtidig kan patienten få adgang til en oplevelse og et fællesskab, hvorved forestillingen om det chilenske folk og den chilenske nation også får positive associationer.

I det følgende vil jeg beskrive José Karipans strid med det lokale skattevæsen, den anden pol i Karipans helbredelsespraksis, hvilket illustrerer det komplekse forhold mellem det chilenske folk og staten. Jeg blev introduceret til José Karipan dels som beskrevet gennem historier om hans helbredelseskraft, dels gennem beretningen om hans strid med skattevæsenet. José, hans familie og patienter beskrev hans arbejde som en torn i øjet på de chilenske læger og berettede ivrigt historien om, hvordan han havde fået besøg af tre personer fra skattevæsenet, fordi han ikke havde opgivet sin indtægt fra arbejdet som shaman. Myndighederne var trængt ind på hans bopæl og havde truet med at udstede en klækkelig bøde, lukke hans konsultation og konfiskere hans ejendele. Denne begivenhed blev fortolket som et udtryk for lægernes – ja, i det hele taget statens – modvilje mod mapuchemedicin. For at forsvare ham sagde mange af hans patienter, at han jo ikke tog betaling for sin medicin. Dette var dog ikke helt sandt, selv om det var rigtigt, at hans priser var overordentligt rimelige, og at han i mange tilfælde, hvis patienten enten var meget fattig eller døende, ikke tog betaling for konsultationen. Men for patienterne var det vigtigt at fremhæve, at de havde et personligt, næsten familieagtigt forhold til shamanen. Som en mand sagde: „Ja, når jeg kommer her, er det som at komme hos min egen familie, her mødes jeg med et knus, ikke som hos lægen, der bliver jeg behandlet så dårligt, og det bare, fordi jeg er fattig.“ Patienterne læste således deres brug af José Karipans medicin ind i en eksplicit kritik af det klassedelte samfund og det statslige sundhedssystem, som ikke formåede at opfylde de fattiges behov. Mange mente endda, at det var en læge i den offentlige forvaltning, der havde pudset skattevæsenet på José Karipan.

José Karipan selv forklarede tvisten med skattevæsenet som et udtryk for en generel tendens i samfundet, hvor moderne mennesker kun er optaget af deres eget velbefindende og ikke deres moralske forpligtelser over for samfundet. Det viser sig bl.a. ved, at folk undlader at leve op til religiøse og rituelle forpligtelser,

mens grådighed, egoisme og misundelse flourer. José Karipan forklarede, at han var alvorligt traumatiseret på grund af tvisten, hvilket truede hans helbredstilstand såvel som hans arbejde med at „give medicin til folket“. Han berettede, hvordan han havde hyppigt tilbagevendende mareridt om hemmelige inspektører fra skattevæsenet, der dukkede op og konfiskerede alle hans ejendele. Frygten var så intens, at han bad hele sin familie, sine patienter, venner, naboer (ja, selv antropologen) om at støtte ham i kampen for at kunne fortsætte i sit erhverv som helbreder. På denne opfordring lykkedes det ham at samle en skare af velyndere, der bistod i kampen for eksistensen af hans medicin. Hans patienter fortalte mig, at Karipan med sit medicinske blik kunne identificere og diagnosticere sygdomme, som lægerne med al deres teknologiske udstyr ikke var i stand til at se. Flere patienter sagde: „Hvis vi ikke havde shamanen, hvem skulle så helbrede os?“ Mange patienter mente, at don José var blevet udvalgt til at helbrede det chilenske folk og give Guds ord til folket, for at de kunne lære, hvordan de skulle opføre sig, og hvordan de skulle overholde de rituelle forpligtelser. Eller med andre ord, folkets sundhed blev gennem Karipan tæt forbundet med en moralsk diskurs.

Det er næppe en tilfældighed, at striden med skattevæsenet spiller så væsentlig en rolle i fremstillingen af hans helbredelsespraksis. Selv om José Karipans medicinske praksis refererer til de „traditionelle“ rødder, er hans praksis dybt forankret og tæt forbundet med det moderne chilenske samfund. Kategorier som person, kultur og patient bliver først til meningsfulde størrelser i samspil med et statsligt bureaukrati, der fremsætter rammer og anvisninger for, hvordan de konstrueres (Kapferer 2006). Det er netop disse regler og rammer, Karipans praksis spiller sammen med. Som sådan kan hans praksis måske ikke direkte ansues som de svages taktik i en modstand mod staten (de Certeau 1988), men som en moderne praksis, der trækker på de ressourcer og symbolske potentialer, som findes i samfundet. Derved skabes en fælles resonans blandt Karipans tilhængere, en slags folkeligt svar, som man kan kalde en „kulturel modhukommelse“ (Thomsen 2004). Modhukommelse defineres af antropologen Craig Thomsen som aktuelle narrativer, der trækker på historiske narrativer, som er blevet marginaliseret af dominerende ideologier. Modhukommelse giver således kulturel betydning til alternative betydninger, identifikation og perspektiver, som strømmer fra etniske minoriteter og/eller arbejderklassen. Når modhukommelse kommer til udtryk, udfordrer den ofte dominerende kulturelle normer, værdier, idealer og socioøkonomiske hierarkier (op.cit.:172). Som sådan er José Karipan en form for moderne myte. På den ene side er han et produkt af den samtid, han lever i, der trækker på sociale erfaringer af undertrykkelse og marginalisering. På den anden side leverer han en alternativ hukommelse og fortolkning af den so-

ciale virkelighed. Dette vil blive beskrevet i det følgende i en gennemgang af et kollektivt helbredelsesritual.

## Et kollektivt ritual - en kollektiv krop

José Karipan mente selv, at det var bydende nødvendigt, at antropologen observerede hans medicinske og rituelle arbejde for derigennem at dokumentere Guds kraft. Dette tilbud kunne jeg ikke afslå, og i løbet af mit feltarbejde deltog jeg derfor i José Karipans medicinske praksis. Jeg vil beskrive et ritual for at udforske, hvordan shamanen bidrager til skabelsen af en fælles krop, idet hans egen krop bliver det middel, hvorigennem ellers modsætningsfyldte historiske fragmenter samles og forenes. Derved bidrager den medicinske praksis til at forene modstillede historiske størrelser som indianere og chilenerne, katolsk og shamanistisk praksis. Den følgende beskrivelse stammer fra et ritual, som jeg deltog i en tidlig februar morgen 2005.

Omkring 100 mennesker stimler sammen foran det katederlignende bord, hvor José Karipan udfører sit arbejde, og hvor han indsamler urinprøver fra sine patienter. Han udvælger en person blandt de ventende patienter til at skrive alle patienternes navne i en notesbog. De andre patienter samles foran flaskerne, hvor de hilser på hinanden og diskuterer deres helbredsproblemer. Karipan forlader konsultationen, går ind i sin private afdeling af huset og tager sit rituelle tøj på, som består af mapuchesmykker (*trarilonko*), et tørklæde omkring hovedet og en shamantrømme (*kultrung*). Tidligt om morgenen udfører han derefter et helbredelsesritual foran sin totempæl (*rewe*). Han tager en skål fra totempælen med vievand, dypper fingrene og velsigner mængden ved at stænke vand på dem. Det er gammel praksis, som mapucheindianerne fulgte for at påkalde regn, god høst og frugtbarhed. Hundredvis af hænder rækkes frem i håb om at få del i det hellige vand og dermed i velsignelsen. Deltagerne bruger det velsignede vand til at fugte hals og ansigt.

Derefter begynder han at slå på sin tromme. Med en regelmæssig, lidt monoton rytme påkalder han naturens ånder fra fire verdenshjørner, mapuchernes fire forfædre samt Jomfruen og Moder Jord. Hans trommen bliver mere og mere intens, han dækker øjnene med et tørklæde og går ind i en trancetilstand. Hans kone og en assistent kommer med et fad med urter, som de brænder af. Dette fremkalder en stærk lugt og et intenst røgslør, som blander sig med strålerne fra morgensolen. Deltagerne stimler sammen om fadet, tager blade fra planterne og stryger dem over ansigt og arme. Karipan taler på sproget mapudungun og kalder på ånderne:





Figur 3. Karipana i trance under et ritual.

Vi er samlet her for at modtage styrke. Lad os samles med håb, lad os bede! Vi er levende skabninger. Derfor beder vi om, at du kaster dit åsyn på os og giver os visdom til at se, hvad vi bør gøre. Jeg er blot et menneske, men med din hjælp kan jeg give medicin til dine børn. Hjælp os, der er samlet her, til at modtage din visdom, til at bede på rette vis og modtage din føde for at lette og lindre al den smerte og lidelse, som findes på dette sted.

Karipana forsvinder efter ceremonien, går ind i huset og skifter tøj, hvorefter han dukker op igen i sit almindelige tøj. Derefter indleder han det medicinske arbejde. Han studerer en flaske med urin påklistret en etiket med patientens navn og alder og skriver derefter mærkelige tegn på et papir – han forklarer, at det er diagnosen skrevet på mapuchernes oprindelige sprog, mapudungun. Derefter kalder han på patienten og spørger ham eller hende, hvad der er galt. Ofte får patienten

kun mumlet et par ord om, hvor han eller hun har smerter, hvorefter Karipan hastigt afbryder og opremser alle personens smerter og symptomer, fysiske som psykiske. For eksempel fortæller han, hvor i kroppen der er smerter, og beskriver patientens mentale tilstand. Ofte kommenterer han også hændelser i patientens liv. Konsultationen afsluttes, ved at Karipan udskriver en recept, som han giver til sin kone og to hjælpere, som arbejder i køkkenet med to store gryder, hvor de tilbereder urtemedicin. Patienten afleverer en stor flaske med sit navn på og kan så hente den med urtemedicinen et par timer senere.

I ventetiden benytter mange patienter sig af muligheden for at lytte til Karipan. Ud over den lægelige konsultation fortæller han vittigheder og giver spirituelle belæringer, ofte er vittighederne på kanten af det sjofle. En dame spørger, om det snart er hendes tur, hvortil han svarer: „Vær ikke bekymret, jeg skal nok komme og elske med dig om et øjeblik.“ Dette får skaren af patienter til nærmest at hyle af grin. Pludselig forandres hans ansigt og lægges i alvorlige folder; han indleder en form for prædiken: „Når du beder til Herren, skal du sætte al din kraft ind, du skal bede af hele dit hjerte. Religion, race og farve betyder ikke noget for Herren.“ Derefter fortæller han forsamlingen, at sygdom opstår, når mennesker ikke opfylder deres rituelle forpligtelser, og han forklarer, hvordan mapuche-religionen lærer mennesket „at helbrede sygdom ved at tage en kande og fylde den med kildevand mellem et og tre om natten, mens man påkalder Gud“. Han fortsætter:

Dette er helligt vand, det kan bruges til at rense kroppen. Dette er en kilde til sundhed, kildevand er jordens eget vand, det er Guds egen substans – hvis man drikker det, er det som at drikke vand fra Moder Jord. I må forstå, vi er alle Jomfruens børn, vi er alle Guds børn, vi danner et mentalt broderskab. Er det ikke sandt?

Forsamlingen råber „Jo!“ Karipan fortsætter: „Vi skal kæmpe for kærlighed, ikke for penge!“ Han afslutter sin prædiken med at fortælle forsamlingen, at der eksisterer så megen negativ energi i verden, og at det medfører sygdom og mangel på kulturelle værdier. Han understreger også, at han i sig selv er intet, men at Gud har givet ham kraft til at hjælpe mennesker med at se, handle, vurdere og fortsætte med at leve deres liv. Med disse ord drejer han pludselig om på hælen og forsvinder. Et øjeblik efter dukker han op igen og begynder at diagnosticere.

Det ses her, hvorledes shamanen formår at sammenbinde kategorier og forskelle i race, klasse, kultur og religion, der i andre sammenhænge optræder som modsætninger i en form for kulturel skizofreni. Dette er en anden form for mestizaje end den officielle udgave, idet den indfødte ikke underlægges eller undertrykkes i bestræbelserne på at konstruere en rationel, moderne person og ikke mindst samfundsborger. I José Karipans univers tilbydes en anden form for iden-

titetsmæssigt fællesskab og mestizaje, der er præget af en proces af genfortryl-  
else, idet der er fokus på fællesskab og spirituelle værdier som modsætning til  
verdslige værdier. I det følgende skal vi se på deltagernes oplevelse af Karipans  
medicinske arbejde samt den måde, hvorpå det bidrager til at skabe en oplevelse  
af fællesskab.

## Den individuelle krop og den samfundsmæssige krop

Det indgyder mig en følelse af at være beskyttet, at være tæt på alle de ting, som jeg  
ved gør godt – som det at vide, at han også gør gode gerninger for de mennesker,  
der betragter ham.

Med disse ord beskriver Rosa Vega, en 55-årig kvinde, José Karipans specielle  
helbredelseskræfter. Gennem en årrække har hun regelmæssigt konsulteret José  
Karipan, som har ordineret urtemedicin for en alvorlig depression. Urtemedicinen  
tager hun sideløbende med lægeordineret medicin mod depression. Selv om hun  
er tilfreds med sin egen læge og også er sikker på, at den medicin, han foreskriver,  
har en virkning, tilskriver hun dog José Karipans medicin en langt mere betyd-  
ningsfuld rolle i behandlingen af sine symptomer. Hun giver følgende forklaring  
på, hvorfor hun oplever Josés medicin som virkningsfuld, hvilket viser, at helbre-  
delse som sådan ikke alene er knyttet til den enkeltes krop, men i høj grad også er  
et spørgsmål om tro knyttet til forestillingen om og oplevelsen af et fællesskab:

Når du får kendskab til ham og hans ritualer, så begynder du at tro. Så ved du, at  
du ikke er alene, og det er, fordi han har fået denne særlige gave fra Gud, som har  
velsignet ham med en særlig kraft. Gud gav alle mulige planter til sine børn, så  
de kunne bruge dem som medicin og som føde. Og de, som besidder den særlige  
viden om, hvordan man bruger planterne, de kan medicinere og derved sikre, at  
Guds børn er ved godt helbred.

Her kobles José Karipans medicinske arbejde sammen med en forestilling om  
Gud som garant for folkets helbredstilstand, hvorved José selv fremstilles som  
Guds udvalgte. Forestillingen om en positiv guddommelig kraft optræder som  
den ene pol i et universelt dualistisk grundprincip, der fremstiller verden som en  
kamp mellem positive, opbyggende kræfter og negative, nedbrydende kræfter.  
En anden patient, Ariel, en 38-årig mekaniker, der betegner sig selv som mestizo,  
forklarede mig denne dualitet med et ordbrug, der havde klare associationer til  
kristendommen – specielt den evangeliske kristendom – og dens begreber om  
Gud og Satan:

Vi har her to kræfter: Den ene er Gud, dvs. Jesus Kristus, og den anden er Satan.  
Den eneste måde, du kan klare det på, er ved at være forbundet med din religion.



Det er nødvendigt, at du spirituelt har det godt, for det giver dig styrke til at klare alle slags problemer. Hvis du ikke selv ved, hvordan du skal gøre det, er det bydende nødvendigt, at du finder noget, der kan hjælpe dig.

Ariel mener, at José Karipans medicin er en kraftfuld modgift mod skadelige energier og sociale konflikter, bl.a. på grund af det fællesskab, der etableres. Med andre ord er medicinen indlejret i det sociale fællesskab. På denne måde opfattes sygdom og sociale konflikter som udtryk for et univers, hvor der både eksisterer negative, destruktive kræfter og positive, helbredende kræfter, der kan bekæmpe dem. Denne kamp fremstilles som en fælles kamp:

Som machien siger: Vi er alle brødre på denne jord, vi bor alle under den samme sol, vi er alle brødre. Måske kommer vi fra forskellige baggrunde, fra forskellige kulturer, vi taler forskellige sprog – jeg selv er eksempelvis chilener – alligevel danner vi et fællesskab her.

Rosario, en anden patient, en kvinde i 50'erne, der betegner sig som mapuche, vil også gerne bidrage med sit syn på sagen. Hun lider af stærke ledsmerter, mavesmerter, appetitløshed og modløshed. Hun er kommet i selskab med sin svigerinde, Nancy, der også lider af voldsomme ledsmerter og er stærkt gangbesværet.

I ritualet føler jeg så stærk en glæde, at det er, som om min sjæl stiger op, som om noget trækker mig op. Det er så følelsesladet, at jeg får lyst til at græde eller synge. Denne glæde bruser frem, hver gang jeg tager derhen. Det er så smukt, der er så megen hengivenhed, at jeg hengiver mig og bliver så stærk i troen på, at jeg vil blive helbredt. Disse følelser bruser frem og omslutter mig, når han udfører sine ritualer. Alle os, som går derhen, indfødte mapucheindianere, chilenerne såvel som udlændinge, ja, for der er også udlændinge, der deltager, f.eks. argentinerne ... her kommer ingen med onde hensigter. Vi kommer her alle sammen på grund af Josés evne til at helbrede vores lidelser, både dem, der er syge på grund af hekseri, og dem der har naturlige sygdomme. Don José ved, hvordan man helbreder alle slags lidelser.

Nancy, svigerinden, vil også gerne fortælle om sin oplevelse af José Karipans medicin:

Jeg føler sådan en glæde, når jeg kommer her, og har så stærk en tro på, at jeg vil få det bedre, og at jeg nok skal komme videre, fordi jeg hengiver mig af hele mit hjerte. På grund af min tro tog jeg en dag blade af grenen, og jeg lod mig selv indhulle i røgen fra røgelsen [*sahumedia*]. Jeg følte røgen passere mit ansigt og løftede armene i fortvivlelse, men også i en brændende tro på, at jeg ville blive helbredt. Og takket være Gud og min svigerinde begyndte jeg at gå igen, for jeg havde haft så mange smerter i mine ben. Jeg følte mine knæ som en stor smertende masse, og jeg bad både til Gud og til jomfru Carmen om, at jeg ikke ville falde. Før



følte jeg mig så alene og så dybt fortvivlet, men når jeg kommer her, så begynder jeg at tale med folk. Sidste gang jeg var her, talte jeg med en dame, hvis mor havde problemer, og jeg forsøgte at hjælpe dem. Jeg lyttede til hendes samtale med don José, som sagde til hende: 'Giv hende lidt sukker, nogle medicinske planter og en blomstrende gren og gør det med al din tro, og din mor vil få det bedre.' Jeg har mødt så mange mennesker her, som er blevet helbredt.

Det er interessant, at i megen litteratur er sygdom ofte forbundet med en beskrivelse af social isolation (se f.eks. Leder 1990), men i disse beskrivelser giver det at være syg også en adgangsbillet til fællesskabet, som er opstået omkring José Karipans person. Via brug af symboler, der resonerer med en fælles historie, i dette tilfælde Jomfruen og striden med myndighederne, trækker José Karipan på elementer fra en fælles referenceramme. Således kan den enkelte blive en del af en kollektiv lidelse, men også af en kollektiv helbredelse. Karipans helbredelser er således dybt forankret i den sociale og politiske virkelighed og fremstår som sådan som et modsvar dertil. De fleste af patienterne er dog samtidig enige om, at de ikke kan undvære deres læge, og at biomedicin er virksom over for mange typer af lidelse, specielt i forhold til infektioner og operationer. De tager dog afstand fra det, de kalder kommercialisering af medicin, hvilket har som konsekvens, at syge kroppe bliver del af en udveksling af varer og penge, som er underlagt markedsmekanismerne. Den høje pris på medicinsk behandling og undersøgelse giver således anledning til en klage, mange er fælles om. En patient bemærker således, at lægerne har lavet en god forretning ud af andres kroppe. En anden fortæller om en fejloperation i forbindelse med en kræftknode, hvilket fik hende til at opgive de lægelige kontrolbesøg, og hun siger nu, at hun bedre tør sætte sin lid til José Karipan.

José Karipans medicin betegnes som ikke-kommerciel, som personlig og autentisk og som noget, man kan sætte sin lid til. Dette står i kontrast til den manglende tillid til lægelig behandling. En patient hævder, at Karipans medicin er fuldstændig naturlig, og spørger, hvordan en moderne stat kan tillade sig at kræve skat af noget, som naturen og Moder Jord har givet menneskene, nemlig træer og planter. En anden mener, at urtemedicin tilhører de oprindelige folk i Chile, og at den derfor ikke bør underlægges statens politik, men bør administreres af folket selv. På den måde betragtes problemet med skatterne som et udtryk for angreb på den person, som er blevet givet til Chiles befolkning for at give dem medicin. José Karipans skikkelse bliver således omdrejningspunkt for en italesættelse af oplevelsen af fremmedgørelse og social marginalisering i det chilenske samfund. Erfaringerne med at føle sig marginaliseret og fremmedgjort er størrelser, som mange af patienterne kan identificere sig med. Derved skabes der i det religiøse rum en ny solidaritetskultur, som Parker kalder det, dvs. en ny form

for fællesskab og en alternativ måde at forstå mennesket på og den samtid, det lever i (Parker 1996:263).

## Helbredelse, samfund og fællesskab

Inden for antropologien er det velkendt, at mennesker skaber små samfund og fællesskaber inden for rammerne af en større samfundsmæssig kontekst, som de orienterer sig efter i konkrete sammenhænge og situationer (Hastrup 2002: 17). Lévi-Strauss taler endda om en universel tilbøjelighed til at organisere sig i overskuelige sociale fællesskaber (ibid.) Denne artikel er i tråd med Lévi-Strauss' tænkning i den forstand, at den påviser en forbindelse mellem kontekst og socialt fællesskab. Her er der dog ikke tale om kontekst i strukturalistisk forstand, dvs. som universelle strukturer i det menneskelige system, identificeret i forhold til et system eller et sprog, hvilket Roy Dilley kalder en „indre“ kontekst (Dilley 1999: 21). Snarere har jeg søgt at vise, hvordan brugen af symboler i Karipans shamanistiske praksis trækker på en „ydre“ kontekst, idet symbolerne refererer til specifikke figurer samt sociale og politiske relationer i det chilenske samfund. I denne sammenhæng giver den medicinske praksis håb om lindring af den kollektive sorg og lidelse i en situation præget af modgang og undertrykkelse samt oplevelsen af en fælles krop og agens – med andre ord oplevelsen af at være et folk.

I det foregående har artiklen således udforsket forbindelsen mellem oplevelsen af den individuelle krop og dens helbredelse og en specifik socioøkonomisk og politisk kontekst. I klassiske artikler inden for medicinsk antropologi af bl.a. James Dow og Lévi-Strauss argumenteres der for, at religiøs helbredelse virker via et universelt symbolsprog, der giver patienten en intellektuel forståelse af og et værktøj til at transformere smerten. Forholdet mellem patientens italesættelse af sin kropslige erfaring og den givne kulturelle og sociale virkelighed er dog ikke belyst i disse teorier. Formålet med denne artikel er således at argumentere for, at det netop er i denne forbindelse, at det virkningsfulde resultat af den medicinske behandling kan opstå. Som Kirmayer og Young argumenterer for, så former de kulturelle kategorier, de kollektive erfaringer og den socioøkonomiske kontekst både erfaringen med og behandlingen af sygdom (Kirmayer & Young 1998:389).

Som beskrevet har det nuværende chilenske samfund rod i en neoliberal samfundsmodel, der blev introduceret under militærregimet. Sundhedsvæsenet er karakteriseret ved en omfattende privatisering, hvilket udmønter sig i en velfungerende privat sektor og dårligt fungerende offentlige sektor samt en dyb mistillid til lægerne, der bliver betragtet som eksponenter for en ideologi, hvor medicin og sundhed er underlagt markedskræfterne. Som sådan ses det chilenske sund-

hedsvæsen som et eksempel på fremmedgørelse og marginalisering, hvor lægerne har en større interesse i at tjene penge end at holde patienten sund. José Karipans shamanistiske praksis opfattes i denne sammenhæng som et alternativ til sundhedsvæsenet, der for mange patienter ikke giver en tilfredsstillende løsning på deres helbredsproblemer. I nærværende artikel er der argumenteret for, at José Karipans store succes som behandler endvidere finder sin forklaring i hans evne til at bruge symboler, som stammer fra patienternes fælles erfaringer og historie. José Karipan leverer en form for moderne myte. På den ene side er han et produkt af den samtid, han lever i, på den anden side trækker han på den sociale og kollektive erfaring af undertrykkelse og marginalisering i kraft af sin identitet som indfødt shaman. I sin kropslige iscenesættelse trækker han på fragmenter fra patienternes fortid og samtid, hvorved han leverer et symbolsprog både til at italesætte disse kollektive oplevelser og til at transformere dem. Ved således at sammenbringe symboler og fragmenter fra patienternes dagligdag formår han at ophæve de historiske modsætninger mellem indianere og spaniere, kristendom og indfødt religion såvel som sociale klasser. Som alternativ til den offentlige fremstilling af mestizer, hvor fokus er på den rationelle, civiliserede og „hvide“ borger, skabes der her en kulturel patos, hvor de spirituelle værdier og fællesskabet udgør det identitetsmæssige samlingspunkt. Derved skabes et rum til at udtrykke fælles følelser i et fællesskab – som et samlet chilensk folk.

José Karipans medicinske praksis er således tæt forbundet med en forestilling om den chilenske nationalstat og tilbyder deltagerne et alternativt identitetsfællesskab. Her er det interessante, at den shamanistiske praksis fremstår som en modpol til nationalstaten, men samtidig trækker Josés medicinske praksis også på de nationale symboler. Symbolsproget er intimt forbundet med staten, en størrelse, som af mange patienter opleves som en destruktiv kraft, der griber forstyrrende ind i dagligdagen. Det er således ingen tilfældighed, at et vigtigt element i helbredelsesarbejdet er jomfru Carmen, Chiles nationale skytsengel. Derved bliver nationalstaten også en positiv størrelse. At tvisten med skattevæsenet også indgår som et element, bidrager til skabelsen af en moderne myte, en art indfødt Kristusfigur, der er intimt forbundet med og et produkt af det samfund, han lever i, og som samtidig giver et løfte om udfrielse fra de lidelser og problemer, som gør sig gældende for medlemmerne af dette samfund. Gennem brugen af symbolsprog og ritualer skabes der en fælles referenceramme omkring denne helbredelsespraksis, der bidrager til at forbinde deltagerne i en gensidig udveksling af sygdomshistorier. I kraft af deltagelse i ritualer og sygdomshistorier forbindes den enkelte patients krop til en større social krop. På den måde bliver sygdom pludselig en form for adgangsbillet til et alternativt fællesskab og til identifikation som ét folk på tværs af etniske skel, religion og sociale klasser.

Den medicinske praksis er altså ikke blot et anliggende for den enkelte patient i samspil med en behandler, den shamanistiske medicins virkning og betydning skal også søges i shamanens evne til at inddrage den givne kulturelle og socioøkonomiske virkelighed. Patientens oplevelse af, at medicinen har stor effekt, kan således indtræffe, når medicinens symbolsprog giver patienten redskaber til at kunne artikulere og måske endda også transformere sygdomserfaring, ikke bare på et individuelt plan, men også i forhold til at indskrive den i en fælles nutid og fremtid. Den indfødte medicin i sin hybride form med elementer fra katolsk kristendom, som José Karipan leverer, er derfor et populært supplement til biomedicin, idet den tilbyder et symbolsprog, der skaber en oplevelse af sammenhæng og en genfortrylelse af virkeligheden. Derved bliver sygdom og lidelse til mere end blot et anliggende for den enkelte, nemlig til et potentiale for en identifikation som en fælles krop og et fælles folk. Samtidig tilbyder fællesskabet patienterne et alternativ til de fremmedgørende og destruktive kræfter gennem forbindelsen til højere kræfter. Mirakelmageren giver således sine patienter mulighed for en ny værdighed, solidaritet og oplevelse af sammenhæng samt mulighed for at opbygge en religiøs og kulturel platform for erfaring af fællesskab.

## Noter

1. Mapucheindianerne udgør den største etniske minoritet i Chile. Med et antal på ca. 1,2 millioner udgør de knap 10 % af Chiles befolkning. I dag bor der omkring 500.000 mapucheindianere i hovedstaden Santiago.
2. Se Bacigalupo (2001) og Citarella (1995) for en udførlig beskrivelse af diagnoseformer.
3. Antropologen Ana Mariella Bacigalupo har i bogen *La Voz del Kultrun en la Modernidad. Tradición y Cambio en la Terapéutica de Siete Machi Mapuche* (2001) beskrevet moderne shamaners aktuelle popularitet. Hendes arbejde har udelukkende fokus på en beskrivelse af shamaner, ikke patienterne.
4. Feltarbejdet var del af et treårigt ph.d.-projekt finansieret af Det Humanistiske Forskningsråd. Jeg takker i den forbindelse Karsten Pærregård, Mark Vacher, Kåre Jansbøl, Ann Dorthe Hass Jensen og Desirée Aurora Nielsen for råd og kommentarer både i forbindelse med feltarbejde og skrivning af denne artikel.
5. Min tilgang er endvidere inspireret af antropologiske studier af medicinsk pluralisme i Andesområdet (Crandon-Malamud 1991, 2003; Koss-Chionino, Leatherman & Greenway 2003) og i Asien (Nichter & Lock 2002). Disse forfattere viser – i tråd med denne artikel – en sammenhæng mellem modernitet og forøget brug af indfødt medicin. I deres analyse har de derfor særlig fokus på medicinsk praksis i en socioøkonomisk kontekst.
6. Hybridisering henviser inden for biologien til blanding af to racer.
7. Termen kreol refererer til en person med europæisk blod, som er født uden for Europa (Anderson 1983:58).
8. „Ni somos indios, ni españoles, ni nada. Estamos en disolución, bordeando la extención, sin lugar para un proyecto propio.“



9. Dette er beskrevet af Alonso de Ercilla, som var ansat af den spanske krone til at beskrive livet i kolonierne. Han opholdt sig 17 måneder i Chile 1557-1558. I bogen *La Araucania* (1982) priser han indfødte mapuchehøvdinge som Lautaro, Galvarino og Caupolican for deres store heltemod i kampen mod spanierne. Bogen betegnes i dag som nationalarv og er obligatorisk læsning i folkeskolen.
10. En missionær beskriver endda et tilfælde, hvor de indfødte søgte råd hos en katolsk præst, da en af deres egne behandlere (en machi) var blevet alvorlig syg. For at helbrede patienten udførte præsten et ritual, hvor han gjorde brug af et relikvie (Pinto 1988:56-8, citeret i Citarella 1995: 430).
11. Militærregimet vækker også dystre minder i form af mange beretninger om tortur og mord på modstandere af Pinochets regime. Især blev mange mapucheindianere på grund af deres kollektive livsform betragtet som „kommunister“ og derfor udsat for politisk forfølgelse. Omfanget af tortur under Pinochet var omfattende. Man formoder, at op mod 400.000 var udsat for tortur (Stern 2006a + b). Behandlingen af torturofre var naturligvis ikke et statsanliggende, og derfor blev store dele af psykiatrien varetaget af ngo'er og metodistkirken (Lira 1996).
12. Priserne for henholdsvis behandling på et privathospital og hos en alternativ behandler taler sit eget sprog. Mens en konsultation på et privathospital koster ca. 20.000 chilenske pesos (ca. 200 danske kroner), hvilket ikke inkluderer undersøgelse eller medicin, koster en konsultation med medicin hos en mapuchebehandler 2-8.000 chilenske pesos (ca. 20-80 kroner). Hvis behandlingen er krævende, kan prisen hos en mapuchebehandler dog også løbe op. Jeg hørte patienter sige, at de havde betalt op mod 400.000 chilenske pesos (4.000 kroner) for et åndeuddrivelsesritual.
13. Første skridt mod et opgør med militærregimets sundhedspolitik skete dog i 2004 med planen AUGE, som garanterede gratis lægebehandling inden for en bred vifte af sygdomme (Borzutsky 2006).
14. Maipu er i dag en kommune i Santiago med et tempel til dyrkelse af Jomfruen.

## Litteratur

- Anderson, Benedict  
1983           Imagined Communities. London: Verso.
- Arana, Diego Barros  
1884           Historia de Chile. Santiago: Ediciones Rafeal Jover.  
1934           Origenes de Chile. Tomo 1. Los Fundamentos de la Nacionalidad. Santiago de Chile: Editorial Nascimento.
- Bacigalupo, Ana Mariella  
2001           La Voz del Kultrun en la Modernidad: Tradición y Cambio en la Terapeutica de Siete Machi Mapuche. Santiago de Chile: Ediciones Universidad Catolica de Chile.
- Bengoa, José  
1985           Historia del Pueblo Mapuche. Santiago de Chile: Ediciones Sur Coleccion.
- Borzutsky, Silvia  
2006           Cooperation or Confrontation between State and the Market: Social Security and Health Policies. I: S. Borzutsky & L.H. Oppenheim (eds.): After Pinochet: The Chilean Road to Democracy and the Market. Gainesville: University Press of Florida.

- Canclini, Néstor García  
1995 Hybrid Culture. Strategies for Entering and Leaving Modernity. Minneapolis & London: University of Minnesota Press.
- Certeau, Michel de  
1988 The Practice of Everyday Life. Berkeley, Los Angeles & London: University of California Press.
- Citarella, Luca et al.  
1995 Medicinas y Cultura en la Araucanía. Santiago de Chile: Editorial Sudamericana.
- Collier, Simon & William F. Slater  
2004 A History of Chile: 1808-2002. Cambridge: Cambridge University Press.
- Crandon-Malamud, Libbet  
1991 From the Fat of our Souls. Social Change, Political Process, and Medical Pluralism in Bolivia. Berkeley: University of California Press.  
2003 Changing Times and Changing Symptoms: The Effects of Modernization of Mestizo Medicine in Rural Bolivia (the Case of Two Mestizo Sisters). I: J.D. Koss-Chioino, T. Leatherman & C. Greenway (eds.): Medical Pluralism in the Andes. London & New York: Routledge.
- Dilley, Roy  
1999 Introduction: The Problem of Context. I: R. Dilley: The Problem of Context. New York & Oxford: Berghahn Books.
- Dow, James  
1986 Universal Aspects of Symbolic Healing: A Theoretical Synthesis. American Anthropologist 88:56-69.
- Ercilla, Alonso de  
1982 Araucania. Santiago de Chile: Editorial Andres Bello.
- Forster, Rolf  
1993 Introducción a la Religiosidad Mapuche. Santiago: Editorial Universitaria.
- Hastrup, Kirsten (red.)  
2002 Ind i verden. En grundbog i antropologisk metode. København: Hans Reitzels Forlag.
- Jones, Kristine  
1999 The Southern Margin (1673-1882). I: F. Salomon & S. Schwartz (eds.): The Cambridge History of Native People of the Americas. Bind 3, South America del 2. New York: Cambridge University Press.
- Kapferer, Bruce  
2006 Situations, Crisis, and the Anthropology of the Concrete: The Contribution of Max Gluckman. I: T.M.S. Evens & D. Handelman (eds.): The Manchester School: Practice and Ethnographic Praxis in Anthropology. Oxford & New York: Berghahn Books.
- Kirmayer, Lawrence & Allan Young  
1998 Culture and Somatization: Clinical, Epidemiological, and Ethnographic Perspective. Psychosomatic Medicine 60(4):420-31.
- Kleinman, Arthur & Anne E. Becker  
1998 "Sociosomatics": The Contributions of Anthropology to Psychosomatic Medicine. Journal of the American Psychosomatic Society 60(4):389-94.

- Koss-Chionino, Joan, Thomas Leatherman & Christine Greenway (eds.)  
2003 Medical Pluralism in the Andes. London & New York: Routledge.
- Larraín, Jorge  
2001 Identidad Chilena. Santiago de Chile: LOM Ediciones, Colección Escafandra.
- Latcham, Ricardo  
1928 La Prehistoria Chilena. Santiago de Chile: Soc. Imp. Y Lit. Universo.
- Leder, Drew  
1990 The Absent Body. Chicago: The University of Chicago Press.
- Lévi-Strauss, Claude  
2000 [1949] The Effectiveness of Symbols. I: R. Littlewood & S. Dein (eds.): Cultural Psychiatry and Medical Anthropology: An Introduction and Reader. London & New Brunswick: The Athlone Press.
- Lira, Elizabeth  
2006 Human Rights in Chile: The Long Road to Truth, Justice, and Reparations. I: S. Borzutzky & L.H. Oppenheim (eds.): After Pinochet: The Chilean Road to Democracy and the Market. Gainesville: University Press of Florida.
- Montecino, Sonia  
1996 Madres y Huachos: Alegorías del Mestizaje Chileno. Santiago: Biblioteca Claves de Chile. Editorial Sudamericana.
- Nichter, Mark & Margaret Lock  
2002 Introduction: From Documenting Medical Pluralism to Critical Interpretations of Globalized Health Knowledge, Policies and Practices. I: M. Nichter & M. Lock (eds.): New Horizons in Medical Anthropology. London: Routledge.
- Parker, Cristián  
1996 Popular Religion & Modernization in Latin America. A Different Logic. New York: Obis Books.
- Paz, Octavio  
1998 Ensomhedens labyrint. Viborg: Gyldendal.
- Rahier, Jean Muteba  
2003 Introduction: Mestizaje, Mulataje, Mestiçagem in Latin American Ideologies of National Identities. *Journal of Latin American Anthropology* 8(1):40-51.
- Rønsbo, Henrik  
2008 Hybridity and Change: Gamonales, Monteneros and Young Politicos in South-Central Peru. *Bulletin of Latin American Research* 27:83-101.
- Stern, Steve  
2006a Remembering Pinochet's Chile: On the Eve of London 1998. Book One of the Trilogy: The Memory Box of Pinochet's Chile. Durham: Duke University Press.  
2006b Battling for Hearts and Minds: Memory Struggle in Pinochet's Chile, 1973-1988. Book Two of the Trilogy: The Memory Box of Pinochet's Chile. Durham: Duke University Press.
- Taussig, Michael  
1987 Shamanism, Colonialism and the Wild Man. Chicago and London: The University of Chicago Press.

Thomsen, Craig  
2004 Marketplace Mythologies and Discourses of Power. Journal of Consumer  
Research 31:162-80.

# FRA SYGDOMSFORTOLKNING TIL SYGDOMSHÅNDBTERING I DET ØSTLIGE UGANDA - OG I ANTROPOLOGIEN

HANNE OVERGAARD MOGENSEN

Kvinderne sad på gulvet inden for de røde lerstensvægge, som udgjorde den katolske – og eneste – kirke i landsbyen, en bygning, der også blev brugt som mødelokale i andre sammenhænge. Ved min tilsynekomst rejste de sig straks, vuggede med hofterne, klappede taktfast i hænderne og sang velkomstsange, alt imens småbørnene troligt sov videre på deres rygge. Jeg fortalte med hjælp fra min tolk, at jeg arbejdede sammen med en gruppe mennesker fra Danmark og Uganda, der ønskede at finde ud af noget mere om børnesundheden i Tororo:<sup>1</sup> „Jeg er hverken læge eller sygeplejerske. Jeg er her bare for at høre, hvad I selv har at sige, og hvad I oplever som jeres største problemer. Hvilke sygdomme findes der her, som sundhedspersonalet ikke får øje på? Hvordan bliver I behandlet, når I tager på sundhedscenteret? Hvorfor er det nogle gange bedre at gå til lokale helbredere, og hvordan behandler I selv sygdomme derhjemme? Hvilken slags medicin kender I? Hvad vil I gerne vide mere om, og hvad synes I, der bør gøres noget ved?“ Da min tale sluttede, brød de ud i glædeshyl og taksigelser over, at jeg var kommet, og at jeg ville hjælpe dem med deres problemer.

En kvinde, der havde noteret noget på et papir, rejste sig. „Det er godt,“ sagde hun, „at du er her for at høre, hvad vi har at sige, og for at tage dig af børnene. Men mødre har også sygdomme, og mødre dør, og nogle gange giver hun sygdommen til sine børn, når hun føder dem, og så dør de.“

„Jeg vil gerne tale med jer om aids, hvis det er det, I vil,“ svarede jeg efter et øjeblik betænkningstid, for aids var blevet nævnt uden navn. „Der er jo ingen medicin, der kan kurere aids, men der er ting, man kan gøre for at mindske chancen for, at barnet smittes ved fødslen.“ Efter et øjebliks tavshed rejste endnu en kvinde sig og sagde, at de hellere ville tale med mig om børnesygdomme end om aids. Og så var der en, der spurgte, om det var rigtigt forstået, at jeg også gerne ville tale med lokale helbredere, urtespecialister og sandsigere. Min for-

sikring om, at dette var tilfældet, udløste ny sang og dans og løfter om at bringe disse personer til mit hus.

Formålet med mit et år lange feltarbejde i 1995-96 i landområderne i det østlige Uganda blandt folk, der kalder sig jop'adhola,<sup>2</sup> var at finde ud af, hvilke diagnoser og forklaringer på børns sygdom omsorgsgiverne (dvs. især børnenes mødre) gjorde brug af, og hvordan beslutninger om behandling af syge børn blev taget. Jeg fulgte dem i deres kamp for børnenes overlevelse og undrede mig mange gange dels over de valg, de traf, dels over, at de undertiden ikke handlede. Eller som jeg nu vil formulere det: min manglende evne til at se, hvori deres handlinger bestod. I denne artikel vil jeg bruge erfaringerne fra dette og senere feltarbejder i samme område til at reflektere over den medicinske antropologs interesse for sygdomsforklaringer og nødvendigheden af også i denne del af antropologien at bevæge sig fra semantik til pragmatik. Det vil i denne forbindelse sige at forstå sygdomsforklaringer ikke kun som en fortolkning af verden og af lidelse, men også som en måde at handle i verden på. Foretager vi ikke denne bevægelse, kommer vi let til fortsat at bidrage til den essentialisering af kultur, der foregår inden for biomedicin og folkesundhed, og de eksisterende forventninger om, at antropologer er eksperter i lokale kulturelle forestillinger, som, når de først er identificeret, kan erstattes med mere korrekt viden og bedre adfærd.

Jeg vil starte med en diskussion af den „fortolkende tradition“ inden for medicinsk antropologi, hvilken mine første feltarbejder var vokset ud af. Derefter vil jeg gå over til en illustration af, hvordan min analyse med årene har bevæget sig over mod et større fokus på praksis – eller mere præcist: på fortolkning og handling som to sider af samme sag.

## Fra biologi til betydning

Medicinske antropologer har længe forsøgt at argumentere for, at selv om folks reaktioner på sygdom afviger fra det biomedicinske paradigmes vurdering af, hvad der er rationelt, kan disse ikke reduceres til overtro og manglende viden (f.eks. Paul 1955). De er et resultat af et system med en anden logik end den biomedicinske: en kulturel logik, som medicinske antropologer derfor ser det som deres opgave at beskrive (f.eks. Fabrega 1970; Foster 1976).

Men trods dette ihærdige forsøg på at tage et kritisk udgangspunkt har meget medicinsk antropologi alligevel været med til at reproducere det biomedicinske paradigme, netop fordi disse studier tager udgangspunkt i lokale kulturelle forestillinger og sundhedssøgende adfærd (Good 1994:37). De bygger implicit på antagelser fra det biomedicinske paradigme om, at mennesket er et rationelt, værdimaksimerende individ, som forsøger at tilpasse sig sygdom ved at trække

på en række veldefinerede valgmuligheder (biomedicinske eller andre), motiveret af betydningsbærende elementer, der eksisterer uden for personen selv. Sygdom er i udgangspunktet et objekt, der er adskilt fra menneskelig bevidsthed og kan repræsenteres mere eller mindre korrekt i lokale sygdomsforståelser (op.cit.: 44). At ændre folks „tro“ (dvs. mindre korrekte forståelser) til viden er og bliver det centrale udgangspunkt for folkesundhedsinitiativer. Antropologer ses fortsat som eksperter i denne „overtro“, i lokale kulturers forestillinger om sygdom og sundhed, som, når de først er blevet identificeret, kan ændres til „viden“ og hensigtsmæssig adfærd (se Yoder 1997).

Et af de mest konsekvente opgør med det biomedicinske paradigme kommer ifølge Byron Good fra den „fortolkende“ eller „betydningsorienterede tilgang“ i medicinsk antropologi (the „interpretive“ eller „meaning centered tradition“), som særligt Arthur Kleinman repræsenterer, men som Good også selv bidrager til med ideen om semantiske netværk (Good 1977). Kleinman bevæger sig allerede i sine tidlige tekster væk fra et fokus på repræsentation og en forståelse af sygdom som en objektiv og velafgrænset enhed. I stedet ser han sygdom som en „forklaringsmodel“ („explanatory model“), hvilket han definerer som den samling af ideer om en sygdomsepisode og dens behandling, som anvendes af patienten og andre involveret i den terapeutiske proces (Kleinman 1980:105). Kultur, siger han, er ikke en måde at repræsentere sygdom på, men et grundlæggende element i den menneskelige væren. Kulturen og dens symboler er broen mellem den menneskelige krop og det intersubjektive (Kleinman 1973, 1980). Komplekse menneskelige fænomener bliver måske nok formet som (og reduceret til) sygdomme og gjort til objekt for biomedicinen (Kleinman & Kleinman 1991). Men sygdom, siger Kleinman inspireret af Geertz og hans idé om mennesket som ophængt i et væv af betydning, det selv har spundet (Geertz 1973:5), kan grundlæggende kun forstås, hvis vi går gennem menneskets fortolkning af dets lidelse.

Denne udvikling i den medicinske antropologi foregik parallelt med den generelle antropologis bevægelse fra en modernistisk disciplin til en hermeneutisk inspireret disciplin. Inspireret af biologien udviklede der sig i mellemkrigsårene i det 20. århundrede funktionalistiske og strukturfunktionalistiske teorier om samfundet, der havde naturvidenskaben og positivismen som forbillede (Hastrup 2005:135). Da inspirationen fra sprogvidenskaben holdt sit indtog, var det i første omgang også med en positivistisk forventning om, at sprog og dermed også kulturer (eller medicinske systemer) eksisterede som objektive fænomener uafhængigt af det talte ord eller folks handlinger. Inspireret af Ardener foreslår Hastrup dog, at den lingvistiske drejning og ikke mindst inspirationen fra semantikken resulterede i den britiske antropologis spring fra „funktion“ til „betydning“, hvorved grunden blev lagt til den hermeneutiske drejning, som karakteriserede

antropologien 1980'erne (op.cit.:135-6). Denne var i USA blevet bebudet af Clifford Geertz allerede i 1970'erne, og han var som nævnt den centrale inspirationskilde for Arthur Kleinman og den medicinske antropologis „fortolkende“ traditions opgør med sygdom som objektiv enhed, hvilket jeg nu vil vende tilbage til gennem en diskussion af egen empiri.

Før mit feltarbejde i Uganda havde jeg i 1993 lavet et feltarbejde i Zambia om lokale fortolkninger af aids (Mogensen 1995, 1996, 1997; Gausset & Mogensen 1996). „Aids er nogenlunde det samme som *kahungo*,“ svarede folk, når de blev spurgt, hvad de kendte til „denne nye sygdom“, som aids stadig var i 1993. *Kahungo* var kendt som sygdommen, man fik, når man var i fysisk kontakt med en kvinde, der havde aborteret, før denne kvinde havde været igennem det renselsesritual, som var påkrævet efter en abort. Det viste sig snart, at *kahungo* var del af et større kompleks af sygdomme, der mentes at være forårsaget af upassende kontakt mellem to personer, blanding af blod, der ikke bør blandes, og af liv og død. Når samtalen faldt på den ene af disse sygdomme, udviklede den sig ofte til at omhandle en anden. De flød sammen og var bundet sammen af, at alle var karakteriseret ved, at nogen eller noget var *citasalale*, dvs. „uklart“, „urent“, „ikke var, som det burde være“: to i én, liv og død i én og samme person, blanding af blod og kropsvæsker fra folk, der ikke hørte sammen, osv. Der var med andre – eller mere præcist med Mary Douglas' – ord tale om, at noget var „out of order“ (Douglas 1966). Et sådant kompleks af sygdomme forårsaget af uorden relateret til sex, liv og død genfindes over store dele af det sydlige Afrika, om end sygdommene kaldes og konstrueres forskelligt fra sted til sted (se Gausset & Mogensen 1996 for yderligere diskussion af dette).

I 1993 var forståelsen af *kahungo* tydeligvis under forandring, påvirket af folks stigende kendskab til og erfaringer med aids. *Kahungo*, sagde de, var blevet værre, hyppigere og sværere at gøre noget ved på grund af aids. Ydermere blev det efterhånden tydeligt, at *kahungo* tidligere havde været associeret med kønsygdomme og tuberkulose. *Kahungo* så altså ud til at være del af et sygdomskompleks, gennem hvilket erfaringer med nye og skræmmende sygdomme kunne fortolkes, særligt når der var tale om nye sygdomme, der ledte tankerne hen på den uorden, der forårsages af modernisering og urbanisering (Mogensen 1996). De mange fortællinger om *kahungo* og aids afveg alle en smule fra hinanden. De var baseret på folks egne erfaringer, om end de også bar præg af en fælles fortælling om uorden. Aids var ifølge de zambianske tongaer i starten af 1990'erne noget, der bare skete, fordi verden forandrede sig på uhensigtsmæssige måder. Ikke fordi nogen havde sendt sygdommen (Mogensen 1995, 1997).

I forsøget på at indfange denne foranderlige fortolkningsproces vendte jeg mig mod narrativbegrebet, som i slutningen af 1980'erne og 1990'erne kom til at



spille en central rolle i det, som Hastrup (2005:136) henviser til som den litterære vending i antropologien, der erstattede den lingvistiske vending. Med udgangspunkt i en hermeneutisk forståelse af, at vores adgang til verden nødvendigvis går gennem de kulturelle former, gennem hvilke mennesket fortolker verden, søgte antropologien i 1980'erne efter måder at indfange individuelle erfaringer på såvel som kollektive rammer for fortolkning, forandring såvel som kontinuitet (se bl.a. Bruner 1986a og b) og fandt bl.a. inspiration i litteraturvidenskabens diskussion af narrativer, ikke mindst Paul Ricoeur (1991). Narrativer kom også til at spille en central rolle i den medicinske antropologis forsøg på at indfange det komplekse forhold mellem kropslig erfaring og de kulturelle former, den fortolkes igennem (Good 1994:135-65).

Ved planlægningen af feltarbejde i Uganda var det de zambianske tongaers brug af et narrativ om uorden (frem for f.eks. et narrativ om hekseri og anklage), der inspirerede mig til at kigge nærmere på, hvordan folk i konkrete sygdomsepisoder gør brug af de forskellige narrative strukturer, der er tilgængelige for dem. Jeg måtte derfor starte med at kortlægge, hvad der eksisterede af lokale diagnoser blandt jop'adholaerne i det østlige Uganda, eller som jeg nu tænkte det: kortlægge de narrative strukturer, der blev brugt i fortolkningen af børns sygdom.

## Jop'adholaernes fortolkning af sygdom

Det indledende spørgsmål i mange af mine første interviews i Uganda var: „Hvad er de mest almindelige børnesygdomme her i området?“ I det følgende vil jeg skitsere nogle af de diagnoser, jeg fik beskrevet som svar på dette spørgsmål. Senere vil jeg gå over til en illustration af, hvordan de blev anvendt i konkrete sygdomsepisoder, og hvordan min deltagelse i disse kombineret med en brug af narrativer som analytisk begreb var med til at nuancere min forståelse af, hvad der er på spil, når man diagnosticerer en syg person.

Jeg fik altid at vide, at de mest almindelige børnesygdomme var *koyo* og *musujja*, eller snarere *musujja* var den mest almindelige og *koyo* den mest alvorlige. Symptomerne kunne minde om hinanden (diverse almindeligt forekommende symptomer som snue, hoste, feber, diarré m.m.), men *koyo* var yderligere karakteriseret ved, at der af og til kom udslæt. Jeg fik desuden at vide, at alle får *koyo* flere gange i deres liv. Det er uundgåeligt, alvorligt og den mest almindelige årsag til dødsfald blandt børn. *Koyo* blev af alle i området, om de kunne engelsk eller ej, oversat til mæslinger, selv om mæslinger, som det defineres af biomedicinere, efterhånden var sjældent forekommende på grund af den høje vaccinationsdækning i området. Tilsvarende blev *musujja* uden tøven oversat til malaria. Både *koyo* og *musujja* kunne behandles hjemme med urter eller piller

(f.eks. diverse smertestillende tabletter eller klorokin mod malaria) købt hos lokale medicinforhandlere med mere eller mindre officiel status som apotek. Men især koyo tog man på sundhedscenteret med, hvis penge og tiden tillod det.

*Juok* kunne hospitalet derimod ikke gøre noget ved. Denne ofte anvendte betegnelse kunne bruges om konkrete sygdomsepisoder eller dødsfald, men blev især benyttet i tilfælde af længerevarende eller tilbagevendende sygdom, ikke mindst hos børn. Længerevarende sygdom stiller større krav til placering af årsag, end isolerede episoder af f.eks. koyo eller musujja gør, og her har juok noget at bidrage med, hvorimod juok som diagnose intet siger om symptomer. Juok (*juogi* i flertal) findes som begreb blandt mange nilotiske folk i det østlige Afrika,<sup>3</sup> og selv om der er forskel på, hvordan det defineres og bruges, er der også mange lighedspunkter (se Mogensen 2002). Blandt jop'adholaerne henviser flertalsformen (*juogi*) til klanens forfædre, en kollektiv gruppe af afdøde, men i høj grad tilstedeværende slægtninge, der på godt og ondt griber ind i de levendes liv. Juok (entalsform) bruges til at henviser til diverse forunderligheder som f.eks. tvillinger eller en person, der er exceptionelt god til at løbe, studere eller andet. Det kan også bruges om det at sende noget ondt mod en anden, dvs. at det også dækker over de fænomener, der i antropologisk litteratur oversættes til hekseri („witchcraft“) og trolddom („sorcery“). Der henvises hos jop'adholaerne også til børnesygdomme, der minder om de „uordenssygdomme“, jeg beskrev fra Zambia. Et barn får *chilo*, dvs. bliver tyndt, svagt og skrantende, hvis dets far er dets mor utro, mens hun stadig ammer. *Theri* med tilsvarende symptomer opstår, når en kvinde bliver gravid, mens hun stadig ammer. *Kidimbia* henviser til et skrantende barn, der tilmed har udspilet mave og tyndt lyst hår (symptomer, der leder tankerne hen mod fejlnæring), og skyldes brud på det sæt af regler (tabu), som enhver klan er underlagt.

Flere andre diagnoser kunne nævnes, men ovenstående eksempler skulle være tilstrækkelige til at illustrere, at der også blandt jop'adholaerne findes en række diagnoser, der kan henvises til som narrative strukturer, fordi de på forskellig vis tillægger lidelse betydning ved at kæde sygdom sammen med folks erfaringer med livet og døden, med tiden før og nu og med ens nære sociale relationer såvel som det bredere samfund. Ud over varierende former for behandling af disse sygdomme har jop'adholaerne også adgang til sundhedscentre og hospitaler inden for gåafstand af langt de fleste bosteder. Disse anvendes hyppigt og tilbyder – med varierende effektivitet og kvalitet – biomedicinsk behandling af diverse almindelige symptomer og sygdomme som malaria, diarré, luftvejsinfektioner m.m. Hvilken rolle spiller de ovenfor beskrevne diagnoser eller narrative strukturer da i mødet med sundhedscentrene og sundhedsarbejderne? Dette vil jeg nu kigge på ved at tage udgangspunkt i et tværfagligt studie fra 1996 af „Quality of Care“

(kvaliteten af behandling/omsorg) i seks sundhedscentre i det østlige Uganda, heraf to, der lå i det område, hvor jeg på det tidspunkt var på feltarbejde.<sup>4</sup>

## Fraværet af fortolkning?

Det var Arthur Kleinmans idé om sygdom som indlejret i kulturelle fortolkninger og som noget, man kan nærme sig gennem forklaringsmodeller, der lå bag det antropologiske bidrag til ovennævnte studie. Jeg deltog i den del af undersøgelsen, der bestod i semistrukturerede interviews med folk, når de kom ud fra konsultationen, som vi kaldte „exit interview“. Folk blev bl.a. spurgt om, hvad de mente, der havde været galt med dem (eller som det oftest var tilfældet, med det syge barn, de var kommet med), inden de kom til sundhedscenteret, hvad de havde forklaret til sundhedsarbejderen, hvad de spurgte ham/hende om, hvad han/hun spurgte dem om, og hvilken sygdom han/hun havde sagt, det handlede om.

Ved gennemlæsning af de 160 semistrukturerede interviews slog det mig, at der var en bemærkelsesværdig mangel på forventning om, at man som patient ville få forklaringer og afklaringer på sundhedscenteret. Man kom for at få behandling, og ens tilfredshed med besøget afhang af, om man kom derfra med medicin uden at have betalt for meget for den. Når folk blev spurgt, hvad de troede, der var galt med dem, inden de ankom, svarede de f.eks., at de ikke vidste, hvilken sygdom de havde, men at de havde fortalt sundhedsarbejderen, hvori deres symptomer bestod, og at sundhedsarbejderen havde bekræftet, at der var tale om f.eks. feber og smerter i brystet, og skrevet dette ned på et stykke papir, som moderen havde brugt til at få udleveret medicin til drengen. Stort set alle svarede, at de ikke havde stillet nogen spørgsmål, for sundhedsarbejderen havde allerede forstået, hvad deres symptomer var, og udskrevet medicin til dem på recepten. Enkelte sagde, de havde stillet nogle spørgsmål om, hvad de nu skulle gøre, hvor de skulle gå hen efter indsprøjtning eller medicin, hvordan de skulle tage den osv. Men endnu mere bemærkelsesværdigt var den tilsyneladende manglende interesse for at få sundhedsarbejderen til at stille en diagnose, og om denne stemte overens med det, man selv havde forestillet sig, inden man kom. Følgende er nogle eksempler på, hvad folk svarede, når vi spurgte til dette:

Jeg blev ikke fortalt noget om barnets sygdom. Han spurgte mig, hvad problemet var, og jeg beskrev barnets symptomer.

Han satte ikke noget navn på sygdommen, men det er heller ikke meningen, han skal det. Han skal spørge, hvad barnet lider af, og så skal jeg fortælle ham, hvad problemet er. Sundhedsarbejdere giver ikke forklaringer. De skriver ned, hvilken medicin man skal tage.

Hvad forventer du, at sundhedsarbejderen skulle fortælle mig? Det er mig, der ved, hvad jeg lider af. Det var mig, der fortalte ham, hvad der var galt, og det var ham, der gav mig medicin.“

Disse svar giver stof til eftertanke og grund til et kritisk blik på vores måde at spørge på. Implicit i vores spørgsmål var en forventning om, at folk ville ankomme til sundhedscenteret med én forklaringsmodel (f.eks. baseret på en af de ovenfor nævnte diagnoser) og ville få denne revideret i mødet med sundhedsarbejderens anderledes forklaringsmodel. Antropologer har ofte pointeret, at det biomedicinske system bygger på en formodning om, at sundhedsarbejderne kan afkode folks upålidelige forklaringsmodeller og bag patientens oplevelse af lidelse identificere en autentisk sygdom: en biologisk patologi (Kleinman 1995:32). I dette studie ser det dog ud til, at det hverken var sundhedsarbejderne eller patienterne, der forventede dette, men forskerne. Vi forventede en bevægelse fra patienterfaringer til biomedicinsk diagnose, men patienterne forsøgte end ikke at give udtryk for deres fortolkning gennem brug af de ovenfor beskrevne diagnoser, og de så sig selv – og ikke sundhedsarbejderne – som dem, der afgjorde, hvad deres problem var. De beskrev de symptomer, der havde generet dem inden for de sidste dage, eventuelt op til en uge, og de forventede ikke, at sundhedsarbejderen ville have noget nyt eller overraskende at sige til dette, blot at han/hun ville udskrive noget medicin til dem.

På trods af den „fortolkende traditions“ forsøg på at tage et markant andet epistemologisk udgangspunkt, dvs. i sygdom som kulturelt fænomen frem for kulturelle repræsentationer af sygdom (jf. Good 1994:52-6), sker der ofte det, at man kommer til at bekræfte elementer af det biomedicinske paradigme, selv om man tager udgangspunkt i forklaringsmodeller, semantiske netværk eller narrative strukturer. I dette eksempel bekræftede vores spørgsmål implicite antagelser om, at individer gør brug af fortolkningsmuligheder, der eksisterer uafhængigt af personen selv, hvilket giver dem en række valgmuligheder, de kan trække på, i deres forsøg på at tilpasse sig den situation, sygdommen har skabt. Desuden forventede vi, at disse fortolkninger ville blive revideret i mødet med en mere autoritær videnstradition (jf. Good 1994:37-47). Men ikke nok med, at hverken sundhedsarbejderne eller informanterne så ud til at have nogen forventning om at skulle udveksle og revidere forklaringsmodeller. Disse forklaringsmodeller spillede umiddelbart slet ingen rolle i konsultationen. Hvad var der så på spil?

Som Hastrup skriver, var den hermeneutiske inspiration og den litterære vending i antropologien på mange måde en fortsættelse af den lingvistiske vending, med det forbehold, at den litterære vending indebar et epistemologisk angreb på positivismen og et fokus på den sociale konstruktion af virkeligheden (Hastrup 2005:136), om end, som hun tilføjer, det sociale aspekt af denne konstruktion

ofte ender med at blive negligeret. I det følgende vil jeg forsøge at demonstrere, at det netop også ofte er det, der sker i studier af fortolkning af sygdom, og at første skridt mod en forståelse af praksis går gennem en inddragelse af den sociale kontekst.

En af respondenterne i exitinterviewene var en 19-årig kvinde med en datter på syv måneder, der var syg. Kvinden svarede som andre, at hun havde besluttet at tage til sundhedscenteret på grund af en række symptomer, datteren havde: diarré, hoste og feber. Sundhedsarbejderen havde ikke spurgt om noget, og hun havde ikke forklaret noget. Hun havde fortalt ham, hvilke symptomer datteren havde, og at de var startet dagen forinden bortset fra hosten, der startede for fire dage siden. Sundhedsarbejderen havde følt på den lille piges mave, taget hendes temperatur, bedt moderen om at give pigen frisk komælk og at komme tilbage med hende dagen efter. Moderen sagde, hun havde forstået det hele og ikke havde haft noget at spørge om.

Efter interviewet begyndte hun at fortælle mere frit: „Min datter blev født i juli. Efter fire måneder fik jeg menstruation igen i tre måneder, men nu er det holdt op.“ „Hun prøver at fortælle os, at hun tror, hun er gravid, og at hun er bange for, at hendes barn har *theri*,“ sagde min ugandiske kollega til mig på engelsk og henviste dermed til frygten for, at et barn, der stadig får bryst, bliver sygt, hvis moderen bliver gravid igen. Kvinden, der forstod en smule engelsk, nikkede bekræftende og fortalte videre om sine bekymringer ved tanken om, at hun måtte holde op med at amme, at der ikke var nok at spise derhjemme, og da slet ikke komælk, som hun kunne give sin datter i stedet for brystmælk. Hendes mand og svigerforældre var tilfredse med, at hun var gravid igen, men bekymrede sig slet ikke nok om, hvorvidt hun og datteren fik nok at spise.

Akoth, som kvinden hed, havde tydeligvis bekymringer, der gik ud over det, hun havde fået plads til at udtrykke i konsultationen, men hun udtrykte ikke forventninger om, at det var det rette sted at bringe dem på banen. Hvorfor bragte den unge kvinde så *theri* op i den efterfølgende samtale med os? Var der alligevel et behov for forklaring, noget uforløst erfaring, hun ikke havde fået plads til i løbet af konsultationen? Er hun, som Kleinman og Kleinman (1991) ville formulere det, et eksempel på, at komplekse menneskelige fænomener i biomedicinske behandlingsinstitutioner reduceres til sygdom og gøres til objekt for klorokinindsprøjtninger og tabletter? Dette vil måske nok være en måde at forklare det på, men en måde, der samtidig overser et centralt aspekt af, hvad der rent faktisk foregår mellem sundhedsarbejderen og patienten – og hvad der foregår uden for sundhedscenteret, når de lokale diagnoser tages i brug. Det ville være at overse folks forsøg på at handle i en bestemt social kontekst, samtidig med at de forsøger at fortolke og forstå.

Udfordringen er, som Byron Good (1994:55) og Arthur Kleinman også selv siger i løbet af 1990'erne, ikke kun at undersøge forholdet mellem erfaring og de kulturelle former, hvorigennem de fortolkes, men også hvordan denne erfaring er indlejret i det, som Kleinman (1995) kalder lokale moralske verdener, dvs. sociale verdener, hvor noget er på spil, som aktørerne kæmper for at opnå eller undgå at miste. Med andre ord er folk hele tiden i gang med at respondere på andre aktører i den sociale kontekst, de lever i, og deres fortolkning af verden er altid på én og samme tid et forsøg på at handle i verden og kæmpe for det, der betyder noget for dem. På sundhedscenteret forsøger folk også at række ud i verden, men her er der tale om andre sociale og temporale kontekster end blandt familien og hjemme i landsbyen og derfor andre måder at gøre det på end ved at bruge de ovenfor beskrevne diagnoser.

Hastrup forudser i sin artikel om antropologiens centrale vendinger i det sidste århundrede, at faget nu er i gang med en bevægelse over mod pragmatismen og en forståelse for, at samfundets kompleksitet opstår gennem praksis, og samfundet kun eksisterer i kraft af folks handlinger (Hastrup 2005:140).<sup>5</sup> I det følgende vil jeg vise, hvordan jeg i min egen bevægelse over mod praksis fortsatte med at gå gennem narrativer og i særdeleshed var inspireret af Cheryl Mattingly og hendes diskussion af narrativer som handlede, før de er fortalt (Mattingly 1994, 1998). Jeg vil nu vende tilbage til Akoth og andre eksempler fra Uganda og bruge den resterende del af denne artikel til at vise, at sygdomsfortolkning i sig selv er handling snarere end fortolkning. Det, der i starten af mit feltarbejde til tider lignede fravær af handlinger fra mødrenes side, drejede sig snarere om min manglende evne til at se de subtile måder, hvorpå de handlede gennem fortolkning af deres børns symptomer.

### Fra betydning til praksis: Hvem?

Ved et opfølgende besøg hos den interviewede kvinde, Akoth, fik vi at vide, at hendes syv måneder gamle datter, hvis symptomer hun på sundhedscenteret havde beskrevet som havende haft en varighed af henholdsvis en og fire dage, i realiteten havde skrantet i flere måneder. Moderen følte ikke, hun havde mælk nok til hende, og hun følte sig magtesløs over for, hvordan hun skulle skaffe anden mad til hende, ikke mindst nu i lyset af den nye graviditet, der betød, at hun tilmed blev nødt til at holde op med at amme. Hendes mand og svigerforældre tog ikke problemet alvorligt. De bifaldt den nye graviditet, men der var ikke tegn på, at der af den årsag ville falde mere støtte af til hende.

Castle (1994) beskriver fra sit feltarbejde i Mali, hvordan diagnoser kendt for at lede mod en sikker død (kaldet *foondu* og *heendu*) ikke kan stilles af hvem som

helst. Faktisk stilles de oftest af ældre kvindelige familiemedlemmer, normalt moderens svigermor. Samtidig påpeger Castle, at det er diagnoser, der spiller den vigtige rolle at fratage moderen ansvaret for barnets død. De er en konstatering af, at dette dødsfald var uundgåeligt, og at moderen ikke ved yderligere handlinger kunne have forhindret det. Castles diskussion af disse to sociale aspekter af diagnosticering – hvem der kan stille en diagnose, og hvad denne diagnose kommunikerer om ansvar – har været til stor inspiration for mig i min analyse af jop'adholaernes diagnosticering af deres børn.

*Theri* er en diagnose, som en mor selv kan spille en aktiv rolle i at nå frem til, da kun hun kender detaljerne om den nye graviditet, om end det forventes, at ældre kvinder går ind og bekræfter vurderingen. Ved at pege på *theri* gjorde Akoth opmærksom på, at datterens skrantende helbred skyldtes, at hun selv var på vej til at bidrage med endnu et barn til familien, og at dette krævede anerkendelse og støtte i form af mælk (og anden mad) nu, hvor hun ikke længere kunne amme. Det var en diagnose, hun selv kunne stille, og gennem hvilken hun kunne kommunikere nogle forventninger til andres ansvar over for hende og hendes børn.

En anden kvinde, Awori, havde mistet to børn på henholdsvis fem og seks måneder og ventede nu sit tredje. Awori mente (og havde fået bekræftet hos en sandsiger), at juogi (klanens forfædreånder) var på spil, fordi familien havde forsvigt afholdelsen af en større ceremoni. Men hendes svigerfar, der var ansvarlig for at afholde denne ceremoni, ville ikke anerkende hendes udlægning. Han insisterede på, at svigerdatterens børn var døde af „hospitalssygdomme“, fordi hun var hurtig til at reagere og tage på sundhedscenteret, når de var syge. Awori var ikke velanset af sine svigerforældre af flere forskellige årsager. De sagde bl.a., at hun på grund af sine syv års skolegang var næsvis og bedreviddende, at hun var doven, og at hun tilmed ikke kunne holde liv i sine børn. Awori havde været gift med eller rettere boet sammen med sin mand i snart tre år, men hans forældre havde endnu ikke betalt brudepris for hende. Uden denne var hun ikke rigtig gift og kunne i princippet blive smidt ud når som helst. Det er normalt, at det kan tage flere år at få det hele betalt, men der var ingen tegn på, at svigerforældrene ville tage initiativ til overhovedet at komme i gang, og Awori bemærkede denne manglende værdsættelse af hende som svigerdatter. Awori understregede, at hun havde gjort alt, hvad hun kunne, og alt, hvad der i hendes øjne forventedes af en veloplyst og skolet mor, som hun anså sig selv for at være. Men så længe svigerfaderen ikke ville påtage sig sin del af ansvaret, ville også hendes fremtidige børn være i stor fare, sagde hun. Uden svigerfaderens anerkendelse af hende som svigerdatter havde hun også haft svært ved at få andre i familien til at hjælpe med betaling af gebyrer og medicin på sundhedscenteret eller til f.eks. at få adgang til frisk mælk fra familiens ko.

Svigerfaderen lagde på sin side ikke skjul på, at en betaling af brudeprisen ville være en anerkendelse af en kvinde, som han ikke var sikker på, han ønskede som svigerdatter. Hans åbenlyse benægtelse af juogis rolle i børnenes død var ydermere en benægtelse af hans del af ansvaret. Ved at sende hende på sundhedscenteret kommunikerede svigerfaderen en uvilje mod at påtage sig det endelige ansvar, for som kvinderne af og til udtrykker det: „Hospitalet er for dem, der ingen har til at hjælpe sig.“ Biomedicinsk behandling kan være effektiv og tilgængelig (om end der er finansielle udgifter forbundet med den) og uden behov for komplicerede forhandlinger med familien. Men den kan samtidig også opleves som det eneste, man har at ty til, når man ingen støtte har fra familien (se Mogensen 1999 for yderligere analyse af denne case).

De ovenfor beskrevne diagnoser, som jeg identificerede hos jop’adholaerne i Uganda, indeholder alle implicite normer for, hvem der kan diagnosticere dem, og hvem der kan og skal handle over for sygdommen. Koyo og musujja kan diagnosticeres af mødre selv og kræver normalt tabletter eller et besøg på sundhedscenteret, som moderen selv kan tage initiativ til, og som er økonomisk muligt for mange kvinder meget af tiden, om end de til tider må søge hjælp fra manden eller andre slægtninge for at få råd til medicin, indlæggelse eller blot gentagne og langvarige behandlinger. Når juok kommer på tale, kan det som sagt være af neutrale, „uheldige“ årsager, som ingen holdes ansvarlig for, men ansvaret for at handle ligger hos barnets faders slægtninge. Juok/juogi kan også have mindre neutrale årsager. En slægtning kan f.eks. have forbrudt sig mod regler og normer eller decideret ønsket at sende ondt mod en anden. Under alle omstændigheder er det barnets faders klan, dvs. i praksis dets far eller farfar, der bør reagere og igangsætte nødvendige handlinger. Ved længere tids sygdom begynder mødre ofte at overveje, om deres barns skrantende helbred kan tilskrives en af sygdommene forårsaget af „uorden“, men den endelige diagnose og igangsættelse af behandling afhænger af ældre kvinder i den nærmeste eller lidt fjernere familie.

Inspireret af Castles arbejde i Mali (1994) vil jeg påpege, at ansvar for diagnosticering og for at (be)handle er et ofte overset aspekt af, hvordan diagnoser defineres. Normalt defineres diagnoser først og fremmest ved årsager, symptomer og behandling, men i den løbende fortolkning af et barns symptomer og generelle velvære vil spørgsmål om ansvar være en altid nærværende faktor. Dermed ikke sagt at mødre som Akoth og Awori frit vælger en diagnose ud fra, hvis opmærksomhed de gerne vil påkalde sig, men som Hastrup (2004) siger, er vores handlinger altid rettet mod nogen eller noget. Grundlæggende handler vi for at respondere på det, vi møder inden for den moralske horisont og sociale kontekst, vi befinder os i.



Diagnoser kan ses som narrativer. Når mødre fortolker deres erfaringer med børns sygdom, gør de det inden for en række narrative strukturer, der på forskellig vis forbinder sygdom og lidelse til livets kompleksitet, ikke gennem kausalsammenhænge, men gennem en narrativ logik, et „plot“, eller som vi ville oversætte det til på dansk: logikken iboende fortællingens handling. Når Paul Ricoeur taler om handling (plot), henviser han ikke til en færdig struktur i narrativet/fortællingen, men til et engagement i det, der allerede er blevet fortalt i forhold til forestillingen om, hvad der nu måtte komme. Det er i læsningen af historien, at handlingen skabes – i interaktionen mellem teksten og læseren (Ricoeur 1991). At give en fortælling handling betyder, at man i øjeblikket, i nuet, bruger det allerede skete (fortiden) og kaster det ind i fremtiden i en formodning om, hvad der nu måtte ske. Mattingly (1994, 1998) tager denne indsigt fra fortællingens verden med ind i en forståelse af praksis og konstaterer, at narrativer er levet, før de er fortalt. Når vi handler, er vi også hele tiden i gang med at „skabe handling“ („to emplot“ på engelsk). I nuet handler vi ved at trække på noget allerede erfaret (fortiden), og det gør vi på en måde, der er påvirket af vores forventning om, hvor vi er på vej hen (hvordan fremtiden ser ud). Livet er ikke en fortælling. Det har ikke en handling, som en bog eller en afrundet fortælling har det, da vi ikke kender slutningen. Men som Ricoeur, der bruger „handling“ om læserens engagement i teksten, henviser Mattingly til „aktørens engagement i livet“. Vi følger med i, hvad der er sket, håber, formoder og gør ting for at nå frem til visse resultater og ikke mindst for at få andre til at bevæge sig i samme retning og hjælpe os på vej. På vores vej frem må vi som Akoth og Awori hele tiden forholde os til andre aktører og deres forsøg på at nå andre (eller samme) mål. Vi må respondere – eller „svare“ – på deres handlinger på måder, der tilsvarende skaber hensigtsmæssige gensvar – eller „ansvar“ – fra dem.

### Fra betydning til praksis: Hvornår?

Narrativer forbinder begivenheder over tid. I nuet bruger man det allerede skete, fortiden, og kaster dette ind i fremtiden i en formodning om, hvad der kommer til at ske (Bruner 1986). Netop tidsperspektivet er også afgørende i forbindelse med fortolkning af sygdom. For at illustrere dette vil jeg vende mig mod den debat, der i slutningen af 1980'erne og i 1990'erne voksede ud af Scheper-Hughes' arbejde om mødres omsorg for børn i det nordøstlige Brasilien.

Scheper-Hughes (1985, 1992) argumenterer for, at der blandt mødre i det nordøstlige Brasilien er en udbredt fatalisme, der bl.a. kommer til udtryk i diagnosen *doenca de crianca*, der henviser til børn, som man ikke forventer kan overleve, og at fattigdom tvinger mødre til at udvælge de børn, der har størst chance for at

overleve, og at forsømme andre. Nations og Rebhun (1988) argumenterer for, at Scheper-Hughes i sin analyse overser tidsperspektivet, og de viser, at fatalistiske forklaringer ofte er „post factum“-forklaringer, der gives efter et barns dødsfald og gør sorgen lettere at bære. Castle (1994) beskriver fra sit feltarbejde i Mali, hvordan de førnævnte diagnoser, der er kendt for at lede mod en sikker død (*foondu* og *heendu*), altid kun stilles retrospektivt. I løbet af feltarbejdet støtte hun kun på to endnu levende, men dødeligt syge børn, der fik disse diagnoser. I alle andre tilfælde blev de først brugt i retrospektive fortællinger om sygdomsforløb, der ledte op til et barns død.

Disse forfattere gør opmærksom på den afgørende betydning af tidspunktet for en diagnose. En diagnose kan ikke forstås uafhængigt af, hvornår i et sygdomsforløb den gives (eller kan i hvert fald, som de kritiserer Scheper-Hughes for, misfortolkes gevaldigt, hvis tidspunktet ikke medregnes). Umiddelbart fatalistiske diagnoser er i praksis ofte bagudrettede og kan være af stor betydning som trøst for de overlevende, ikke mindst moderen.

Jeg vil tage denne indsigt med mig til Uganda og tilføje, at ansvar ikke kun spiller en central rolle i forbindelse med retrospektive fortolkninger, men også i forbindelse med prospektive diagnoser. Da Akoth bragte theri på tale, skete det på et vist tidspunkt i et længere sygdomsforløb. Det var en fremadrettet fortolkning af datterens symptomer, og det var et svar på de nære slægtnings manglende ansvarlighed. Tilsvarende var Awori i gang med ikke kun at fortolke, hvad der var sket med de to børn, hun allerede havde mistet, men også med at skabe sig et liv, der ville gøre det muligt for hende at holde kommende børn i live. Hun fortolkede deres død i rammerne af juok og kastede denne fortolkning ind i fremtiden i håbet om at få sin svigerfamilies anerkendelse og støtte. Fortolkning af sygdom finder sted i tid, ikke i isolerede øjeblikke. Det er en fortolkning af noget allerede sket med fremtiden for øje.

### Fra betydning til praksis: Hvor hurtigt?

Når vi taler om livet i tid, er det væsentligt at se på, hvordan sociale aktører gør strategisk brug af tid og af tempo (Bourdieu 1990:81). Det, vi gør, kan have meget forskellig betydning og få meget forskellige konsekvenser afhængigt af, hvornår vi gør det, og med hvilken hastighed vi gør det, dvs. hvilket tempo vores handlinger finder sted i.

Jeg var længe om at forstå forskellen på koyo og musujja, og det skete ikke, før jeg gennem deltagelse i adskillige sygdomsepisoder forstod, at det handlede om forskel i tempi. Musujja leder ikke til hastige handlinger, men ofte blot til boden oppe ved vejen, der solgte cola, sæbe, salt, panodiler og klorokintabletter. Når

koyo derimod kommer på tale, er der behov for at handle hurtigt. Juogi indebærer et helt andet tempo. Awori bruger juogi til at forbinde sine børns sygdom med familiebegivenheder, der fandt sted for længe siden og kunne have været glemt, men som nu takket være juogis narrative struktur (plot) bliver en del af hendes svar på svigerfamiliens manglende lyst til at tage ansvar for hende og hendes børn. Hun forventer ikke, at der skal handles i dag (som hvis der var tale om koyo), men hun forventer, at familien forholder sig til situationen. I sidste ende bliver ritualet måske aldrig udført, men under alle omstændigheder vil der være tale om et tidsinterval, som er noget andet end et tomt, uvirksomt tidsrum (jf. Bourdieu 1990:106). Ethvert forsøg på at manipulere tid – ved at ændre tempo (ved f.eks. at foretage en bestemt fortolkning af et barns symptomer), fremskynde eller bremse ting – rykker ved de strukturer, vi lever i, f.eks. vores sociale relationer (op.cit.: 81). Ved at sætte forholdet til svigerfaderen ind i juogis tempo forsøger Awori at ændre deres forhold. Svigerfaderen forsøger til gengæld at lade tiden arbejde for ham ved at undlade at gøre noget. Han udsætter de handlinger, hun forventer af ham, ved at sende hende tilbage til sundhedscenteret. Hun modsætter sig denne opbremsning ved at pointere, at der har hun allerede været adskillige gange.

Det var tydeligt i exitinterviewene, at også „hospitalssygdomme“ indebærer et vist tempo. Når man præsenterer et sygdomsforløb for en sundhedsarbejder, gør man det med fokus på de symptomer, man har bemærket inden for de sidste få dage, og som man mener kræver behandling her og nu. I andre sociale sammenhænge sætter man måske disse symptomer ind i et længere sygdomsforløb og knytter dem sammen med begivenheder og handlinger, der ligger længere tilbage og/eller fremme i tiden. Men ofte giver dette ikke mening inden for rammerne af sundhedscenteret, og derfor bliver disse narrative strukturer ikke en del af patientens svar på sundhedsarbejdernes handlinger.

Opsummerende vil jeg altså foreslå, at en diagnose kan forstås som en narrativ struktur eller et plot, der påkalder sig sociale aktørers ansvar gennem forskellige måder at bringe fortiden, nutiden og fremtiden i fokus og ved brug af forskellige tempi til at binde begivenheder sammen eller skabe opmærksomhed omkring særlige begivenheder og handlinger. Diagnoserne narrative struktur kan gøre opmærksom på diarreen i sidste uge, der måske ellers ville være blevet ignoreret, mandens utroskab, manglen på mad, behovet for længere pauser mellem de mange børnefødsler m.m. De kommenterer ikke blot på, hvad der allerede er sket, men peger på, hvad der burde gøres, hvem der burde gøre det og hvor hurtigt. Mødrene bevæger sig frem og tilbage mellem symptomatisk behandling på sundhedscentre og diverse former for lokale diagnoser og behandlingsformer, fordi de bevæger sig i forskellige sociale rum og trækker på forskellige menneskers ansvar og derfor også må forholde sig til forskellige tidsligheder og tempi.

## Konklusion: Narrativer, der handler om handling

En sygdomsforklaring, eventuelt i form af et fortalt narrativ, skal ses som del af en større sammenhæng af levede narrativer. Fortalte narrativer om fortolkningen af et barns velvære er altid et aspekt af levede narrativer. Næste del af disse levede narrativer består måske i at tage på sundhedscenteret, købe tabletter, spørge svigermor eller sandsigeren til råds eller gøre helt andre ting, som kan lede livet på rette vej.

Når en mor fortæller om sit barns tilstand, skal vi spørge, hvorfor hun netop nu er ved at lave netop denne fortolkning af fortiden, og hvordan hun er ved at kaste den ind i fremtiden, dvs. hvilke veje frem hun er ved at afsøge, og hvordan hun forsøger at få andre til at bevæge sig i en for hende fordelagtig retning. Mange fortalte narrativer, mange fortolkninger af det skete, vil blive afprøvet og kastet ind i fremtiden. Mange veje vil blive afprøvet. Det er ikke nødvendigvis ønskværdigt at kende slutningen på forhånd. Som mødrene på introduktionsmødet gjorde mig opmærksom på, var det ikke interessant at tale om aids, så længe denne histories slutning kun var alt for velkendt.<sup>6</sup>

Når jeg undredes over fravær af handling blandt mødrene i det østlige Uganda, skyldtes det ofte min manglende evne til at få øje på disse handlinger. Det var ikke nødvendigvis det, de sagde, og heller ikke altid deres åbenlyse handlinger, der var det mest sigende. Diagnoser blev ikke altid stillet i eksplicit tale, men implicit ved f.eks. at påpege symptomer og forandringer i barnet (alt fra knyttede hænder til diarré) eller i faderens eller bedsteforældrenes adfærd (utroskab, manglende ofringer til forfædre) eller i udøvelse af visse former for behandling, fravær af anden behandling, ved at tage visse foranstaltninger (sociale, religiøse osv.) og undlade andre. Deres handlinger bestod altså også i det, de ikke gjorde som led i et forsøg på at manipulere med tid – i fraværet af handlinger, i tavsheder, udsættelser eller fremskyndelser af handlinger. Og i det, de gjorde ved at sige ting i det stille som f.eks. ved fortolkning af deres børns symptomer.

Gennem ord og handlinger, men også fravær af ord og handlinger, manipuleredes med tid og det sociale rum: elementer, som er nogle helt andre i sundhedscenteret end hjemme på bostedet blandt familiens medlemmer. Derfor giver de diagnoser, der anvendes hjemme, ikke mening i sundhedscenteret. Derfor forventer folk ikke, at disse diagnoser kommer på tale i løbet af konsultationen. På sundhedscenteret handles der også, men på helt andre måder.

Det er slående, at ordet „plot“ oversættes til „handling“ på dansk. Måske skyldes dette netop, at en fortællings handling simpelt hen drejer sig om, hvordan og hvorfor vi som mennesker handler – og ikke blot hvordan vi fortolker vores erfaring og tillægger lidelse betydning. Sygdomsforklaringer og sygdomshåndtering, betydning og dens konsekvenser er to sider af samme sag. Hvis vi holder fast i

dette, øger vi chancerne for at bidrage til en forståelse af sundhedssøgende uden at reproducere det biomedicinske paradigmes implicite antagelser.

## Noter

1. I 1995-96 udførte jeg mit ph.d.-feltarbejde i området, finansieret af Rådet for Ulandsforskning. Dette feltarbejde såvel som flere opfølgende feltarbejder har været del af forskningssamarbejdet TORCH (Tororo Community Health) mellem Institut for Antropologi, Københavns Universitet, og Child Health and Development Centre, Makerere University, finansieret af Danida.
2. Jop'adhola er en af flere etniske grupper i den østlige del af Uganda, der taler distinkte sprog og definerer sig selv som „stammer“. Andre er banyole, basamia og iteso. Det er svært at finde tal på, hvor mange der tilskriver sig de enkelte grupper, men der er sandsynligvis et par hundrede tusinde jop'adholaer.
3. Jop'adholaerne taler et nilotisk sprog og er nært beslægtet med andre af de såkaldt nilotiske folk, der har levet og vandret ned langs Nilen og nu er bosat i bl.a. det sydlige Sudan, nordlige Uganda, vestlige Kenya og for nogle enkelte folks vedkommende også i det østlige Uganda, der ellers hovedsageligt er beboet af folk, der taler bantusprog. De nilotiske sprog er indbyrdes beslægtet, men afviger markant fra bantusprog, der er den dominerende sprogstamme i Afrika syd for Sahara.
4. Studiet blev udført i forbindelse med det ovennævnte forskningssamarbejde, TORCH (se note 1). For en mere detaljeret præsentation af studiet og dets resultater, se Nshakira et al. (1996).
5. Et eksempel på brug af pragmatismen inden for medicinsk antropologi er Susan Whytes bog *Questions of Misfortune. The Pragmatics of Uncertainty in Eastern Uganda* (1997), hvor hun inspireret af pragmatikerne James og Dewey viser, hvordan folk, der søger at håndtere lidelse, først og fremmest er optaget af konsekvenser, og at intentioner og konsekvenser er to sider af samme sag.
6. Situationen er en anden nu 12 år senere, hvor livsforlængende aidsmedicin er blevet almindeligt forekommende i Uganda. Det kan stadig være problematisk at få børn testet og i gang med behandling, men alt i alt er aids ved at ændre sig til en diagnose, der har fremtidsperspektiver.

## Litteratur

- Bourdieu, Pierre  
1990        The Logic of Practice. Stanford: Stanford University Press.
- Bruner, Edward M.  
1986a        Experience and its Expressions. I: V.W. Turner & E.M. Bruner (eds.):  
                  The Anthropology of Experience. Urbana: University of Illinois Press.  
1986b        Ethnography as Narrative. I: V.W. Turner & E.M. Bruner (eds.): The Anthropology  
                  of Experience. Urbana: University of Illinois Press.
- Castle, Sarah E.  
1994        The (Re)negotiation of Illness Diagnoses and Responsibility for Child Death in  
                  Rural Mali. *Medical Anthropology Quarterly* 8(3):314-35.
- Douglas, Mary  
1966        Purity and Danger. London: Routledge.

- Fabrega, Horacio  
1970 On the Specificity of Folk Illnesses. *Southwestern Journal of Anthropology* 26: 304-14.
- Foster, George M.  
1976 Disease Etiologies in Non-Western Medical Systems. *American Anthropologists* 78:773-82.
- Geertz, Clifford  
1973 *Thick Description: Toward an Interpretive Theory of Culture*. I. C. Geertz: The Interpretation of Cultures. New York: Basic Books.
- Gausset, Quentin & Hanne. O. Mogensen  
1996 Sida et pollutions sexuelles chez les Tonga de Zambie. *Cahiers d'Etude Africaines* 143(XXXVI-3):455-76.
- Good, Byron  
1977 The Heart of What's the Matter. *The Semantics of Illness in Iran*. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1:25-58.  
1994 *Medicine, Rationality and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hastrup, Kirsten  
2005 *Social Anthropology. Towards a Pragmatic Enlightenment?* *Social Anthropology* 13(2):133-49.  
2004 *Action. Anthropology in the Company of Shakespeare*. København: Museum Tusulanum Press.
- Kleinman, Arthur  
1973 *Medicine's Symbolic Reality: On the Central Problem in the Philosophy of Medicine*. *Inquiry* 16:206-13.  
1980 *Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.  
1995 *Writing at the Margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, Arthur & Joan Kleinman  
1991 *Suffering and its Professional Transformation. Toward an Ethnography of Interpersonal Experience*. *Culture, Medicine, and Psychiatry* 15(3):275-301.
- Mattingly, Cheryl  
1994 The Concept of Therapeutic 'Emplotment'. *Social Science & Medicine* 28(6):811-22.  
1998 *Healing Dramas and Clinical Plots. The Narrative Structure of Experience*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Mogensen, Hanne O.  
1995 *AIDS is a Kind of Kahungo that Kills: The Challenge of Using Local Narratives when Exploring AIDS among the Tonga of Southern Zambia*. Oslo: Scandinavia University Press.  
1996 Social respons på urbaniseringens epidemier: Aids-oplysning i det sydlige Zambia. *Tidsskriftet Antropologi* 34:17-27.  
1997 The narrative of AIDS among the Tonga of Zambia. *Social Science & Medicine* 44(4):431-9.  
1999 *Tro, viden og international sundhed*. *Bibliotek for Læger* 191(2):183-5.

- 2000 False Teeth and Real Suffering. *Child Care in Eastern Uganda. Culture, Medicine and Psychiatry* 24:331-51.
- 2002 The Resilience of Juok: Confronting Suffering in Eastern Uganda. *Africa* 72(3): 420-36.
- Nations, Marilyn & Linda-Anne Rebhun  
1988 Angels with Wet Wings Won't Fly: Maternal Sentiment in Brazil and the Image of Neglect. *Culture, Medicine and Psychiatry* 12:141-200.
- Nshakira, Nathan et al.  
1996 Quality of Care in Out-Patient Health Facilities in Tororo District. Kampala: Child Health and Development Centre. Upubliceret rapport.
- Paul, Benjamin David  
1955 Introduction: Understanding the Community. I: B.D. Paul (ed.): *Health, Culture and Community: Case Studies of Public Reactions to Health Programs*. New York: Russell Sage Foundation.
- Ricoeur, Paul  
1991 Life in Quest of Narrative. I: D.C. Wood (ed.): *On Paul Ricoeur. Narrative and Interpretation*. London: Routledge.
- Scheper-Hughes, Nancy  
1985 Culture, Scarcity, and Maternal Thinking: Maternal Detachment and Infant Survival in a Brazilian Shantytown. *Ethos* 13(4):291-317.
- 1992 Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil. Berkeley: University of California Press.
- Whyte, Susan  
1997 Questions of Misfortune. *The Pragmatics of Uncertainty in Eastern Uganda*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Yoder, Stanley  
1997 Negotiating Relevance: Belief, Knowledge and Practice in International Health Projects. *Medical Anthropology Quarterly* 11(2):131-46.





# PÅVIRKER KULTUREN SMERTEN?

Om voldsomme udbrud og diskrete rynker i panden

MARIE LOUISE TØRRING

I sundhedsvæsenet er der en udbredt tendens til at opfatte menneskers smerteadfærd som kulturelt betinget, mens selve smerteimpulsen anses for at være et universelt fænomen, der er ens for alle mennesker. Denne skelnen mellem adfærd/kultur og impuls/natur kommer ofte til udtryk i den sundhedsfaglige debat, hvor man diskuterer kultur i relation til den tvivl, mange behandlere oplever i forhold til smerteplagede patienter. Som f.eks. i dette temanummer om smerter i *Krop & Fysik* fra 2003, hvor man under overskriften „Kulturen påvirker smerten“ kan læse følgende:

En smerteplaget dansker går til lægen. Lad os kalde ham Jensen. Gør det ondt, spørger lægen. Åh, det kan da mærkes, svarer Jensen, stort set uden at fortrække en mine. Men havde den smerteplagede person heddet Mustafa, havde han sandsynligvis jamret og vredet sig af smerte. Forklaringen er ikke, at Mustafa nødvendigvis har mere ondt end Jensen, men derimod at smerte udtrykkes vidt forskelligt fra kultur til kultur (Salomon 2003:10).

Jensen og Mustafa er fiktive personer, men fiktionens hensigt er at oplyse sundhedspersonale (her fysioterapeuter) om „sande“ kulturelle forskelle. Speciallæge i almen medicin Amneh Hawwa forklarer læserne, at det i mange sydlandske kulturer er helt almindeligt at bruge kroppen til at signalere, at man har ondt: „Derfor får den nogle gange på alle tangenter, når indvandrere opsøger en læge eller fysioterapeut“ (ibid.). I bladet opfordres danske behandlere derfor til at vise tolerance og normalisere patienternes „voldsomme udbrud, gråd og jammer“ (ibid.).

Kulturbegrebets brug og implikationer i sundhedsvæsenet er en udfordring for antropologien. Det rejser nemlig spørgsmålet om, hvordan vi skal forholde os til tvivlen og de iøjnefaldende forskelle i smerteadfærd uden at henfalde til uacceptable kulturstereotyper om Jensen og Mustafa. Denne artikel peger på, at

det ikke blot er smertens udtryk, men også smerteoplevelsen og smertehåndteringen, der er kulturelt defineret, og at der er en sammenhæng mellem disse elementer i praksis. Med akut smertebehandling i Italien og Danmark som eksempel vil jeg forsøge at præsentere en alternativ forståelse af smertens rolle i det sociale liv. Analyserne bygger på fire måneders feltarbejde på et offentligt hospital i Italien (herefter kaldet det italienske hospital) samt en måneds feltarbejde på et offentligt hospital i Danmark (herefter kaldet det danske hospital). Derudover inddrager jeg observationer fra 14 dages feltstudie på et mindre, dansk regionalsygehus.<sup>1</sup>

Empirien er velegnet til belysning af emnet af flere grunde: I studiet af mennesker i akut smerte må etnografen godt nok affinde sig med, at fortællingerne skrumper ind, og tolkningen retter sig mod sparsomme ord, mimik og kropssprog. Til gengæld giver studiet af akut smertebehandling rig mulighed for at deltage og studere interaktionen mellem mennesker. Dette aspekt går alt for ofte tabt i antropologisk smerteforskning, hvor især interessen for fænomenologisk inspirerede, narrative analyser tilsyneladende har skabt en præference for interviewbaserede studier af kroniske smertepatienter på bekostning af deltagerobservation som f.eks. i antologien *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective* (Good et al. 1994). I studiet af akut smertebehandling kan man være med, når reaktionerne finder sted – det være sig patienternes reaktion på smerten, behandlernes reaktion på patienternes adfærd og patienternes reaktion på behandlingen. Ud over at bidrage med et interaktionistisk perspektiv på smerte giver studiet således også et indblik i videnskabens og teknologiens påvirkning af smerteoplevelsen. Sidst, men ikke mindst indgår der i den velkendte opfattelse af danskere og italienere en stereotyp forestilling om nordisk versus sydlandsk smerteadfærd, som italieneren Gino Rocca så fint gør opmærksom på i sit læserbrev til *Weekendavisen*: „For jer, der ikke skulle vide det i forvejen, så har danskere en højere smertetærskel (en af mine venner fra Rom ville have sagt, at de har gener med nosser ...)“ (Rocca 2006). Brugen af kulturstereotyper begrænser sig således ikke kun til litterære fremstillinger i den sundhedsfaglige debat, men er, som det vil fremgå, i høj grad udtryk for en almen forståelse af forskelle blandt informanterne i felten. Det sætter den sædvanlige antropologiske kritik af det essentialistiske kulturbegreb under pres og fordrer nye svar på spørgsmålet: Påvirker kulturen smerten?

I de følgende afsnit reflekteres over svaret på følgende vis: Først føres læserne ud i verden til en afdeling for intensive brandsårpatienter i Italien. Tvivlen i denne felt giver med inspiration fra filosofien og lingvistikken anledning til at diskutere, hvordan man som behandler, etnograf eller bare ganske almindeligt menneske er i stand til at erkende andre menneskers smerte. Måden at tvivle på for-

drer også en bedre forståelse af materialiteten og historiciteten i akut smertebehandling. Her introduceres aktør-netværk-teorien som en alternativ måde at forstå dynamikken mellem patient og behandler på. Derefter sendes læserne hjem til et observationsafsnit for postoperative patienter på det danske hospital, hvor jeg med inspiration fra antropologien vil tydeliggøre, hvordan smerte er påvirket og formet af kollektive forestillinger om korrekt og passende smerteadfærd.<sup>2</sup>

## Det italienske hospital

Brandsårsafdelingen på det italienske hospital ligger på 10. og øverste etage af en grå betonbygning. Ud for knap nr. 10 i elevatoren har en eller anden ridset „il purgatorio“ (skærsilden) i metallakken – en rammende betegnelse for stemningen og atmosfæren på afdelingen. Stuerne er nøgne, kolde, uden vinduer og oplyst af neonrør. Alt apparatur, vægge, gulve og lofter er slidte og grå. Midt på gangen ligger et overvågningslokale, hvor man kan følge patienterne på tv-skærme. Her holder personalet til. Afdelingen har to personalegrupper. Lægegruppen udgøres af tre mandlige plastikkirurger, Sossi, Mughetti og Baldino, samt overlægen, il Primario, der for det meste gemmer sig på et mørkt, men komfortabelt kontor. Lægerne tager sig af kirurgien og går stuegang en gang om dagen. Plejegruppen, der arbejder i fireholdsskift, tager sig af den daglige kontrol, omsorg, pleje og behandling af de intensive patienter. Hovedparten af plejerne er mænd. De er ikke specialuddannede, og deres opgaver er praktisk orienterede: De renser sår, forbinder, skifter sengetøj, serverer mad og noterer patienternes indtag af og udskillelse af medicin, mad og væske.

Det er dr. Baldino, der har inviteret etnografen indenfor i håb om, at hun måske kan finde en forklaring på, hvorfor ingen interesserer sig for smertebehandling på afdelingen. Som det eneste sted på det italienske hospital har han forsøgt at implementere smertescoring for at fremme opmærksomheden på smerte. Det betyder, at plejerne hver anden time skal spørge patienterne, hvor ondt de har på en skala fra 0 til 10 og nedfælde oplysningen på et observationsskema under teksten „il dolore“ (smerten) side om side med registreringer af blodtryk, puls, iltprocent, indtag af vand, mad, vitaminer og medicin, udskillelse af urin og afføring m.m. Baldinos indsats har dog ikke båret frugt – smertekolonnen står altid gabende tom.

På brandsårsafdelingen bliver smerte sjældent kommunikeret via en regulær samtale. Hjertesærende skrig og gråd er en del af hverdagen, især om formiddagen, hvor *la medicazione* finder sted, og patienterne får rensede sår og lagt nye forbindelser. Det er tydeligt at se og høre, at patienterne lider, men ikke desto mindre bagatelliserer personalet ofte patienternes smerte, hvis de ikke ligefrem

reagerer med en mur af tavshed på den voldsomme jammer. Et godt eksempel er denne episode med patienten Sofia, der ligger isoleret og indhyllet som en mumie i hvide bandager på en lille enkeltstue for enden af gangen. Sofia er i 50'erne og kommer fra Napoli. Hun tabte en cigaret ned i en spand maling, mens hun ferniserede sin hoveddør, og blev indlagt med svære andengradsforbrændinger over 60 % af kroppen. Kirurgerne har for at forhindre væsketab måttet transplantere hud, der er fastgjort med metalklips, til de mange brandsår. En dag beslutter Baldino, at Sofia skal have det stærke smertestillende middel fentanyl,<sup>3</sup> mens hendes forbindinger skiftes. Det er et tilfældigt lune, siger sygeplejerske Paolo og Eugenio, der skal effektuere behandlingen. De plejer for det meste ikke at give supplerende smertestillende. Behandlingen forløber således: Som opstart får Paolo besked på at give en intravenøs injektion af 3 mikroliter fentanyl og derefter forsætte med 1 mikroliter hvert andet minut, men efter første injektion stiller plejerne sig ud i forgangen og snakker. Sofia ved tilsyneladende godt, at behandlingen ikke hjælper, hvis hun ikke hele tiden får en ny dosis. Hun sukker og ryster på hovedet, mens hun ser skælvende ud på de to mænd. Da de kommer tilbage efter et kvarter og begynder at rykke bandagerne af, stønner hun: „I har snydt mig! Giv mig én til!“ De griner lidt, for det virker underligt, at en patient forlanger medicin, det har hun ikke mandat til. Eugenio svarer åndsfraværende: „Hvad, har fentanylen ikke hjulpet?“

Under Sofias baller gemmer sig et stort blødende sår. Da bandagen er fjernet, blødes sårskorperne op med fugtige jodklude, og sygeplejerske holder pause. Jeg spørger Sofia, om hun har ondt. „Ikke nu, men før! Der findes ingen ord for det, jeg var næsten død.“ Jeg beder hende beskrive smerten, men det kan hun ikke, den er ubeskrivelig. Jeg forsøger at give et par bud: „Svier det, brænder det?“, men Sofia ryster på hovedet og gentager med tårer i øjnene: „Maria, den fysiske smerte ... jeg kan ikke holde det ud længere.“

Baldino kommer nu forbi igen og ser på sårene og beordrer bentaminsalve (et desinficerende middel). Så spørger han plejerske, om de følger hans fentanylinstruks. Begge er fuldt beskæftigede med bandager, salve, sakse og blodigt affald, de mumler lidt og ryster på hovedet. Baldino kaster armene op i vejret, skælder ud og slår sig for panden for at vise dem, hvor dumme de er: „Det har absolut *ingen* effekt, hvis I glemmer det! Nu skal der gives høje doser igen! *Giv* hende 2 mikroliter til!!!“ Paolo slipper det, han har i hænderne, og giver Sofia endnu en injektion. Baldino er på vej ud af døren, da Sofia kalder: „Hr. læge, jeg har forfærdeligt ondt!“ „Hvad?“ „Jeg har forfærdeligt ondt!“ Han ryster på hovedet og forsvinder uden at svare hende. Der går 10 minutter, så begynder Sofia at kalde på Paolo: „Paolo, Paolo giv mig én til!“ Fem gange skal der til, før han reagerer, for han diskuterer fodbold med Eugenio. Der går syv minutter, og in-

gen har kontrol med smertebehandlingen. Sofia klager, brokker og blander sig: „Ajaaa, aaarrgghhhh iaiihhhh ohhhh, AJA AJA AJA.“ Paolo kigger opgivende, men også sødt på hende og korrigerer hendes opførsel: „Undskyld mig Sofia, men du er ved at hele!“

## Om erkendelse af smerte

Margaret Mead skriver i et forord til Mark Zborowski's monografi *People in Pain*: „Skriget af ægte smerte kender ingen sproglige grænser, og modet under nålen og kniven behøver ingen fortolkere“ (Mead i Zborowski 1969:ix).<sup>4</sup> Hermed hævder hun, at der faktisk findes et universelt udtryk for smerte, som alle mennesker forstår på tværs af sprog og kultur, nemlig det instinktive skrig af akut, fysisk smerte. Besøget på det italienske hospital gjorde det dog hurtigt klart for mig, at skrig kan være genstand for utallige og modstridende tolkninger. Behandlerne var aldrig entydige på dette punkt. De klassificerede gerne patienterne som typer, f.eks. „psykisk syge“, „gamle“, „følelsesladede“, „traumatiserede“, „forkælede“, „sydlændingene“, „tredjegradsforbrændte“ eller „typisk kvinder“, og lod tolkninger af smerteadfærd indgå i et bestemt videnshierarki om patientens fysiske og psykiske tilstand samt sociokulturelle baggrund. En hyppig smertetolkning angik omfanget eller graden af kropslig skade. Behandlerne gjorde f.eks. inkonsistent og ambivalent brug af deres viden om tredjegradsforbrænding, der efter sigende beskadiger nerveenderne så meget, at man mister evnen til at føle. Nogle gange roste de patienternes stoiske smerteadfærd, selv om man kunne stikke en finger lige ned såret, uden at patienten reagerede (som kirurgen Mughetti bl.a. var venlig at demonstrere for mig en dag). Andre gange irettesatte og tyssede de på såkaldte hysteriske patienter, fordi de ikke mente, der var tale om reelle, fysiske smerter. Personalet mindede mig også om, at det italienske hospital modtog patienter fra hele Syditalien, Balkan og Mellemøsten – underforstået, at her behandlede de typiske sydlændinge, der var yderst tilbøjelige til at teatralisere og overdramatisere deres smerte. „Jo længere mod syd, jo mere skaber de sig!“ forklarede Baldino og påpegede, at skrigeriet var som en slags musik for de sydlandske patienter – man kunne ligefrem fornemme den pulserende rytme i deres klagesang, hvilket gjorde det umuligt at tyde deres tegn.

Den amerikanske sprogprofessor Elaine Scarry, der har analyseret den fysiske smertes sprog i det filosofiske værk *The Body in Pain. The Making and Unmaking of the World* (1987), gør opmærksom på en uoverskridelig grænse mellem det „at føle smerte“ og det „at erkende et andet menneskes smerte“. Det første gør vi ubesværet og uden videre, mens det andet er os næsten umuligt:

Lige så ubestrideligt nærværende det er for en smerteplaget 'at have smerte', hvilket man kan tænke som det stærkest tænkelige eksempel på, hvad det vil sige 'at have vished' – lige så u håndgribeligt kan det være for et andet menneske 'at høre om smerte', som derfor kan være et rent udtryk for, hvad det vil sige 'at være i tvivl' (Scarry 1987:4).<sup>4</sup>

Følger man Scarrys argument, er det nærliggende at betragte behandlernes modstridende tolkninger som udtryk for netop denne grundlæggende tvivl, der udspringer af menneskets manglende evne til at erkende andre menneskers smerte. I felten er der dog forskel på etnografens og behandlernes tvivl. I situationen læste jeg umiddelbart Sofias adfærd som udtryk for en forfærdelig smerte, for jeg havde aldrig i mit liv set eller hørt noget lignende. Kun personalets manglende reaktion gjorde mig i tvivl. Hvad indebærer etnografens tolkning, kunne man derfor med rette spørge? Selv om jeg ikke tvivlede på patienternes smerte, hverken ved lyden af deres skrig eller synet af deres sår, så må jeg indrømme, at jeg på brandsårsafdelingen oplevede en vis metodologisk magtesløshed i mødet med patienterne, som når Kleinman og Copp skriver: „Når vi mangler følelsen af fordybelse, føler vi os uautentiske“ (Kleinman & Copp 1993:10).<sup>4</sup> Mine forventninger til mig selv som etnograf gik på evnen til at leve mig ind i patienternes smerte og benytte den narrative analyse til at nå ind til kernen i patienternes smerteerfaring som beskrevet af Kleinman:

[Det] er muligt at tale med patienter – selv de, som lider mest – om den faktiske sygdomsoplevelse, og [...] ved at være vidne til og hjælpe med til at bringe orden kan denne oplevelse have terapeutisk værdi (Kleinman 1998:xi).<sup>4</sup>

Men hvad gør man, når data begrænser sig til lyde (argghh, aaja aaja, åhhh), ansigtsudtryk (lukkede øjne, rynket pande, trillende tårer) og et begrænset udvalg af ord som „ild“ og „det brænder“. I mit forsøg på at tolke det ubeskrivelige oplevede jeg, at den narrative analyse kom til kort som erkendelsesmæssig tilgang til informanternes smerteoplevelse, fordi jeg i hermeneutisk eller fænomenologisk forstand ikke kunne leve mig ind i et „ajaaa, aaarrgghhhh iaaiihhhh ohhhh, AJA AJA AJA“. Scarry skriver meget rammende om denne oplevelse, at den fysiske smerte undviger sproget eller „modsætter sig sproglig objektgørelse“ (Scarry 1987:5).<sup>4</sup>

Set i dette lys, så egner studiet af mennesker i akut smerte sig næppe til en antropologi, der lever af at føle sig ind på andre menneskers verden (Hastrup 2004:17), men det betyder ikke, at den akutte smerte og den adfærd/det udtryk, der er forbundet med den, er universel og givet på forhånd, som mange antropologer ellers antager (Kleinman et al. 1994:3; Finkler 1994; Free 2002; Helman 2000; Zborowski 1969). Ifølge lingvisten Konrad Ehlich begrebslig-

gør vi i alt for høj grad smerte som en instinktiv, indefrakommende og dermed personlig og privat følelse eller erkendelse, der isolerer det lidende menneske fra hans eller hendes omgivelser (Ehlich 1985:179). Inspireret af Wittgenstein gør Ehlich opmærksom på, at alle former for smerteudtryk bygger på appel til omgivelserne og således bør tolkes i lyset af deres funktion og *ikke* afskrives i manglen på regulært, syntaktisk sprog:

Medens smerte i den filosofiske analyse har fremstået som et af de mest enestående, solipsistiske fænomener, så er smerte ud fra et sprogligt synspunkt primært et interaktionelt fænomen og ikke en solipsistisk følelse. En smerte, der opleves, bliver i de fleste tilfælde udtrykt (op.cit.:180).<sup>4</sup>

Såvel akustiske som visuelle smerteudtryk er appellerende og gør smerte tilgængelig for andre mennesker ved at sætte mentale processer i gang hos modtageren, der former hans eller hendes sympati samt vilje og ønske om at hjælpe. Selv det mest elementære skrig har således en interaktiv funktion. Den første delkonklusion må således være kontra Margaret Mead, at tvivlen er et grundlæggende element i erkendelsen af andre menneskers smerte, men tolkningen afhænger af modtageren.

## Om aktører og netværk

På dette hospital er vi et par skridt bagud, hvad angår postoperativ smertebehandlingskontrol. Jeg tror, vi gør 30-40% af det, man ville kunne gøre. Det er et spørgsmål om antal af sygeplejersker og om kultur, både lægernes og sygeplejerskernes [...]. Det kulturelle, tekniske aspekt ved lægens brug af farmaka, ikke mindst opioider, er virkelig en kulturkløft – i hvert fald i vores kultur, hvor man indtil for få år siden kun gav opioider til terminale patienter (interview med ledende overlæge på anæstesiologisk afdeling, det italienske hospital).

I dette citat benyttes kulturbegrebet ikke om forskelle i patientadfærd, men derimod til at forklare forskelle i behandlernes måde at håndtere smerte og smertebehandling på. Med „kultur“ henviser den italienske anæstesiolog til en generel modvilje i det italienske sundhedsvæsen til at benytte opioider.<sup>5</sup> Den medicinske brug af stærke smertestillende midler var indtil 2001 underlagt vidtgående regulativer af frygt for misbrug og videresalg, og Italien har den dag i dag et af Europas laveste, legale forbrug (Zenz & Willweber-Strumpf 1993; Chinellato et al. 2003). Til sammenligning bør nævnes, at Danmark har et af verdens højeste forbrug af opioider og udskriver i den primære og sekundære sundhedssektor tilsammen ca. 20 gange mere morfin end Italien (International Narcotics Control Board 2001). Det er måske en billig, men vigtig pointe, at Sofias subjektive

kvaliteter, kompetence og personlighed er fanget i det, anæstesiologen her kalder kultur. Hendes smerteadfærd virker dramatisk, men placerede man hende på Rigshospitalets brandsårsafdeling i Danmark, ville hun blive lagt i fuld narkose og dermed ophøre med at intervenere i smertebehandlingen.<sup>6</sup>

Antropolog, filosof og primus motor inden for science studies og aktør-netværk-teori (ANT), Bruno Latour, har kritiseret „den store kløft“ (Latour 1999:97)<sup>4</sup> i videnskaben, dvs. den moderne trang til at skelne mellem objekt/krop/natur og subjekt/sind/kultur), og i stedet argumenteret for en symmetrisk antropologi, der giver objekter og subjekter ligelig plads i den antropologiske analyse (Latour 2000:182). Latour ville betragte en skelnen mellem smerteadfærd og smerteimpulser som henholdsvis partikulære kulturfænomener og universelle naturfænomener som en regulær misforståelse. I ANT fokuseres på sammensuriummet og sammenblandingen af teknikker, personligheder, objekter, subjekter, naturer og kulturer, hvilket gør perspektivet egnet til at analysere netop smertebehandling. Latour benytter fællesbetegnelsen aktanter („actants“, op.cit.: 194) om mennesker og ikke-mennesker („nonhumans“, ibid.) for at undgå uhenigtsmæssige dualismer og understrege, at mennesker ikke er alene om at handle. „Ansvar for handling skal deles mellem de forskellige aktanter“ (ibid.),<sup>4</sup> fordi ikke-mennesker (objekter/ting/teknologi) har mål eller funktioner, der bringer dem i konstant interaktion med mennesker. Med fokus på ikke-menneskers handlekraft gør Latour endvidere opmærksom på kvasiobjekter („quasi-objects“, Latour 1999:51-5) og hybrider („hybrids“, op.cit.:41-3) i de videnskabelige felter, han studerer. Han ser natur og kultur som værende uløseligt forbundet – individet lever ikke i samfund af mennesker, men i kollektiver („collectives“, Latour 2000: 304) forstået som komplekse samlinger af naturer-kulturer („natures-cultures“, Latour 1999:104-6) af ikke-mennesker og mennesker.

Betragter man smerteoplevelsen og smerteudtrykket i dette perspektiv, bliver det klart, at Sofias stemme tilhører kollektivet på brandsårsafdelingen, hvor skrigene er et sprog, der udspringer af reelle sensoriske oplevelser af vævsskade, men modificeres og reguleres løbende i interaktion med behandlerne og behandlingen. Videnskab og teknologi spiller her en central rolle, hvilket også antydes i den italienske anæstesiologs udtalelse om at være „et par skridt bagud, hvad angår postoperativ smertebehandlingskontrol“. Ifølge den ANT-inspirerede sociolog Isabelle Baszanger (1998a og b) har det kliniske blik på smerte ændret sig markant siden midten af 1900-tallet i takt med udviklingen af nye anæstesiologiske teknikker og ikke mindst smerteteorier. I lægevidenskaben er man gået fra at betragte smerte som et symptom og nødvendigt onde, til at se smerte som en sygdom „i sig selv“ (Loeser & Bonica 2001, Baszanger 1998b). Det skyldes især Melzack og Walls lancering af gate control-teorien i 1965, hvor smertemekanis-



men beskrives som en port i rygmarven, der kontrollerer og regulerer, hæmmer og stimulerer smerteimpulser (Melzack 1993). Den nye smerteforskning peger på, at vores hjerne eller bevidsthed er med til at regulere smerteimpulserne, der derfor ikke bør betragtes som absolutte størrelser, men som fænomener, der er afhængige af subjektive faktorer såsom opmærksomhed, angst eller koncentration (Loeser & Bonica 2001). Dette paradigmeskift har haft enorm indflydelse på behandlingen af især kroniske smerter, der i dag håndteres i multidisciplinære smertecentre med så forskellige behandlingsformer som analgetiske blokader, neurokirurgi, antidepressionsbehandling, akupunktur og kognitiv terapi (op.cit.:255).

Indtil for relativt få år siden blev akutte smerter stadig betragtet som mere eller mindre symptomatiske, fysiske tilstande og derfor overladt til kirurgerne, men også dette har ændret sig markant. I slutningen af 1980'erne varsler den internationale smerteforskning præventiv og vedholdende behandling af akutte smerter. I teorien mener man, at ukontrollerede, akutte smerter kan udvikle sig til kroniske smerter (betegnet „smertens onde cirkel“, Carr 1993:2),<sup>4</sup> samt at akutte smerter hindrer sårheling, skaber psykisk demotivation, forlænger indlæggelsen og koster penge (Chestnut 2000; Donovan et al. 1987; Frølund 1996; Gould et al. 1992; Kehlet 1989). Ændringen i den akutte smertebehandling er dog lige så meget teknologisk som teoretisk betinget. Nyudviklede, potente opioider med hurtigt aftagende effekt som fentanyl har betydet, at patienter er vågne og potentielt har akutte smerter umiddelbart efter operationen. Kontrollen over akutte smerter kræver derfor omhyggelig planlægning og vedholdende medicinering, hvilket igen fordrer flere smertebehandlere (Hatfield et al. 2003:130). I de seneste år har man i sundhedsvæsener verden over forsøgt via kampagner at synliggøre, vurdere og dokumentere akut smerte på hospitalerne – det gælder også på det italienske hospital, hvor regionen netop havde startet kampagnen „Un ospedale senza dolore“ (et hospital uden smerte), da jeg begyndte mit feltarbejde i 2003.

Med begrebet „kulturkløft“ refererer den italienske anæstesiolog således også til forskelle i viden, eller rettere til et paradigmeskift fra synet på smerte som et symptom og nødvendigt onde til synet på smerte som en uacceptabel og skadelig tilstand. Behovet for overhovedet at promovere et hospital uden smerte er udtrykt for, at langtfra alle kirurger og anæstesiologer var „omvendte“ i 2003. Flere informanter påpegede dog, at den primære forhindring for paradigmeskiftet ikke var manglen på teknologi og viden, men manglen på menneskelige ressourcer. Ved at tage højde for konteksten af teknologiske, historiske, økonomiske, kulturelle og sociale vilkår giver ANT-perspektivet en udvidet forståelse af smerteoplevelsen og smertehåndteringen, der er uløseligt forbundet med selve smerteudtrykket. På brandsårsafdelingen kan fentanylen ikke interagere med Sofias smerteimpulser,

når sygeplejerskerne ikke har frie hænder til at lade stoffet indgå i dynamikken. Både dr. Baldino og sygeplejersken Paolo drømmer om at få en anæstesiolog tilknyttet afdelingen – en hybrid, der organisatorisk, teknisk og farmakologisk kan sikre smertebehandlingen og lindre patienternes voldsomme smerter. Sofias skrig skal derfor ses i relation til manglen på smertestillende midler, i relation til hendes angst og traumer fra brandulykken, i relation til de gældende normer og retningslinjer i og uden for kollektivet samt i relation til konventionelle måder at opfatte og udtrykke smerte på. For at underbygge denne pointe vil jeg nu sende læserne hjem og undersøge, hvilke typer der skabes af forbindelsesrækkerne mellem mennesker og ikke-mennesker på det danske hospital.

## Det danske hospital

På det danske hospitals observationsafsnit taler man dæmpet og sørger for „ro omkring patienten“. Lyset skinner gennem høje vinduer og dæmpes af de blomstrede gardiner, der i forårets farver skaber et blødt, varmt og afslappende lys på stuen. Her befinder patienterne sig i transit mellem operationsgangen og sengeafdelingen. De skal observeres og smertedækkes. Hver sengeplads er udstyret med alt det overvågningsapparat, hjertet kan begære: iltapparater, sugeapparater og smarte monitører, der løbende viser puls, blodtryk og iltmætning i blodet. Målingerne nedfældes i et skema hvert kvarter og indgår i en samordnet og reguleret vurdering af patientens indre og ydre stabilitet. Stort set alle følelser af ubehag kan afhjælpes lige fra kulde, kriller i halsen, kvalme og anspændthed til pulserende, gennemborende og sønderrivende smerter. Mængden af hjælpemidler er stor: varmetæpper, kolde omslag, pøller, isvand, vaniljeispinde, beroligende musik, Panodil, morfin,<sup>7</sup> fentanyl, Zofran<sup>8</sup> og Dormicum.<sup>9</sup> Personalets høje uddannelsesniveau afspejler sig i de mange repræsenterede subspecialer på stuen. Man møder både opvågnings-, observations-, intensiv-, anæstesi-, operations- og smertesygeplejersker. Tre observationssygeplejersker fra afsnittet har sammen udarbejdet retningslinjer for den postoperative smertebehandling, der følger internationale anbefalinger om såkaldt præventiv smertebehandling. Den indbefatter bl.a. en målbeskrivelse: Målet med smertebehandlingen er, at patienterne skal have en smertescore under 3 i hvile og under 5 ved hoste, vending og mobilisering samt „et smerteniveau, der er acceptabelt for patienten“. Det kræver i teorien, at personalet skal smertescore patienterne mindst fire gange i timen.

På observationsafsnittet gør akustiske, visuelle, men tilsyneladende også numeriske udtryk smerte tilgængelig for andre mennesker. En italiensk ortopædkirurg mente, at smertescoring måtte være særlig relevant i Nordeuropa, fordi patienterne ikke gav udtryk for deres smerte, men mente til gengæld, at instrumen-

tet var overflødig i Italien, hvor patienterne ganske enkelt skreg, når de havde ondt. Der er godt nok meget stille på observationsafsnittet, men stilheden skyldes ikke manglende kommunikation. På observationsafsnittet har man først og fremmest implementeret smertescoring med henblik på at udvide ordinationsretten (lægernes monopol på medicinudskrivning), så sygeplejerskerne lettere kan udføre præventiv smertebehandling, der går ud på at opretholde mætningsdosis af de smertestillende stoffer i blodet, så patienterne ikke oplever gennembrudssmerter. Det kræver kontinuerlige injektioner eller „titrering“, som plejerne kalder det. Når en postoperativ patient ankommer til afsnittet, skal behandlerne ifølge retningslinjerne bede patienten om en smertescore hvert tredje minut. Begyndende svage smerter kan være tegn på et fald i mætningsdosis, derfor gives der morfininjektioner, hvis patienten svarer 4-6, mens en score på 7-10 giver det trænede plejepersonale ret til at anvende sågar fentanyl. Når smerterne er under kontrol (0-3), beder behandlerne kun om en smertescore et par gange i timen. Behandlerne opfatter selv brugen af smertescoring som et udtryk for, at de tror på patienten og ønsker at give patienten indflydelse på smertebehandlingen, som denne sygeplejerske forklarer:

Du kan ikke føle et andet menneskes smerte, det kan du ikke føle, og det er jo derfor, vi bruger smertescoren, fordi, som jeg også siger til dem [patienterne]: ‘Jamen du er nødt til at fortælle mig, hvad det er, du føler, for jeg kan jo ikke mærke, hvor ondt du har!’ Og vi er nødt til at tro på, at det, patienten siger, at det er det. Selv om patienten måske ikke ser ud til at have så ondt, så er vi nødt til ... Hvis patienten føler en smertescore på 7, jamen, så er det det, og så skal vi behandle ud fra det (Else, opvågningssygeplejerske).

Som det fremgår, er tvivlen også til stede i dette kollektiv, og i den daglige praksis handler smertescoring i høj grad om at finde et fælles sprog. Mange sygeplejersker relaterer skalaen til noget, patienterne kender i forvejen, ved f.eks. at bede dem give deres smerte en karakter eller bruge smertens richterskala, hvor 0 er ingen fare, og 10 er det helt store jordskælv. Smertescoring har derved karakter af at være en slags laveste fællesnævner i klinikken, for „alle kender til karakterer, det har de prøvet i skolen“. Alligevel opstår der ofte misforståelser og akavede situationer, fordi patienterne ikke er fortrolige med den numeriske kommunikationsform, som denne lille episode fra regionalsygehuset viser. Opvågningssygeplejersken Else smertescorer en patient, Rita, der netop har fået kejsersnit og er blevet steriliseret. Rita virker lidt mut, men klager sig ikke.

Else: Prøv at give din smerte karakter på en skala fra 0 til 10, hvor 0 er ingen smerte, og 10 er den værst tænkelige smerte!

Rita: Så er det 10! [griner].

Else: Kan du overhovedet ikke få det værre?  
Rita: Jooo, men det er jo efter min smertetærskel! [smiler].  
Else forklarer tålmodigt systemet igen. Patienten tænker sig om længe.  
Rita: Jamen, så er det jo højt, deroppe, måske 7, 8 eller sådan noget.  
Else: Jamen, så skal du også have noget mere [morfin].  
Else hvisker i etnografens øre et par meter væk fra patienten.  
Else: Du kan nok se, man skal ikke tro på alt, hvad man hører! Man skal stole på sit kliniske blik!  
Etnograf: Hvad fortæller dit kliniske blik dig?  
Else: Jamen hun har det da skidt, men det er ikke, fordi hun har ondt, det er også situationen, hun har det skidt i kroppen, hun har det ikke godt.

Som Rita så fint gør opmærksom på, afhænger tallet også af personen. Selv om Else ikke vil indrømme det, mens hun står ved patienten, peger hendes bemærkning om det kliniske blik på, at smertescoring ikke er hendes eneste indikator for Ritas postoperative smerteintensitet. Flere behandlere giver udtryk for, at smertescoring falder dem unaturligt og hæmmer deres evne til at smertebehandle, for hvis de skal have hele personen med, som de siger, kan de ikke nøjes med et tal på en skala. Behandlernes største problem og udfordring er ifølge dem selv, at de ikke kender deres patienter, før de pludselig ruller ind på stuen. De har et stort ønske om at tilpasse smertebehandlingen den enkeltes (individets) behov. Patienternes transit fordrer således lyntolkninger og blik for personlighed. En mandlig sygeplejerske fortæller denne historie som eksempel på, hvordan han smertebehandler. Det er et godt eksempel på, hvor mange detaljer i patientens udtale, ansigt og journal m.m. der egentlig inddrages i behandlerens tolkning:

Jeg fik en patient, der havde fået fjernet blindtarmen. Hun virkede meget lukket, men hvilede sig og så ikke ud til at have smerter. På et tidspunkt fik hun en stor rynke i panden. Jeg spurgte, om hun havde ondt, og hun svarede ja. Jeg benyttede skalaen, som jeg havde introduceret fra starten, og patienten lå ret højt, så jeg gav hende fentanyl flere gange, men rynken forsvandt ikke. Til sidst tolkede jeg på nogle oplysninger fra journalen. Pigen havde en kronisk tarmlidelse – måske var hun bekymret eller havde dårlige erfaringer med i bagagen. Jeg gik direkte til hende, for man må aldrig være bange for at konfrontere sig med patienten, og spurgte hende, om hun var nervøs. Hun var meget bekymret og ked af det. Disse spændinger kan meget vel være det, der giver hende smerter, derfor gav jeg hende en knivspids Dormicum, så hun bedre kunne slappe af. Resultatet var, at pigen sov i bare 10 minutter, og da hun vågnede, havde behandlingen virkelig hjulpet efter hendes eget udsagn (fra interview med sygeplejersken Claus på observationsafsnittet).

Sygeplejerskernes metode til at forstå patientens smerte er ikke intuitiv, objektiv eller fordomsfri. Den slægter etnografens metode på, forstået således, at syge-

plejerskerne samler informationer med arme og ben: alder, blodtryk, diagnose, erhverv, førstehåndsindtryk, kultur, kulør, køn, medicinforbrug, puls, personlighed, placering i sengen, rynker, sygehistorie, temperament, udseende m.m. Alt inddrages, kobles og tolkes for at skabe et helhedsindtryk af patienten og træffe en beslutning. Som sygeplejersken Kirsten formulerer det: „Jeg bruger meget sådan en cocktail af mange ting!“

Den amerikanske antropolog John Leavitt har kritiseret empatibegrebet i følelsesantropologien („the anthropology of emotion“ repræsenteret ved f.eks. Renato Rosaldo (1984) og Joel Davitz (1969)). Han påpeger, at ideen om empati – at man kan sætte sig ind i et andet menneskes følelser – bygger på en forkert antagelse om, at vores intuition eller førstehåndsindtryk er sande. I virkeligheden, siger Leavitt, dækker førstehåndsindtrykket over et bredt udsnit af materiale som barndoms minder, livssituationer, kulturelle forventninger, myter, definitioner, observerede følelser, bevægeapparatets fysiologi m.m. (Leavitt 1996: 527). Når vi ønsker at tolke, forklare eller forstå et andet menneskes følelser, kobler vi automatisk til dette materiale, og det er denne proces, etnografen skal gøre sig bevidst. Denne måde at forstå smerte på kalder Leavitt *sympati*, beskrevet som en bevidst med-følelse frem for en ukritisk ind-føling, der ligger implicit i empatibegrebet (ibid.). Denne kritik kan også rettes mod behandlernes idé om det kliniske blik. Behandleren har ikke et neutralt blik for smerten, men erkender patientens smerte ved at bruge sit eget materiale og sætte det i relation til den kontekst, patienten er en del af. Derigennem konstrueres en forståelig og meningsgivende model for patientens oplevelse. Holder man som etnograf øje med disse meningsgivende modeller, bliver det særligt tydeligt, hvordan mennesker og ikke-mennesker i fællesskab er med til at skabe bestemte stemninger, personligheder, smerteoplevelser og smerteadfærd.

På det danske hospital er de internationale anbefalinger om præventiv smertebehandling omformuleret til et dybtfølt ønske om, at patienten „har det godt“ og „er sig selv“. „Her behandler vi ikke patienternes smerte, vi forebygger den“ lyder det fra sygeplejersken Hanne på øre-næse-hals-afdelingens opvågningsstue, der administrativt hører ind under observationsafsnittet. Hun medgiver gerne, at hendes smertebehandling er „large“. I modsætning til observationsafsnittet, hvor man kun giver fentanyl, hvis patienterne scorer 7-10 i smerte, så er fentanyl stort set altid hendes førstevalg. Hanne bemærker, at hvis hun skulle følge retningslinjerne, ville hun simpelthen ikke kunne smertedække tilstrækkeligt og effektivt. På opvågningsstuen kæmper de også med et andet problem, nemlig de postoperative patienters tilbageholdenhed med hensyn til smertestillende medicin. Især ældre patienter opfatter det „at tage smertestillende medicin“ som udtryk for svaghed. Sygeplejersken Lene forklarer, at de af og til er nødt til at sige til patienten: „Nu

synes jeg, du skal have lidt mere smertestillende – modsætter du dig det?“ De sociale normer og stereotype forestillinger om korrekt smerteadfærd sættes altså til forhandling i den akutte smertebehandlingspraksis, hvilket denne lille historie også illustrerer. Hanne fortæller:

Vi havde en ældre herre, der virkede forpint, men ikke ville have smertestillende, for som han sagde: ‘Det skal jo gøre ondt!’ Jeg forsøgte at alliere mig med konen, men hun bekræftede bare, at manden aldrig tog medicin. Til sidst pressede jeg virkelig på og overtalte ham til at få en enkelt dosis fentanyl med forklaringen ‘lidt hurtigtvirkende morfin til at dæmpe den værste smerte’. Da der var gået fem minutter, vurderede jeg, at han stadig havde brug for mere – han rynkede stadig panden – så jeg gav ham 5 ml morfin. Patienten protesterede og sagde: ‘Hov hov, du sagde én gang!’, men jeg skyndte mig at svare: ‘Jamen, dette er en del af den pakkedøsning, du sagde ja til!’ Patienten får det nu meget bedre, han kan både drikke og snakke. Da han er på vej ned på sengeafdelingen, spørger jeg: ‘Jeg har lige den sidste portion her [de resterende 5 ml morfin i ampullen], skal du have den med ned på afdelingen?’ Patienten siger: ‘Så giv mig den da!’ (feltnoter fra opvågningsstuen).

På det danske hospital kan man se, hvordan objekter og subjekter opstår og formes af hinanden i en kontinuerlig proces (Latour 2000:196) – her skabes personer med helt bestemte sindstilstande, smerter, sorger og glæder. Hanne forsøger at rykke patientens holdning gennem det korte behandlingsforløb, fordi hans adfærd er uhensigtsmæssig set i relation til det nye smerteparadigme, hvor postoperativ smerte ikke skal tåles. Hendes historie handler om omvendelse. Før var patienten en af disse stoiske, hårdføre mænd, der signalerede styrke og selvkontrol ved ikke at bruge medicin. I det sociale spil, der udspiller sig omkring smertebehandlingen, benytter Hanne den velkendte kulturstereotyp som en slags valuta (Herzfeld 1993: 72). Hun bruger midlerne fentanyl og morfin til at overbevise patienten om, at han ikke skal bide smerten i sig, selv om han er socialiseret til det. Omvendelsen handler nemlig ikke om, at patienten skal slippe kontrollen med smerten – tværtimod. Smertebehandlingen i dette felt får netop patienternes adfærd til at leve op til sociale normer om rationel, kontrolleret og rolig smerteadfærd. I forsøget på at stoppe smerten, før patienten overhovedet ved, hvad det vil sige at have ondt, stræbes i lige så høj grad efter en normaltilstand af rolighed, afslappethed, fravær af dramatik, irritation, smerte og ubehag, hvor patienterne kan være ”sig selv“. Mens en ny form for viden om smerte erstatter gamle opfattelser, og smerten forsvinder, forbliver smerteudtrykket på observationsafsnittet således en diskret rynke i panden på den typiske dansker.

## En udfordring

Da antropologen Mark Zborowski studerede immigrantgrupperne på Veterans Administration Hospital i New York i 1950'erne, byggede han sin analyse på den grundlæggende tese, at folk ikke udelukkende reagerer individuelt på smerte, men kulturspecifikt: „Mennesker reagerer ikke kun på smerte som individer, men også som italienere, jøder, negere og nordboere“ (Zborowski 1969:20).<sup>4</sup> Han så således individernes etnicitet og nationale oprindelse som indbyrdes fællesnævner og observerede ud fra dette perspektiv, at tredjegerationsamerikanere var objektive, upersonlige og halvvidenskabelige (op.cit.:81) i deres måde at udtrykke smerte på, hvorimod de italienske immigranternes smerteadfærd var udpræget spontan, uhæmmet, larmende og ukontrolleret (op.cit.:136-44). Med repræsentationsdebatten og den litterære vending i antropologien er det blevet nærmest uacceptabelt at tale om sådanne kulturelle fællesnævner (Hastrup 2004:9). Et tydeligt eksempel ses af kommentaren til Zborowskis værk i introduktionen til antologien *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective* (Good et al. 1994):

Vi rødmer, når vi læser disse beskrivelser i dag. De fremstiller stereotyper i stedet for at beskrive rigtige mennesker. På trods af deres gode intentioner og de små forskelle på grupper, som muligvis (eller muligvis ikke) udtrykkes i beskrivelserne, har disse etniske karikaturer ringe fortolkningsværdi og er nær sagt umenneskeliggørende [...]. Hans [Zborowskis] arbejde førte en generation af socialvidenskabsmænd og sundhedspersonale ind i en begrebsmæssig og metodisk blindgyde (Kleinman et al. 1994:2).<sup>4</sup>

I den antropologiske smerteforskning har man i stedet agiteret for en selvbevidst, metodisk tilgang, der trækker på hermeneutik og narrativ analyse i bestræbelsen på at gøre op med de kulturelle stereotyper (op.cit.:19), men folk/behandlere/informanter taler tilsyneladende stadigvæk om sydlændinge og nordboere som henholdsvis åbne og lukkede, varme og kolde, dramatiske og indestængte, pylrede og udholdende, irrationelle og rationelle – præcis som i 1950'erne (Zborowski 1969:4). Den fænomenologiske dyrkelse af det særegne og unikke i smerteoplevelsen gør det svært for antropologien at udfordre sundhedspersonalets essentialistiske kulturrepræsentationer, fordi det interaktionelle perspektiv mangler. Spørgsmålet er, om antropologien er tjent med at undgå enhver form for kulturel teoretisering på dette punkt. På linje med socialantropologen Michael Herzfeld vil jeg mene, at kulturstereotypers virkningsfuldhed ikke ligger i anerkendelsen af en uforanderlig virkelighed, men i deres appel til den kollektive selvrepræsentations konventionelle regler (Herzfeld 1993, 1997). Patienters smerteadfærd bundes ikke i en primordial, iboende kultur, men deres måde at kommunikere smerte på er påvirket og formet af kollektive forestillinger om korrekt og pas-

sende smerteadfærd. En anden vigtig pointe, man bør holde fast i, er, at selv om behandlere, patienter og pårørende spiller aktive roller i definitionen af socialt acceptabel smerteadfærd, så er de ikke ene om at forme smerteoplevelsen og smerteudtrykket. I behandlernes og patienternes interaktion er instrumenter, udstyr, stoffer, retningslinjer og paradigmer med til at dele ansvaret for deres handlinger og adfærd. På spørgsmålet – påvirker kulturen smerten? – må man derfor uvægerligt svare ja og tilføje, at smerten påvirker kulturen!

Min konklusion må være, at et ANT-perspektiv kan udfordre kulturbegrebets brug og implikationer i sundhedsvæsenet, selv om man næppe skal gøre sig forhåbninger om, at folk af den grund holder op med at tale om stereotype indvandrere og vestjyske landmænd. En konstrukturalistisk og relationistisk forståelse af smertebehandling er derimod nødvendig i den del af sundhedsvæsenet, der reflekterer over teknologiens og videnskabens konsekvenser. Her dyrkes primært en evolutionistisk vidensopfattelse, hvor nye former for smertebehandling italesættes som „en overgang fra middelalderen til det 21. århundrede“ (Aken & Buerkle 1998:253),<sup>4</sup> og aktørerne føler sig 30-40 % bagud, jf. den italienske anæstesiologs betragtninger. Det er godt at være ude, men hjemme er nu bedst – vil en tilsvarende dansk anæstesiolog måske tænke, hvis han læser komparationen mellem Danmark og Italien. Og dog, i Danmark er debatten om smertebehandling delt i to: På den ene side beskrives Danmark som værende helt i front inden for smerteforskning og smertebehandling (Ebdrup 2004a), mens man på den anden side problematiserer forbruget af smertestillende midler, der i løbet af det sidste årti er steget „dramatisk“ (Ebdrup 2004b). „Vi har snakket om det i mange år, men forbruget bliver bare ved med at vokse. Nu er vi nødt til at dykke ned i det og finde årsagerne“, siger smerteforsker Anders Schou Olesen til *Dagens Medicin* i 2004. Tre år efter er det smerteforsker Per Sjøgrens tur til at sætte „konkrete tal på nationens alarmerende indtag af vanedannende painkillers“ (Benarroch 2007). At 3 % af den danske befolkning regelmæssigt bruger morfinpræparater, giver Sjøgren anledning til at tale om smertelidelser som kulturelle epidemier. Selv om Sjøgren er opmærksom på, at smertelindring er „big business“ (ibid.), mangler han at drage den sociale kobling mellem udbud og efterspørgsel. Et nyt dansk studie af unge, københavnske pigers brug af hovedpinepiller har netop vist, at midlerne bliver brugt til „at tjene højt værdsatte performans- og deltagelsesrelaterede funktioner“ (Hansen et al. 2008).<sup>4</sup> Det ville være interessant at få belyst det alarmerende danske forbrug af smertestillende medicin i relation til det nye smerteparadigme og gammelkulturelle kodekser for smerteadfærd.



## Noter

1. Samtlige sted- og personnavne er anonymiseret.
2. Dele af diskussionen i denne artikel er behandlet mere udførligt i magisterkonferensafhandlingen *Et skrig af ægte smerte? En antropologisk analyse af tilgange til smerte* (Tørring 2005).
3. Fentanyl er et syntetisk opioid,<sup>5</sup> ca. 100 gange stærkere end morfin. Maksimal effekt efter 20-40 minutter, to timers virkningsvarighed, stærkt respirationsdeprimerende (Infomatium A/S).
4. Citatet er oversat fra engelsk til dansk af forfatteren under vejledning af korrespondent Eva Højmark og professor Morten Pilegaard.
5. Opioider er en klasse af stærke smertestillende midler, med morfin som det mest kendte. Betegnelsen omfatter såvel de naturligt forekommende som de syntetisk fremstillede. Fælles for alle stofferne er, at de kan binde sig til de opioide receptorer i kroppen og er afhængigheds-skabende.
6. Denne påstand er bekræftet af Rigshospitalets Klinik for Plastikkirurgi og Brandsårsbehandling over telefonen under feltarbejdet, september 2003.
7. Morfin er en ren opioidagonist. Maksimal effekt efter 1-1½ time, virkningsvarighed fire-fem timer (Infomatium A/S).
8. Zofran er et antikvalmemiddel, der ofte gives mod bivirkninger af morfin (Infomatium A/S).
9. Dormicum er et hypnotikum af benzodiazepingruppen (sovemedicin). Et beroligende stof, der gives, hvis patienten er meget anspændt. Mange sygeplejersker påpeger, at anspændthed er hyppig årsag til „uforklarlige“ smerter (Infomatium A/S).

## Litteratur

- Aken, Van & Hartmut Buerkle  
1998 Acute Pain Services: Transition from the Middle Ages to the 21<sup>st</sup> Century. *European Journal of Anaesthesiology* 15(3):253-4.
- Benarroch, Jane  
2007 Det gør bare ondt. Av! Weekendavisen 24. august, Ideer:1-2.
- Baszanger, Isabelle  
1998a *Inventing Pain Medicine. From the Laboratory to the Clinic.* New Brunswick: Rutgers University Press.  
1998b *Pain Physicians: All Alike, all Different. I: M. Berg & A. Mol (eds.): Differences in Medicine. Unraveling Practices, Techniques, and Bodies.* Durham: Duke University Press.
- Carr, Daniel B.  
1993 Pain Control: The New “Whys” and “Hows”. *Technology and Health Care* 10(3): 227-35.
- Chestnut, David H.  
2000 How do we Measure (the Cost of) Pain Relief? *Anesthesiology* 92(3):643-5.
- Chinellato, Alessandro, Gianni Terrazzani, Tom Walley & Pietro Giusti  
2003 Opioids in Italy: Is Marketing More Powerful than the Law? *The Lancet* 362(9377):78.

- Davitz, Joel R.  
1969 The Language of Emotion. New York: Academic Press.
- Donovan, Marilee, Paula Dillon & Lora McGuire  
1987 Incidence and Characteristics of Pain in a Sample of Medical-Surgical Inpatients. *Pain* 30(1):69-78.
- Ebdrup, Mette  
2004a Smerteområdet skal gøres attraktivt for unge læger. *Dagens Medicin* 29. januar.  
2004b Forbruget af smertestillende midler stiger DRAMATISK. *Dagens Medicin* 29. januar.
- Ehlich, Konrad  
1985 The Language of Pain. *Theoretical Medicine* 6(2):177-87.
- Finkler, Kaja  
1994 Women in Pain. Gender and Morbidity in Mexico. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Free, Mary M.  
2002 Cross-Cultural Conceptions of Pain and Pain Control. *Proceedings, Baylor University Medical Center*, 15(2):143-5.
- Frølund, Flemming  
1996 Behandling af akutte smerter. I: F. Frølund (ed.): *Smerter. En almen medicinsk oversigt*. København: Arkiv for praktisk lægegerning.
- Good, Mary-Jo DeVecchio, Paul E. Brodwin, Byron J. Good & Arthur Kleinman  
1994 Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective. Berkeley: University of California Press.
- Gould, T.H., D.L. Crosby, M. Harmer et al.  
1992 Policy for Controlling Pain After Surgery: Effect of Sequential Changes in Management. *British Medical Journal* 305(6863):1187-93.
- Hansen, Dana L., Ebba H. Hansen & Bjørn E. Holstein  
2008 Using Analgesics as Tools: Young Women's Treatment for Headache. *Qualitative Health Research* 18(2):234-43.
- Hastrup, Kirsten  
2004 Antropologiens vendinger. I: K. Hastrup (red.): *Viden om verden. En grundbog i antropologisk analyse*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Hatfield, Anthea, Michael Tronson & Frans Lærke Bødker  
2003 *Opvågningspsygepleje. I teori og praksis*. København: Nyt Nordisk Forlag.
- Helman, Cecil G.  
2000 *Culture, Health and Illness*. 4. udgave. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Herzfeld, Michael  
1997 *Cultural Intimacy. Social Poetics in the Nation-State*. New York: Routledge.  
1993 *The Social Production of Indifference. Exploring the Symbolic Roots of Western Bureaucracy*. Chicago: University of Chicago Press.
- International Narcotics Control Board (INCB)  
2001 *Report for 2000*. New York: United Nations.

- Infomatum A/S  
Medicin.dk. Elektronisk dokument, adgang 31, januar 2008. [http://www.medicin.dk/\(asqym555zclas45530dlqw45\)/show.aspx](http://www.medicin.dk/(asqym555zclas45530dlqw45)/show.aspx).
- Kehlet, Henrik  
1989 Surgical Stress: The Role of Pain and Analgesia. *British Journal of Anaesthesia* 63(2):189-95.
- Kleinman, Arthur, Paul E. Brodwin, Byron J. Good & Mary-Jo DelVecchio Good  
1994 Pain as Human Experience. An Introduction. I: M-J.D. Good, P.E. Brodwin, B.J. Good & A. Kleinman (eds.): *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*. Berkeley: University of California Press.
- 1998 *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, Sherryl & Martha A. Copp  
1993 *Emotions and Fieldwork*. Newbury Park: Sage.
- Latour, Bruno  
1999 *We have Never been Modern*. New York: Harvester Wheatsheaf.  
2000 *Pandora's Hope. Essays on the Reality of Science Studies*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Leavitt, John  
1996 *Meaning and Feeling in the Anthropology of Emotions*. *American Ethnologist* 23(3):514-39.
- Loeser, John D. & John J. Bonica  
2001 *Bonica's Management of Pain*. Philadelphia: Lippencott Williams & Wilkins.
- Melzack, Ronald  
1993 *Pain: Past, Present and Future*. *Canadian Journal of Experimental Psychology* 47(4):615-29.
- Rocca, Gino  
2006 Jeg kommer så fra en pylrenation. *Weekendavisen* 19. maj, Opinion:10.
- Rosaldo, Renato I.  
1984 *Toward an Anthropology of Self and Feeling*. I: R.A. Shweder & R.A. Levine (eds.): *Culture Theory: Essays on Mind, Self and Emotion*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Salomon, Ib  
2003 *Kulturen påvirker smerten. Smertes udtrykkes vidt forskelligt fra kultur til kultur*. *Krop & Fysik* 4:10-1.
- Scarry, Elaine  
1987 *The Body in Pain. The Making and Unmaking of the World*. New York: Oxford University Press.
- Tørring, Marie Louise  
2005 *Et skrig af ægte smerte? En antropologisk analyse af tilgange til smerte*. Magisterkonferensspeciale. Afdeling for Antropologi og Etnografi. Århus: Aarhus Universitet.
- Zborowski, Mark  
1969 *People in Pain*. San Francisco: Jossey-Bass behavioral science series.
- Zenz, Michael & Anne Willweber-Strumpf  
1993 *Opiophobia and Cancer Pain in Europe*. *Lancet* 341(8852):1075-6.



# ET ANTROPOLOGISK BLIK PÅ PSYKIATRISK SYGDOMSOPFATTELSE

Sociale og kulturelle aspekter af en sygdomsmodel for skizofreni

KATRINE SCHEPELERN JOHANSEN

Denne artikel handler om, hvordan den kulturelle sygdomsopfattelse af skizofreni ser ud hos personalet på de psykiatriske afdelinger og behandlingstilbud i Danmark, hvor jeg har udført feltarbejde. Jeg vil argumentere for, at det i forhold til personalet giver mening at tale om en samlet, kulturel opfattelse af skizofreni, og til dette formål vil jeg præsentere og diskutere det teoretiske begreb sygdomsmodel. Jeg vil videre argumentere for, hvorfor sygdomsmodel synes at være særligt relevant i forhold til at forstå den sygdomsopfattelse, som man finder på de psykiatriske afdelinger. Forskellen mellem på den ene side sygdomsforestilling/opfattelse og på den anden side sygdomsmodel er i denne artikels forståelse, at model er mere systematisk og entydig, hvor forestilling/opfattelse er mere fleksibel og ad hoc. Pointen i denne del af analysen er at vise, at i psykiatrien bliver sygdomsforestillinger/opfattelser til en egentlig sygdomsmodel. Derefter vil jeg, på baggrund af et kort historisk rids af, hvordan skizofreni er blevet opfattet i psykiatrien, fremstille den sygdomsmodel for skizofreni, som jeg har fundet. Det diskuteres også, hvordan det psykiatriske personale i ét perspektiv udgør den primære sociale gruppe på de psykiatriske afdelinger, som behandlingsevalueringer og -beslutninger foregår inden for, og hvordan patienterne dermed kun udgør en passiv baggrund for denne sociale aktivitet og ikke deltagende aktører. I konklusionen påpeges det, hvordan viden om personalets sygdomsmodel kan give os indsigt i, hvad der foregår i praksis i psykiatrien.

Et centralt element i denne artikel er sygdommen skizofreni, som jeg her kort vil introducere. Skizofreni er en af de alvorligste psykiatriske sygdomme, som man kan lide af. Hører man stemmer, har andre hallucinationer, føler sig forfulgt, har storhedsforestillinger eller lignende, lider man som regel af skizofreni. Symptomerne ved skizofreni deler man traditionelt op i negative/grundsymptomer og produktive psykotiske symptomer. De negative/grundsymptomerne er tankeforstyrrelser, forstyrrelser af følelseslivet, svigtende kontaktevne (autisme)

og nedsat handlekraft. De produktive psykotiske symptomer er hallucinationer, vrangforestillinger og katatone symptomer (f.eks. usædvanlige kropsholdninger, særpræget gangart eller nedsat bevægelse). De negative symptomer præger ofte patienten kontinuerligt, når de først er fremkommet, de produktive psykotiske symptomer i psykotiske perioder. Disse perioder kan vare fra få dage til mange år. Når en patient omtales som psykotisk, har vedkommende produktive psykotiske symptomer.

## Felten

Det etnografiske materiale i denne artikel stammer fra to langvarige feltarbejder på forskellige psykiatriske behandlingsinstitutioner. Det første er foregået i forbindelse med mit ph.d.-projekt, hvor jeg fra 2001 til 2003 lavede i alt 13 måneders feltarbejde på to forskellige psykiatriske hospitalsafdelinger for at undersøge, hvordan psykiatrisk personale forstår og arbejder med den anderledes kulturelle baggrund hos patienter med anden etnisk baggrund end dansk. Det andet feltarbejde er foregået over to et halvt år fra 2005 til 2008 på et ambulatorium for psykisk syge stofmisbrugere som led i et forskningsprojekt om, hvordan man kan behandle denne patientgruppe. I begge feltarbejder har den dominerende patientgruppe været patienter med skizofreni, og de fleste af disse har været patienter med lange sygdomsforløb og megen kontakt til behandlingssystemet. Materialet fra de forskellige feltarbejder vil her blive behandlet under et, fordi det analytiske fokus er på psykiatrien generelt.

Feltarbejdet har baseret sig på etnografiske metoder: deltagerobservation i afdelingernes forskellige miljøer, f.eks. opholdsrum for patienterne, personalekontoret, ved behandlingskonferencer, stuegangssamtaler, og interviews med både patienter og personale. I begge projekter har fokus været på personalet, dog perspektiveret med interviews og observationer blandt patienterne. I begge feltarbejdsforløb er jeg blevet venligt og interesseret modtaget af både personale og patienter. Jeg har stort set fået lov til at deltage i de situationer og samtaler, som jeg har ønsket. Enkelte patienter har frabedt sig, at jeg har deltaget i samtaler, hvor de var med, og enkelte har ikke ønsket at lade sig interviewe.

Under begge feltarbejder har jeg været positioneret som en slags personale. Jeg har gået med navneskilt, alarm og nøgler – ting, der markerer en som hørende til personalegruppen. Dette har været et krav fra feltarbejdsstederne. I det første feltarbejde om etniske patienter havde jeg primært en position som observatør på de forskellige afsnit. Denne position var relativt uproblematisk, da der i felten også var andre, der observerede, medicinstuderende og sygeplejerskestuderende, og jeg fik status som en blandt en række af studerende. At jeg fik adgang til denne

position betød, at jeg måtte tydeliggøre, at jeg var forsker, og at min observatørposition dækkede over en anden interesse end de andre observatørers. Jeg havde derfor hængt projektbeskrivelser op på afsnittene, det fremgik af mit navneskilt, at jeg var antropolog; og jeg medbragte næsten altid min notesblok, således at patienter og personale kunne se, at jeg noterede.

I mit feltarbejde på ambulatoriet fik jeg mulighed for en mere deltagende rolle, hvor jeg bl.a. deltog aktivt i ambulatoriets værested, i personalets snak ved konferencer og i uformelle samtaler. At positionen og feltarbejdet blev anderledes, skyldes flere ting: Dels er ambulatoriet en meget mindre arbejdsplads end afdelingerne, hvor det i højere grad har været muligt at tage alle i ed i forhold til mine forskningsinteresser og metoder. Dels har feltarbejdet foregået over væsentligt længere tid, hvorfor rollen som kun observatør ville have været for anstrengende for personalet. De har haft et behov for, at jeg også har været på banen og givet lidt af mig selv (Johansen 2008).

I min interesse for, hvordan personalet har arbejdet med patienter med anden etnisk baggrund end dansk eller patienter med misbrug, har det vist sig vigtigt at kunne placere denne behandling af vanskelige patientgrupper i forhold til de patienter, som personalet oplevede som almindelige eller rigtige patienter (Johansen 2007). Dermed har det vist sig relevant at undersøge, hvordan personalet opfatter sygdom, og hvordan man kan begrebsliggøre deres opfattelse af sygdom.

## Sygdomsmodeller i antropologiske studier af psykiatri

Det begreb, som jeg har valgt som analytisk tilgang, er sygdomsmodelbegrebet. En sygdomsmodel er et begreb for kulturelle forestillinger eller opfattelser, som en given person måtte have om en sygdoms oprindelse eller årsag, om sygdommens udtryk og symptomer, om prognose og forløb og om behandling og udcome af denne behandling (se f.eks. Lewis-Fernández 1996; Steffen 2007). At tale om kulturelle forestillinger betyder, at der er tale om fælles og delte forestillinger inden for en given kulturel gruppe. Dette afsnit vil kort præsentere de centrale diskussioner inden for de antropologiske studier af psykiatri i relation til dette fænomen.

At interessere sig for de kulturelle forestillinger om sygdomme har været en integreret del af den medicinske antropologi, siden denne gren blev etableret som en særskilt del af antropologien i løbet af 1970'erne. Inden for de antropologiske studier af psykiatri har det mest kendte begreb til at betegne de kulturelle forestillinger været begrebet „explanatory model“/forklaringsmodel, som blev introduceret i 1977 af en af de førende skikkelser inden for den medicinske antropologi, antropologen og psykiateren Arthur Kleinman. Med forklaringsmodelbegre-

bet fokuserede Kleinman på, at patienter ofte havde andre opfattelser og forklaringer på sygdomme, end man havde inden for den vestlige biomedicin, samt at disse opfattelser af sygdomme havde rod i patienternes kultur (1977).

Samtidig med ideen om forklaringsmodeller præsenterede Kleinman også skellet mellem „disease“ og „illness“ – på dansk som regel oversat til „sygdom“ og „lidelse“. Ifølge Kleinmans definition er disease/sygdom den lægevidenskabelige sygdomsændring, og illness/lidelse er patientens subjektive oplevelse af sit problem (1977). Forklaringsmodelbegrebet har primært været knyttet til patienter og til illness/lidelsessiden af Kleinmans skel. Disease/sygdomssiden er af antropologien stort set blevet ignoreret, da det blev opfattet som en objektiv, biomedicinsk enhed. Ifølge den medicinske sociolog Dorte Gannik har netop etableringen af skellet mellem sygdom og lidelse betydet, at sociale og kulturelle studier kun legitimt havde en rolle at spille i forhold til lidelse – sygdom var andre fagdiscipliners, primært lægevidenskabens, område (Gannik 2005:13-4).

Når jeg i denne artikel vælger at bruge sygdomsmodel som den analytiske enhed, snarere end forklaringsmodel, så er det, fordi jeg netop er interesseret i personalets opfattelse og forståelse af sygdom, frem for patienternes. Sygdomsmodel og forklaringsmodel dækker begge over samme fænomen – de kulturelle opfattelser af sygdom – men forklaringsmodelbegrebet er i litteraturen knyttet til patienterne. Jeg vil foreslå sygdomsmodelbegrebet som parallel hertil, men pegende mod personalet. Jeg er med andre ord interesseret i at analysere de sociale og kulturelle aspekter af sygdommen skizofreni, dvs. personalets forståelse af denne sygdom, som den kommer til udtryk i praksis.

I slutningen af 1970'erne og starten af 1980'erne indtog forklaringsmodelbegrebet en central plads i den medicinske antropologi. Man undersøgte forklaringsmodeller fra en lang række forskellige kulturelle grupper. Som centrale eksempler inden for denne tradition kan nævnes Kleinmans egne studier fra Taiwan og Kina (f.eks. Kleinman & Kleinman 1985), Byron Goods studie af svære og problematiske følelser i Iran (Good 1977) og Grananath Obeyesekeres kritiske diskussion af depression på Sri Lanka (Obeyesekere 1985). Kleinman og Good skrev om „klinisk social videnskab“ og foreslog, at undersøgelser af patienternes kulturelle opfattelser af deres lidelse/illness var en relevant opgave for klinikere, og at disse skulle trænes i antropologiske metoder. De foreslog ligeledes, at antropologer skulle ansættes som klinikere i behandlingsinstitutioner, hvor man behandlede mennesker med en anden kulturel baggrund (Kleinman et al. 1978).

Kritik af forklaringsmodelbegrebet kom kort efter dets introduktion. I en artikel med den meget sigende titel „Når rationelle mænd bliver syge“ kritiserede den medicinske antropolog Allan Young forklaringsmodelbegrebet for at være for rationelt: Patienter havde ikke en model i deres hoved, som kunne afsløres



af den kulturelt sensitive kliniker eller antropolog (Young 1981). I en efterfølgende artikel gav Young (1982) en række eksempler på, hvordan patienters sygdomsopfattelse blev skabt af kontekstuelle forhold: det, som Young kalder prototypiske oplevelser og kædekomplekser. Ved prototypiske oplevelser mente Young, at menneskers opfattelse af en sygdom blev formet af tidligere erfaringer med denne sygdom – enten hos patienten selv eller af betydningsfulde andre i patientens omgangskreds. Med kædekomplekser pegede Young på det forhold, at viden om sygdom blev formet undervejs i sygdomsforløbet af de konkrete informationer og handlinger, som patienten modtog og gennemgik. En anden kritiker er antropologen Michael Taussig, der har forholdt sig meget kritisk til ideen om, at kultur skal afdækkes i kliniske sammenhænge. Han argumenterer for, at forklaringsmodeller og „klinisk social videnskab“ primært vil betyde, at endnu flere områder af patienters liv bliver underlagt den medicinske verdens kontrol og dens forståelse af normalitet (Taussig 1992).

Hvis vi for en kort stund kigger ud over psykiatriens enemærker, har også andre antropologer forholdt sig kritisk til forklaringsmodelbegrebet. I 2005 har den danske antropolog Hanne Mogensen præsenteret et argument, der minder om Youngs argument. På baggrund af feltarbejde i Uganda viser Mogensen, at mødre til syge børn ikke har en kulturel forklaringsmodel på deres børns sygdomme, og at det kliniske møde i stedet er domineret af forskellige praksisser (2005). Dorte Gannik fandt i forbindelse med en stor undersøgelse af ryglidelser i Danmark egentlige forklaringsmodeller på lidelsen hos cirka halvdelen af de patienter, som hun interviewede. Men disse forklaringsmodeller var personlige sygdomsmodeller og ikke en delt kulturel sygdomsmodel (Gannik 2005:94).

Kritikken betød dog ikke, at forklaringsmodel som teoretisk og analytisk begreb har mistet sin indflydelse i den medicinske antropologi. Det udgør stadig en central del af fagets tankegods. Særligt inden for de antropologiske studier af psykiatri spiller forklaringsmodeller stadig en stor rolle. Dette ses bl.a. i det antropologiske bidrag til den seneste udgave af den amerikanske manual for diagnosticering af psykiatriske sygdomme<sup>1</sup> – DSM-IV (Kirmayer et al. 1998), og i forarbejdet til den kommende udgave – DSM-V (Alarcón et al. 2005). Da denne manual skulle revideres i 1994, arbejdede en gruppe antropologer med, hvordan man bedst kunne udarbejde manualen, så den kunne anvendes i forhold til en multietnisk befolkningsgruppe. Bidraget blev en kulturel „spørgeguide“, der skal hjælpe klinikere med at afdække patienternes kultur (Lewis-Fernández 1996). Den teoretiske baggrund for dette bidrag er Kleinmans forklaringsmodel (Kirmayer et al. 1998).

Forklaringsmodeltanken bygger i en vis udstrækning på den kognitive antropologi. Inden for kognitiv antropologi mener man, at kultur i vid udstrækning ek-

sisterer som modeller eller skemaer hos det enkelte individ, hvilket er helt parallelt med ideen om forklaringsmodeller. Kritikken mod forklaringsmodellerne er ligeledes parallel med kritikken mod den kognitive antropologi og går, som nævnt ovenfor, ud på, at kultur og kulturelle fænomener som sygdomsopfattelser er kollektive fænomener og ikke skemaer i enkeltindviders bevidsthed, og at kropslige praksisser spiller en langt større rolle for kultur, end man antager i den kognitive antropologi (for den generelle kritik, se bl.a. Geertz 1973; Ortner 1984).

I mit feltarbejde på forskellige psykiatriske behandlingsinstitutioner oplevede jeg selv store vanskeligheder med at afdække kulturelle forklaringsmodeller hos patienterne. De fleste patienter havde meget diffuse og inkonsistente forestillinger om deres sygdomme. Mange mente ikke selv, at de var syge, andre igen havde stort set ordret overtaget personalets forestillinger, og mange var for sindssyge til at kunne fortælle om deres sygdom. Der var dog en anden gruppe mennesker i mit feltarbejde, hvor det var let at finde egentlige sygdomsmodeller, og det var blandt det psykiatriske personale. Her fandt jeg elaborerede og konsistente sygdomsmodeller, der var styrende for overvejelser og handlinger i den samarbejdende gruppe, som personalet udgjorde på de enkelte sengeafsnit. Baseret på ovenstående gennemgang vil jeg derfor foreslå, at forklaringsmodeller er mere oplagte at søge efter hos medicinsk personale end hos forskellige patienter og patientgrupper. Jeg vil derfor forlade forklaringsmodelbegrebet og de psykiatriske patienter og i stedet anvende begrebet sygdomsmodeller og undersøge disse hos personalet. I det næste afsnit vil jeg yderligere forfølge dette argument i forhold til psykiatrisk personale, da psykiatrien synes at udgøre et særligt relevant miljø at finde sygdomsmodeller i.

## Psykiatriske personalegrupper som et oplagt sted at finde sygdomsmodeller

Psykiatrien er af flere grunde et oplagt sted at finde sygdomsmodeller hos personalet. Den psykiatriske sygdomslære og praksis er til en vis grænse åben for fortolkning og afhængig af forskellige teoretiske perspektiver (se bl.a. Barrett 1996; Rhodes 1995). Det betyder, at psykiatrien i sig selv ikke har fast afgrænsede sygdomme i en biomedicinsk forståelse, selv om man inden for psykiatrien ofte foregiver, at dette er tilfældet, f.eks. i de forskellige diagnosemanualer (se f.eks. Berthelsen & Munk-Jørgensen 1998). Opfattelsen af sygdommene forhandles til stadighed af det psykiatriske personale. Et kort eksempel vil illustrere dette. Med introduktionen af den 10. udgave af WHO's diagnostiske manual i Danmark i 1996 skiftede skizofreni status fra en kronisk sygdom, ofte med en dårlig prognose og med konnotationer om en stadig degenererende evne til at klare sig, til

en sygdom, som det var muligt at blive helbredt for. Med den nyeste udgave af manualen behøver psykotiske symptomer kun at være til stede i en måned, for at diagnosen skizofreni kan blive stillet, hvor man tidligere krævede tilstedeværelse af psykotiske symptomer i flere år. Denne ændring fandt sted for at bringe de diagnostiske kriterier i WHO's manual og den amerikanske manual tættere på hinanden. Den amerikanske definition af skizofreni har tidligere været mere inklusiv end WHO's. Med den nyeste udgave af WHO's manual blev det meget lettere at sammenligne, fordi de to definitioner af skizofreni kom til at ligne hinanden mere. Så officielt kan man i dagens Danmark blive diagnosticeret med skizofreni efter at have haft symptomer i en måned. I virkeligheden er det dog sjældent det, der sker. Psykiatere og psykiatrisk personale er stadig tilbageholdende med at stille en skizofrenidiagnose, hvis der ikke har været flere hospitalsindlæggelser og en meget længere historie om psykosesymptomer. Ofte vil man også foretrække, at patientens sociale liv er påvirket i karakteristisk retning, hvis en skizofrenidiagnose skal stilles. Med andre ord anvender psykiatrisk personale fortsat en mere traditionel opfattelse af skizofreni. Fordi de psykiatriske diagnoser stadig er afhængige af skøn hos det psykiatriske personale, er sygdommens definition også åben for fortolkninger.

Men hvis de psykiatriske sygdomme er åbne for fortolkninger, hvorfor samler de sig så ofte igen i stabile sygdomsmodeller? Dette er der flere forklaringer på i den psykiatriske praksis. For det første findes der som et regelmæssigt, tilbagevendende fænomen på de fleste psykiatriske afdelinger det, der kaldes supervision. Supervision er en samling af personalet, hvor forskellige problemstillinger i forhold til patienterne diskuteres, og hvor personalet lærer at opfatte sygdom og behandling på én bestemt måde, nemlig afdelingens måde. Supervisionssessioner bliver ofte styret af ældre, erfarne personalemedlemmer eller personalemedlemmer med en særlig uddannelsesmæssig ekspertise, og disse personalemedlemmer har derfor autoritet til at fastslå, hvad der er den rigtige måde at anskue sygdomme på. I disse sessioner bliver individuelle og afvigende opfattelser ekskluderet.

Personalet laver også psykoedukation af deres patienter. Psykoedukation er undervisningssessioner, hvor personale underviser patienter i deres sygdom og den korrekte behandling af denne. Sat lidt på spidsen kan man sige, at personalet her underviser patienterne i at være patienter på den rigtige måde, nemlig den måde, som personalet bedst kan håndtere. I denne proces internaliserer personalet også bestemte måder at anskue patienter og sygdomme på.

For det tredje finder man blandt en del psykiatrisk personale en tendens til, at de flytter rundt mellem forskellige sengeafsnit og forskellige afdelinger, indtil de finder et sted, hvor de passer ind. Det betyder, at psykiatrisk personale, der har en anderledes sygdomsopfattelse eller opfattelse af behandling, normalt flyt-

ter afdeling frem for at ændre noget i den eksisterende kultur et givent sted. Alt dette betyder, at man blandt personalet kan finde sygdomsmodeller, der er forskellige fra de psykiatriske tekstbøger, og som på forskellige sengeafsnit udgør relativt stabile sygdomsmodeller.

## Studier af skizofreni og psykiatri

Selv om deres argument ikke er struktureret omkring begrebet sygdomsmodel, har andre antropologer tidligere arbejdet med psykiatrisk personales opfattelser af psykisk sygdom og særligt af skizofreni. Den amerikanske antropolog Tanya Luhrmann skriver, at det netop er personalets tillærte opfattelse af psykisk sygdom, der er bestemmende for, hvordan man behandler sygdommene, og denne opfattelse er det muligt for antropologen at anskue som kultur og dermed afdække (Luhrmann 2000).

Den australske antropolog og psykiater Robert Barrett udgav i 1996 et omfattende studie af den sociale definition af skizofreni på et australsk hospital. Barrett viste bl.a., hvordan diagnosen bliver skabt gennem fortolkninger af forskellige situationer og gennem journalskrivningsprocessen snarere end som resultatet af en objektiv diagnosticeringsproces (se også Barrett 1988). Han viste også, hvordan forskellige teorier om skizofreni kan knyttes til forskellige faggrupper på hospitalet: psykiater, sygeplejerske og socialarbejder (Barrett 1996). Også den amerikanske antropolog Lorna Rhodes har arbejdet med sociale og kulturelle aspekter ved psykiatrien gennem omhyggelige studier af psykiatrisk praksis (Rhodes 1984, 1991, 1995). Hun har bl.a. vist, hvordan den psykiatriske sygdomsforståelse har opsamlet elementer fra forskellige konkurrerende teoretiske paradigmer: 1) „Indespærring“ af de psykisk syge, så de ikke forstyrrer samfundets normalitet. 2) „Blikket“, der indeholder både det traditionelle medicinske blik for fysiologiske, patologiske tilstande og det psykoanalytiske blik for fortrængning. 3) „Systemtilgang“, hvor fokus udvides fra patienten til hans omgivelser (Rhodes 1995:132-3).

Luhrmann har skrevet udførligt om det amerikanske psykiatriske system (Luhrmann 2000). Hun beskriver, hvordan der er to hovedretninger inden for amerikansk psykiatri: den psykodynamiske tilgang og den medicinsk-biologiske tilgang. Den psykodynamiske tilgang er primært knyttet til privatpraktiserende psykiatere, mens den medicinsk-biologiske tilgang er dominerende inden for hospitalspsykiatrien. Luhrmanns interesse er, hvordan kommende psykiatere lærer deres fag og lærer, hvordan de navigerer mellem disse meget forskellige tilgange. Hun interesserer sig også for, hvordan psykiatere lærer at konstruere deres patienters diagnose på baggrund af deres ofte komplekse livshisto-

rier, hvordan de lærer at uddrage de afgørende symptomer fra disse historier, og hvordan en psykiatrisk case skal præsenteres.

Fælles for disse tre forfattere er deres fokus på de psykiatriske diagnosers meningsfuldhed i den kliniske praksis. Denne position er i modsætning til en antologi, redigeret af den engelske psykolog Richard Bentall med bidrag fra en række engelske psykologer (Bentall 1990a). Formålet med denne bog er en dekonstruktion af skizofrenibegrebet, både dets historiske oprindelse (Boyle 1990), dets forskningsmæssige legitimitet (Marshall 1990) og dets nuværende position (Bentall 1990b).

Denne artikel følger de tre førstnævnte forfattere med et fokus på, hvordan skizofrenidiagnosen er meningsfuld for det psykiatriske personale, og på, hvordan diagnosen i praksis formes af forskellige sociale og kulturelle forhold. Der er således ikke tale om en dekonstruktion af skizofrenibegrebet, men snarere om et første forsøg på at skrive en dansk pendant til Barretts, Rhodes' og Luhrmanns studier. Det er samtidig et forsøg på en opdateret analyse, hvor særligt medicin og forestillingen om den biologiske ætiologi har tiltaget sig en mere magtfuld position i forståelsen af skizofreni, siden Barrett, Rhodes og Luhrmann skrev i 1980'erne og 1990'erne.

## Psykiatriens opfattelse af skizofreni gennem tiden

Afsnittet ovenfor har illustreret, hvordan opfattelsen af skizofreni og psykisk sygdomme er påvirket af kulturelle og sociale forhold i den kliniske praksis. Opfattelsen af skizofreni inden for det psykiatriske system selv har også ændret sig gennem tiden, hvad dette afsnit vil dokumentere.

I psykiatrien i dag anvender man officielt en biopsykosocial sygdomsmodel, fordi psykiske sygdomme – og ikke mindst skizofreni – menes at påvirke alle tre aspekter af et menneske (Reisby & Gjerris 2000). Meget enkelt kan man sige, at man i dag mener, at skizofreni er en biologisk sygdom, hvor man arver en særlig sårbarhed, og hvor forskellige former for stress – i livmoderen, i forbindelse med fødslen, under opvæksten – kan udløse den skizofrene sygdom. Neurobiologisk forklares skizofreni som, at hjernen hos personen, der har psykotiske symptomer, får for mange informationsstimuli gennem dopaminsystemet, som den ikke kan behandle, hvilket leder til de psykotiske symptomer (Glenthøj 2000:353-4). Man har altså arvet en særlig sårbarhed over for, at hjernen reagerer på denne måde på stress. Dette er dog en meget forsimplet model, og man er inden for psykiatrien helt klar over, at man stadig ikke har fundet frem til de egentlige årsager til skizofreni. Ovenstående er en kort skitse af lærebogsopfattelsen af skizofreni, og de nævnte referencer er taget fra den mest anvendte psykiatriske lærebog

i Danmark (Hemmingsen et al. 2000). Denne beskrivelse er dog kun den sidste i en lang historisk række af forskellige sygdomsmodeller.

I dag er psykiatrien i den fase, der beskrives som „den anden biologiske psykiatri“ (Shorter 2001). Denne gennemgang af forskellige opfattelser af skizofreni vil tage sit udgangspunkt i „den første biologiske psykiatri“ og med den moderne psykiatris grundlægger Emil Kraepelin. Det var med Kraepelins omhyggelige beskrivelser af forløb hos psykisk syge mennesker, at skizofreni blev adskilt fra de mani-depressive psykoser. Mens de mani-depressive psykoser var kendetegnet af psykotiske episoder, hvor patienten imellem de enkelte psykoser vendte tilbage til den præmorbid (før sygdommens indtræden) psyke og funktionsniveau, så var skizofrenien kendetegnet af en stadig forværring, hvor patienten efter sygdommens indtræden aldrig kom tilbage til sin præmorbid tilstand. Kraepelin kaldte sygdommen for *dementia praecox* – tidlig demens – netop for at understrege, at sygdommen var irreversibel og progredierende (Barrett 1996). Kraepelin lokaliserede skizofreni/dementia praecox til en sygdom i hjernen, i modsætning til tidligere tiders opfattelse, hvor sindssygdom blev opfattet som en moralsk brist. Det lykkedes ham dog aldrig at få lokaliseret, hvor i hjernen sygdommen havde sin oprindelse. Det er på grund af Kraepelins beskrivelse af skizofreni som en sygdom i hjernen, at denne periode i psykiatriens historie kaldes den første biologiske bølge. Den engelske psykolog Mary Boyle har i en artikel kritiseret Kraepelins arbejde og den position, som dette har inden for psykiatrien (Boyle 1990). Hun skriver, at Kraepelins beskrivelser ikke dokumenterer hans hypotese om, at der er tale om en enkelt sygdom i hjernen. Hendes centrale pointe er, at den sygdom, som Kraepelin beskrev, slet ikke var en psykisk sygdom, men hjernebetændelse (*encephalitis lethargica*). Denne kritik fra Boyle er dog ikke slået igennem i psykiatrien, og her har Kraepelin fortsat status som disciplinens grundlægger.

Den biologiske psykiatri blev et par årtier ind i 1900-tallet trængt i baggrunden som dominerende forståelsesramme til fordel for Freuds psykodynamiske teorier. Det er dog vigtigt at understrege, at den aldrig helt forlod psykiatrien. Freuds psykodynamiske teorier forstod skizofreni på en radikal anderledes måde end som en sygdom i hjernen. De produktive psykotiske anfald blev opfattet som, at et menneskes „jeg“ ikke var udviklet til et stærkt og integreret hele, som kunne undertrykke forskellige impulser fra det ubevidste/id'et. Det svage jeg blev set som et resultat i en fejludvikling hos det enkelte individ, hvor særligt de første seks måneder blev set som afgørende (Cullberg 1999:259, 273). De psykodynamiske teorier om skizofreni inddrog i høj grad også det enkelte individs sociale miljø i forklaringen på sygdommen, og særligt i den nære familie fandt man årsager til fejludvikling. Et andet punkt, der adskiller den psykodynamiske for-

ståelse af skizofreni fra tidligere og senere forståelser, er synspunktet, at psykosen er forståelig, og at den siger noget vigtigt om de indre psykologiske processer hos den psykotiske (Cullberg 1999:241-3; se også Barrett 1996).

Selv om den psykodynamiske tilgang til skizofreni fortsat havde en fremtrædende plads frem til 1970'erne, specielt i USA, begyndte den biologiske psykiatri at røre på sig igen allerede fra 1950'erne. I 1952 blev den antipsykotiske effekt ved præparatet klorpromazin<sup>2</sup> opdaget, og dermed havde man en medicinsk behandling af skizofreni. Med medicinen var psykiatriens anden biologiske bølge sat i gang. Når man kemisk kunne behandle psykosen, havde psykosen formentlig også kemiske og dermed biologiske rødder. Samtidig var skizofreniens arvelighed blevet stadig mere massivt dokumenteret, hvilket yderligere forstærkede forestillingen om, at skizofreni var en biologisk sygdom.<sup>3</sup> Psykodynamikken forsvandt officielt fra den moderne psykiatri ved de seneste revisioner af WHO's og den amerikanske diagnosemanual i henholdsvis 1996 og 1994. Her fjernede man diagnoser, der var fremkommet på baggrund af psykodynamiske teorier (bl.a. neuroser og endogame depressioner<sup>4</sup>) og gik over til et system, hvor diagnoserne udelukkende blev stillet på baggrund af beskrivelser af patientens symptomer (Berthelsen & Munk-Jørgensen 1998). De psykologiske teorier forsvandt dog ikke helt fra teorierne om skizofreni, men blev inkorporeret i den biopsykosociale model, som i dag er den officielle sygdomsmodel for skizofreni.

## Den biopsykosociale model i praksis

En ny patient er blevet indlagt på det psykiatriske sengeafsnit, og et par dage efter skal der være behandlingskonference. Patientens kontaktperson forbereder en præsentation af ham. Jeg spørger kontaktpersonen, hvad vedkommende vil fortælle om til konferencen, og hun siger: 'Jeg vil nævne hans diagnose, fortælle lidt om, hvordan han blev indlagt, hvilken behandling han har fået, mens han har været her, og hvordan jeg synes hans adfærd er her på afdelingen.' Jeg spørger til, om hun vil sige noget om patientens baggrund eller hans opvækst. 'Nej, det havde jeg ikke tænkt mig, det er ikke så vigtigt. Hvis der er nogle, der er interesserede i det, så kan de jo selv læse i journalen.'

Dette korte eksempel viser, hvilke oplysninger om en patient personalet på en psykiatrisk afdeling mener er vigtige. Der er et stærkt fokus på her og nu, på medicin (behandlingen) og personalets vurdering af patientens tilstand. Behandlingskonferencen på et afsnit er en af de primære informationskilder, som personalet har til at få noget at vide om patienterne, og som eksemplet viser, er det en ret snæver mængde oplysninger, som er tilgængelig i dette forum (se også Johansen 2006).

I den moderne psykiatri bliver sygdomme som nævnt officielt beskrevet som komplicerede biologiske, psykologiske og sociale fænomener. Som eksemplet ovenfor viser, er der langt fra en sådan kompliceret model til de beskrivelser, som personalet opererer med i praksis.<sup>5</sup> I sit arbejde med skizofreni har Barrett beskrevet, hvordan introduktionen af den biopsykosociale model, på trods af sin umiddelbare lighed mellem de tre perspektiver, i virkeligheden repræsenterede det biologiske perspektivs kolonisering og underordning af psykologiske og sociale teorier om skizofreni. Den biopsykosociale model er i psykiatrien blevet koblet med en stress-sårbarheds-model, hvor sygdommes opståen forklares med en genetisk/biologisk sårbarhed for sygdommen, der kan udløses af forskellige former for stress. Og i denne model har biologien antaget den initierende eller originale kvalitet: Biologisk sårbarhed kommer før de psykologiske eller sociale stressfaktorer (Barrett 1996:244-7; se også Gelman 1999:208-9; Rose 2003).

Selv om den nuværende, biologisk dominerede sygdomsmodel teoretisk og potentielt er meget kompleks, bliver den ofte i praksis reduceret til, at der er en kemisk fejl i hjernen, der skaber symptomer og en problematisk adfærd, og at disse symptomer og adfærd kan dæmpes med den antipsykotiske medicin. Eksemplet ovenfor viser også at det psykiatriske personale tit ikke har et historisk perspektiv på patienternes sygdom. Rhodes' ord om en amerikansk psykiatrisk afdeling rammer praksis på de danske afdelinger meget fint: „Nogle af de centrale spørgsmål i en psykiatrisk „setting“ har ikke at gøre med diagnose, ætiologi [oprindelse] eller prognose, men med styringen af symptomer, der involverer socialt uacceptabel eller uproduktiv adfærd“ (1984:67, min oversættelse; se også van Dongen 2004).

At den biopsykosociale model i praksis synes at blive til en medicin-adfærds-model skyldes til dels, at den medicinske behandling har en meget dominerende position i behandlingen af skizofreni på moderne psykiatriske afdelinger. Den medicinske behandling med antipsykotisk medicin er den primære og i mange tilfælde også den dominerende behandling. Andre behandlingstiltag, f.eks. samtaleforløb, bliver opfattet som noget, der kommer efter den medicinske behandling - når - patienten er blevet apsykotisk og stabiliseret af den antipsykotiske medicin. Tit når man dog aldrig frem til disse sekundære behandlingstiltag – når patienten er blevet god nok til at indgå i samtaleforløb, er han eller hun som regel også god nok til at blive udskrevet fra afdelingen (Johansen 2006; Luhrmann 2000).

Hvis vi vender tilbage til nogle af de elementer, som en sygdomsmodel typisk indeholdt, og som blev skitseret i starten af artiklen, så var et af elementerne spørgsmålet om, hvordan en given sygdom opstod. Og det er i praksis en af de roller, som den biopsykosociale model har fået. Den giver en ukompliceret for-



klaring på, hvordan patienternes skizofreni er opstået. En forklaring, der qua sin stærke biologiske komponent er knyttet til de nyeste neuropsykiatriske forskningsresultater – dog på en tilpas vag måde, der gør, at personalet ikke behøver at tage stilling til de eksplicite resultater, men bare til den generelle ramme: at skizofreni har en biologisk oprindelse og derfor kan behandles medicinsk.

## Den sociale organisering på afdelingen

En anden dimension i forklaringen på, hvorfor den biopsykosociale models kompleksitet er blevet reduceret til en relativ simpel medicin-adfærds-model, er, at der ikke er en klar fordeling af, hvem der i praksis har ansvaret for modellens forskellige elementer. Barrett knytter modellen til introduktionen af det tværfaglige hold, hvor forskellige professionelle grupper tager sig af de forskellige tilgange (1996). Dette er også den formelle tilgang i det danske system (Reisby 2000:45). I praksis sker der ofte det, at det psykologiske og sociale aspekt af behandlingen bliver overladt til psykologen og socialrådgiveren, som ikke er i en position til at løfte denne opgave, bl.a. på grund af deres mere begrænsede involvering på afsnittene, og fordi deres professionelle rolle ikke dækker disse tiltag. Socialrådgiveren på et dansk psykiatrisk afsnit er ikke primært ansvarlig for social- og familierapi, som Barrett fandt, at socialrådgiveren var det i Australien (1996). Vedkommendes opgave er snarere at sørge for, at patienten har penge, mens han eller hun er indlagt, og et sted at bo, når han eller hun bliver udskrevet.

Psykolog, socialrådgiver, fysioterapeut og i nogle tilfælde også ergoterapeut er mere socialt marginale på afsnittene end plejepersonalet og psykiateren, og dermed bliver deres perspektiver også mere marginale. Afsnittenes primære personale er det psykiatriske plejepersonale. De er på afdelingen hele tiden, og de har ikke opgaver uden for afsnittet. I det perspektiv ligner de patienterne (Barrett 1996; Rhodes 1991). Det er dem, der kender patienternes daglige funktion, adfærd og symptomer bedst. Psykiaterne er afhængige af plejepersonalets information, når de skal vurdere behandlingens effekt. Psykiateren, psykologen, socialrådgiveren og ergoterapeuten har som regel deres kontorer uden for afsnittet, og de har møder og aktiviteter andre steder. Psykologen, socialrådgiveren og på nogle afsnit også psykiateren kommer kun på afsnittene, når de har en aftale, f.eks. samtaler, stuegang, konferencer. Det giver disse andre professioner en mere marginal plads, der betyder, at deres viden om patienterne bliver et supplement til plejepersonalets. I forhold til den biopsykosociale model betyder det, at det psykologiske og sociale ikke får samme plads i beskrivelsen af patienten.

Psykiateren indtager i denne sammenhæng en form for mellemposition. På den ene side er hans eller hendes funktion ikke snævert knyttet til sengeafsnittet,

og som det tværfaglige personale går psykiateren også til og fra afsnittet. På den anden side er psykiateren den ansvarlige for behandlingen, og plejepersonalet er afhængigt af en læges ordination, hvis der skal gives medicin eller ændres i den medicinske behandling. Det er ikke nødvendigt, at der er en socialrådgiver på afsnittet en dag, men der kommer altid en læge forbi.

Den centrale position, som plejepersonale og psykiater tilsammen har på de psykiatriske afdelinger, viser sig også, ved at det er dem, der tager behandlingsbeslutninger og foretager behandlingsevalueringer, ofte uden patientens deltagelse. Det er også en del af argumentet for, hvorfor personalets sygdomsmodel er interessant: Det er i vid udstrækning i forhold til den, at behandlingsbeslutninger bliver truffet.

Politiet havde bragt en ung kvinde i starten af 20'erne til afdelingen, fordi hun havde opført sig underligt på gaden. Hun var flere år tidligere blevet diagnosticeret med skizofreni og havde flere indlæggelser bag sig. Hun havde udtalte og voldsomme hørelsesshallucinationer og skreg ofte ad mennesker, der ikke var til stede. Hun var voldsomt tankeforstyrret og havde perioder med vrangforestillinger. I den psykiatriske skadestue havde hun fået Zyprexa [antipsykotisk medicin]. De sidste par gange hun havde været indlagt, havde hun også fået denne behandling. Det så ikke ud til at hjælpe ret meget, og hun blev hurtigt øget i dosis. Samtidig begyndte personalet at diskutere, om Zyprexa også var det rigtige præparat til hende. 'Hun er alt for syg til at være på Zyprexa' blev et almindelige udsagn, når der blev givet rapport ved vagtskifte, og alle hendes psykotiske symptomer blev beskrevet. 'Hun har virkelig brug for noget stærkt, der kan slå hendes psykose ned', var et andet af denne type udsagn. Den unge kvinde selv var så forstyrret på baggrund af psykosen, at det var umuligt at finde ud af, hvad hun mente om medicinen, og evalueringen af effekten blev foretaget på baggrund af observerbare symptomer og adfærd. Efter nogle ugers indlæggelse blev hun diskuteret på afsnittets behandlingskonference. Psykiateren tilsluttede sig personalets opfattelse af, at Zyprexa nok ikke var det rette valg til hende, og at hun havde brug for et andet præparat, men var dog modvillig til at ændre medicinen, før patienten havde fået Zyprexa i høje doser nogle uger endnu. Patienten blev dog skiftet til Cisordinol [et andet antipsykotisk præparat] efter nogle få dage, fordi personalet vurderede, at hun var meget forpint af sin psykose, men hjalp heller ikke ret meget. Efter yderligere nogle måneders indlæggelse fik hun et tredje præparat, Leponex, der måske hjalp hende lidt, og hun blev flyttet til en anden afdeling for langtidsindlæggelser.

Denne case viser, hvordan vigtige sociale forhandlinger om den medicinske behandling finder sted mellem psykiateren og plejepersonalet. Plejepersonalet vil observere effekter og bivirkninger ved behandlingen og vil fortælle om disse observationer, når der er konferencer, og når psykiateren spørger til patienten. Plejepersonalet og psykiateren vil også spørge patienten, hvordan hun har det, og om hun synes, at behandlingen hjælper hende, og de vil spørge til hendes

psykotiske symptomer for at finde ud af, om de ændrer sig. Hendes egen beskrivelse vil dog blive taget med et stort forbehold på grund af hendes psykotiske tilstand (se også van Dongen 2004). Hvis hun siger, hun har det godt, vil dette udsagn blive sammenlignet med observationerne af hendes symptomer, og disse forskellige observationer vil blive diskuteret blandt personalet for at finde ud af, hvordan behandlingen virker. En del patienter med skizofreni har det symptom, at de ikke selv synes, at de er syge („manglende sygdomsindsigt“). Det element er yderligere med til at forstærke personalets opfattelse af, at patienterne ikke er i stand til at vurdere deres egen sygdom.

Noget af det, som har interesseret antropologer ved forklaringsmodelbegrebet er, hvilke personer der er engageret i det specifikke behandlingsarbejde og i at beslutte, hvad den rigtige behandling er (se f.eks. Lewis-Fernández 1996). Den medicinske antropolog John Janzen formulerede tilbage i 1978 begrebet „therapy managing group“. På baggrund af et feltarbejde om sygdom og behandling i Zaire kunne Janzen vise, at det ikke var det enkelte individ, der besluttede, hvem der skulle konsulteres, og hvordan en eventuel sygdom skulle behandles. Tværtimod blev betydningsfulde andre engageret i individets sygdom og dannede en „therapy managing group“ rundt om den enkelte. Denne gruppe afspejlede ofte de vigtigste slægtskabsstrukturer hos den konkrete befolkningsgruppe. Den ovenstående case viser, hvordan personalet på psykiatriske afdelinger ofte udgør den centrale sociale gruppering, som behandlingsbeslutningerne foregår inden for. Der er ikke tale om en „therapy managing group“ i Janzens forstand, da denne gruppe ikke mobiliseres på baggrund af slægtskabsforhold, men der er dog tale om, at de centrale behandlingsevalueringer og beslutninger foretages i en social gruppe uden om og uden den enkelte patient.

## Personalets sygdomsmodel for skizofreni

Som vist ovenfor spiller den biopsykosociale model i praksis en meget begrænset rolle for det psykiatriske personale. Det er dog muligt at identificere en række andre elementer i personalets sygdomsmodel, som i praksis udfylder det tomrum, som den formelle biopsykosociale model har givet plads til: I personalets model er skizofreni en kronisk sygdom, hvis forløb er kendetegnet af, at patienten vil have gode perioder med kun få psykotiske symptomer fulgt af dårlige perioder med mange psykotiske symptomer. Denne fluktueren i sygdommen er stort set uden for kontrol fra både patienten, personalet og medicinen. Det er noget, som sker – ofte som en reaktion på subjektive og uspecifikke stressfaktorer i patientens liv. Når patienten får det bedre, er det ofte spontant – personalet har i hvert fald svært ved at pege på det specifikke i behandlingen, som har hjulpet. Medicin har

en prominent position i denne model. Det er den primære og vigtigste behandling. Man forestiller sig dog ikke, at medicinen helbreder sygdommen, men at den begrænser symptomer og adfærd hos patienten. Det centrale mød med behandlingen er ikke at helbrede, men at stabilisere. Stabilisere betyder, at patienten tager sin medicin regelmæssigt, at vedkommende regelmæssigt er i kontakt med behandlingssystemet, at patientens socialrådgiver har kontrol over hans eller hendes penge, og at patienten har et sted at bo. Endelig er skizofreni en sygdom, som patienten ikke kender så godt som personalet – ofte har vedkommende ikke erkendt at være syg (manglende sygdomsindsigt).

Disse elementer i personalets sygdomsmodel kommer forskellige steder fra, men de fleste af dem har en stærk tilknytning til praksis og til personalets erfaring (se også Rhodes 1984). Opfattelsen af skizofreni som en kronisk sygdom er forankret i den opfattelse af skizofreni, som allerede Kraepelin formulerede, og trækker dermed på en over 100 år gammel opfattelse. Den hænger også sammen med personalets opfattelse af skizofreni som en alvorlig sindssygdom, som ikke skal stilles uden alvorlig grund. En anden del af forklaringen på, at kronicitet fylder meget hos personalet, er, at det er de kroniske patienter, som de ser igen og igen, og som personalet derfor kommer til at kende bedst, og som derfor kommer til at stå som en prototypisk repræsentant for den pågældende sygdom.

Josef har været i psykiatrisk behandling gennem de sidste 10 år, men er stadig meget plaget af en række voldsomme og ubehagelige hørelsesshallucinationer. Han har gennem årene prøvet en række forskellige antipsykotiske præparater, men ingen af dem har haft nogen synderlig effekt på hans symptomer. Han bliver indimellem indlagt, når stemmerne bliver for slemme, og han derfor ikke får sovet. Under disse indlæggelser får han det relativt hurtigt bedre. I en samtale med mig siger den behandlingsansvarlige psykiater: 'Josefs psykose har nok brændt sig fast. Det virker ikke, som om den bliver synderligt påvirket af den medicin, vi hælder i ham. I virkeligheden er hans behandling nok mere social – når han er alene hjemme i sin lejlighed, hører han mange stemmer. Når han er på afdelingen, og der er mennesker omkring ham, så får han det bedre. I virkeligheden burde han nok bo på et psykiatrisk plejehjem, hvor der kunne være nogen om ham hele tiden.'

At personalet opfatter skizofreni som en sygdom, som det er svært at gøre noget ved, hænger til dels sammen med dens status som kronisk, samt at behandlingen ofte bliver opfattet som symptombehandling snarere end som behandling af de grundlæggende årsager. Skizofreni er grundlæggende en sygdom, hvis biologiske dynamikker personalet ikke kender. Det er dog også et karakteristikum, som er tæt knyttet til personalets praktiske erfaringer. Nogle gange hjælper medicinen, og nogle gange gør den ikke – og hvad der gør udfaldet i den pågældende situation, kan man ikke sige med sikkerhed. Ofte bliver flere forskellige præparater prøvet på en patient for at finde frem til et præparat, der virker.

Til et morgenmøde fortæller et personalemedlem: 'Jeg havde en lang snak med Hans i går. Der virker virkelig, som om han har fået det bedre. Han er meget mere klar og sidder ikke og mumler med stemmerne hele tiden. Men hvorfor det vender lige nu, det ved jeg ikke, for han var virkelig dårlig i sidste uge.'

Stabilisering står centralt i forhold til personalets model af skizofreni. Det opfattes både som en behandling og som et behandlingsmål. Stabilitet handler om, at patienten har fundet den balance, hvor hans psykotiske symptomer er acceptable, uden at medicinens bivirkninger er for store. Det er en balance i hans liv, hvor han ikke udsætter sig selv for for meget stress, der kan udløse en psykose. Stabilitet handler om at have affundet sig med sygdommens karakteristika og inden for denne ramme kunne definere et liv, hvor ro og medicin har en prominent plads og bliver prioriteter i forhold til andre elementer i patientens liv. For mange patienter handler stabilitet også om en erkendelse af, at de har brug for hjælp – fra medicinen og i nogle tilfælde også fra et behandlings- og socialsystem, der holder dem fast i de stabiliserende rammer.

Peter har været indlagt i en periode og er efterfølgende knyttet til et intensivt, ambulansetilbud i flere år. Efter det første år har Peter opnået de fleste af sine behandlingsmål: Han har fået pension, sin egen lejlighed, en kæreste og er stort set ophørt med at tage stoffer. Jeg spørger hans kontaktperson, om han så skal overføres til et mindre intensivt behandlingstilbud, når det nu går så godt, og hun svarer: 'Jeg tror, det er vigtigt at beholde Peter her i kendte rammer i et længere stykke tid for at se, om han er inde i et stabilt forløb. Der er sket så mange – gode – ting for ham, og jeg er bange for, at hvis vi slutter ham af, så falder det hele på gulvet. Det er vigtigt, at det er nogen, der kender ham, som følger ham, og som kender ham så godt. Vi kan se de der små ting, der peger på, at der er ved at ske noget med ham.'

Endelige har den skizofrene sygdomsmodel det karakteristiskum, at personalet kender sygdommen bedre end patienterne. For en del patienter er et symptom ved deres sygdom, at de ikke selv oplever at være syge, men snarere at de er de eneste, der har gennemskuet, hvordan verden rigtig hænger sammen (se eksempel i Larsen 2005). Det betyder, at personalet – i dets egen optik – er dem, der ved, hvad sygdommen går ud på. Det betyder også, at en del af personalets behandling går ud på at overbevise patienterne om, at de bliver nødt til at tro på personalets vurderinger af deres sygdom og ikke deres egen erfaring. En del af den stabilitet, som er et vigtigt element i sygdomsmodellen, handler om at fastholde patienterne i denne erkendelse af, at de ikke selv har god nok føling med deres sygdom og derfor har behov for systemets hjælp til at fastholde erkendelsen. De har brug for kontakt til behandlingssystemet for at få deres oplevelser „realitetskorrigeret“, dvs. at personalet kan fortælle dem, om det, de oplever, er virkeligt eller en vrangforestilling.

Karen, en sygeplejerske, har patienten Niels til samtale. Niels har skizofreni og er holdt op med at tage sin antipsykotiske medicin, efter at han blev udskrevet sidste gang, fordi han ikke selv synes, at han er syg. Han er derfor blevet indlagt igen på grund af medicinsvigt. Karen fortæller Niels, at hun har mødt mange patienter, der har hørt stemmer, ligesom han gør. Hun fortæller ham, at det ikke er normalt, og at de fleste andre mennesker ikke hører stemmer. Hun fortæller ham også, at hun kender flere, som har hørt stemmer, og som er sluppet for dem ved at tage medicin. Niels er skeptisk, men han synes, at Karen er en dygtig sygeplejerske, og når hun nu siger, at det skal han, så vil han overveje det, fortæller han hende til samtalen.

Det er selvfølgelig vigtigt at understrege, at der, som med alle kulturelle modeller, findes variationer i denne model, dels inden for de enkelte afsnit, dels afsnittene imellem. Men i generelle linjer tegner ovenstående et billede af skizofreni, som vil være genkendeligt for de fleste praktikere i den del af psykiatrien, som arbejder med skizofrene patienter.

## Konklusion

I mine forskellige forskningsprojekter inden for det psykiatriske behandlingssystem har jeg beskæftiget mig med forskellige grupper, som psykiatrien har svært ved at give en ordentlig behandling – dels psykiatriske patienter med anden etnisk baggrund end dansk og dels psykiatriske patienter med et stofmisbrug. Selv om årsagerne er meget forskellige, er der for begge grupper tale om, at de besidder nogle karakteristika, der udfordrer det etablerede psykiatriske behandlingstilbud. Fokus på marginale eller afvigende grupper efterlader dog ofte et spørgsmål om, hvad det er for en normalitet, som de afviger fra og dermed udfordrer. Laura Nader påpegede tilbage i 1972, at antropologer generelt er bedst til at studere nedad, til at studere de marginaliserede og lade de magtfulde være i fred. Denne artikel beskæftiger sig med psykiatriens normalitet. Den er en analyse af de magtfulde i psykiatrien – personalets – kulturelle modeller og et forsøg på at dreje fokus væk fra de marginale og hen imod kernen af de kulturelle praksisser, som jeg har observeret på de forskellige afdelinger.

Det analytiske begreb, som denne artikel har taget udgangspunkt i, er sygdomsmodel. På trods af den kritik, som begrebet er blevet udsat for, har jeg i denne artikel argumenteret for, at begrebet med fordel kan applikeres på psykiatrisk personale. Som et led i denne argumentation har jeg påpeget en række forhold ved psykiatrien, der gør det meningsfuldt at anskue deres sygdomsopfattelse som relativt konsistente sygdomsmodeller. Disse forhold er dels, at psykiatriske sygdomme til en vis grad er åbne for fortolkning, og dels at personalet har

forskellige definerende praksisser – supervision og psykoedukation – i forhold til deres sygdomsopfattelse. Disse forhold gør psykiatrien til et særligt oplagt sted at lede efter sygdomsmodeller blandt personalet. Antagelsen om, at opfattelser af sygdomme kan forstås og afdækkes som egentlige modeller, er blevet kritiseret for at være for statisk og give et fejlagtigt billede af menneskers sygdomsopfattelse. Jeg har med denne artikel ønsket at bringe begrebet på banen igen og påpege dets anvendelighed i forhold til at studere personalegrupper opfattelse af de sygdomme, som de arbejder med.

Den sygdomsmodel for skizofreni, som jeg her har beskrevet, viser en model, hvor der – inden for rammerne af den officielle biopsykosociale model – tegner sig en opfattelse af skizofreni som en biologisk sygdom, hvor medicin spiller en central rolle, og hvor opfattelser af kronicitet og stabilitet står centralt. Et andet vigtigt element i sygdomsopfattelsen er, at patienterne har en dårlig sygdomsindsigt, og det betyder, at personalet former sig som den primære behandlingsansvarlige gruppe rundt om patienten, men uden at patienten selv har en vigtig rolle. Analysen viser dermed, at der er en betydelig afstand fra den officielle biopsykosociale model til den model, som udgør den egentlige sygdomsmodel blandt personalet, og illustrerer dermed, at antropologiske undersøgelser af personalets sygdomsmodeller er yderst relevante bidrag til at forstå klinisk praksis.

## Noter

1. En diagnosemanual er et skrift, hvor en række sygdomme er oplistet og kan identificeres ved hjælp af tilstedeværelsen af en række karakteristiske symptomer. Inden for psykiatrien findes der to diagnosemanualer. En udgivet af den amerikanske psykiaterorganisation APA, der hedder Diagnostic and Statistical Manual of Psychiatric Disorders, kaldet DSM, og WHO's manual, der bruges i Danmark, og som hedder International Classification of Disease, kaldet ICD.
2. Klorpromazin er den første antipsykotiske medicin, der blev udviklet.
3. Den videnskabelige validitet af disse arvelighedsstudier er dog blevet problematiseret af Marshall (1990).
4. Både neuroser og endogame depressioner er sygdomme, som er meget tæt knyttet til Freuds teorier om psyken. Neuroser forekommer (meget enkelt beskrevet), fordi en patients overjeg er for stærkt og dermed undertrykker livskraften hos patienten. Endogame depressioner er depressioner, hvor man ikke kan pege på nogle eksplicitte ydre forhold (f.eks. et dødsfald), hvorfor depressionen menes at måtte stamme fra indre psykiske processer.
5. Dette er ikke for at sige, at praksis ikke kan være kompliceret, men for at påpege, at den sygdomsmodel, som personalet i praksis anvender, ikke er så teoretisk kompliceret som de officielle teorier.

## Litteratur

- Alarcón, Renato D., Margarita Alegria, Carl C. Bell et al.  
2005 Beyond the Funhouse Mirrors. Research Agenda on Culture and Psychiatric Diagnosis. I: D.J. Kupfer, M.B. First & D.A. Regier (eds.): A Research Agenda for DSM-V. Washington: American Psychiatric Press.
- Barrett, Robert  
1988 Clinical Writing and the Documentary Construction of Schizophrenia. *Culture, Medicine and Psychiatry* 12(3):265-99.  
1996 The Psychiatric Team and the Social Definition of Schizophrenia. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bentall, Richard  
1990a Reconstructing Schizophrenia. London: Routledge.  
1990b The Syndromes and Symptoms of Psychosis. Or Why you Can't Play "Twenty Questions" with the Concept of Schizophrenia and Hope to Win. I: R. Bentall (ed.): Reconstructing Schizophrenia. London: Routledge.
- Berthelsen, Axel & Poul Munk-Jørgensen  
1998 De psykiatriske diagnoser. København: Psykiatrifondens Forlag.
- Boyle, Mary  
1990 The Non-Discovery of Schizophrenia? Kraepelin and Bleuler Reconsidered. I: R. Bentall (ed.): Reconstructing Schizophrenia. London: Routledge.
- Cullberg, Johan  
1999 Dynamisk psykiatri. København: Hans Reitzels Forlag.
- van Dongen, Els  
2004 Worlds of Psychotic People: Wanderers, "Bricoleurs", and Strategists. London: Routledge.
- Gannik, Dorte Effersøe  
2005 Social sygdomsteori – et situationelt perspektiv. Frederiksberg: Forlaget Samfundslitteratur.
- Geertz, Clifford  
1973 The Interpretation of Cultures. New York: Basic Books.
- Gelman, Sheldon  
1999 Medicating Schizophrenia. A History. New Brunswick: Rutgers University Press.
- Glenthøj, Birthe  
2000 Biologisk behandling af skizofreni og paranoide psykoser. I: R. Hemmingsen, J. Parnas, A. Gjerris, P. Kragh-Sørensen & N. Reisby (red.): *Klinisk psykiatri*. København: Munksgaard Danmark.
- Good, Byron  
1977 The Heart is What's the Matter. The Semantics of Illness in Iran. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1(1):25-58.
- Hemmingsen, Ralf, Josef Parnas, Anette Gjerris, Per Kragh-Sørensen & Niels Reisby  
2000 *Klinisk psykiatri*. København: Munksgaard Danmark.
- Janzen, John  
1978 The Quest for Therapy in Lower Zaire. Berkeley: University of California Press.



- Johansen, Katrine Schepeleern  
 2006 Kultur og psykiatri. En antropologi om transkulturel psykiatri på danske hospitaler. Ph.d.-rækken nr. 37. København: Institut for Antropologi.
- 2007 Kategorisering i psykiatrien: Patienter med anden etnisk baggrund end dansk. I: K.F. Olwig & K. Pærregaard (red.): Integration: Antropologiske perspektiver. København: Museum Tusulanums Forlag.
- 2008 Hvad får sociale institutioner ud af forskning og vice versa? Et forskningsprojekt på et ambulatorium for psykisk syge stofbrugere. I: K.S Johansen, K.B. Ludvigsen & H.S. Nielsen (red.): Hverdagspraksis i socialt arbejde. Antropologiske perspektiver. København: Akademisk Forlag.
- Kirmayer, Lawrence J., Thi Hong Trang Dao & André Smith  
 1998 Somatization and Psychologization: Understanding Cultural Idioms of Distress. S.O. Okpaku (ed.): Clinical Methods in Transcultural Psychiatry. Washington: American Psychiatric Press.
- Kleinman, Arthur  
 1977 Depression, Somatization and the "ew Cross-Cultural Psychiatry" Social Science and Medicine 11(1):3-12.
- Kleinman, Arthur, L. Eisenberg & Byron Good  
 1978 Culture, Illness, and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research. Annals of Internal Medicine 88(2):251-8.
- Kleinman, Arthur & Joan Kleinman  
 1985 Somatization: The Interconnections in Chinese Society among Culture, Depressive Experience and the Meaning of Pain. I: A. Kleinman & B. Good (eds.): Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder. Berkeley: University of California Press.
- Larsen, John Aggergaard  
 2005 Becoming Mentally Ill: Existential Crisis and the Social Negotiation of Identity. I: V. Steffen, R. Jenkins & H. Jessen (eds.): Managing Uncertainty: Ethnographic Studies of Illness, Risk and the Struggle for Control. København: Museum Tusulanum Press.
- Lewis-Fernández, Roberto  
 1996 Cultural Formulation of Psychiatric Diagnosis: Introduction. Culture, Medicine, and Psychiatry 20(2):131-44.
- Luhrmann, Tanya M.  
 2000 Of Two Minds. The Growing Disorder in American Psychiatry. New York: Alfred A. Knopf.
- Marshall, Richard  
 1990 The Genetics of Schizophrenia: Axiom or Hypothesis? I: R. Bentall (ed.): Reconstructing Schizophrenia. London: Routledge.
- Mogensen, Hanne Overgaard  
 2005 Finding a Path through the Health Unit: Practical Experience of Ugandan Patients. Medical Anthropology 24(3):209-36.
- Nader, Laura  
 1972 Up the Anthropologist. Perspectives Gained form Studying Up. I: D.H. Hymes (ed.): Reinventing Anthropology. New York: Random House.

- Obeyesekere, Grananath  
1985 Depression, Buddhism, and the Work of Culture in Sri Lanka. I: A. Kleinman & B. Good (eds.): Culture and Depression: Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder. Berkeley: University of California Press.
- Ortner, Sherry B.  
1984 Theory in Anthropology since the Sixties. Comparative Studies in Society and History 26(1):126-66.
- Reisby, Niels  
2000 Sygdomsforekomster og organisatoriske forhold. I: R. Hemmingsen, J. Parnas, A. Gjerris, P. Kragh-Sørensen & N. Reisby (red.): Klinisk psykiatri. København: Munksgaard Danmark.
- Reisby, Niels & Anette Gjerris  
2000 Behandlingsprincipper, forskning og etik. I: R. Hemmingsen, J. Parnas, A. Gjerris, P. Kragh-Sørensen & N. Reisby (red.): Klinisk psykiatri. København: Munksgaard Danmark.
- Rhodes, Lorna  
1984 "This Will Clear your Mind": The Use of Metaphors for Medication in Psychiatric Settings. Culture, Medicine, and Psychiatry 8(1):49-70.  
1991 Emptying Beds. The Work of an Emergency Psychiatric Unit. Berkeley: University of California Press.  
1995 The Shape of Action. Practice in Public Psychiatry. I: S. Lindenbaum & M. Lock (eds.): Knowledge, Power, and Practice. Berkeley: University of California Press.
- Rose, Nikolas  
2003 Neurochemical Selves. Society 41(1):46-59.
- Shorter, Edward  
2001 Psykiatriens historie – fra asyl til Prozac. København: Munksgaard Danmark.
- Steffen, Vibeke  
2007 Sundhedens veje. København: Hans Reitzels Forlag.
- Taussig, Michael  
1992 Reification and the Consciousness of the Patient: The Nervous System. New York: Routledge.
- Young, Allan  
1981 When Rational Men Fall Sick: An Inquiry into Some Assumptions Made by Medical Anthropologists. Culture, Medicine, and Psychiatry 5(4):317-35.  
1982 Rational Men and the Explanatory Model Approach. Culture, Medicine and Psychiatry 6(1):57-71.

# RISIKOADFÆRD OG DET GODE LIV

Spørgsmål til en livsstil med øl, cigaretter og mangel på motion

RIE RAFFING OG CHARLOTTA PISINGER<sup>1</sup>

Jeg er ikke sådan en, der går og tænker på sygdom, eller hvor gammel jeg bliver eller noget. Jeg vil gerne være gammel, så længe jeg har det, som jeg har det nu (Kurt, 57 år, højt alkoholforbrug og inaktiv. Medicinsk historie: diabetes og blodprop i hjernen).

Det kan undre, at mennesker fortsætter en sundhedsskadelig livsstil, når de har mærket konsekvenserne, og de godt ved, at det er farligt. Denne undren dannede udgangspunktet for den undersøgelse, som omtales i artiklen. Artiklen er et input til den sundheds- og samfundsfaglige debat om forebyggelse og sundhedsfremme i Danmark. Inden for psykologien og epidemiologien er der i forebyggelses- og sundhedsfremmeforskningen udviklet modeller, som søger at forklare risiko- adfærdsopretholdelse<sup>2</sup> og -ændring, hvoraf „health belief“-modellen<sup>3</sup> og „stages of changes“-modellen<sup>4</sup> er nogle af de mest kendte. Den antropologiske debat om forebyggelse og sundhedsfremme har i høj grad beskæftiget sig med definitioner af begreberne forebyggelse og sundhedsfremme (Risør 2005; Vallgård 2005; Jensen 2005) og kommunikation om forebyggelse og sundhedsfremme mellem patient og behandler (Grøn 2005; Haahr 1995; til dels Risør 2002). Andre studier har søgt at skabe en viden om personer med høj risikoadfærd, som ikke er blevet syge af deres livsstil, om hvad denne adfærd betyder for dem i deres hverdagsliv, og hvad det er, der gør, at de ikke ønsker at ændre adfærd. Det drejer sig om Flemming Balvig, Lars Holmberg og Anne-Stina Sørensens undersøgelse om livsstil og forebyggelse i Ringsted (2005), om Morten Hulvej Jørgensens undersøgelse om unges alkoholforbrug i en mindre sjællandsk landsby (2005) og Charlotte Tulinius' undersøgelse af, hvorfor danskerne bliver ved med at ryge (2000). Denne artikel indskrives i denne type studier med fokus på menneskers egne forklaringer på og tanker om, hvad fedme, rygning, alkohol og inaktivitet betyder for dem i deres hverdag. Til forskel fra andre studier fokuseres ikke her

på en enkelt risikofaktor, men på det at leve med en livsstil, som sundhedsprofessionelle vil betegne som risikoadfærd. Undersøgelsens interviewpersoner er i udgangspunktet ikke interesserede i at ændre livsstil, de er midaldrende (mellem 54 og 68 år), og de kommer fra Københavns vestegn.

I samarbejde med forskere med medicinsk baggrund blev følgende forskningsspørgsmål rejst: Hvordan opfatter personer, der har en høj risiko for at blive syge af deres levevis, men ikke har ønske om at ændre denne, begreberne sundhed, sygdom og risiko? Hvad er disse personers egne overvejelser omkring, hvad der eventuelt skal til for at øge deres motivation for livsstilsændring?

## Metode

Den undersøgelse, som ligger til grund for artiklen, består af et otte måneders pilotprojekt på Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed (FCFS) ved Glostrup Hospital fra oktober 2006 til juni 2007.

Interviewpersonerne blev udvalgt fra befolkningsundersøgelsen Helbred2006, som blev gennemført i perioden fra 1. juni 2006 til 31. maj 2008. Deltagerne udgør et tilfældigt udtræk fra CPR-registeret på 15.000 personer i alderen 18-69 år bosiddende i det tidligere Københavns Amt. Fra dette udtræk kom 5000 personer ind til en fysisk undersøgelse på FCFS, og det er fra denne gruppe, der udvalgte fire interviewpersoner. Denne kvalitative undersøgelse indskrives sig således i en epidemiologisk undersøgelse med altovervejende brug af kvantitative metoder. Både deltagerobservation og interviews foregik på FCFS, som er et forskningscenter lokaliseret i en etplansbebyggelse i grønne omgivelser på Glostrup Hospitals område.

Kriterierne for udvælgelse var, at deltagerne skulle have høj risikoadfærd, de skulle ikke have et ønske om at ændre adfærden, de skulle være over 30 år, og de skulle være raske ifølge egne oplysninger. Definitionen af høj risikoadfærd tager udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens anbefalinger om rygning, BMI, fysisk aktivitet og alkohol. Således skulle deltagerne svare ja til at have mindst to af de følgende fire former for risikoadfærd: „Jeg ryger 15 eller flere cigaretter om dagen“ (storryger), „Jeg har en stillesiddende hverdag“ (fysisk inaktivitet), „Jeg drikker mere end 14 (for kvinder)/21 (for mænd) genstande om ugen“ (for højt alkoholforbrug), „Mit BMI er på 28 eller mere“ (overvægt). Sekretærene på FCFS spurgte relevante deltagere i Helbred2006, om de ville være med i vores undersøgelse. Hvis de svarede ja, fik de en deltagerinformation, som de skulle skrive under på, et såkaldt informeret samtykke. Deltagerinformationen indeholdt bl.a. et afsnit med de fire former for risikoadfærd, hvoraf deltageren skulle opfylde mindst to. Derudover skulle de skrive under på udsagnet „Ud over at kunne svare

ja på to af de ovenstående spørgsmål er det vigtigt, at du *ikke* er interesseret i at ændre din livsstil“. Vi var til rådighed for eventuelle spørgsmål.

Fire personer sagde ja til at være med i undersøgelsen: Laila, Monika, Herbert og Kurt. De var fra 54 til 68 år og kom fra henholdsvis Brøndby, Brøndby Strand og Herlev Kommune. Deres risikoadfærd var i kategorierne „alkohol“ (alle), „fysisk inaktivitet“ (mændene) og „ryger“ (kvinderne). Der var ingen overvægtige blandt deltagerne.

Den norske professor i pædagogisk psykologi Steinar Kvale påpeger, at når man indgår i et samarbejde med kvantitative metoder, kan det være fristende at tænke, at jo flere interviews, desto mere videnskabeligt (Kvale 1994:110). Dermed kan man komme til at designe en kvantitativ undersøgelse ud fra kvalitative forudsætninger, hvilket kan have den konsekvens, at man får et stort interviewmateriale, der kan gøre det vanskeligt at lave dybdegående fortolkninger af interviewene (op.cit.:108). Vanskeligheder ved at rekruttere nok interviewpersoner i dataindsamlingsperioden medførte dog i dette tilfælde, at interviewene snarere blev for få end for mange. Det billede, der her tegner sig af midaldrende personer med høj risikoadfærd fra Københavns vestegn, er endnu blot en skitse på baggrund af et pilotprojekt. Forhåbentlig vil mere dybdegående kvalitative studier med tiden udfolde og nuancere billedet.

De personer, der valgte at være med i undersøgelsen, blev spurgt, om vi måtte deltage ved den helbredsundersøgelse, de i udgangspunktet var kommet ind for at deltage i. Efter helbredsundersøgelsen gik vi ned til forskningscenterets lille bibliotek, hvor en af os interviewede dem efter en semistruktureret spørgeguide. Interviewpersonen og interviewerens sad på hver side af et bord med blomster, lys, frugt og optageudstyr.

I interviewets begyndelse blev det præciseret, at det ikke var en intervenerende samtale. Herefter førtes samtalen gennem følgende emner: risikoadfærdens betydning, situationer med risikoadfærden, hvorfor interviewpersonen fastholdt adfærden, hvilke følelser der var knyttet til adfærden, hvis de to typer risikoadfærd var prioriteret, hvilken risikoadfærd interviewpersonen i så fald mindst ville undvære, hvad interviewpersonen tænkte om sin risikoadfærd i forhold til at være henholdsvis sund/rask og usund/syg, om interviewpersonen forestillede sig, at risikoadfærden kunne gøre vedkommende syg i fremtiden, og hvilke tanker det gav anledning til. Interviewpersonen blev derefter spurgt, om vedkommende kunne tænke sig at ændre livsstil, hvad der gjorde det svært at ændre livsstil, og hvad interviewpersonen selv mente kunne hjælpe i den anledning. Til sidst blev interviewpersonen bedt om at beskrive en situation, hvor vedkommende ville tænke: „Nu vil jeg ændre livsstil!“ Interviewene tog mellem 20 og 45 minutter.

## Antropolog i en verden af sundhedsprofessionelle

Overordnet udsprang vores undersøgelse af et sundhedsfagligt forskningsprojekt Helbred2006. I det etnografiske feltarbejde bevæger man sig gennem deltagerobservation ind i en verden, som er forskellig fra den, man kender, en verden med en anden historie og en anden rationalitet (Hastrup 1999:143). Man opnår her ifølge antropologen Kirsten Hastrup et dobbeltblik, fordi man selv bliver en del af studieobjektet. Overordnet bevægede vi os gennem forskningsprojektet ind i en medicinsk verden og tilegnede os en rationalitet, inden for hvilken det gav mening at rejse spørgsmålet om, hvorfor folk har risikoadfærd, når de ved, det kan gøre dem syge. For at give et svar på denne problemstilling bevægede vi os videre ind i en anden verden, en verden, hvor det gav mening at have risikoadfærd. Gennem deltagerens praktiske rationalitet om risikoadfærd fik vi en ny forståelse. Denne nye forståelse „svarede igen“ på den oprindelige medicinske problemstilling, idet den udfordrede det synspunkt, at risikoadfærd skulle være problematisk. Det er i beskrivelsen og analysen af dynamikken mellem disse to rationaliteter, at vores forskningsspørgsmål finder sit svar.

Lad os gøre opmærksom på en metodisk pointe i bevægelsen fra den medicinske verden og ind den praktiske verden med risikoadfærd. Det var vigtigt at etablere en rolle som deltagerobservatør og undgå at blive identificeret med det sundhedsfaglige personale. Vi formodede, at vi let ville blive identificeret med sygeplejerskerne og lægerne, da observationerne og interviewene foregik på et forskningscenter, som arbejder med forebyggelse og sundhed, og da de andre personer, deltageren ville møde gennem sin helbredsundersøgelse, primært var sundhedsfagligt personale. Det var ikke et eksplicit formål i Helbred2006-undersøgelsen at intervenere, men det kunne forekomme i interaktionen mellem sygeplejerske/laborant og borgeren ved helbredsundersøgelsen. Intervention eller „den motiverende samtale“ har forandring som sit formål, og på det område adskiller den sig fra det etnografiske interview. Intervention ligner dog på mange andre områder det etnografiske interview: Der lægges vægt på empati, på at undlade at argumentere og på at opmuntre (Bredegaard & Goldstein 2002), og der tilstræbes en anerkendende nysgerrighed (Dalum et al. 2000). Ligeledes kan det etnografiske interview let forveksles med intervention, idet etnografen spørger ind til medmenneskets liv, hvilket i sig selv kan opleves som en form for intervention. Derfor var det vigtigt at understrege, at formålet med at observere og interviewe deltagerne var, at de kunne give en forståelse af, hvordan verden så ud fra deres sted. Det gjorde vi ved at understrege i deltagerinformationerne, at undersøgelsen ikke gik ud på at ændre deres livsstil, og ved gennem kropssprog at vise interesse for at dele deres perspektiv og udgangspunkt. Under observation af helbredsundersøgelsen satte vi os ved siden af dem over for sygeplejersken, vi

småsnakkede med dem og identificerede os med dem. Det kunne f.eks. være ved at kommentere, at vi også havde fået lavet en priktest, når de blev testet for allergener. Vi valgte at interviewe dem i biblioteket, hvor der var forsøgt at skabe en afslappet stemning. Vores anstrengelser for ikke at fremstå som sundhedsfaglige personer fik svingende resultater. Vi tog det som udtryk for, at det var lykkedes, da Laila efter tre kvarters interview udbrød: „Jamen du har jo ikke engang stillet mig sådan nogen rigtige spørgsmål“, og at det ikke var lykkedes, da Herbert mente, at vi, med al den viden [om adfærd og sundhed], vi samlede ind, hellere skulle fortælle *ham*, hvorfor det var svært at ændre livsstil! Vi skal senere fremhæve en metodisk pointe i, at Herbert opfattede os som sundhedsrådgivere, men først ser vi nærmere på, hvordan samtalerne med Kurt, Herbert, Laila og Monika bidrog til vores forståelse af at leve med risikoadfærd.

### Risikoadfærd på hverdagsdansk

Hvad betød risikoadfærd da for deltagerne, hvad forstod de ved at holde sig sunde, hvordan forholdt de sig til fremtidig sygdom, og hvad ville motivere en adfærdsændring? Vi vil nu gå lidt tættere på deltagerens udsagn i interviewene. Indledningsvis vil vi vise, hvordan deltagerne så på sundhed og sygdom. Herefter udfolder vi deltagerens syn på risiko, fremtidig sygdom, og hvad de mente, der kunne motivere en adfærdsændring.

Det stod hurtigt klart, at de typer adfærd, som vi på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger havde grupperet sammen under betegnelsen „risikoadfærd“, betød noget forskelligt i deltagerens hverdag, og at den samme type adfærd, f.eks. et højt alkoholforbrug, kunne betyde noget forskelligt for to forskellige deltagere: Laila drak aldrig øl alene, for hende var det udelukkende en social handling: „Jeg drikker jo næsten øl dagligt, fordi alle dem, jeg kommer sammen med, hver gang vi mødes, så skal vi have en bajer, sådan er det bare. Sådan er det i den omgangskreds, jeg kommer i, også familien. Kommer jeg op og besøger min bror, det første, han gør, er at fare ud i køleskabet og hente to bajere.“ Herbert derimod drak øl, når han lavede praktiske ting alene i lejligheden, og sagde, at hvis han sad alene og oven i købet kedede sig, så ville han drikke mere. Deltagerne omtalte oftest alkohol i sammenhæng med gæstfrihed og hygge. Smøger blev også forbundet med hygge, som belønning for at have nået en milepæl i en opgave og som middel til eftertanke og koncentration (se Tulinius 2000, for en afdækning af rygningens betydning i hverdagen i Danmark). Yderligere var cigaretten en måde at kontrollere ventetid på, som Monika her udtrykker, da hun bliver spurgt om, hvordan det ville være at vente på bussen uden en smøg: „Så ville jeg bare stå og tænke: Hvornår kommer den bus, og hvor er her koldt.“ Med smøgen står

Monika i stedet og sammensætter dagens gøremål i tankerne. Inaktivitet omtales i forbindelse med at slappe af, sove middagslur eller se fjernsyn. Både inaktivitet, alkohol og cigaretter blev forbundet med at nyde livet i nuet.

Vores umiddelbare svar på undersøgelsens spørgsmål er, at deltagerne handler anderledes, end Sundhedsstyrelsen og sundhedspersonale anbefaler med hensyn til deres risikoadfærd, fordi det giver dem en umiddelbar tilfredsstillelse i form af hygge, socialt samvær og kontrol. Samtidig er deres risikoadfærd med til at skabe og bekræfte positive sociale relationer i deres hverdagsliv. At Laila altid har øl liggende i køleskabet, til trods for at hun ikke drikker øl, når hun er alene, er et udtryk for en omsorg for broderen og en stadig forventning til hans fremtidige besøg.

## Risikoadfærd, sundhed og sygdom

Deltagerne forholdt sig forskelligt til det at holde sig sund. Herbert havde lært, at han skulle tage en lille snaps hver morgen, og han følte, det „holdt ham i gang“. Monika forholdt sig til, hvad hendes mor havde fejlet på sine ældre dage, og så gik hun til lægetjek for at undgå disse sygdomme. Det havde bevirket, at hun havde lagt sin kost om for at holde kolesterolet nede og undgå sukkersyge. Kurt slappede af for at modvirke stress, som han mente havde medført den blodprop i hjernen, han havde fået for tre år siden. Laila imødegik sine forkalkede blodårer i benene med medicin.

Det billede, der tegner sig af, hvordan deltagerne forholdt sig til sygdom, er også mangfoldigt: Kurt mente, at den blodprop, han havde fået, var et udslag af en stresset periode i hans liv. Monika mente ikke, at hun ville få livsstilssygdomme, fordi hun *skød det fra sig*. „Det sker for naboen“, sagde hun og forklarede, at i hendes familie havde de altid været stærke, „jeg er jo syv, ni, tretten ikke blevet syg endnu.“ Laila vidste, at hendes forkalkning i benene skyldes røgen. Det havde lægerne sagt til hende, og det blev hun mindet om gennem medierne. Men hun syntes, at det var svært at lade være med at ryge, og hun havde heller ikke lyst til at holde op. Hun sagde, at der ikke var noget at gøre ved det, hvis det medførte sygdom, og at hun ikke tænkte over det. Når vi talte om risikoen for at blive syg af livsstilen, var udtalelserne: „Jeg forholder mig ikke til den“, „Hvis jeg bliver syg ...“, „Hvorfor skulle det lige være mig?“, „Måske sker det for mig“, „Det kan godt være, at jeg bliver syg“, „Det sker for naboen“ og „Jeg er ikke sådan en, der går og tænker, på sygdom, eller hvor gammel jeg bliver eller noget. Jeg vil gerne være gammel, så længe jeg har det, som jeg har det nu“.

Da bare fire interviewpersoner deltog i undersøgelsen, og de havde varierende holdninger til sundhed og sygdom, kan vi ikke præsentere et mønster for deres



syn på disse temaer. Fælles for dem var, at de ikke ønskede at ændre adfærd, og deres argumenter i denne sammenhæng skulle vise sig at kunne kategoriseres og samles under en praktisk rationalisme. Det ser vi nærmere på i det følgende.

## Adfærdsændring og tanker om fremtidig sygdom

Der var ingen af deltagerne, der ønskede at ændre deres alkoholadfærd. De to kvinder som ryg, var ikke interesserede i at holde op med at ryge. Den ene nævnte det som en mulighed, at man kunne skære ned, hvis man skulle undgå sygdom. De to mænd, som havde en inaktiv livsstil, ville begge gerne motionere mere. Der var to motivationsfaktorer i forhold til adfærdsændring. Når det drejede sig om inaktivitet, sagde deltagerne, at det ville gøre en forskel, hvis de havde nogen at dyrke motion sammen med. Som Kurt sagde: „Det er bare lige det der med at få det gjort, og det har også noget at gøre med, at man har nogle og rende og lave det med. For jeg er ikke kondiløber, der løber om morgenen eller om aftenen med mig selv, det har jeg ikke lyst til.“ Den anden motivationsfaktor var, hvis deltagerne skulle blive syge af deres livsstil. Et eksempel var Monikas svar på spørgsmålet, om der ville være en situation, hvor hun tænkte, at nu ville hun holde op med at ryge eller drikke: „Det skulle så være, hvis jeg var ved at blive syg af det. Altså, hvis jeg fik at vide, at jeg havde nedsat lungefunktion eller begyndende rygerlunger. Så ville jeg holde op med at ryge lige med det samme! Og så ville jeg jo stadig have rødvinen ...“ Det var kendetegnende, at livsstilsændring først syntes aktuel, når eventuel sygdom havde vist, at livsstilen var skadelig.

Når deltagerne blev spurgt, om de kunne forestille sig at blive syge af deres adfærd i fremtiden, og hvordan de forholdt sig til det, var der lidt forskellige bud: Monika gik til kontrol hos lægen for at undgå de livsstilssygdomme, hendes mor havde haft (diabetes II og forhøjet kolesterol), og derudover satte hun sin lid til sit held. Kurt slappede af, når han mærkede tegn, som han forbandt med den blodprop, han havde haft. Herbert spurgte: „Hvorfor skulle det lige være mig, der blev syg?“, og Laila sagde, at det kunne da godt være, at hun døde af de forkalkninger, røgen gav, men det var der ikke noget at gøre ved.

Hvordan giver det mening at videreføre en adfærd, der kan forhøje risikoen for fremtidig sygdom? Hvordan giver Lailas udsagn om risikoen ved at dø af rygning, „det er der ikke noget at gøre ved“, mening? At usikkerhed er et grundvilkår i tilværelsen, talte filosofen John Dewey om allerede i 1922 (Whyte 1997: 19). Antropologen Tomas M. Malaby kritiserer den medicinske antropologi for at have forholdt sig til usikkerhed alene som kriseskabende (Malaby 2002). I stedet argumenterer han, at usikkerhed er et eksistentielt grundvilkår, som vi som mennesker dagligt forholder os til, og at en måde at forholde sig til den på er ved at

ignorere den for at holde sig et større mål for øje (op.cit.:284). Vi vil tilføje, at den risiko, deltagerne løber ved deres adfærd, blot er én risiko blandt mange i en usikker verden, og at selve adfærden og vanerne med alkohol, cigaretter og inaktivitet tilmed kan blive en måde at håndtere tilværelsens usikkerhed på, fordi vaner skaber kontinuitet og genkendelse (se Grøn 2006 for en lignende konklusion i hendes arbejde med patienter med højt BMI).

Deltagernes udtalelser viser tydeligt, at når de tænker på risikoen for at blive syge af deres livsstil, fokuserer de på, at det er noget, der sker i fremtiden, at det er noget, der sker for andre (naboen), at der er en sandsynlighed for, at det ikke sker, og at held kan spille en, for dem, positiv rolle. Det er disse fire elementer, vi vil fremhæve som udtryk for en praktisk rationalisme. Vi introducerer begrebet praktisk rationalisme med baggrund i praksisteorien med sociologen Pierre Bourdieu som foregangsmand (Bourdieu 1997), antropologen Susan Whytes pragmatiske syn på usikkerhed som et grundvilkår for menneskelig erfaring (Whyte 1997) og begrebet „concerns“, som er tæt forbundet med praksis, idet „... det er fra sådanne [concerns], praksis tager form: kampene for at håndtere hverdagens opgaver og udfordringer, bevægelserne mellem forskellig viden til forskellige formål, og de scenarier, der opstår, når man finder vej mellem andre ...“ (Barth 1993:287). Praktisk rationalisme indfanger således hverdagsperspektivet på, i dette tilfælde, risikoadfærd, og i dette perspektiv fremtræder temaerne fremtid, andre, sandsynlighed og held som forklaringsmodeller for at opretholde høj risikoadfærd.

## Når tavshed er guld

Deltagerne gav udtryk for, at de for det meste ikke forholdt sig til den øgede risiko for sygdom, som deres adfærd medførte. Som Laila omtalte risikoen ved sin rygning: „Sådan er det bare.“ Mere var der i første omgang ikke at sige om det. Men tavsheden er ikke endegyldig. Vi skal nu se et eksempel på, hvordan tavshed kom til udtryk i en interviewsituation.

Ud af de fire interviews skilte samtalen med Herbert sig ud. Starten af interviewet forløb nogenlunde som de andre. Herbert beskriver detaljeret, i hvilke sammenhænge han har drukket alkohol i de sidste 24 timer og hvad og vedkender sig sin adfærd med sætningen: „Jeg drikker for meget, og jeg motionerer for lidt, og det er da ikke nogen særlig god kombination.“ Efterhånden som interviewet skred frem, var oplevelsen, at Herbert med modspørgsmål og humor langt overvejende lagde distance til interviewerens og undlod at svare på de spørgsmål, han blev stillet. I feltnoterne står der, at der ikke kom så meget frem, og at han „gled af“ på spørgsmålene.

Steinar Kvale har i sin bog *Interview* skrevet en introduktion til det kvalitative forskningsinterview. Kvale opstiller seks kriterier for interviewets kvalitet: 1) Omfanget af spontane, righoldige, specifikke og relevante svar fra den interviewede. 2) Korte spørgsmål og lange svar. 3) I hvilken grad interviewereren forfølger og afklarer meningen med relevante aspekter af svarene. 4) Vid udstrækning af fortolkning under interviewet. 5) Verificering af fortolkninger i løbet af interviewet. 6) At interviewet er „selvkommunikerende“ og ikke kræver mange yderligere kommentarer og forklaringer. Herberts svar var nok spontane, righoldige og lange, de drejede sig bare ikke nævneværdigt om det, vi spurgte ham om. Der var ikke meget relevant at forfølge og afklare, og fortolkning var der derfor heller ikke meget af. Da vi senere hørte interviewet igennem, forekom det absolut ikke som „selvkommunikerende“.

I første omgang blev interviewet med Herbert derfor bedømt som et interview af ringe kvalitet, som vi ikke kunne bruge til meget. Når vi læste noterne og transskriptionen igennem og genkaldte os situationen, gav det ikke noget tydeligt billede af, hvordan Herbert forholdt sig til sin risikoadfærd.

Vi analyserede i stedet de andre interviews på baggrund af Taylor og Bogdans anbefalinger til analysestrategi (Taylor & Bogdan 1984) ved at kode data, sortere dem i relevante kategorier, overveje, hvad der ikke kom frem eller blev sagt, og fortolke data i den kontekst, hvor de var blevet indsamlet. Det var gennem de to sidste faser af analysen, at interviewet med Herbert pludselig blev interessant. I de tre andre interviews svarede deltagerne forholdsvis klart på spørgsmål om, hvordan de forholdt sig til risikoen ved deres livsstil, nemlig ved ikke at forholde sig til den. Vi konkluderede videre, at de opretholdt deres „ikke-forholden-sig-til-risiko“ ved for det første at placere den mulige konsekvens i fremtiden, for det andet at påpege sandsynligheden for, at adfærden ikke ville have sundhedsskadelige konsekvenser for dem, for det tredje at anføre, at sygdom var noget, der ramte andre, og for det fjerde, at deres held ville hjælpe dem til ikke at blive syge af deres livsstil.

Vi vil argumentere, at den passivitet, som ikke-forholden-sig-til synes at fremstå med, faktisk er en konstant aktivering af disse fire temaer. Vi blev nu nysgerrige i forhold til, om den passivitet og „gliden af“ på spørgsmålene, som vi mødte hos Herbert, indeholdt nogle af disse temaer, og vi vil i det følgende vise, hvordan Herbert aktiverer elementerne „andre“ og „sandsynlighed“ gennem vores samtale.

Interviewkonteksten har stor betydning for den viden, der produceres. Den sætter rammerne for, hvad der kan siges og fortælles, og hvad der ikke kan. Derfor er det vigtigt at forholde sig reflektivt til sin egen position. Som tidligere omtalt havde vi gjort en indsats for ikke at blive identificeret med sundhedspersonalet,

men alligevel tillagde Herbert os en position som sundhedsrådgivere. Det er her, vi dykker ned i interviewet med Herbert.

Efter at have understreget, at vores formål med interviewet ikke er at få Herbert til at ændre livsstil, spørger interviewereren Herbert, hvad han ville have sværest ved at lave om i sin livsstil. Herbert svarer for første gang ikke uddybende. Han siger med en enkelt sætning, at han nok ville have sværest ved at sætte alkoholforbruget ned, og derefter følger en længere udredning af, hvordan han passer på vægten, hvordan han burde motionere mere, og hvordan han får rørt sig mere i sommerhuset. Intervieweren spørger lidt senere, hvad Herbert tror, ville gøre det lettere at „tage sig sammen“ og „gide“. Herbert svarer implicit „sygdom“ ved at fortælle om sin svoger, der fik en hjerneblødning, hvorefter han begyndte at motionere og kvittede cigaretterne. Herefter tydeliggør Herbert, at han ikke har mere at tilføje:

Herbert: „Og det er jo det, du er ved at finde ud af – hvorfor? Jamen, jeg kan ikke fortælle dig det. Men det kan du jo fortælle mig!“

Rie: „Ja, forhåbentlig en dag“.

Herbert: „Og så ringer du lige, og så siger du: Så, nu har jeg sgu fundet ud af det, eller også så står det i en eller anden bog, ikke? Tidsskrift for Læger.“

Dette vendepunkt i samtalen forløber i to tempi: Intervieweren stiller Herbert et spørgsmål, som kunne opfattes intervenserende, og Herbert tildeler hende rollen som den sundhedsvidenskabelige ekspert, der har svarerne. Umiddelbart er det en datamæssigt ufrugtbar situation at havne i, men hvis vi ser på interviewsituationen, kan den illustrere, hvordan personer, der ikke ønsker at ændre en høj risikoadfærd, handler, når de konfronteres med et intervenserende sundhedsbudskab. Med de fire strategier „fremtiden“, „sandsynlighed“, „andre“ og „held“ i baghovedet vil vi nu dykke ned i interviewet på det tidspunkt, hvor Herbert bliver spurgt om livsstilsændring:

1) Han bliver spurgt, hvad han vil have sværest ved at lave om på, og han svarer alkohol, men går straks over til at tale om kost og runder af med inaktivitet i hverdagen.

2) Han bliver spurgt, hvorfor det er så svært at tage sig sammen, og hvad der skal til, for at det bliver lettere. Han svarer, at i hans aldersklasse begynder folk jo at blive syge, og han henviser til svogeren, som røg og ikke dyrkede motion. Han fortæller om svogerens sygdomsforløb og genoptræning og om, hvordan han i dag er tilbage i røg og inaktivitet. Han konkluderer, at det er noget, folk gerne vil, men ikke kan ændre.

3) Herbert spørges, ved brug af „du“, om han ud over situationen med hjerneblødningen kan forestille sig andre situationer, der kan motivere ham til

at drikke mindre og bevæge sig mere. Han svarer, at det skulle være sygdom i al almindelighed. Han henviser igen til rygere, som får lungekræft, og tiltaler dem som „de“ og „nogle“.

4) Herbert spørges, ved brug af „du“, hvad han med meget alkohol og lidt bevægelse tænker om fremtiden i forhold til at være syg og rask. Herbert svarer, at „man“ lever lidt usundt i forhold til kosten [som ikke er et problem i hans tilfælde], motion og rygning. Han spørger: „Hvorfor skal det lige være mig?“

Sammenfattende kan vi se, at Herbert snarere forholder sig til andre risikofaktorer (kost og motion) end til alkohol. Ud over inaktivitet taler han om risikofaktorer, som ikke er relevante for ham selv. Det gør han bl.a. ved at henvise til svogeren og rygere. Når Herbert tiltales med „du“, svarer han med „man“, „de“ og „nogle“. Når interviewereren spørger til Herberts livsstil i forhold til fremtidig sygdom, svarer han retorisk: „Hvorfor skal det lige være mig?“ Vi vil her argumentere, at Herberts tavsheder i forhold til interviewerens spørgsmål i sig selv er væsentlige handlinger. Hastrup skriver: „Stilheden mellem mennesker er ikke betydningløs, men rummer sin egen fortættede mening, og den kan fylde mere eller mindre fra den ene sociale kontekst til den anden“ (Hastrup 1999:278). Herbert handler for en stor del ved at forholde sig tavs i forhold til vores spørgsmål og i stedet tale om noget andet. Gennem det, Herbert vælger at sige, og det, han vælger *ikke* at sige, handler han ved at aktivere temaerne „sandsynlighed“ (hvorfor mig?) og „det sker for andre“ (svogeren og rygerne), ligesom de andre deltagere handlede ved at aktivere samme temaer samt temaerne „fremtiden“ og „held“. Således blev det interview, der efter Kvaales kriterier burde forkastes, i stedet en vigtig illustration af, hvordan temaerne „sandsynlighed“ og „det sker for andre“ kan komme til udtryk som elementer af en praktisk rationalisme.

## Risikoforståelser og kontekster for antropologisk undren

Sammenfattende kan det siges, at de fire interviewede borgere fra Københavns vestegn oplevede, at det at have et højt alkoholforbrug i dagligdagen var en del af det at nyde livet. De forholdt sig afventende til eventuel fremtidig sygdom som følge af deres livsstil. Dermed stillede de et spørgsmål tilbage til os og den medicinske kontekst, vi undredes ud fra: Hvorfor skulle jeg ændre livsstil nu, når jeg nyder at leve, som jeg gør, og det ikke er sikkert, at jeg bliver syg af det?

Ja, hvorfor egentlig? Interviewpersonernes undren over, hvorfor det skulle være så vigtigt at undgå risici, tegnede et billede af en anden forståelse af risiko. Netop denne forskel i syn på risiko indfanger professor i folkesundhedsvidenskab Sandra Gifford i sin analyse af forskellige opfattelser af risiko. Hun mener, at mange ikke aktivt forsøger at reducere deres risiko for sygdom, fordi den folkelige

forståelse af risiko er kvalitativt anderledes end den epidemiologiske eller den kliniske forståelse af risiko. Hun viser, at den folkelige forståelse i højere grad tager udgangspunkt i, hvad den enkelte føler, i modsætning til den epidemiologiske og kliniske opfattelse, som bygger på en intellektuel viden, som er kvantitativ, objektiv og relativt utvetydig (Gifford 1986:220, 230-31). Den folkelige forståelse af risiko betegner Marie Brandhøj Hansen og Mette Nordahl Svendsen „lægmandsepidemiologi“. De giver et eksempel fra et studie af type 2-diabetikere, hvor en mandlig diabetiker ikke har ønske om at ændre ryge- og alkoholvaner trods alvorlig sygdom. De konkluderer: „Men frem for at afspejle en fatalistisk holdning kan den mandlige diabetikers ‘laden stå til’ efter vores mening lige så vel være udtryk for, hvad han forbinder med en realistisk holdning til sin situation. Måske viser hans egne erfaringer, at sammenhængen mellem livsstil og mulige komplikationer er mere usikker og tilfældig, end informationen om risiko angiver, og på den baggrund har han valgt at forholde sig, som han gør“ (Hansen & Svendsen 2005:13).

At deltagerne stillede spørgsmål steg ved relevansen af risikofaktorer, der kunne gøre dem syge i fremtiden, henlede vores opmærksomhed på den medicinske kontekst, som vores forskningsspørgsmål voksede ud af. For hvorfor i det hele taget være så optaget af risikofaktorer? Det *er* jo ikke alle, der bliver syge ...

Et bud på et svar kunne være, som sociologen Sarah Nettleton argumenterer, at „risikofaktorer, der som hypoteser bliver forbundet med sygdom, bliver behandlet som sygdomme, som skal helbredes“ (Nettleton 1998:215). Dermed kan præsentationen af risiko forveksles med en diagnose (Hansen & Svendsen 2005:16). Baggrunden for dette, siger Zygmunt Bauman, er, at dødelighed i dag er blevet dekonstrueret til at bestå af dødsårsager. Man dør ikke længere, man dør af noget, og dette *noget* er en diagnose, som læger skal finde og behandle (Bauman 1992). Dermed får den enkelte også et ansvar for at forebygge sygdom: „Jeg kan intet gøre for at trodse dødelighed. Men jeg kan gøre ret meget for at undgå en blodprop eller en lungecancer. Jeg kan holde op med at spise æg, lade være med at ryge, dyrke motion, holde min vægt nede, og jeg kan gøre så mange andre ting“ (op.cit.:138). Dermed bliver døden begrebsliggjort som en lidelse, der kan forebygges (op.cit.:139), og således bliver kampen mod døden et dagligt projekt: „I vore moderne tider er døden til stede blandt de levende og påvirker dem – gennem disse utallige daglige små forskrifter og forbud, som ikke et øjeblik tillader én at glemme [...] præcis fordi den er blevet iscenesat som en ‘helbredelig sygdom’, bliver døden transformeret fra livets ultimative, dog fjerne horisont, til dets daglige mareridt“ (op.cit.:140). Ud fra denne betragtning giver det stor mening at beskæftige sig med at afdække risikofaktorer og fjerne dem, som var de en livstruende sygdom i sig selv.

De fire borgere fra Københavns vestegn oplevede, at risikofaktorer såsom at have et højt alkoholforbrug i dagligdagen var en del af at nyde det gode liv med socialt samvær og hygge i nuet. De syntes at leve med en indbygget optimisme (Hansen & Svendsen 2005:14) og forholdt sig afventende til fremtidig sygdom, som kunne følge af deres livsstil. Deres ræsonnement var, at hvis det skulle vise sig, at de blev syge, så ville de handle på *den* sygdom. De sundhedsprofessionelle, de mødte på FCFS, ser risikofaktorerne i et helt andet perspektiv. De forventer i højere grad sygdom, og de har fokus på at undgå at dø af livstruende sygdomme i fremtiden. Når det drejer sig om risikofaktorer, fokuserer de først på livets kvantitet og siden på livets kvalitet, f.eks. når det drejer sig om ikke at ryge for at undgå KOL, fordi denne sygdom medfører en yderst forringet livskvalitet.

Vores indledende undren over, hvorfor personer fastholder risikoadfærd og ikke ændrer adfærd, har overordnet fundet svar i aktivering af temaerne „fremtiden“, „sandsynlighed“, „det sker for andre“ og „held“. I hverdagen betyder risikoadfærd socialt samvær og hygge, noget, som man ikke ønsker fjernet eller minimeret, fordi det er med til at skabe en sammenhæng i ens hverdagsliv og sociale liv, og derudover skaber vanerne tryghed. Modspørgsmålet, der rejser sig fra empirien, er: „Hvorfor skulle jeg ændre adfærd, når jeg i dag har det godt med den, og når den sygdom, der sandsynligvis ikke opstår, og som ligger langt ude i fremtiden, ikke rammer mig, hvis jeg er heldig?“ Risikoadfærden fastholdes, fordi den for deltagerne er en del af „det gode liv“. Som Monika sagde: „Jeg vil heller ikke undvære det [at ryge og drikke], for jeg synes, at det giver mig et godt liv.“

Borgere med høj risikoadfærd har et stærkt fokus på hverdagen i nuet. De forventer ikke at blive syge, og de udtaler, at det først er, hvis de bliver syge af deres adfærd, at de vil ændre den. Sygdommen vil give vished og kan blive motivationen og begyndelsen for livsstilsændring. Heroverfor er der i forebyggelsestanken et fokus på fremtiden og en stærk forventning om, at risikoadfærd *vil* føre til sygdom. Hvor lægen vil bortoperere eller på anden måde fjerne sygdomsramte dele af kroppen, bliver formålet i forebyggelsen at fjerne (eller i hvert fald at minimere) risiko i form af sundhedsfarlig adfærd. For forebyggeren synes sygdom ikke at være begyndelsen, men enden, resulterende i en smertefuld død. Pointen er, at *forventningerne* er forskellige: Forventningen om, at risikoadfærd vil medføre fremtidig sygdom, eller at en sygdom, når den er indtruffet, kan minimeres eller fjernes ved livsstilsændring, kan være meget forskellig for henholdsvis sundhedsprofessionelle med et forebyggelsesperspektiv og borgere med risikoadfærd.

Denne antropologiske undersøgelse understreger vigtigheden af, at den sundhedsfaglige verden inddrager antropologisk forskning i forebyggelse for at øge forståelsen af begreber som risikoadfærd og manglende ønske om livsstilsæn-

dring. Personer, som kunne have gavn af livsstilsændring, tillægger for eksempel held eller talemåden „det sker for naboen“ en stor betydning, når beslutning om eventuel adfærdsændring skal tages. Det giver en forståelse for, hvordan sociale processer er med til at opretholde en livsstil, som Sundhedsstyrelsen fraråder, og hvordan denne livsstil kan give mening for den enkelte.

Fremtidige interventioner bør inddrage formidlingsformen som et meget vigtigt aspekt. Man kunne forestille sig sundhedssamtaler omhandlende eksempelvis held. En samtale om „man tror jo altid, det rammer naboen ...“ eller „er du et heldigt menneske?“ kunne overvejes i stedet for at benytte sig af medicinsk rationelle og angiveligt ikke-vedkommende oplysninger som, at risikoen for at få en blodprop i hjertet er 15 % over fem år.

Konklusionerne fra denne undersøgelse udfordrer de forskere og sundhedsformidlere, der arbejder med forebyggelse, og undersøgelsen kan forhåbentlig bidrage til udvikling af nye strategier for rådgivning om livsstil. Det kan være en strategi om differentieret formidling, som i højere grad tager udgangspunkt i en refleksion over, hvordan sundhedsbudskabet opfattes af modtagerne. I differentieringen kan der f.eks. tages højde for motivation og uddannelsesniveau. Derudover har sundhedsformidling hidtil været baseret på en medicinsk rationalisme varetaget af akademisk uddannet personale. Denne undersøgelse peger på, at en praktisk opfattelse af eget held har større betydning for ikke-motiverede personer end sundhedspersonalets medicinsk rationelle oplysning om høj sandsynlighed for at blive syg.

## Noter

1. Til denne artikel har Rie Raffing bidraget med feltarbejde, dataindsamling, strukturering og analyse. Charlotta Pisinger har bidraget med strukturering og analyse.
2. For en nærmere definition af risikoadfærd, se afsnittet „Metode“.
3. „Health belief“-modellen blev udviklet af socialpsykologerne Hochbaum og Rosenstock i 1950'erne. Modellen søger at vise, at vi vil reagere og ændre adfærd, når vi møder trusler mod vores helbred, medmindre vi oplever, at barriererne for forandring overskygger fordelene ved adfærdsændring. Modellen forudsætter, at vores adfærd er styret af visse sundhedsantagelser: at vi har et ønske om at undgå sygdom, at vi har et ønske om at blive raske, hvis vi er syge, og at vi har en forventning om, at vores adfærd kan forebygge eller kurere sygdom.
4. „Stages of changes“-modellen er udviklet af psykologerne James Prochaska og Carlo DiClemente i slutningen af 1970'erne. Modellen søger at beskrive vellykket ændring af adfærd som en spiralbevægelse mellem en række stadier: forovervejelse, overvejelse, forberedelse, handling, vedligeholdelse, eventuelt tilbagefald og afslutning. Bevægelsen mellem stadierne kan gå begge veje, og teorien søger at indfange den komplekse dynamik, der er i adfærdsændring.



## Tak

Tak til overlæge, professor, dr.med. og centerchef for Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed Torben Jørgensen for at gøre projektet muligt. Tak til antropolog og adjunkt Mette Nordahl Svendsen for indledende kommentarer til undersøgelsens fokus og opbygning. Tak til redaktionen af dette nummer af *Tidsskriftet Antropologi* for inspirerende og konstruktive input undervejs i udviklingen af denne artikel.

## Litteratur

- Balvig, Flemming, Lars Holmberg & Anne-Stina Sørensen  
2005 Ringstedforsøget. Livsstil og forebyggelse i lokalsamfundet. København: Jurist- og Økonomforbundets Forlag.
- Bauman, Zygmunt  
1992 Mortality, Immortality & Other Life Strategies. Cambridge: Polity Press.
- Barth, Fredrik  
1993 Balinese Worlds. Chicago: University of Chicago Press.
- Bourdieu, Pierre  
1997 Af praktiske grunde. Omkring teorien om menneskelig handlen. København: Hans Reitzels Forlag.
- Bredegaard, Karen & Henri Goldstein  
2002 Klar, parat, start. Forslag til sundhedsformidling for læger. København: Den Almindelige Danske Lægeforening.
- Dalum, Peter, Torsten F. Sonne & Mette-Marie Davidsen  
2000 At tale om forandring. København: Tobaksskaderådet.
- Gifford, Sandra M.  
1986 The Meaning of Lumps: A Case Study of the Ambiguities of Risk. I: C.R. Janes, R. Stall & S.M. Gifford (eds.): Anthropology and Epidemiology. Interdisciplinary Approaches to the Study of Health and Disease. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Grøn, Lone  
2005 På hverdagens og kroppens betingelser. Kropslig viden og forandring blandt patienter på Livsstilscentret. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund 3:33-52.  
2006 Krop og hverdag i forandring. Sundhedsfremme og forebyggelse i institution og hverdagsliv. Vejle Amt: Sundhedsforvaltningen.
- Haahr, Niels  
1995 Sundhedsfremme og kommunikation i konsultationen. Aarhus Universitet: Afdeling for Etnografi og Socialantropologi.
- Hansen, Marie Brandhøj & Mette Nordahl Svendsen  
2005 Risikokommunikation i relation til sundhedsfremme og forebyggelse. København: Viden- og dokumentationsenheden, Sundhedsstyrelsen.
- Hastrup, Kirsten  
1999 Viljen til viden. København: Gyldendal.

- Jensen, Bjarne Bruun  
2005 Sundhedsfremme og forebyggelse – to forskellige paradigmer? Tidsskrift for  
Forskning i Sygdom og Samfund 3:67-88.
- Jørgensen, Morten Hulvej  
2005 „Jeg vil bare gerne være fuld“ – om unges alkoholbrug i en sjællandsk landsby:  
et antropologisk perspektiv på evidensbaseret forebyggelse. Specialeafhandling.  
Institut for Antropologi. København: Københavns Universitet.
- Kvale, Steinar  
1994 InterView. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview. København:  
Hans Reitzels Forlag.
- Malaby Thomas  
2002 Odds and Ends: Risk, Mortality and the Politics of Contingency. Culture, Medicine  
and Psychiatry 26:283-312.
- Nettleton, Sarah  
1998 Governing the Risky Self. How to Become Healthy, Wealthy and Wise. I: A.  
Petersen & R. Bunton (eds.): Foucault, Health and Medicine. London: Routledge.
- Risør, Mette Bech  
2002 Den gyldne middelvej. Ph.d.-afhandling. Afdeling for Etnografi og  
Socialantropologi. Århus: Aarhus Universitet.  
2005 Sundhedsfremme og forebyggelse. Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund  
3:5-14.
- Taylor, Steven J. & Robert Bogdan  
1984 Working with Data: Data Analysis in Qualitative Research. Introduction to  
Qualitative Research Methods. The Search for Meanings. New York: John Wiley  
& Sons.
- Tulinius, Charlotte  
2000 Vi bliver ved med at ryge – hvorfor? Om rygningens mange betydninger i  
hverdagslivet – belyst især ved deltageobservation og interview i danske  
børnefamilier. Ph.d.-afhandling, fagområdet for almen medicin. Institut for  
Sundhedstjenesteforskning. Odense: Syddansk Universitet.
- Vallgård, Signild  
2005 Hvad er sundhedsfremme? En analyse af begrebet og styringsmetoderne.  
Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund 3:15-32.
- Whyte, Susan Reynolds  
1997 Questioning Misfortune. The Pragmatics of Uncertainty in Eastern Uganda.  
Cambridge: Cambridge University Press.

## FESTTALE

### CLAUDE LÉVI-STRAUSS 100 ÅR

I København fejredes Claude Lévi-Strauss' 100-års fødselsdag fredag den 28. november 2008. Dansk Etnografisk Forening og Antropologforeningen i Danmark havde i denne anledning sammensat et festprogram, som samtidig gjorde det ud for foreningernes fælles årsmøde. Programmet bestod af følgende oplæg:

Niels Fock: Tillykke Lévi-Strauss – og TAK.

Quentin Gausset: Structural Filiations.

Michael Mahrt: Struktur og tid.

Morten Axel Pedersen & Rane Willerslev: Sprogets centrale betydning i antropologiske analyser – en debat for og imod.

(I stedet for Rane Willerslev, som var syg, deltog Kirsten Hastrup).

Visning af dokumentarfilmen *About Tristes Tropes*.

Mads Densø Jessen: Lévi-Strauss i arkæologien – husforbund i yngre jernalder.

Mads Daugbjerg: På besøg i Den Gamle By med den gamle strukturalist.

Gry Skrædder Dahl: Den kulinariske trekant sat på spidsen.

Jonathan Schwartz: Den milde tanke.

*Tidsskriftet Antropologi* har den glæde at kunne bringe dr. emeritus Niels Focks festtale i hele sin længde.



# TILLYKKE LÉVI-STRAUSS - OG TAK!

NIELS FOCK

Jeg vil i dag ikke tale om Lévi-Strauss som Hero! Hellere vil jeg snakke om ham som *min* Hero, som den, der i min sidste studietid bragte lys og ånd til faget og gjorde mig til antropolog, hvor jeg førhen blot havde været etnograf.

Transformationen fandt sted i foråret 1955, hvor jeg var travlt optaget af at læse til eksamen – til magisterkonferens i etnografi – og ekstra travlt, fordi jeg året før havde afsluttet et feltarbejde hos waiwaiindianerne i Amazonas. Og det materiale skulle jo også behandles og publiceres.

Vor højt respekterede lærer var overinspektøren ved Etnografisk Samling Kaj Birket-Smith, der egenhændigt havde oprettet faget små 10 år i forvejen, og som nu ene mand underviste en håbefuldk flok på en halv snes studenter. Han var af den kulturhistoriske skole med en stærkt geografisk bias. Uddannelsen pegede dengang entydigt mod en rekruttering til museumsstillinger ved Etnografisk Samling, og undervisningen var derfor tilsvarende konkret. Der krævedes et solidt kendskab til folkeslagenes materielle og erhvervsmæssige karakteristika, mens det sociale og åndelige liv opfattedes som sekundære afdelinger af kulturen. Birket-Smith havde dog forståelse for feltarbejdets betydning ikke mindst i kraft af sin beundring for Knud Rasmussen, som han oplevede på 5. Thuleexpedition.

Det var en fragmentarisk verden, vi lærte at kende i studietiden. Monografier af folk som Malinowski lukkede bittesmå lokalsamfund inde som monader, og kulturelementer – løsrevne fra deres kontekst – spredtes ud over jordkloden som en permanent steppebrand. Og samtidig invaderede biologiske forklaringsmodeller etnografien med gamle og nye teorier som evolutionisme og funktionalisme.

Midt i den voldsomme vidensakkumulering voksede forvirringen!

Og så kom Heroen – Lévi-Strauss. Men ikke på én gang – som en åbenbaring. Det var han alt for svært tilgængelig til.

Birket-Smith havde i 1952 deltaget i et vigtigt symposium i New York ledet af Kroeber, hvor 50 fremtrædende forskere bidrog med papers til det, der blev den

tids encyklopædiske håndbog i faget, under titlen *Anthropology Today*. I foråret 1955 satte Birket-Smith os så til at gennemgå en række af de nu publicerede artikler. Jeg valgte den af en vis Lévi-Strauss om „social structure“. Og det var unægtelig lidt af et chok.

Hvor man i Danmark dengang altid gik ud fra empirien, de sansbare erfaringer, som det elementære grundlag for lokalkulturen, og eventuelt derpå via komparation kunne udvide forståelsen til regionale kulturområder, så afskrev Lévi-Strauss denne synlige verdens prioritet. Han var i stedet inspireret af den lingvistiske teori hos folk som Roman Jacobsen og Saussure.

Den sproglige babyloniske forvirring kan som bekendt reduceres til brugen af et meget begrænset antal fonemer eller bogstaver, der hver for sig ikke har betydning, men får det ved den relation, de indgår i. Altså at is og si ikke betyder det samme, men får specifik betydning igennem bogstavernes indbyrdes modsætning og position. Og ligesom man i sprog kan operere med et system, der består af få elementer og et begrænset antal regler, og således kan komme fra det enkle sprogsystem til de myriader af udsagn og meninger, vi alle er i stand til at udtrykke, således også med kulturen.

Kulturen er nemlig også for Lévi-Strauss ét stort kommunikationssystem.

Lad os lige genopfriske, hvad Lévi-Strauss forstår ved struktur. Man fatter det lettest med et eksempel fra musikken, som Lévi-Strauss ofte fremdrog som model. Når et stykke musik, der oprindeligt foreligger som trykte noder i et partitur, spilles på klaver, optages på grammofonplade eller bånd, transmitteres via radio for endelig at nå lytterens øre og bevidsthed, så passerer musikken gennem en lang række af transformationer. Det, der nu er fælles for alle disse manifestationer, er musikkens struktur. Musikken er også et godt eksempel på strukturalismens krav om synkron analyse, for i et partitur foreligger jo samtidig alt det, som kan spilles som et forløb. (se ligeledes Fock 1977)

Der foreligger en kode, der er nødvendig til dechifring af partiturets system. Først med denne voldsomme abstraktion er man i stand til at drage sammenligninger ud fra rent formelle kriterier og dermed drage slutninger, der ikke længere er lokale og specifikke, men globale, tværfaglige og almenmenneskelige.

Når kultur ifølge Lévi-Strauss kan opfattes som kommunikationssystemer, er det, fordi menneskers symbolske aktivitet altid forudsætter kulturspecifikke koder for at muliggøre meningsudveksling og socialt liv, og de udvekslinger, Lévi-Strauss beskæftigede sig med, var de berømte tre: udvekslingen af kvinder (i slægtskabssystemer), udveksling af varer og tjenesteydelser (i økonomien og inspireret af Mauss) og endelig udveksling af meddelelser, der jo bl.a. drejer sig om myter, totemistisk klassifikation og kunst, det, der fylder så meget i Lévi-Strauss' produktion – for ikke at sige „hans oevre“.

Lévi-Strauss som person er kolossalt alsidig og videbegærlig lige fra sin barndom. Han giver faktisk mange personlige oplysninger til bedste rundt om i sine skrifter (se f.eks. Lévi-Strauss 1978). Som barn ville han f.eks. komponere en opera og skrev librettoer og malede sætstykker dertil. Men han var ude af stand til at skabe musikken, fordi – som han siger – noget manglede i hans hjerne. Som voksen erkender han, at komponistens musikskabelse er en medfødt evne, som han mangler, og som bl.a. betyder, at han kommer til at arbejde med myter i stedet for musik. Det var sådanne tanker, der fik ham til at anskue genrerne musik og mytologi som børn, avlet af sproget, hvor musikken fokuserede på lyden og myten på betydning.

Lévi-Strauss afslører også, at han hele livet igennem har interesseret sig bredt for naturvidenskabernes landvindinger, og hans barndomsfavorit var geologien. Hans ahistoriske og antievolutionistiske holdning udspringer faktisk fra en opfattelse af tiden, som den udfolder sig i geologien, hvor landskabet i dets ydre form og med sit organiske liv bygger på såvel urfjeld som langt senere sedimenter, hvor tid og rum blander sig i en levende diversitet og sidestiller en periode med en anden.

Således opfatter han også antropologiens og kulturenes tid. Geologi som disciplin drejer sig jo om, at noget – tilfældigt – bliver til noget andet og tredje som følge af store tektoniske og termiske kræfter, i én stor forvirring. Og som globalt set er sammenhængende og underkastet et fælles sæt af lovmæssigheder.

Ved induktion fra de konkrete tilfælde til de generelle love og reglerne for dem, nåede man den egentlige virkelighed. Disse tanker inspirerede Leach – med britisk empirisk baggrund – så meget, at han i *Rethinking Anthropology* udbryder sit ekstatisk: „Instead of comparison let us have generalizations; instead of butterfly collecting let us have inspired guesswork!“

Det var noget, man kunne forstå! Lévi-Strauss ser altså den synlige verdens manifestationer som tilfældige og søger længere ned. I sine yngre år i USA fandt han i gamle Boas en delvis åndsbeslægtet, som man kan se af det Boascitat, han sætter over sin berømte artikel „The Structural Study of Myth“, (Lévi-Strauss: 1958) og som lyder: „Det synes som om mytologiske verdener er blevet opbygget blot for at blive nedbrudt igen, og at nye verdener blev skabt af fragmenterne.“ Boas var nu slet ikke strukturalist. Det lykkedes ham aldrig at gennemføre de forventede generaliseringer. Lidt ondskabsfuldt sagde man, at hans kulturbegreb var som et løg, der blev skrællet, og til sidst var der intet tilbage.

Men for Lévi-Strauss har strukturalisme altid først og fremmest været en metode, og den skulle kunne appliceres på alting, også på spørgsmålet om personlig identitet og individualitet. For Lévi-Strauss opfatter sig selv som det tilfældige eksemplar, og hans livsværk taler igennem ham uafvidende, altså på samme

måde som han ser f.eks. myterne som tænkende sig igennem menneskenes tale, frem for at det er menneskene, der udtænker dem. Vi er kun talerør for det kollektivt ubevidste.

Derved forkaster han også historien som privilegeret videnskab og henter i stedet sine analogier og modeller både fra lingvistikken og matematikken, fra logikken og musikken, fra naturvidenskaberne og humaniora. I mine øjne er det Lévi-Strauss' største indsats, at han via disse abstraktioner almengør antropologiens materiale til et altfavnende alternativ til historisk videnskab, hvor den hidtil havde været betragtet som en afgrænset, til dels eksotisk disciplin.

For Lévi-Strauss er Wagners Rhinguldet lige så relevant at inddrage i en analyse som trobriandernes ægteskabsregler eller vestlig malerkunst lige så relevant som de såkaldte totemistiske klassifikationer og mytologierne.

Som jeg nævnte i begyndelsen, var jeg netop kommet hjem fra feltarbejde i Amazonas, hvor jeg havde indsamlet bl.a. et større mytemateriale. Dengang i 1955 blev jeg – ved hjælp af Lévi-Strauss' studier, pinligt opmærksom på min egen præliminære og meget mangelfulde analyse, som måtte beriges af hans indsigt. Især hans analyse af tricksterfiguren, som mediator mellem agerbrug og jagt og videre den fundamentale dualisme liv og død blev en enorm inspiration for mig senere hen, da den havde relevans for en mængde både syd- og nordamerikanske indianerkulturer. Det blev pludselig klart, at her var tale om en global og almen figur, en slags modspiller til de kendte og lidt kedelige kulturhøroer, der også befolker det amerikanske dobbeltkontinent.

Jeg brugte for lidt siden Lévi-Strauss' citat af Boas om myternes fragmentering og nystrukturering. Det kan passende minde os om et af Lévi-Strauss' heldigste begreber, nemlig bricolage, altså den logik, som især skriftløse folk betjener sig af, og som kan oversættes ved „brugen af det forhåndenværende søms princip“. Bricolage, altså tusindkunstnerens evne til at inddrage nyttige – allerede brugte – enkeltheder i nye helheder, forekommer at være en hjælpsom model for tricksters globale udbredelse, en logisk snarere end en historisk spredning.

Lévi-Strauss har i hele sit lange liv været udsat for kritik, ikke mindst fra empirisk hold, men vi – hans proselytter – siger: What is knowledge against mere insight! Lévi-Strauss udtænkte mange modeller til at forklare den konkrete verden – tænk f.eks. på hans allianceteori, men han krævede ikke at andre skulle benytte dem, hvis de ikke viste sig hensigtsmæssige. Derfor blev strukturalismen lidt af et valg for den enkelte forsker, og for mit vedkommende blev den præcis rette opfattelse til rette tid.

Lévi-Strauss' strukturalisme er en erkendelsesteoretisk retning, der jo ikke stopper ved den faglige, professionelle anvendelse. Den bliver også et personligt anliggende, som en speciel måde at opleve og forstå verden på. Da jeg for



en måneds tid siden besøgte Louisiana, blev jeg igen mindet om det. Her udstiller Per Kirkeby sine store lærreder, der i den grad er strukturalistisk tænkt, hvor lag på lag af overmaling skjuler billedets tilfældige begyndelse. Det interessante er, at Kirkeby startede ud som geolog og således selv har taget sin faglige model med over i maleriet. Havde jeg råd, ville jeg faktisk gerne sende et Kirkebymaleri ned til Lévi-Strauss som fødselsdagsgave.

Men nu bliver det blot til en tak. Tak, Lévi-Strauss, for indsigt og paradigmeskift. Og tillykke.

## Litteratur

Fock, Niels  
1977

Structuralisme. I: M. Blegvad, N. Fock, O. K. Pedersen, P.N. Rasmussen & G. Sjöblom (red.): Samfundsvidenskab. Fremkomst og udvikling. Serie: Samfundsfag, bind 8. København: Gad.

Lévi-Strauss, Claude

1958

Myth. A Symposium. Bloomington: Indiana University Press.

1978

Myth and Meaning. London: Routledge & Kegan Paul.



## ANMELDELSE

JASNA ČAPO ŽMEGAČ: *Strangers either Way. The Lives of Croatian Refugees in Their New Home.* New York: Berghahn Books 2007. 216 sider. ISBN-13 978-1-84545-317-6 (hb). Pris: US\$75/£45.

Studiet af *regioner* og *regionalitet* er gået af mode og er så godt som forsvundet fra den antropologiske studieordning på antropologistudiet i København. Tematiske emner så som „integration“, „globalisering“, „identitet“ eller „transnationalitet“ har overtrumpet de tidligere regionale specialiseringer. Men her kommer så den kroatisk etnolog Jasna Čapo Žmegač med en monografi om en gruppe på omkring 22.000 kroatisk emigranter/flygtninge, som blev tvunget fra deres hjem i regionen Srem i Vojvodina/Serbien under den grusomme krig 1991-95, som delte Jugoslavien i adskillige nationalstater. Srem er en mindre region i en større region, som igen er del af en endnu større region osv. Kun én gang i bogen nævnes regionen „Balkan“ og det negativt. Dette afspejler den omsiggribende tøven blandt tidens forskere, især indfødte, over for at bruge en kategori, som formodes at stigmatisere en hel „regions“ befolkning.

De fleste af forfatterens „meddelere“ kommer fra en landsby ved navn Slankamen ved bredden af Donaufloden i Sremregionen. Under krigen blev de tvunget til at flytte til landsbyen Gradina længere oppe ad floden, omkring 250 km mod nordvest, til et område beliggende i den slavonske del af Kroatien. Forflyttelsen skete således fra en lille serbisk domineret landsby til en næsten „ren“ kroatisk landsby.

Bogens forfatter, hvis afdøde mor kom fra Sremregionen, lytter opmærksomt og transskriberer, nogle gange uden kommentarer, udtalelser fra personer, som har forladt deres hjem og gårde under krigen. Feltarbejdet blev udført fem år efter forflyttelsen. I og med at forfatteren er tæt knyttet til gruppen, forventede nogle af dens indflydelsesrige medlemmer, at bogen skulle advokere deres sag. Det afsluttende kapitel beskæftiger sig da også med spørgsmål om „indfødthed“ og „agens“, som er vigtige emner i antropologien, og Čapo Žmegač prøver ihærdigt at skabe en balance mellem sin egen kroatisk identitet og en neutral, om end kroatiskindet, politik.

De kroatisk flygtninge byttede gårde, hjem, møbler og de fleste af deres jordbrugsredskaber med de serbiske indbyggere i Gradina, som nu blev forflyt-

tet til Slankamen i Sremregionen, som kroaterne havde måttet forlade. Denne udveksling af nationale/etniske befolkningsgrupper, som Čapo Žmegač kalder *koetnisk migration*, har adskillige fortilfælde i det sydøstlige europæiske Balkan i moderne historie. Her nævner Žmegač bl.a. udvekslingen af tyrkiske og græske indbyggere efter krigen mellem de to unge nationalstater i 1923. Denne type statskoordineret udveksling er næppe den form for udveksling, som Marcel Mauss i samme epoke analyserede som gavegivning, hvor det drejer sig om at modtage og gengælde; ej heller er reciprociteten mellem parterne oplevet som retfærdig og ordentlig. Udvekslingen er præget af følelser af bitterhed og nostalgi, og begge parter i udvekslingen er misundelige på hinanden.

Bogen blev oprindeligt udgivet i 2002 på kroatisk med en nøgtern titel, der oversat til dansk lyder: „Sremniske kroater: Et etnologisk studie af migration, identifikation og integration“. Den engelske titel, som på dansk ville lyde „Fremmede uanset hvad“, er fængende, men uklar. Undertitlen „Kroatiske flygtninges liv i deres nye hjem“ henviser imidlertid med referencen til „hjem“ til noget, som for denne anmelder at se er monografiens vigtigste omdrejningspunkt. En alternativ engelsk titel kunne i stedet for „strangers either way“ (fremmede uanset hvad) have været „villagers either way“, „bønder uanset hvad“, selv om ikke alle informanterne i bogen er bønder. Men megen af Čapo Žmegačs mest frugtbare etnografi kommer præcis fra disse bønders gårde og fra deres daglige erfaringer i denne multietniske region i Europa.

Etnografien er både kompleks og historisk detaljeret. Hvor den er bedst, er den nøgtern og nede på jorden. De, der kommer mest til orde, er kroater, som følger deres „kroatiske landsmænd“ igennem en grufuld krig, en krig mellem naboer, i hvilken jugoslaverne (læs „serberne“) var hovedaggressorerne. Vukovar, som blev totalt ødelagt af de jugoslaviske/serbiske bombninger i 1991, ligger cirka halvvejs mellem de to landsbyer, som Čapo Žmegač skriver om. Landsbyboerne var ikke i frontlinjen. De valgte at flytte til landsbyer, som udgjorde nationalt eller etnisk homogene samfund. Efter hvad de selv mente, vendte de tilbage til deres oprindelige „hjemland“, fordi Sremdistriktet en overgang i det 19. århundrede var del af den kroatiske nationalstat, som dog ikke eksisterede ret længe. Migranternes virkelighed kom dog ikke til at leve op til forventningerne. De savnede deres vante hjem og gårde mere, end de følte sig velkomne i deres nye. Opdagelsen af denne kløft mellem det gamle liv og det nye er bogens gåde og centrum for dens undersøgelse.

Čapo Žmegač advarer ofte læseren og sig selv mod generaliseringer. De *koetniske migranter* er, understreger hun, forskellige og heterogene i deres reaktioner på deres nye situation. Alligevel kan etnografien ikke undgå at typificere og reducere forskelligheden til at udgøre temmelig specifikke beskrivelser af feltens

beboere, når de reflekterer over fortiden og sammenligner med nutiden. Meget af bogen ligner et gammeldags lokalsamfundsstudie, hvor de lokale modtager de nyankomne, og hvor forskellene mellem grupperne fra begge sider bliver forstørret. Der sættes ikke spørgsmålstegn ved solidariteten kroater imellem i krigen mod nabolandet, men deres indbyrdes forhold på lokalplan er meget segmentarisk. Bogen fokuserer på de forskelligheder, som kommer til syne i Gradina efter serbernes udflytning og kroaternes ankomst. Men er disse skel mellem de „gamle“ beboere og de „nye“ tegn på, at folk er „fremmede“ over for hinanden, som forfatteren påstår? Næppe, efter denne anmelders mening.

Hvad er grunden til de mange uoverensstemmelser mellem grupperne? Sremfolkene flyttede ind i et område, som forfatteren kalder „Ny-Gradinas ghetto“, der før havde været det serbiske kvarter. Det bliver kaldt *ny*, fordi tidligere serbiske partisaner fra 2. Verdenskrig blev tildelt jord uden for det gamle Gradina. Her byggede de huse og butikker. Serberne var privilegerede nye beboere, og den jugoslaviske regering forkælede dem, i kroaternes øjne, med udbygning af infrastrukturen og en ny skole i området. De kroatiske børn måtte gå to kilometer til denne nye skole i Ny-Gradina. Det serbiske stigma hang ved området, så at sige, da sremkroaterne i krigsårene flyttede ind. Sremkroaterne talte desuden den serbiske dialekt af serbokroatisk fra deres hjemregion, hvorfor de forekom de gamle beboere at ligne serbere.

Den famøse „de små forskelles narcissisme“ (Sigmund Freuds karakteristik af Balkans folkeslag) kom på banen i denne tilpasningsperiode. Når sremfolkene fortsatte med at praktisere deres tradition med at synge julesange fra dør til dør, blev lokalbefolkningen irriteret. Måske var de lokale misundelige? I de gammeldags lokalsamfundsstudier tøvede man aldrig med at påpege, hvor megen misundelse der fandtes i landsbysamfundet. Forskelle mellem en landsbys beboere syntes håndgribelige og resulterede i alliancer, som kunne være etnisk og/eller religiøst funderede. Hvor længe man havde boet i landsbyen og/eller ejerskab af den bedste, mest tilgængelige landbrugsjord, var også aspekter af sammenlignende og hierarkiske vurderinger. Čapo Žmegač analyserer ofte forskellene med henvisning til etniske tilhørsforhold, men alligevel advarer hun mod netop at gøre dette, i mangfoldighedens og variationens navn. Aldersforskelle, kønsforskelle, erhvervs- og uddannelsesforskelle kan være lige så afgørende som „ren“ etnicitet.

De sremkroater, der flyttede til tidligere serbiske hjem og landbrugsjord, blev overvåget af de lokale kroater. Sremfolkene vurderede ligeledes de lokale, som efter deres mening ikke var så kompetente jordbrugere som de selv. Sremfolkene var meget dygtige til dyrkning, høst og salg af frugt. Slankamen ligger kun 40 km nord for Beograd, som udgør et godt marked for frugt og grønt. Til sammenligning syntes Ny-Gradina tilbagestående og isoleret.

De lokale beundrede tilflytterne fra Slankamen for deres dygtighed, når det f.eks. gjaldt dyrkningen af vandmeloner, og de var misundelige på sremfolkenes forretningssucces. Sremfolkene var hårdtarbejdende, og de holdt deres hjem og deres haver meget pertentligt. En anekdote kan illustrere den forskel, der gør en forskel mellem de to grupper. I Slankamen lagde man som oftest mursten eller støbte cementstier i haverne. Det gjorde gradinafolkene aldrig. En informant siger det således: „Bonden i Srem gik rundt i slippers, fordi hans gårdsplads var fint brolagt. Her er det nødvendigt med støvler, når man skal ud ... Han er vant til at gå i slippers der, så det gør han også her“ (s. 102).

Når denne anmelder stiller skarpt på en øjensynlig meget lille detalje i hverdagslivet, er det for at understrege, at den narrative diskurs og den praktiske aktivitet, der observeres i etnografien, ikke bør deles op i to sfærer eller på to niveauer, som forfatteren praktiserer det. I sin konklusion fremfører Čapo Žmegač en saglig kritik af diskursanalyse og de løsrevne observationer af aktiviteter, der præger nogen forskning. Hun taler for en analyse i to niveauer: analyse af observationer og analyse af diskurs. Denne anmelder er ikke enig i en sådan opdeling og ville gå endnu videre og opfordre til en skærpet diskussion af de anekdotiske episoder, som den med vandmelondyrkningen og den med at gå med slippers i haven, som kombinerer social erfaring i „snak“ og i andre former for handling. Anekdoter er levende i erindringen og skabende i nutiden. Godt valgte anekdoter er resultatet af vores arbejde, når det er bedst, i datiden såvel som nu.

Der er meget at sætte pris på i denne nye monografi om menneskers liv midt i en krig mellem naboer, men anmelderen er i tvivl om, hvorvidt det, han sætter pris på, er det samme, som forfatteren selv har tilstræbt. I hvert fald er den engelske titel *Strangers either Way* såvel som forfatterens bestræbelse på at gøre små regionale forskelle til fremmedgørelse etnologiske overdrivelser. Ikke desto mindre giver monografien meget at tænke over og måske endda mulighed for generalisering. Det vises, hvorledes det tidligere Jugoslaviens fragmenteringsproces, der resulterede i en række mindre nationalstaters opståen, også skabte stærkere regionale identifikationer. Her bliver Čapo Žmegačs præsentation af srembeboerne på den ene side af den trukne grænse et værdifuldt studie af regional identitet og hjemstavn under og efter en krig. Man kan spørge sig selv, hvordan et lignende studie af de serbiske tilflyttere fra Gradina til Slankamen ville se ud. Men sådan et feltstudie kunne ikke laves af en kroatisk etnolog.

*Jonathan Schwartz  
Lektor emeritus  
Institut for Antropologi  
Københavns Universitet  
Oversat af Kirsten Rønne*

## Redaktionen har modtaget

GUNDELACH, PETER, HANS RAUN IVERSEN & MARGIT WARBURG (red.): I hjertet af Danmark. København: Hans Reitzels Forlag 2008. 296 sider. ISBN 978-87-412-5173-8 (pb). Pris: 325 kr.

JENSEN, TINA GUDRUN & KATE ØSTERGAARD: Nye muslimer i Danmark. Møder og omvendelser. Højbjerg: Forlaget Univers 2007. 227 sider. Illus. ISBN 978-87-91668-17-3 (pb). Pris: 249 kr.

JØRGENSEN, JENS NORMANN & PIA QUIST: Unges sprog. København: Hans Reitzels Forlag 2008. 187 sider. Illus. ISBN 978-87-412-5099-1 (pb). Pris: 248 kr.





## FORFATTERLISTE

**Sofie Danneskiold-Samsøe** er ph.d. fra Institut for Antropologi, Københavns Universitet. Er ansat som post.doc. ved Roskilde Universitet og forsker i køn og social lidelse.

**Kåre Jansbøl** er ph.d. i antropologi fra Institut for Antropologi, Københavns Universitet, på en afhandling om det danske spillemiljø. Ansat som forsker i Psykiatrien i Region Sjælland.

**Katrine Schepelern Johansen** er ph.d. i antropologi fra Institut for Antropologi, Københavns Universitet, på en afhandling om transkulturel psykiatri. Nu ansat som post.doc. på Institut for Antropologi og forsker i misbrugsbehandling.

**Dorthe Brogård Kristensen** er ph.d. i antropologi fra Institut for Antropologi, Københavns Universitet. Er i øjeblikket ansat som post.doc. ved Syddansk Universitet med et forskningsprojekt, der belyser forhold mellem kost, sundhedsbudskaber og livsstil i Danmark.

**Hanne Overgaard Mogensen** er ph.d. i antropologi og lektor ved Institut for Antropologi, Københavns Universitet. Hun har i en årrække beskæftiget sig med medicinsk antropologi og international sundhed flere steder i Afrika med særligt fokus på børnesundhed og hiv/aids.

**Charlotta Pisinger** er afdelingslæge, ph.d., MPH og seniorforsker ved Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed.

**Rie Raffing** er kandidat i antropologi og forskningsassistent ved Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed.

**Marie Louise Tørring** er mag.art. og ph.d.-studerende ved Forskningsenheden for Almen Praksis ved Aarhus Universitet



## ENGLISH SUMMARIES

### **Kåre Jansbøl & Katrine Schepelern Johansen: Symptoms and Sociality. Interview with Dorte Effersøe Gannik**

Dorte Effersøe Gannik's book *Social Theory of Disease: A Situational Perspective* is the revised version of her doctoral thesis in medical sociology. In the book, Gannik uses empirical research on backaches to construct a general sociological theory of disease. In this interview with Jansbøl and Johansen, Gannik primarily talks about the theoretical aspects of her work. Gannik's theory of disease helps us reach a more precise understanding of connections between the two complex entities "disease" and "the social". Gannik claims that disease is far more socially embedded than the health sector thus far has acknowledged, and she points out that factors outside of the health sector determine whether or not a person interprets some kind of physical discomfort as a symptom of disease severe enough to seek medical attention for. Even after a person has been transformed into a patient, many of his or her symptom-related actions are still more often determined by conditions in the home, at work, or among friends than it is by strictly medical matters. Gannik claims that the health sector hitherto has had an inadequate understanding of disease, because its spokespersons have defined it as a fundamentally biological entity which is largely unaffected by social conditions. In contrast, Gannik argues that disease can only be properly understood if one seriously takes into consideration the social lives of patients, inside the health sector, as well as outside it.

### **Katrine Schepelern Johansen: An Anthropological Perspective on Disease Models in Psychiatry. Social and Cultural Dimensions of a Disease Model of Schizophrenia**

This article is about the cultural perception of schizophrenia among psychiatric staff in Denmark. The author argues that it is possible to identify a shared and coherent perception of the disease among the staff and illustrates this by introducing and discussing the theoretical concept of disease models. It is further argued that the field of psychiatry is a pertinent environment for identifying a disease model among staff. After surveying a number of other studies, the disease model of schizophrenia is presented. It is a model where medicine and behaviour play dominant roles and where concepts of stability and chronicity are the major

characteristics of the disease. Furthermore, the author presents a discussion on how the psychiatric staff seems to comprise the dominant social group in the psychiatric wards and therefore plays the major role in determining treatment.

### **Hanne Overgaard Mogensen: From Illness Explanations to Illness Practices in Eastern Uganda – and Within Anthropology**

Medical anthropologists have a long tradition for studying illness explanations offered by local informants as well as how these explanations influence health care seeking behaviour. In spite of anthropologists' intentions to provide a cultural critique of biomedicine, many studies within medical anthropology actually end up confirming the implicit assumptions of the biomedical paradigm through their focus on local illness explanations and health care-seeking behaviour. Due to their interest in local illness explanations, anthropologists continue to be regarded as those who can identify exotic understandings of sickness. These explanations, it is then assumed, can be turned into more acceptable knowledge and appropriate behaviour through public health initiatives. This article asserts that one way to avoid such a trap is to recognize medical anthropology's tendency to study the use of cognitive models as analytical framework: classification, semantic networks, explanatory models, narratives etc. There is a definite need for a shift from semantics to pragmatics, when one addresses the interpretation of illness. The discussion is based on fieldwork conducted primarily in Uganda, over the course of the past 15 years. The author's changes in perspective emerge from developments in anthropology, especially medical anthropology, during this time period.

### **Rie Raffing & Charlotta Pisinger: Risk Behaviour and the Good Life. Questioning a Lifestyle with Beer, Cigarettes and Lack of Exercise**

This pilot study looks into the question of why some people continue a lifestyle of risk behaviour, knowing full well that this might cause them illness in the future. Risk behaviour in this study was defined by not meeting the recommendations from the Danish National Board of Health: Not to smoke, to keep a BMI lower than 25, to drink less than 14 (women) or 21 (men) standard drinks per week and to be physically active at least half an hour each day. Each interviewee failed to meet at least two of these recommendations and did not have plans to change his or her lifestyle. The aim of this study was to qualitatively investigate how four citizens from West Copenhagen, with high risk behaviour, regarded the concepts of health, illness and risk; the study also addresses the factors that

would increase their motivation for lifestyle change. This study showed that the informants' attitudes to risk behaviour were negotiated, created and maintained around the following themes which are part of a practical rationalism: "future", "probability", "it happens to others" and "luck". The threat of illness caused by risk behaviour was expected to be the primary motivating factor for lifestyle change. The informants with high-risk behaviour had a short-term perspective that dominated their everyday lives. They didn't expect to fall ill due to their risk behaviour, but if they did, they considered the disease to be the primary motivating factor for lifestyle change.

### **Marie Louise Tørring: On Culture and Pain. Reflections on Strong Reactions and Discreet Facial Expressions**

In this article, the author urges anthropologists to stop ignoring culture's presence in social life and to take a more contextual approach to pain and culture in order to challenge the emergent cultural essentialism in health care literature. The study is founded on six months of ethnographic fieldwork conducted at postoperative pain units and surgical wards in Danish and Italian hospitals in 2003 and 2004. The author employs Bruno Latour's concepts to analyse the dynamic process of acute pain management and illustrates how culture and pain are merged in the clinical setting. Scientific paradigms, drugs, self-reporting scales, human resources, monitors, guidelines, habits, and cultural beliefs all shape the way people respond to pain. Thus, actor-network theory proves itself as an alternative, useful tool for understanding the way cultural stereotypes equally affect pain behaviour, pain treatment and the pain experiences.

### **Dorthe Brogård Kristensen: The Shaman, the Virgin and the Taxation Authorities. Portrait of a Miracle Worker from the South of Chile**

This article presents the case of the shaman José Karipan, who is considered one of the most powerful and popular shamans in southern Chile. The article explores the success of his practice as a healer, by analyzing the relationship between healing, identity and the socio-economic and political context of Southern Chile. It is argued that shamanistic medical practice is so popular among patients in Southern Chile due to its sensitivity to their historical past and socio-political reality. The shaman's practice and figure build upon symbols and aspects of his social environment; the shaman is Roman Catholic and claims to receive his healing power from the Virgin of Carmen, the national saint of Chile. Furthermore, he is publicly known for a conflict with the local taxation authorities, who accuse him of

failing to claim tax for his income as a healer. These factors serve to challenge the logic of the Chilean state but also show how the shaman's personal practices are embedded inside the logic of the state, and draw upon national symbols as a source of power.

## GAMLE OG KOMMENDE NUMRE

**27. SYNSVINKLER** Som kilde til u hæmmet metafordannelse er synet sandsynligvis den sans, der bærer de største billedlige byrder. Med synet afbilder vi indsigtens vished og overblikkets omfang. Men af samme kilde nærer vi vores skepsis over for det oplagte, åbenbare og gennemskuelige.

**28. MIGRATION** fokuserer på migranternes betydning for deres oprindelsessted, migration som faktor i skabelse af samfund og kultur, såvel som på returnmigration, længsler i det fremmede og flerkulturelle kontekster.

**29. KROPPE** Udsolgt.

**30. RUM** Udsolgt.

**31. METODE** Det særlige ved den antropologiske analyse hævdes ofte at være dens fokus på det kvalitative, men det er ikke altid lige klart, hvilke praktiske metoder til dataindsamling, sådanne analytiske tilgange forudsætter eller betjener sig af. Dette nummer fokuserer på konkrete metodiske tilgange, som antropologer benytter sig af i praksis.

**32. INDFØDTE** behandler emnet indfødte, oprindelige folk eller 4. verdens-folk inden for rammerne af de aktuelle antropologiske interessefelter kulturel identitet og kompleksitet. Indfødte folks vilkår i den moderne verden frembyder spørgsmål af både teoretisk, praktisk og politisk art.

**33. DYR** tager udgangspunkt i den ganske forbløffende mængde materiale, som den zoologiske verden bidrager med til vores kategoriseringer af omverdenen. I dette nummer bringes eksempler på, hvordan vi tænker, bruger, fremstiller og forestiller os dyr.

**34. AIDS-**forskningen i antropologien har udviklet sig fra en hjælpedisciplin for epidemiologien til kritiske analyser af videnskabelige og politiske „sandheder“ om hiv/aids og konstruktive undersøgelser af lokale forudsætninger for forebyggelse og omsorg.

**35-36. FELTER** er et festskrift med artikler om sjæleanliggender, etnografer, pornografi, repræsentation, rationalitet, identitet, kunst og verden, rum, metaforik, ceremonielle dialoger, ånder, kroppe og performance, halve mennesker, myter og kosmologi, objekter, totemisme, fysikkens erkendelseslære og menneskekulturerne mv.

**37. MELLE MØSTEN** Udsolgt.

**38. BØRN** har kun sjældent været del af det antropologiske genstandsfelt. Her belyses antropologiske perspektiver på børn og unge: Hvordan opfattes børn, hvad indebærer socialisering, og hvilke perspektiver og erfaringer har børn i forhold til deres omgivelser forskellige steder i verden?

**39. MAD OG DRIKKE** viser nye vinkler på de symbolske betydninger og sociale normer, som regulerer, hvad der indtages, hvornår, hvordan, sammen med hvem og i hvilke mængder.

**40. OVERGANG** ser på den antropologiske videnskab og den videnskabelige antropologi anno 2000. Hvilke erkendelser har overlevet 1980'ernes faglige selv-ransagelse, og hvilke epistemer hører fortiden til? Hvilke klassiske antropologiske dyder kan dårligt undværes, og hvad er forholdet mellem anvendt antropologi og grundforskning?

**41. ILLUSION** har ofte negative konnotationer i retning af indbildning og forvrænget virkelighedsopfattelse. Her fokuseres på illusion som et empirisk forhold, dets kreative element i sociale og kulturelle sammenhænge samt dets virkemidler og konsekvenser.

**42. DANSKHED** Mens antropologer og andre analytikere dekonstruerer nationale fællesskaber, egenskaber og identiteter, polemiserer dette nummer ved at undersøge, hvordan og hvorvidt danskheden faktisk *er*: danske dufte, toner, omgangsformer, filmskatten og højskolesangbogen med mere. Er der tale om særligt danske forhold eller blot om forhold i Danmark?

**43-44. SAMLING** undersøger samlinger og samlere og overvejer begrebernes betydning for antropologien. Kategorier bringes sammen i nye konstellationer: museale dyrekategoriseringer, frimærkesamlinger, etnografiske samlinger, komplette samlinger, plane-spottere, klunsere, jæger-samlere og kunstsamlere.

**45. KRITIK** sætter fokus på den engagerede videnskab og videnskabsmand. Kritisk antropologi er ikke ny, men øget forskning og deltagelse i løsning af samfundsproblemer synes at skærpe den kritiske bevidsthed og kravet om stillingtagen. Hvad betyder det for den videnskabelige erkendelse og metode?

**46. VOLD** undersøger, hvorledes vold indgår i menneskers forestillinger og dagligliv. Temaet præsenterer et kontinuum af vold – mellem enkelte individer til vold omfattende en hel befolkning og afspejles i artikler om vold mod kvinder, overgreb på indfødte folk, civile lynchinger, borgerkrig, befrielseskrig og statsterror.



**47. BYER I** undersøger med bidrag fra antropologer, litterater, arkitekter og kunstnere en række konkrete byer og overvejer fænomenets betydning for antropologien. Forskelligartede byundersøgelser udfoldes i beskrivelserne af Abomey, Hanoi, Hby, Honolulu, København, København, Marseille, Máskat, Montreal og Mumbai.

**48. BYER II** undersøger med bidrag fra antropologer, litterater, arkitekter og kunstnere en række konkrete byer og overvejer fænomenets betydning for antropologien. Forskelligartede byundersøgelser udfoldes i beskrivelserne af Nuuk, Paris, Rio de Janeiro, Sarajevo, Shanghai, Skopje, Sun City, Sun City, Teheran og Århus.

**49. PENGE** handler om fjer, muslingeskaller, medaljoner, jetoner, betalingskort, bankoverførsler, mønter, sedler og andre værdier, som vises frem, gemmes væk, øremærkes og udveksles. Penge påvirker relationer og samfund og er derfor anledning til moralske og politiske problemstillinger om fællesskab og individualitet, magt og afmagt, ulighed og hierarki, følelse og marked.

**50. SLÆGTSKAB** er som antropologisk forskningsfelt i de sidste årtier blevet kraftigt udfordret. Nye betingelser forårsaget af udviklingen inden for den lægevidenskabelige forplantnings- og genteknologi samt presset fra ændrede globale forhold, gamle og nye krige og sygdomsepidemier skaber rum for helt nye kreative tankegange og praksis i slægtssammenhæng.

**51. ARBEJDE** er et „institutionaliseret“ begreb, i den forstand at betydningen af ordet ikke er noget, vi almindeligvis tænker over, men nærmere noget, vi tænker *med*. Det giver anledning til overvejelser om og perspektiver på, hvordan arbejde skal begribes, samt hvordan begrebet tillægges mening i forskellige sociale og kulturelle sammenhænge – i en tid, hvor arbejdet synes at fylde stadig mere i vores liv og bevidsthed.

**52. HUKOMMELSE** er et socialt fænomen med et vigtigt politisk aspekt. Udtrykt i repræsentationer af fortiden danner hukommelse, social og kollektiv, udgangspunktet for et samfunds selvforståelse og legitimering. Et samfunds „hukommelse“ refererer ikke nødvendigvis til et verificerbart fænomen i fortiden. Den kollektive hukommelse er kreativt skabende og udtrykker sig ud over i samfundsformer i materiel kultur og i kroppe.

**53. KOGNITION** tager bestik af den „kognitive revolutions“ betydning for aktuell antropologisk forskning. Værdien af dette nye teoretiske paradigme demonstreres og diskuteres i antropologiske analyser af religion, sprogtilegnelse, drømme, videnskabelig viden m.m.



**54. LYD** Også i samfund, der vurderer synssansen som den primære, spiller håndteringen af lyd en væsentlig rolle. Både seende og blinde færdes i landskaber af lyd, i lydskaber. Men hvad gør lydene ved os? Og hvad gør vi med lyde? Hvordan er forholdet mellem sproglyde og skrifttegn? Hvornår er lyd musik? Hvad sker der, når lyd bliver til larm, og støj bliver til stress, når stilhed bliver en luksus? Hvad er akustisk komfort? Og hvad betyder det, når hørelsen hæmmes eller lyden forsvinder helt?

**55. PERSON** er ikke i sig selv antropologiens centrale omdrejningspunkt, det er derimod *relationen* mellem mennesker. Felten er fuld af mennesker, som vi umiddelbart identificerer som særskilte personer med egne livshistorier og -mål. Men hvad er egentlig en person? Hvordan skal vi forstå forholdet mellem individet og det sociale? Eksisterer der et „vi“ før et „jeg“ – eller forholder det sig omvendt? Hvorledes håndterer antropologien møder mellem forskellige personopfattelser? Nummeret undersøger sådanne spørgsmål og de metodiske, teoretiske og politiske udfordringer, der følger heraf.

**56. KULTURMØDE** bruges i stigende grad til at beskrive og forklare, hvordan personer med forskellig etnisk, kulturel eller national baggrund bringes sammen og undertiden støder sammen. Begrebet „kulturmøde“ blev fundet analytisk ufrugtbart og derfor opgivet i antropologien i 1960'erne. I de senere år har ikke-antropologiske kulturstudiefag været med til at sætte nye dagsordener for, hvilke temaer og angrebsvinkler der kan være relevante for at forstå det mudrede felt, som man – i mangel af bedre? – på ny betegner kulturmøder.

**57. LOV OG RET** Krav og ønsker fra individer og hele befolkningsgrupper formuleres i stigende grad inden for rammerne af et rettighedssprog, og en retlig forståelseshorisont spiller en stadig større rolle. Hvordan påvirker denne udvikling antropologiske studier af lov og ret? Dominerer rettighedsdiskursen i lige så høj grad på det empiriske plan som på det ideologiske? Er rettigheder mere tale end handling? Og hvordan spiller andre, ikke-legale forestillinger om retfærdighed sammen med retssamfundets juridiske univers?

**59. HUS OG HJEM** Hjemmet udtrykker et forhold mellem mennesker og mellem mennesker og materialitet, her især huset, som er ladet med betydning i form af bl.a. tilhørsforhold og ejendomsret. Det understøtter identitet og fællesskaber i form af familieliv, men er også platform for differentieringer mellem køn og generationer. Hjemmet er kort sagt et socialt og kulturelt fænomen, som udfoldes i form af forskellige praktikker – det er noget, man gør.

**60. MAGI** spillede en vigtig rolle i den klassiske antropologi som en indfaldsvinkel til forståelsen af de indfødtes særlige symbolske og rituelle handlinger for at



nå ønskede mål. Siden er det blevet almindeligt at betragte magi mere bredt som et af mange forsøg på at håndtere usikkerhed i det moderne samfund. Magi kan således betegnes som en særlig form for menneskelig handling, hvor bestemte ord, genstande eller fænomener tillægges en indflydelse eller kraft, som ligger ud over ordene, genstanden eller fænomenet i sig selv. Magi er det kreative felt, hvor ønsker og håb kan udtrykkes og måske lede til eftertragtede mål.

**61. SKOLE** Skolen vil altid være et udtryk for et bestemt samfund med dets særlige værdier og strukturer. Den vil have til hensigt at bidrage til formationen af dette samfund ved at søge at skabe gode borgere. Derfor udgør skolen en arena, hvor der dagligt kæmpes om, hvilke kulturelle værdier, hvilken fortolkning af historien og hvilke samfundsmæssige normer der skal være gældende. Skolen bidrager dermed til komplicerede eksklusions- og inklusionsprocesser både i materiel, social og kulturel forstand og dermed til konstruktionen af forskellige former for medborgerskab.

