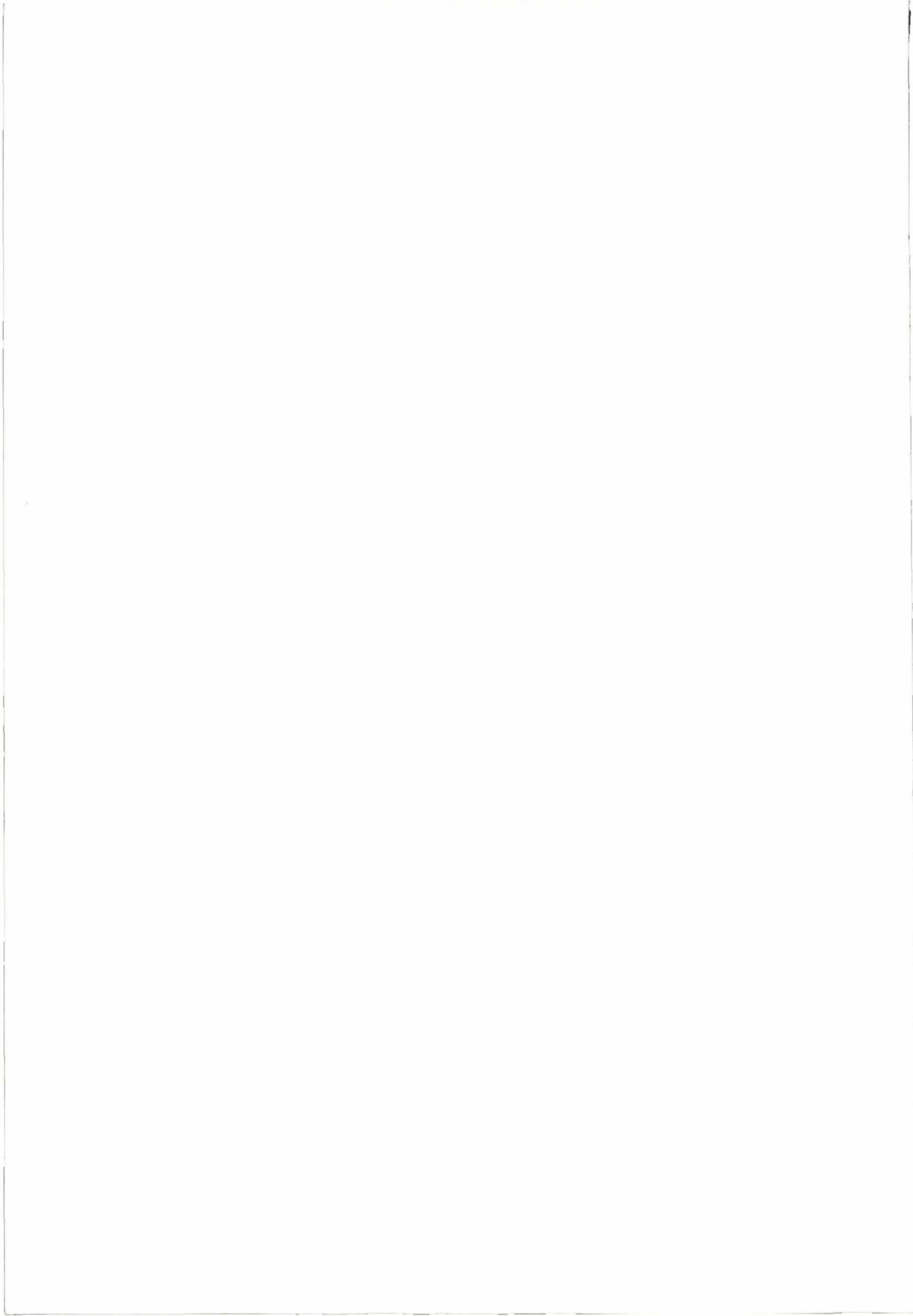


AIDS

Tidsskriftet Antropologi Nr.34



Tidsskriftet Antropologi

TIDSSKRIFTET ANTROPOLOGI nr. 34, 1996

Dette nummer er udgivet med støtte fra Statens Humanistiske Forskningsråd

- Gæsteredaktion: Ulla Godtfredsen
Steffen Jöhncke (ansv.)
Kennet Pedersen
Kirsten Marie Raahauge
Jens Seeberg
- Anmelderredaktion: Michael Harbsmeier
Kennet Pedersen
- Udgiver: Foreningen Stofskifte
Frederiksholms Kanal 4
1220 København K
- Bestilling,
abonnement
og redaktionel
henvendelse: Tidsskriftet Antropologi
Frederiksholms Kanal 4
1220 København K
Tlf. +45 35 32 34 72
Fax +45 35 32 34 65
E-mail: tidsskrift.antropologi@anthro.ku.dk
Giro 8 39 38 42
- Sats og layout: Bernadette Hammann
Tryk: AKA-Print ApS
- Omslag: Veronique Van der Neut
- ISSN 0906-3021 (Tidsskriftet) Antropologi
ISBN 87-88825-05-1
Copyright: Foreningen Stofskifte og forfatterne

Mangfoldiggørelse af indholdet af dette tidsskrift eller dele heraf er i henhold til gældende dansk lov om ophavsret ikke tilladt uden forudgående aftale med redaktionen og den enkelte forfatter. Dette forbud omfatter enhver form for mangfoldiggørelse, det være sig ved trykning, duplikering, fotokopiering, båndindspilning eller andet. Ved mangfoldiggørelse af artikler efter aftale afregnes pr. side med tidsskriftets redaktion. Undtaget fra dette forbud er alene korte citater til brug i anmeldelser eller i videnskabelig sammenhæng. Redaktionen deler ikke nødvendigvis de synspunkter, som fremføres i de publicerede artikler og anmeldelser.

Tidsskriftet Antropologi indekseres i *International Current Awareness Service, International Bibliography of the Social Sciences og Anthropological Literature.*

Jeg var glad, stærk og sund
Men på grund af et eventyr
På grund af en leg
På grund af en tankeløs fornøjelse
Er jeg blevet genstand for undersøgelse

Fra sang om aids af Francisco „Fat Boy“ Costa, Guinea-Bissau 1987

TIDSSKRIFTET ANTROPOLOGI NR. 34

AIDS

INDHOLD

Steffen Jöhncke ANTROPOLOGISK HIV/AIDS-FORSKNING UNDER FORANDRING Indledning	5
Hanne Overgaard Mogensen SOCIAL RESPONS PÅ URBANISERINGENS EPIDEMIER Aids-oplysning i det sydlige Zambia	17
Kristina Wimberley FRELST OG REDDET FRA AIDS? Unge pigers håndtering af risikoen for hiv i det sydvestlige Uganda	29
Ulla Godtfredsen ETNOGRAFI PÅ AFVEJE Om anvendeligheden af begrebet „lokal viden“ i aids-forebyggelse	49
Anders Dahl MASSER AF GRUNDE TIL USIKKER SEX En undersøgelse af gode forklaringer	59
Steffen Jöhncke DE INDRE GRÆNSER Forestillinger om kultur og subkultur i sociale konstruktioner af hiv/aids i Danmark	75
Jens Seeberg STIGMA-STATISTIK Når dagsordener sættes i dansk aids-politik	93
ANMELDELSER	
John Cleland & Benoit Ferry (eds.): <i>Sexual Behavior and AIDS in the Developing World.</i> Anmeldes af Kristina Wimberley	111
Herbert Daniel & Richard Parker (eds.): <i>Sexuality, Politics and AIDS in Brazil.</i> <i>In Another World?</i> Anmeldes af Ulla Godtfredsen	113
Mary Haour-Knipe & Richard Rector (eds.): <i>Crossing Borders. Migration, Ethnicity and AIDS.</i> Anmeldes af Jens Seeberg	114
FORFATTERLISTE	121
ENGLISH SUMMARIES	123
GAMLE OG KOMMENDE NUMRE	127

STEFFEN JÖHNCKE

ANTROPOLOGISK HIV/AIDS-FORSKNING UNDER FORANDRING

Indledning

Der skønnes at leve mere end 22 millioner mennesker med hiv i verden i dag – en fordobling af antallet af hiv-smittede siden 1990.¹ Hver dag smittes mere end 8500 personer, heraf 1000 børn. De fleste voksne, der smittes i dag, er under 25 år gamle. Mere end ni tiendedele af de smittede lever i udviklingslande. Antallet af hiv-smittede vokser stadig voldsomt, ikke mindst i Asien, hvor epidemien frygtes at få et kolossalt omfang.

Det hører imidlertid også med til billedet, at der nogle få steder i verden er tegn på, at det er lykkedes at vende udviklingen: Udbredelsestempoet for hiv er bremset blandt bøsere i Nordamerika og Europa, blandt unge kvinder i Uganda og blandt unge mænd i Thailand. Hiv-infektionen i sig selv er fortsat uhelbredelig, men der gøres vedvarende fremskridt i den medicinske behandling både af følgesygdommene og af kroppens immunsystem, som hiv ødelægger – om end denne behandling kun er tilgængelig for en forsvindende lille del af verdens hiv-smittede.

Efter mere end femten års global epidemi har hiv/aids ikke alene indføjet sig i rækken af menneskelige lidelser, med en næsten universel tendens til at ramme de i forvejen socialt og økonomisk mest belastede befolkningsgrupper hårdest – en udvikling, der snarere synes at forstærkes end det modsatte. Hiv/aids indgår også i kulturelle forandringsprocesser, hvorigennem mennesker søger at forstå og håndtere konsekvenserne af smitten, sygdommene og døden. Ofte efter en tøvende og frygtsom begyndelse – og mange steder alt for sent, ikke sjældent på grund af modvillige regeringer og myndigheder – er udfordringen blevet taget op verden over, og lokale ressourcer er blevet mobiliseret i indsatsen mod smitten og i omsorgen for de allerede smittede og deres familier.

Antropologiens bidrag til denne indsats er som udgangspunkt udforskningen og forståelsen af hiv/aids som socialt og kulturelt fænomen. Hiv/aids er først og fremmest en fysisk begivenhed af voldsomme dimensioner i menneskets historie, men det er også en social og kulturel krise, der har udløst en betydningsepidemi – for at bruge Paula Treichlers udtryk (1988) – som belægger sygdommen og de smittede med bestemte karakteristika og årsagsforklaringer. I de fleste tilfælde synes denne søgen efter meningen med hiv/aids at følge og uddybe eksisterende sociale skel mellem „dem“ og „os“ – mellem de tilsyneladende velafgrænsede „andre“, som smitten synes at ramme oftere (afrikanere, asiater, sydamerikanere, haitianere, fattige, uuddannede, indvandrere, prostituerede, narromaner, bøsere, blødere osv.), og „os selv“: dem, der netop kan definere sig som hævet

over al denne elendighed og anderledeshed. På dette grundlag har det været nærliggende også at forklare sygdommens opståen og udbredelse med disse afvigende eller fremmede gruppers særlige træk – ja, rent ud deres *kultur*. Stigmatisering og fordømmelse har fulgt hiv og aids de fleste steder i verden. Men der er også skabt modbilleder af smitten og de smittede, nye former for organisering og samarbejde og nye opfattelser. Alt dette hører med til det sammensatte billede af hiv/aids som socialt og kulturelt fænomen – og dermed til antropologiens foranderlige genstandsfelt.

Det samme gælder etableringen og udviklingen af hiv/aids som arena for forskellige faggruppers udfoldelser. I vestlige lande falder hiv/aids som et sundhedsproblem naturligt ind under de biomedicinske videnskabers domæne. Først, omkring 1980, var det som et uforklarligt symptombillede hos yngre amerikanere, hvilket dog gradvist blev erkendt som udslag af en verdensomspændende epidemi, og de første sygdomstilfælde har siden kunnet spores tilbage til slutningen af 1950'erne. I 1984 kom opdagelsen af det virus, der fra 1986 blev kaldt hiv, og som man enedes om var årsagen til aids. Epidemiologerne kunne udpege risikogrupper for sygdommen, og man kunne indkredse de vigtigste smitteveje: ubeskyttet sex, samt blod, der kommer ind i kroppen (f.eks. ved at genbruge urene kanyler eller ved blodtransfusion). Andre lægelige specialer kunne fortsætte – bl.a. eksperter i seksuelt overførte sygdomme og infektionssygdomme. Pressen fulgte den fascinerende kombination af sex og død, ofte med sans for det sensationelle mere end det faktuelle. I manglen på en behandling til at uskadeliggøre hiv eller helbrede aids blev *forebyggelse* kodeordet, og kommunikations-eksperter og reklameagenter fik stor indflydelse i den fremvoksende aids-branche. Befolkningernes *viden, holdninger og adfærd* skulle i nævnte rækkefølge påvirkes i retning af at undgå smitte. Til dette arbejde involveredes efterhånden flere og flere faggrupper – sundhedsarbejdere og rådgivere af alle slags, lærere, socialarbejdere – og antropologer og andre samfundsforskere.

Fra kulturelle risici til kritiske røster

Inddragelsen af antropologer til at undersøge de sociale betydninger og konsekvenser af hiv og aids, og dermed om muligt bidrage til at modvirke fortsat smitteudbredelse, har undergået mærkbare forandringer i løbet af årene. Ganske vist er understregningen af betydningen af *kultur* en fællesnævner for antropologers indfaldsvinkler i dette arbejde (Feldman 1990; ten Brummelhuis & Herdt 1995), men der er sket vigtige forskydninger i perspektivet undervejs. Kultur er ikke, hvad det har været.²

Indtil begyndelsen af 1990'erne er antropologiske studier af hiv/aids domineret af to typer forskningsprojekter, som opridset af Marshall & Bennett (1990). Den første type gælder indsamlingen og analysen af empiriske data vedrørende adfærd og holdninger, der sætter visse befolkningsgrupper i øget risiko for hiv og aids – en interesse, der helt overvejende bliver rettet mod de „risikogrupper“ og „højepidemiske områder“, der allerede i forvejen er udpeget af epidemiologien; den anden type gælder undersøgelser af betydningen af hiv/aids i specifikke kulturelle kontekster – den sociale og kulturelle konstruktion af hiv/aids, om man vil. Begge typer projekter omfatter forskning i såvel vestlige samfund som i lande i den tredje verden.

Der er ikke mindst i de første år af epidemien stor optimisme med hensyn til antropologiens muligheder for at producere nyttig viden om og teoretiske modeller for de ad-

færdsmonstre og kulturelle forestillinger, der formodes at have afgørende indflydelse på smittespredningen og på mulighederne og behovet for oplysning og sundhedsfremme.

Antropologiens væsentligste bidrag bliver endnu i begyndelsen af 1990'erne (Feldman 1990:205; Marshall & Bennett 1990) overvejende betragtet dels som etnografisk lokalkendskab og indsigt i betydningen af den kulturelle kontekst, dels som anvendelsen af kvalitative metoder til fremskaffelse af viden om forhold, der ellers er svære at kaste lys over (f.eks. forskellige former for adfærd og forestillinger vedrørende sex). I lyset af hiv bliver eksisterende monografier afsøgt for deres som regel sporadiske omtaler af seksuelle og andre forhold af betydning for smitteudbredelse (Standing & Kisekka 1989; Sabatier 1988:60). Mere relevant er det dog, at ny forskning med antropologisk deltagelse iværksættes – både med fokus på bestemte gruppers forhold (f.eks. Day 1990, Parker 1990) og bredere anlagte undersøgelser af, hvordan bestemte betydninger og opfattelser af hiv/aids vinder frem (f.eks. Quam 1990; Farmer 1990), for nu at følge Marshall & Bennetts inddeling. Inddragelsen af antropologer sker ofte i tværfaglige projekter, hvis hovedsigte typisk er epidemiologisk (Frankenberg 1992; Packard & Epstein 1991) – andre understreger dog tværtimod den *manglende* inddragelse af antropologer i epidemiologisk forskning (Feldman 1991). Antropologers placering i tværfaglige forskningsprojekter om hiv/aids beskrives af nogle som problematisk, og giver anledning til overvejelser om foreneligheden af forskellige videnskabelige indfaldsvinkler (Streefland 1995).

I de første års antropologiske hiv/aids-forskning bliver de berørte befolkningsgruppers *adfærd* og *forestillinger* gennemgående betragtet som de indlysende temaer for arbejdet: disse vanskeligt håndterlige og uforudsigelige faktorer, som betinger smittespredningen og som synes at kunne hindre udbredelsen af en videnskabeligt korrekt forståelse af smitten og sygdommen, og en rationel omgang med risikoen i overensstemmelse dermed. *Kultur* bliver den sammenfattende forklaringsramme for disse forhold (Herdt 1992).

I løbet af 1990'erne har der været en voksende og stadig voldsommere kritik såvel af den antropologiske forsknings kvalitet og karakter som af antropologiens bidrag til bekæmpelse af hiv/aids. Disse indvendinger kommer bl.a. til udtryk i en udgivelse, der fortsat må regnes blandt de absolut væsentligste på området: Herdt & Lindenbaum (1992). Kritikken retter sig bl.a. imod tendensen til at reducere antropologi til en ateoretisk brug af kvalitative metoder, anvendelsen af den indsamlede viden uden inddragelse af eller hensyntagen til de berørte grupper, samt ikke mindst: antropologiens medvirken til at tingsliggøre de udsete befolkningsgruppers „livsstil“ som særlige „kulturer“, der følgelig umærkeligt (kan) omdefineres som værende *årsagen* til spredningen af hiv. Kravet er en antropologisk hiv/aids-forskning, der er bedre teoretisk funderet, mere kritisk, mere engageret og mere nyttig.

Bolton (1995) har været en af de mest markante kritikere, der stadig mere utålmodigt har efterlyst håndfaste resultater af antropologers arbejde med hensyn til at begrænse smittespredningen og forbedre de allerede smittedes vilkår. Selvom sådanne resultater er vanskelige eller umulige direkte at dokumentere i praksis, er det nødvendigt at fastholde disse overordnede formål med indsatsen. Bolton har tidligere været med til at påpege, at det kulturbegreb, der kan bruges i hiv/aids-forskning og -forebyggelse, nødvendigvis må være dynamisk: „Når alt kommer til alt, er hiv først og fremmest et opgave med hensyn til kulturel forandring“ (Bolton & Singer 1992:140). Man kan sige, at opfattelsen af kultur i relation til hiv/aids må bevæge sig fra „kultur som barriere“ til „kultur som proces og

ressource“. Forebyggelse må begynde nedefra, det vil sige tage afsæt i lokale muligheder og omsætte lokale kulturelle værdier i forandringsprocessen. Ud fra tilsvarende overvejelser kan der findes stadig flere eksempler på antropologer, der arbejder med hiv/aids i lokale organisationer og græsrodsbevægelser, hvor de bidrager med forskning i mulighederne for bedre forebyggelse og omsorg (se f.eks. Schoepf 1992a; O'Brien 1993; Singer 1996; Singer & Marxuach-Rodriquez 1996). Disse eksempler viser, at mange antropologer finder Marshall & Bennetts formulering utilstrækkelig, nemlig, at antropologers undersøgelser skulle kunne „lægges i hænderne på politikere og planlægges sådan, at resultaterne kan bruges i udviklingen af tilpassede forebyggelsesprogrammer“ (1990:4). Der kan stilles større krav til antropologers engagement end som så.

En anden væsentlig udvikling i antropologisk arbejde på området gælder den fortsatte udforskning af hiv og aids som sociale og kulturelle konstruktioner. Treichler (1992) har i en helt central artikel beskrevet hvor vidt forskelligt begrebet „kulturel konstruktion“ bruges i tilknytning til hiv/aids, og understreger nødvendigheden af større teoretisk klarhed på dette punkt. Der kan udledes forskellige opfattelser af „kulturelle konstruktioner“, mellem yderpunkterne i realisme (hiv er en autonom fysisk virkelighed, som vi blot betegner) og idealisme (hiv er en abstraktion, der kun findes i vores hoveder): Betegnet som en konstruktion kan hiv være (1) en naturligt forekommende enhed, som (kun) naturvidenskaben kan beskrive korrekt; (2) det kan være en naturlig enhed, som gives forskellige navne og betydninger i forskellige kulturelle sammenhænge – disse beskrivelser af hiv er principielt alle lige gyldige fra en kulturrelativistisk betragtning, om end ikke lige korrekte; og endelig (3) kan „hiv“ betegne en bestemt form for viden om naturlige forhold – en viden, som uomgængeligt er skabt gennem symbolske konstruktioner: biomedicinsk viden er således et system af symbolske konstruktioner som mange andre, om end det for tiden har forrang (Treichler 1992:67-68). Mens antropologer har en tilbøjelighed til at lægge sig op ad den mellemste forståelse, påpeger Treichler, at den sidstnævnte har et meget mere radikalt potentiale og større teoretisk rækkevidde. Pointen er bl.a., at vi skal forholde os kritisk undersøgende til alle slags beskrivelser af hiv/aids, og vurdere deres konkrete hensigtsmæssighed i forskellige sammenhænge. Dette indebærer *ikke* at forfalde til forestillingen om, at „kulturelle konstruktioner“ både er og beskriver *fiktioner*: der er ikke tale om, at noget „bare“ er en social og kulturel konstruktion“, underforstået at det forholder sig fuldstændig tilfældigt til en materiel virkelighed. Tværtimod er det netop de ikke-tilfældige, mere eller mindre systematiske, kulturelle konstruktioner af viden om (dvs. forståelser af) den materielle virkelighed – den folk dør af – der er genstand for undersøgelse. Det centrale her er problematiseringen af, *hvad* der opnår status af „viden“, *hvem* der definerer, hvad der er viden, og *hvordan* de gør det, dvs. ud fra hvilke antagelser om verden, hvilke måder at ræsonnere på, hvilke argumenter, osv. Det er denne fremstilling af viden forstået som en kulturspecifik proces, uanset om den finder sted på et epidemiologisk forskningsinstitut i USA eller i en landsby i Uganda, der kan gøres til genstand for antropologisk granskning.

Det er bl.a. på baggrund af betragtninger som disse, at man kan iagttage udviklingen af antropologiske interesser i hiv/aids, hvor vægten ikke mindst ligger på en kritisk undersøgelse af de antagelser og forestillinger, hvorpå aids-politik og epidemiologisk og medicinsk forskning hviler (Orbe 1994). Kritikken har bl.a. ført til et opgør med opsplitningen af den antropologiske forskning i de to tidligere omtalte retninger (studiet af befolkningsgrupper i øget risiko hhv. undersøgelser af samfundsmæssige betydninger af

hiv/aids): Grupperes holdninger, adfærd og erfaringer i forhold til hiv og aids kan ikke studeres adskilt fra de diskurser – herunder politiske og forskningsmæssige dispositioner – der definerer dem som grupper og udpeger dem som særligt interessante i hiv/aids-sammenhæng. Netop den kulturelle konstruktion af risikogrupper har været genstand for kritisk, antropologisk undersøgelse (Glick Schiller 1992; Glick Schiller et al. 1994; Frankenberg 1994). Men problemet går videre fra en antropologisk betragtning: bl.a. spørgsmålet om, hvad dette betyder for de berørte. Eftersom hiv/aids næsten alle vegne defineres som „de andres sygdom“, må såvel denne definitionsproces som konsekvenserne af den for de pågældende mennesker studeres og sammenhængene demonstreres (Seeberg 1996). I denne forbindelse kan antropologiske undersøgelser have stor fordel af at trække på den lange række af analyser af aids-diskurser, der også inden for andre fag er lavet af bl.a. mediernes behandling af sygdommen, af statslige og private oplysningskampagner og andre interventioner, samt af epidemiologiens og biomedicinens beskrivelser (Douglas 1988; Carter & Watney 1989; Berridge 1992; Seidel 1993; Sabatier 1988; Kitzinger & Miller 1992; Patton 1990; Kirp & Bayer 1992; Grmek 1990 – for blot at nævne nogle få).

Undersøgelsen af kulturelle konstruktioner af hiv/aids må i høj grad også rette sig mod *konstruktioner af „kultur“* i forbindelse med hiv/aids. Som omtalt tidligere er forestillinger om de berørt gruppers kultur – oftest som tingsliggjorte billeder af levevis – blevet brugt til at forklare udbredelsesmønstre for hiv. Det er imidlertid stadig hyppigere blevet påpeget, at sådanne forestillinger om kulturelle forskelle fungerer som maskeringer af sociale, økonomiske og politiske uligheder på såvel globalt som nationalt og lokalt niveau. Som epidemien udvikler sig, bliver det stadig tydeligere, at en antropologisk indfaldsvinkel til hiv/aids må have disse uligheder som et primært fokus.

En tæt beslægtet problemstilling er tendensen til at betragte hiv/aids som et individuelt snarere end et socialt problem. I den beskrevne konstruktion af kultur bliver det enkelte menneske reduceret til et ikke-reflekterende, kulturbærende – og derfor i vid udstrækning handlingslammet – individ, hvis adfærd ikke desto mindre søges påvirket. De sociale og økonomiske vilkår for den enkeltes „valg“ eller ej af en anden adfærd overses. Fra en antropologisk betragtning er det imidlertid uomgængeligt at være opmærksom på forskelle i muligheder og rettigheder for kvinder og mænd, unge og gamle, rige og fattige, uddannede og analfabeter, osv. (se f.eks. Schoepf 1992b). Ligeså er det åbenlyst utilstrækkeligt at beskrive sociale og seksuelle relationer alene ud fra et adfærdsperspektiv. Sociale relationer er det, samfund består af, og det, som skaber mennesker. Erkendelsen af sociale relationers betydning for menneskers liv – herunder deres seksuelle liv – er et af antropologiens udgangspunkter. Men at det ikke er en indlysende og gængs betragtning kan f.eks. illustreres ved, at det vigtigste resultat af en gennemgang af 249 europæiske studier af hiv-risiko er, at „relationship status is an important predictor for engaging in unsafe sex“ (placering i relationen til andre har stor betydning for, hvorvidt man dyrker usikker sex) (Riper et al. 1996:73). Der er fortsat brug for antropologisk medvirken i hiv/aids-forskning.

Fra både teoretiske og praktiske synsvinkler er den manglende opmærksomhed over for betydningen af sociale forhold utilfredsstillende, som fremhævet af redaktørerne af tidsskriftet *Social Science and Medicine*, der bl.a. skriver:

Der kan være mange forklaringer på hvorfor den sociale kontekst for hiv-smitteoverførsel er blevet negligeret: megen forskning har været styret af aftagerne, finansieret af store

regeringsorganer og medicinalfirmaer, der har været optaget af individuel adfærd og ikke af social forandring; epidemiologerne og de biomedicinske forskere, snarere end samfundsforskerne, har kontrolleret den måde, epidemien er blevet udforsket på ... (Editorial 1993:iii)

Netop undersøgelser af den sociale kontekst for hiv/aids – hvormed menes såvel generelle samfundsforhold, der har indflydelse på epidemiens udvikling, som de deraf afhængige omstændigheder for den enkeltes risiko og muligheder for at forebygge i praksis – må stå centralt i antropologisk forskning om hiv/aids.

Artiklerne i dette temanummer

Dette temanummer af *Tidsskriftet Antropologi* tager afsæt i seminaret *Antropologi & aids: Forskning, kultur og politik*,³ som blev afholdt 15.-16. maj 1995 med støtte fra Statens Humanistiske Forskningsråd, som takkes for den velvillige og hurtige opbakning. Artiklerne i dette nummer er stærkt omarbejdede og ajourførte udgaver af de oplæg, der blev fremlagt og diskuteret på seminaret; Ulla Godtfredsens artikel er dog helt ny.

Som det fremgår af artiklerne har forfatterne meget forskellige indfaldsvinkler til deres materiale, og der er ikke enighed mellem forfatterne indbyrdes – eller enighed med betragtningerne i denne indledning, for den sags skyld – om hvilken overordnet forståelsesramme, der skal anlægges. Artiklerne afspejler således en del af variationen i antropologisk arbejde med hiv/aids.

Hanne Overgaard Mogensen præsenterer på grundlag af sit feltarbejde blandt medlemmer af tongafolket i Zambia, hvordan hiv/aids i denne kulturelle kontekst forstås i sammenhæng med den lokale sygdomskategori *kahungo*. Der bliver redegjort for, hvorledes forbindelsen mellem hiv/aids og *kahungo* baserer sig på visse lighedspunkter med andre sygdomme, der tilhører kategorien, men nok først og fremmest skal ses som udtryk for, at både *kahungo* og hiv/aids afspejler truslen om uorden – „påvirkninger fra bylivet, der truer kerneværdier i samfundet“, samt det kollektive ansvar for at opretholde den sociale orden. Mogensen understreger, at forebyggelse af smittespredning i denne kontekst ikke forudsætter, at ideen om *kahungo* korrigeres gennem „oplysning“ – men snarere at der arbejdes dynamisk med de eksisterende forestillinger. Lokal viden om *kahungo* kan meget vel indgå i diskussioner om den bedste måde at håndtere hiv/aids.

Kristina Wimberley, som baserer sin artikel på feltarbejde i det sydvestlige Uganda, kommer også ind på de konkrete, lokale muligheder for at fremme hiv-forebyggelse, om end fra et helt andet perspektiv. Til forskel fra det gængse billede af unge piger i Uganda som udelukkende passive ofre for undertrykkelse fra mænd, analyserer Wimberley hvordan pigerne aktivt manøvrerer inden for og mellem flere forskellige livsverdener i deres dagligliv for at kunne opnå størst muligt råderum for sig selv. En måde at håndtere risikoen for hiv-smitte på er at udskyde seksuelle forhold til mænd længst muligt, og en af måderne at afvise mænds tilnærmelser på, uden af den grund at blive opfattet som stødende mod normer for pigers adfærd, er „at blive frelst“ – hvilket bl.a. vil sige at udvise en dydig livsførelse, som respekteres. Selvom pigerne har en socialt set svag position, kan de således udnytte de eksisterende kulturelle ressourcer i deres bestræbelse på at undgå hiv/aids. Wimberley konkluderer, at hiv-forebyggelse med fordel kan fokusere på og fremme sådanne kulturelle handlingspotentialer hos forskellige målgrupper.

Ulla Godtfredsen fortsætter på flere måder linjen fra de to foregående artikler i sin diskussion og problematisering af begrebet „lokal viden“ i forbindelse med hiv/aids-oplysning og -forebyggelse. En velkendt model for tværkulturelt arbejde på dette område opererer med ideen om, at informationer om hiv/aids kan oversættes og kulturelt tilpasses; opgaven er hovedsageligt at identificere og anvende lokale begreber for at gøre oplysningen mere tilgængelig. På grundlag af feltarbejds erfaringer fra Guinea-Bissau kritiserer Godtfredsen det forenkledte og vildledende billede af „lokal viden“ i en „lokal kultur“, som skulle kunne indkredses og beskrives. „Lokale foreståelser“ kan vanskeligt afgrænses i tid og rum – de er under konstant forandring og uadskillelige fra den praksis, de udfoldes i. Konsekvensen for hiv-forebyggelse er, at det er vanskeligt – og under alle omstændigheder ikke tilstrækkeligt – at forsøge at oversætte budskaber om hiv fra én kulturel kontekst til en anden. Indsatsen mod hiv/aids må være del af en bredere kulturel udviklingsproces på lokale præmisser.

Med Anders Dahls analyse af danskeres egne forklaringer på, at de dyrker usikker sex, tages springet til den sociale og kulturelle konstruktion af hiv/aids i Danmark, som behandles i de tre sidste artikler. Dahls materiale hidrører fra den telefoniske rådgivning på AIDS-Linien i København, hvor man i forbindelse med samtaler om oplevelser med usikker sex foretog en registrering af de radsøgendes egne forklaringer på, at de gjorde, som de gjorde. En gennemgang af forklaringerne viste, at sikker sex generelt blev opfattet som nemt at praktisere, og erfaringer med usikker sex blev kategoriseret som „smuttere“, der som regel havde deres afgrænsede og „gode grunde“ i situationen. Det var karakteristisk, at usikker sex ikke skyldtes manglende viden om smitteveje m.v. Forebyggelse af usikker sex er således ikke et spørgsmål om at tilføre (mere) faktisk viden, men snarere om at påvirke den enkelte til større indsigt i egne reaktioner og håndtering af risikofyldte situationer. Endelig peger Dahl på, at opstillingen af risikogrupper er irrelevant for disse overvejelser, fordi forklaringsmønstrene for usikker sex viste sig at være de samme i alle grupper. Dette understreger, at for at forstå hvordan risikoen for hiv-smitte håndteres i praksis, har man ikke fordel af at fokusere på forhold, der er særegne for de udpegede risikogrupper – man må snarere se på generelle kulturelle konstruktioner af seksualitet og risiko i det danske samfund.

Risikogruppen „mænd, der har sex med mænd“ er i sig selv en social konstruktion, hvilket er et af emnerne for undertegnede forfatters artikel om, hvordan forestillinger om kultur og subkultur indgår i forståelsen af hiv/aids i Danmark. Med afsæt i en evaluering af en kampagne til videns- og holdningsbearbejdelse af mænd, der har sex med mænd, diskuteres det, hvordan forestillingen om en mere eller mindre sammenhængende homoseksuel „subkultur“ aktiveres ikke blot i kampagnens forståelse af sin målgruppe, men i hele arbejdsfordelingen i hiv/aids-politikken, der indebærer en kulturel grænsesætning mellem en homoseksuel minoritet og en heteroseksuel almenbefolkning. Ligeledes diskuteres anvendelsen af „kultur“, nærmere bestemt „kulturelle baggrunde“, i de forestillinger om hiv-smittede indvandrere, som danske medarbejdere i social- og sundhedsvæsenet fremsætter i interviews. Disse analyseres som omvendte udtryk for kulturelle forskrifter for adfærd, syn på hiv/aids, osv., som gælder for klienter og patienter i det danske hjælpeapparat. På denne baggrund er det ikke først og fremmest mere „viden om fremmede kulturer“, personalet har brug for, men kritisk selvrefleksion.

Forholdene for hiv-smittede indvandrere er også en del af emnet for Jens Seebergs artikel, der afrunder dette temanummer. Artiklen analyserer tre paradokser i dansk aids-

politik og -debat – tre stridspunkter, der hver på sin vis illustrerer det underliggende modsætningsforhold mellem forskellige opfattelser af, hvordan udbredelsen af hiv bedst kontrolleres i samfundet: gennem støtte til de smittede eller forsøg på udstødelse af dem. Det første paradoks handler om forslaget om at indføre tvangstestning af asylsøgere som middel mod smitte af danskere – et forslag, der bygger på systematisk fejlplacering af statistikkerne og en fejlplacering af problemet. Det andet paradoks gælder den udbredte forestilling om, at der er en modsætning imellem på den ene side den enkeltes – i dette tilfælde den hiv-smittedes – interesser, f.eks. som udtrykt i menneskerettigheder, og på den anden side samfundets interesser i at beskytte mod smittespredning, evt. gennem brug af tvangsmidler. Seeberg demonstrerer, at dette synspunkt tilslører parternes sammenfaldende interesser. Noget lignende gør sig gældende i forbindelse med det sidste paradoks, ifølge hvilket forebyggelse (for de ikke-smittede) og behandling (af de smittede) opfattes som to adskilte og hinanden uvedkommende aktiviteter – selvom netop omsorgen for de smittede efter alle erfaringer har smittebegrænsende effekt.

Den officielle danske hiv-politik, senest bekræftet af Folketinget i februar 1997, bygger bl.a. på principperne om frivillighed og anonymitet, og afstandtagen fra tvang og diskrimination. Den offentlige debat om hiv/aids føres imidlertid på en sådan måde, at disse synspunkter til stadighed er presset ud i defensiven. Jens Seeberg viser, at konsekvensen heraf er, at man undlader at føre en mere aktiv politik til imødekommelse af alle hiv-smittedes behov – ikke mindst hiv-smittede udlændinge. Disse træk af den sociale og kulturelle konstruktion af hiv/aids i Danmark er ikke i hverken de smittedes eller ikke-smittedes interesse.

Noter

- 1 Disse og de følgende tal hidrører fra KursHiv 2/1997, der videre angiver WHO Weekly Epidemiological Record 48/1996 og 4/1997 som kilder.
- 2 Den følgende gennemgang bygger i høj grad på ansøgninger, m.m. skrevet i samarbejde med Jens Seeberg, som takkes for altid godt samarbejde og inspirerende diskussioner.
- 3 Seminaret havde deltagelse af forfatterne til artiklerne i dette nummer, foruden af Jeppe Hald, Dan Orbe og Michael Whyte. Alle takkes for deres bidrag til seminaret og debatten.

Litteratur

Berridge, Virginia

1992

AIDS, the Media and Health Policy. I: Peter Aggleton, Peter Davies & Graham Hart (red.): AIDS: Rights, Risk and Reason. London: The Falmer Press.

Bolton, Ralph

1995

Rethinking Anthropology: The Study of AIDS. I: Han ten Brummelhuis & Gilbert Herdt (eds.): Culture and Sexual Risk. Anthropological Perspectives on AIDS. Luxembourg: Gordon & Breach Publ.

- Bolton, Ralph & Merrill Singer
1992 Introduction. Rethinking HIV Prevention: Critical Assessment of the Content and Delivery of AIDS Risk-Reduction Messages. *Medical Anthropology* 14.
- ten Brummelhuis, Han & Gilbert Herdt (eds.)
1995 Culture and Sexual Risk. *Anthropological Perspectives on AIDS*. Luxembourg: Gordon & Breach Publ.
- Carter, Erica & Simon Watney
1989 Taking Liberties. *AIDS and Cultural Politics*. London: Serpent's Tail.
- Day, Sophie
1990 Prostitute Women and the Ideology of Work in London. I: Douglas A. Feldman (ed.): *Culture and AIDS*. New York: Praeger.
- Douglas, Crimp (ed.)
1988 AIDS. *Cultural Analysis / Cultural Activism*. Cambridge: The MIT Press.
- Editorial
1993 Reassessing Priorities: Identifying the Determinants of HIV Transmission. *Social Science and Medicine* 36(5).
- Farmer, Paul
1990 Sending Sickness: Sorcery, Politics, and Changing Concepts of AIDS in Rural Haiti. *Medical Anthropology Quarterly* N.S. 4(1).
- Feldman, Douglas A. (ed.)
1990 Culture and AIDS. New York: Praeger.
- Feldman, Douglas A.
1991 (Kommentar til Parckard & Epstein 1991). *Social Science and Medicine* 33(7).
- Frankenberg, Ronald
1992 What Identity's at Risk? *Anthropologists and AIDS*. *Anthropology in Action* 12.
1994 The Impact of HIV/AIDS on Concepts Relating to Risk and Culture within British Community Epidemiology: Candidates or Targets for Prevention. *Social Science and Medicine* 38(10).
- Glick Schiller, Nina
1992 What's Wrong with this Picture? The Hegemonic Construction of Culture in AIDS Research in the United States. *Medical Anthropology Quarterly* 6(3).
- Glick Schiller, Nina, Stephen Crystal & Denver Lewellen
1994 Risky Business: The Cultural Construction of AIDS Risk Groups. *Social Science and Medicine* 38(10).
- Grmek, Mirko D.
1990 History of AIDS. *Emergence and Origin of a Modern Pandemic*. Princeton: Princeton U. P.
- Herdt, Gilbert
1992 Introduction. I: Gilbert Herdt & Shirley Lindenbaum (eds.): *The Time of AIDS*. *Social Analysis, Theory and Method*. Newbury Park: Sage Publ.
- Herdt, Gilbert & Shirley Lindenbaum (eds.)
1992 *The Time of AIDS*. *Social Analysis, Theory and Method*. Newbury Park: Sage Publ.
- Kirp, David L. & Ronald Bayer (eds.)
1992 AIDS in the Industrialized Democracies. New Brunswick: Rutgers U. P.
- Kitzinger, Jenny & David Miller
1992 'African AIDS': The Media and Audience Beliefs. I: Peter Aggleton, Peter Davies & Graham Hart (eds.): *AIDS: Rights, Risk and Reason*. London: The Falmer Press.

- KursHiv 2
1997 København: Sundhedsstyrelsen.
- Marshall, Patricia A. & Linda A. Bennett
1990 Anthropological Contributions to AIDS Research. *Medical Anthropology Quarterly* N.S. 4(1).
- O'Brien, Oonagh
1993 Assessing the Impact of HIV on the Irish Community in Britain: An Examination of Current Issues and Service Provision. London: PIAA.
- Orbe, Dan
1994 Mens vi venter på vaccinen... AIDS som social og kulturel udfordring. Specialerække nr. 61, Institut for Antropologi, Københavns Universitet.
- Packard, Randall M. & Paul Epstein
1991 Epidemiologists, Social Scientists, and the Structure of Medical Research on AIDS in Africa. *Social Science and Medicine* 33(7).
- Parker, Richard G.
1990 Male Prostitution, Bisexual Behaviour, and HIV Transmission in Urban Brazil. Præsenteret på Seminar on Anthropological Studies Relevant to The Sexual Transmission of HIV, Sønderborg. Liège: IUSSP.
- Patton, Cindy
1990 What Science Knows: Formations of AIDS Knowledges. I: Peter Aggleton, Peter Davies & Graham Hart (eds.): *AIDS: Individual, Cultural and Policy Dimensions*. London: The Falmer Press.
- Quam, Michael D.
1990 The Sick Role, Stigma, and Pollution: The Case of AIDS. I: Douglas A. Feldman (ed.): *Culture and AIDS*. New York: Praeger.
- Riper, Heleen, Dina Berkeley & Carmen Sanchis
1996 Study of the Knowledge, Attitudes and Behaviour in Respect of HIV/AIDS of Specific Target Groups in the European Union. London: ECAST, LSE.
- Sabatier, Renée
1988 Blaming Others. Prejudice, Race and Worldwide AIDS. London: The Panos Inst.
- Schoepf, Brooke Grundfest
1992a AIDS, Sex and Condoms: African Healers and the Reinvention of Tradition in Zaire. *Medical Anthropology* 14.
1992b Women at Risk: Case Studies from Zaire. I: Gilbert Herdt & Shirley Lindenbaum (eds.): *The Time of AIDS. Social Analysis, Theory and Method*. Newbury Park: Sage Publ.
- Seeberg, Jens
1996 Kulturens sorte kasse. AIDS og Afrika i Danmark. Ph.d.-afhandling, Institut for Etnografi og Socialantropologi, Aarhus Universitet.
- Seidel, Gill
1993 The Competing Discourses of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: Discourses of Rights and Empowerment vs. Discourses of Control and Exclusion. *Social Science and Medicine* 36(3).
- Singer, Merrill
1996 The Evolution of AIDS Work in a Puerto Rican Community Organization. *Human Organization* 55(1).
- Singer, Merrill & Luis Marxuach-Rodriquez
1996 Applying Anthropology to the Prevention of AIDS: The Latino Gay Men's Health Project. *Human Organization* 55(2).

Standing, Hilary & Mere Kisekka

1989 Sexual Behaviour in Sub-Saharan Africa: A Review and Annotated Bibliography. London: Overseas Development Administration.

Streefland, Pieter H.

1995 Methodological and Management Issues in Applied Interdisciplinary AIDS Research in Developing Countries. *Human Organization* 54(3).

Treichler, Paula

1988 AIDS, Homophobia, and Biomedical Discourse: An Epidemic of Signification. I: D. Crimp (ed.): *AIDS: Cultural Analysis / Cultural Activism*. Cambridge: MIT Press.

1992 AIDS, HIV, and the Cultural Construction of Reality. I: Gilbert Herdt & Shirley Lindenbaum (eds.): *The Time of AIDS. Social Analysis, Theory and Method*. Newbury Park: Sage Publ.

HANNE OVERGAARD MOGENSEN

SOCIAL RESPONS PÅ URBANISERINGENS EPIDEMIER

Aids-oplysning i det sydlige Zambia

Kahungo er ikke helt det samme som aids. Hvis en kvinde, der har aborteret laver mad til sin familie, så får de *kahungo*. Sådan er det ikke med aids, men symptomerne er de samme. Det er kun gennem en blodprøve, man kan se forskellen på de to – og alligevel er jeg ikke helt sikker på, at en blodprøve vil være hiv-negativ, hvis man har *kahungo*.

Aids og *kahungo* minder om hinanden, men de er også forskellige, for med aids kan man blive tynd uden at få sår, som man får med *kahungo*. De minder om hinanden, fordi man får dem begge ved at gå i seng med en kvinde, der har aborteret. Nogle mennesker kan ikke se forskellen mellem de to, men den er der.

Kahungo var altid del af samtalen, når jeg diskuterede aids med tongaer i det sydlige Zambia, som jeg opholdt mig hos i 10 måneder i 1993 i forbindelse med et Danida-finansieret aids-projekt.¹ Projektet havde til formål at tilpasse aids-kampagnerne de lokale kulturelle forhold ved bl.a. at tage udgangspunkt i, hvad folk allerede vidste, og hvad de ønskede at vide mere om. Projektet bestod af en epidemiologisk og en antropologisk del. Min opgave som antropolog var at vurdere effekten af kampagnerne, identificere kulturelt specifikke spørgsmål i forhold til den epidemiologiske undersøgelse og desuden undersøge, hvilke kulturelle forhold der kunne være medvirkende til at forhindre eller eventuelt fremme forebyggelsen af aids.

Når aids forbindes med en lokal sygdomskategori som *kahungo*, fortolkes det let som mangelfuld forståelse af, hvad hiv og aids er, og derfor som et behov for yderligere oplysning herom. Når man kigger nærmere på, hvad det er folk fortæller om *kahungo*, opdager man dog, at denne forbindelse ikke er en „kulturel barriere“ for rationelt oplysningsarbejde. Tværtimod giver tongaerne os gennem *kahungo* vigtige oplysninger om dem selv og om deres opfattelse af og holdninger til aids-epidemien.

Sygdom skaber uorden i et menneskes liv. Al sygdomsforklaring og behandling i alle samfund er forsøg på at genskabe en orden dér, hvor sygdom har skabt uorden og har forstyrret dagligdagen. Et individ, der bliver sygt, har behov for en forklaring på „hvorfors netop mig?“ eller „hvorfors netop nu?“ Sygdomsforklaringer, behandling og forebyggelse kan ses som et forsøg på at genskabe en følelse af kontrol over naturlige fænomener, og dermed gøre dem mindre skræmmende. Epidemier, der i modsætning til individuel sygdom rammer mange personer over en længere periode, kan ydermere sætte spørgsmålstegn ved samfundets generelle kontrol. Derfor er epidemier ifølge Frankenberg

(1992:80) altid ledsaget af et forsøg på at opretholde og forstærke regler og grupperinger i samfundet, og de ledsages derfor altid af forklaringer og handlinger, der forsøger at genoprette orden. Spørgsmålet er ikke længere kun „hvorfor netop mig?“, men også „hvorfor så mange af os?“

Der er mange måder at forsøge at opnå denne kontrol på. I Europa har man gennem tiderne defineret forskellige risikogrupper. I andre dele af verden er epidemier ledsaget af et øget antal hekserianklager (se f.eks. Farmer 1992). *Kahungu* derimod er et eksempel på en anden måde at reagere på epidemier på. Ydermere viser *kahungu* os, at nok er aids en ny sygdom, men det er ikke første gang, folk i det sydlige Zambia har måttet forholde sig til nye faretruende epidemier – og der er mange lighedspunkter med den måde, hvorpå man tidligere reagerede på tuberkulose og syfilis. Gennem *kahungu* kommer folks egne holdninger og erfaringer med nye epidemier til udtryk, hvilke burde være udgangspunkt for forebyggelsesarbejdet.

Tongaerne

Det sydlige Zambia er beboet af folk, der i dag så godt som alle regner sig som tilhørende tonga-folket. Mit feltarbejde blev udført i Choma-distriktet, ca. 200 kilometer nordøst for byen Livingstone. Området er tyndt befolket, ca. 29 indbyggere pr. kvadratkilometer, og folk bor spredt uden nogen decideret koncentration i landsbyer. Der kan være flere timers gang fra den ene ende til den anden af det, der administrativt set er en landsby. Størstedelen af befolkningen har sin hovedindtægt fra salgsafgrøder, hovedsaglig majs, men i landområderne langt fra vejen er der ikke megen pengeøkonomi i løbet af året. Langt de fleste mennesker er selvforsynende med fødevarer. Området er forholdsvis frodigt, selvom der med jævne mellemrum er tørkeår, der gør det svært at få maden til at strække til næste høst. Salgsafgrøder er dog en nødvendighed for at få adgang til pletter og pander, salt, sæbe og tøj m.m. Desuden er der udgifter forbundet med at have børn i skole. Få og dårlige jordveje løber igennem landområderne, men de fleste mennesker bor adskillige timers gang fra veje med regelmæssig biltrafik. Størstedelen af befolkningen kommer kun sjældent til de mindre provinsbyer, og endnu færre til de større byer som Lusaka og Livingstone. Det er folk, der lever i forholdsvis isolerede landområder, men som afgjort ikke er uvidende om samfundet omkring dem. De har et århundredes erfaring med markedsøkonomi, kristendom, fremmed administration og det europæiske medicinske system. De er politisk bevidste og føler sig i høj grad som medlemmer af den zambianske nationalstat. De begræd alle tabet af det zambianske fodboldlandshold, der styrte ned med fly, mens jeg var på feltarbejde. Meget information, ikke mindst om aids, fås gennem radioen, der har flere daglige programmer på det lokale sprog, ci-tonga.

Tongaerne er matrilineære, men patrilokale, hvilket bl.a. resulterer i, at klanmedlemmer ikke bor samlet inden for et geografisk område. Hver landsby består derfor af medlemmer fra en række forskellige klaner, og landsbyerne er bundet sammen på tværs af slægtskabsbånd mellem folk fra samme klan. Den matrilineære klan har stor betydning i folks hverdag. I mange situationer er det i højere grad klanen, det vil sige kvindens bror frem for hendes mand, der har det endelige ansvar for hende og hendes børn. Det medfører også en vis bevægelsesfrihed for kvinden, der uden større problemer kan forlade et ægteskab og tage børnene med sig. Der lægges stor vægt på kvindens fertilitet. Det er

hende, der sikrer klanens fortsættelse, og det er alles ansvar at beskytte og sikre hendes fertilitet ved blandt andet at overholde en række kulturelle regler, som vil blive uddybet senere.

Zambia har et forholdsvis veludbygget sundhedssystem, og de fleste mennesker bor inden for gåafstand af en sundhedsklinik, hvor en del basal behandling kan gives. Deciderede hospitaler er dog ofte uden for rækkevidde. Traditionelle helbredere *bangan'ga* (ental: *mungan'ga*), findes i stort antal i landområderne. Der tales om to slags sygdomme: „kliniksygdomme“ og „sorte menneskers sygdomme“, som kun en *mungan'ga* kan håndtere, men i løbet af et sygdomsforløb er der stor bevægelse frem og tilbage mellem de forskellige behandlingssystemer. Folk ser dem ikke som modsætninger, men blot som institutioner, der leverer forskellige forslag til, hvordan symptomer skal behandles, og hvad deres årsag er. Man prøver sig frem indtil en virkningsfuld behandling er fundet. „Sorte menneskers sygdomme“ er ofte forbundet med åndebesættelse og hekseri. Desuden er mange sygdomme forklaret ved overtrædelse af tabu, der ofte er forbundet med kvindens fertilitet, hvilket fører til en symbolsk urenhed i kroppen, der manifesterer sig som sygdom. Med andre ord: Sådanne sygdomme kan ses som en konsekvens af, at „der er noget, der ikke er, som det bør være“. *Kahungo* er en sådan sygdom.

Den nærværende og usynlige aids-epidemi

Antallet af hiv-positive i byerne er alarmerende. I en provinsby i det sydlige Zambia er der blandt bloddonorer målt 18-20% hiv-positive (Foster 1993). Ingen ved noget om situationen i landområderne, men tallene forventes dog at være betydeligt lavere. Der har været nationale oplysningskampagner siden 1987, og siden 1990 har den officielle strategi været at anbefale kondomer. Alle har på nuværende tidspunkt hørt om aids. Allerede i 1991 var 99% klar over, at det er en seksuelt overført sygdom (Trykker 1991). Desuden viser mit eget arbejde, at folk er velinformede om smitteoverførsel, kondomer og nogle af sygdommens mest almindelige symptomer.

Alligevel var aids en usynlig sygdom i langt de fleste landsbyer i 1993, hvor jeg udførte feltarbejde i området. Situationen kan have ændret sig siden, men på det tidspunkt blev dens tilstedeværelse i landsbyerne benægtet, og selvom den måske nok var til stede i et vist omfang, var den usynlig i sig selv. Folk i landområderne havde ikke mulighed for at blive testet for hiv, og man døde af sygdomme, man altid var død af. Aids er ikke karakteriseret ved et afgrænset og genkendeligt antal symptomer, der tydeligt adskiller den fra andre sygdomme. Den manifesterer sig gennem en række infektioner, som deler symptomer med mange andre sygdomme. Mange af disse er allerede kendte og almindelige, og hvorvidt man er hiv-positiv eller ej, når man dør af malaria eller tuberkulose, gør ingen synlig forskel, når man ikke kan blive testet for hiv. Er det muligt at nøjes med at nævne disse andre sygdomme, er der ingen grund til at bringe aids ind i diskussionen. Af og til var der dog patienter, der var vendt tilbage fra byerne for at dø blandt slægtninge, som var blevet testet, og som ofte selv var klar over, at de havde aids.

Selvom kun få mennesker havde personlig erfaring med aids, var det en særdeles frygtet sygdom. Det intense oplysningsarbejde, også før dette projekt indledtes, havde gjort det til en nærværende omend stadig forholdsvis usynlig sygdom. Aids var defineret som en ny sygdom, men i så godt som alle diskussioner og overvejelser om, hvad aids

var, og hvad der havde forårsaget dens tilsynekomst, dukkede *kahungo* frem. Alle mente at nok var der forskel på *kahungo* og aids – men de havde også noget vigtigt tilfælles.

Kahungo – et symptom på uorden

En ung kvindelig *mungan'ga* fortæller:

Kahungo, det er hoste og sår, der kan opstå hvor som helst på kroppen. På hospitalet kan de ikke helbrede det. Man får *kahungo*, hvis man dyrker sex med en kvinde, der har aborteret, eller hvis man træder der, hvor et foster er begravet [...] Hvis en kvinde er gravid og aborterer, så må blodet fra det, der skulle have været et barn, ikke smides hvor som helst. Det blod er ikke normalt blod. Det var meningen, det skulle være en levende persons blod, men det er ikke engang en død persons blod. Det er hverken dødt eller levende. Det er bare anderledes og ikke godt. Hvis man træder på det, får man *kahungo* [...] Hvis man får *kahungo* ved at træde der, hvor fosteret er begravet, så starter det i benet, og der opstår et sår. Sådanne sår er karakteriseret ved meget pus. Man kan prøve at rense det med hospitalens medicin, men såret vil forblive der, indtil det ødelægger knoglen. Med medicin mod *kahungo* vil det være væk i løbet af et par dage [...] Hvis sådan et sår ikke bliver behandlet, bevæger sygdommen sig op til brystkassen, og man begynder at hoste og spytte pus. Hvis man får *kahungo* ved at dyrke sex med en kvinde, der har aborteret, så går det direkte i blodet og giver med det samme indre sår, der vil få en til at hoste pus.

Når en kvinde har aborteret, skal hun ideelt set lade sig isolere i dagene derefter, indtil hun har været igennem et renselsesritual, der tillader, at hun genoptager det normale liv. I perioden inden renselsesritualet er hun til stor fare for alle, der er i fysisk kontakt med hende. Kun visse slægtninge kan beskytte sig med en bestemt medicin og kan derfor pleje og hjælpe hende. Disse slægtninge er altafgørende for, at hun kan genoptage et normalt liv. Hvis man ikke overholder reglerne, eller hvis man bor i byen langt fra sine slægtninge og derfor er ude af stand til at få hjælp til at udføre ritualen, så forbliver man uren, og alle der siden har sex med en sådan kvinde, vil kunne få *kahungo*.

Kahungo er én ud af en række sygdomme, der alle er forbundet med forstyrrelser i blodet, opstået som resultat af en handling, der er *citasalale*. *Citasalale* oversættes af folk som noget, der „ikke er i orden“ eller „uklart“. Et andet eksempel er utroskab mens kvinden er gravid eller ammer, hvilket vil medføre, at hun enten aborterer eller barnet får *masoto* (som man på klinikken kalder underernæring). Enker og enkemænd skal også overholde en lang række regler indtil udførelsen af renselsesritualet, der foregår ved begravelsens afslutning, hvor en ny ægtefælle samtidig udpeges. Disse regler svarer i store træk til dem en kvinde, der har aborteret, er underlagt. Sker dette ikke, får enken/enkemanden og dem, der er i fysisk kontakt med dem, *cibinde*, en form for galskab.

Flere andre eksempler på tilsvarende sygdomme kunne nævnes. Det gennemgående for dem er en sammenhængende forklaringsmodel vedrørende kroppens funktioner og mere præcist blodets betydning. Blodet, der inkluderer andre kropsvæsker som modermælk og kønsvæsker, er essentielt for en persons overlevelse, og man er konstant opmærksom på blodets tilstand og balance. Enhver klan har sin karakteristiske blodtype, og ukontrolleret blanding af forskellige blodtyper ved samleje er farligt, og kan skade andre klanmedlemmer, ikke mindst deres fertilitet. Ud over at have samme blodtype som sine klanmedlemmer har en persons blod sit individuelle særpræg i form af dets styrke. Stærkt

blod er tegn på godt helbred og frugtbarhed. Dog kan *for* stærkt blod påføre andre mennesker sygdomme. Man er født med forskellige blodstyrker, og desuden øges blodets styrke med alderen, indtil den igen falder i alderdommen. Derudover svinger en kvindes blod i styrke inden for den menstruelle cyklus. Flere andre situationer i dagligdagen kan påvirke blodets styrke. Har man netop haft sex, har man stærkt blod, og det er endnu stærkere, hvis det var sex uden for ægteskab. Hvis man har menstruation, hvis man netop har mistet en ægtefælle, er gravid, netop har født eller har aborteret, så har man også stærkt blod. Tilsvarende har folk besat af ånder stærkt blod. Andre mindre alvorlige former for „uorden“ i dagligdagen kan også påvirke blodet, men de nævnte eksempler giver ekstreme blodstyrker, der er til fare for andre mennesker.

Når samtalen drejer sig om aids, henvises som nævnt ofte til *kahungu*, men mere generelt er det hele dette kompleks om blodet, og de farer, det kan udsættes for, som optager folk. *Kahungu* er én ud af flere sygdomme forårsaget af urent blod. Sådanne sygdomme opstår, når man ikke respekterer gældende regler i samfundet vedrørende liv, død, ægteskabeligt samkvem, slægtskabsgrupper, osv. Sætter man sig selv i en situation af uorden og uklarhed, påvirker det ens blod, hvilket kan få alvorlige fysiske konsekvenser for én selv og for andre. Ud over at resultere i sygdomme, påvirker det også kvindens fertilitet.

Det er vigtigt at pointere, at det ikke er kvinden eller fosteret som sådan, der forårsager sygdom. Årsagen til sygdom er en uordentlig *handling*, en overskridelse af reglerne for, hvordan man omgås stærkt blod, og hvordan man omgås hinanden. Der findes ikke *kahungu* (og derfor aids) fordi kvinder aborterer, er gravide eller menstruerer, men fordi „mænd i byerne har sex med kvinder uden at vide, om de har aborteret“, „fordi folk i byerne har bosat sig langt fra deres slægtninge, der burde hjælpe i sådanne situationer“, og fordi „man ikke længere respekterer reglerne, som man gjorde før i tiden“.

En handling er altså *citasaale*, hvis man overskrider regler, grænser og kategorier fastsat af samfundet. Den fare og uorden, der menes at opstå heraf, kan ses som en påmindelse om, hvad der er orden og social og kulturel kontrol, dvs. hvad der er samfundets regler. Ved at fremhæve overtrædelser af samfundets regler gøres netop opmærksom på disse regler, på hvor grænserne for det tilladte går. Afvigende og unormale tilstande trækkes frem og placeres i en rituel ramme, som det f.eks. er tilfældet med abort blandt tongaerne. *Kahungu*, og derfor aids, kan altså ses som eksempel på, hvordan uordentlig død (abort) og uordentlig seksualitet (sex med én, der er uren eller blot er fremmed) fremhæves og indirekte minder folk om nødvendigheden af at respektere samfundets regler.

Aids og *kahungu* – et spørgsmål om social kontrol

Der er stor uenighed om, hvordan og hvor meget aids og *kahungu* ligner hinanden. Nogle angiver årsag (abort), andre symptomerne (sår og hoste) og andre igen smitteveje (blanding af kropsvæsker, især ved sex) som lighedspunkter. Alle kombinationer er mulige og bruges, hvilket antyder, at det ikke er disse aspekter af sygdommen som sådan, der er afgørende for sammenkædningen.

Nogle mener aids og *kahungu* er identiske. Andre mener, de er to vidt forskellige sygdomme, der måske nok minder om hinanden. Derudover er der de utallige variationer indimellem. Folk er tydeligvis i gang med at reflektere over den nye situation, aids har sat

dem i. Der er ingen konsensus om forholdet mellem de to sygdomme, men som de følgende citater viser, så er en dynamisk proces af overvejelser sat i gang: Aids og *kahungo* er den samme sygdom, fordi de begge dræber, hvis de ikke bliver opdaget i tide, men *kahungo* giver ikke diarré.

Hvis man går i seng med en, der har aborteret, så får man *kahungo*. Hvis man går i seng med en, der har *kahungo*, så får man aids. *Kahungo* er begyndelsen til aids.

Har I kahungo i Europa?

Nej, det har vi ikke.

Hvordan renser man en kvinde, der har aborteret?

Man gør ingenting.

Hvad med en enke?

Hende gør man heller ikke noget ved.

Så det er derfor! Det må være sådan, aids startede.

Desuden resulterer denne sammenkædning af *kahungo* med aids tydeligvis i en omdefinering af *kahungo*. Det er dog svært at vide, hvordan *kahungo* var defineret, før aids blev kendt. Sandsynligvis har *kahungo* aldrig været klart afgrænset. Måske har den altid været en dynamisk kategori, der er blevet brugt til at fortolke og forholde sig til nye sygdomme. Det virker som om, også tuberkulose og kønssygdomme er blevet forbundet med *kahungo* på samme måde som aids. En ældre kvinde fortalte: „En kvinde, der har aborteret bør ikke lave mad til sin familie, for det salt hun putter i maden kan give folk tb“. Antropologen: „Jeg troede, det var *kahungo*, man fik på den måde“. „Ja, det er det også, det er *kakwekwe* [hoste]“.

En yngre mand havde følgende udlægning:

Folk frygter *kahungo* meget. Det dræber ligesom aids. Man bliver tynd, håret ændrer farve, og kun få ved, hvordan man helbreder det. I løbet af den lange proces, hvor man har *kahungo*, lider man ligesom, hvis man havde tb. Forresten, tb- og aids-patienter er på den samme afdeling i hospitalet, så der må være en lighed mellem de to. De siger på hospitalet, at aids er tb i knoglerne. Når hospitalet ikke kan helbrede tb, så er det *kahungo*, og de folk, der kommer fra byen, og som lider af aids, siger, de har *kahungo*, der blev opdaget for sent.

Mange informanter refererede til en form for *kahungo*, som gav „sår på de intime dele“, hvormed sandsynligvis mentes forskellige kønssygdomme. Desuden oplevede jeg nogle enkelte gange, at der også blev henvist til kræft i forbindelse med *kahungo*. En hospitalslæge fra provinsbyen fortalte, at den eneste sygdom, der var omgærdet med lige så meget mystik og stigma som aids, var kræft, fordi det også var anset for at være uundgåeligt dødelig. Kræft er ikke en velkendt sygdom, især ikke i landområderne, hvor folk meget sjældent diagnosticeres med kræft. Alligevel fortalte en midaldrende kvinde, der var specialist i at behandle *kahungo*, følgende:

Kræft, det er det samme som *kahungo*. Det minder ikke bare om *kahungo* som aids og tb gør. Det er *kahungo* – *kahungo* med indre sår. Man kan behandle kræft med røntgenstråler, fordi det kan få pusset ud af de indre sår. Findes der ikke kræft i Europa? [Jo, der gør]. Der kan du bare se, I har *kahungo* uden at vide det.

Det virker som om, *kahungo* er en sygdomskategori, der trækker nye sygdomme til sig – især sygdomme, der er forbundet med byen, det fremmede og nye. Når man analyserer de

mange forskellige forklaringer på, hvorfor aids er opstået, eller hvorfor *kahungo* er blevet så alvorlig, er påvirkninger fra bylivet, der truer kerneværdier i samfundet et gennemgående tema. *Kahungo* giver folk associationer til sygdomme, der opstår, der hvor mange folk mødes, blander sig og lever med mindre respekt for samfundets gældende regler, end de gør, når de er i landsbyerne.

For lang tid siden eksisterede *kahungo* ikke, ikke som i dag. Det er sikkert fordi, folk bevæger sig for meget rundt. Det er kommet med forretningsmænd, som tager til forskellige byer og blander sig med en masse mennesker, og så tager de hjem til deres koner og elskere. (Yngre kvindelig informant).

Kahungo og aids er den samme sygdom, fordi de har samme symptomer og smitter på samme måde. *Kahungo* har altid eksisteret, og det har aids også, men i lang tid kunne lægerne i USA ikke få øje på den. Der er mere aids nu om dage, på grund af skødesløshed. Du ved, disse kvinder, som ønsker at gå med mænd for penge. Det begyndte efter uafhængigheden pga. de store byer. Nu spreder det sig endda til landsbyerne [...] Før respekterede folk sig selv. Efter uafhængigheden begyndte alle at have penge, før havde de bare kvæg – og så begyndte elskere at bede om penge. Før havde man respekt for sig selv. (Yngre mand vendt hjem efter et par års arbejde i byen).

Selv i byen er der en masse *kahungo*, endda mere end her, for dér har kvinder frivillige aborter. Især i barer, hvor de tjener penge ved at have sex med mænd. Sådanne kvinder synes, det er spild af tid at blive gravid, så de tager noget medicin og smider fosteret i toiletet. 10 minutter efter arbejder de igen. (Yngre mandlig informant).

I byen er *kahungo* meget almindelig, for der bliver kvinder ikke rensset efter aborter. Det er det samme med enker. Der er ikke nogen slægtninge i nærheden til at hjælpe dem med at blive rensset [...] Men selv i byerne bliver de fleste tongaer dog alligevel rensset, for det sørger deres slægtninge i landsbyerne for. (Ældre kvinde).

I disse citater bliver prostituerede og aborterende kvinder udpeget som årsag til aids, men samtidig viser citaterne, at folk er opmærksomme på rammen og dermed bevæggrundene for den opførsel, der fører til aids. Skødesløsheden over for regler forårsages af, at folk flytter og bevæger sig for meget og blander sig med folk, de ikke har blandet sig med før. Penge bliver blandet ind i sfærer, som de ikke burde være blandet ind i og derfor begynder kvinder at få frivillige aborter på trods af den høje værdsættelse af deres fertilitet. Folk lever så fjernt fra deres slægtninge, at de ikke kan hjælpe dem i situationer, hvor der er allermest brug for dem: ved sygdom og død. *Kahungo* er i mere end én forstand resultatet af en overskridelse af regler og en blanding af sfærer, der ikke burde sammenblandes. Den direkte årsag til sygdommen er kontakt med uordentligt blod, men som disse citater viser, så sætter folk desuden *kahungo* ind i en større kontekst af sociale forandringer, som skaber betingelserne for denne uorden. Nøjagtigt som i vores del af verden ved man, at aids skyldes hiv-virus, men som alle andre steder stiller man sig også her spørgsmålet om, *hvorfor* denne virus er opstået, og hvorfor den spredes med en sådan hast. *Kahungo* giver tongaerne et svar herpå.

Holdninger til byerne er tvetydige. De værdsættes for deres goder og frygtes for deres sociale og moralske forfald. Dette forfald, der nu som i disse citater symboliseres ved aids, er før blevet symboliseret ved tuberkulose og kønssygdomme.

Urbaniseringens epidemier

Spredningen af aids, tuberkulose og kønssygdomme er forbundet med fattigdom og byliv overalt i Afrika, og går man den klassiske og nyere etnografi fra det sydlige og centrale Afrika igennem, så er det bemærkelsesværdigt, at en sygdom svarende til *kahungo* findes så godt som alle steder og meget ofte er blevet associeret med tb og kønssygdomme (se Gausset og Mogensen 1996). Det virker som om, forholdet mellem aids og *kahungo*, som det udtrykkes af tongaer, ikke er nogen unik reaktion på epidemier i Afrika. Selvom det er svært at sige noget om, hvilken betydning dette reelt har i disse andre samfund, så fortæller det os noget om en særlig måde at reagere på epidemier på.

Tb og kønssygdomme kan på mange måder kædes sammen med kolonialiseringen og urbaniseringen. Epidemier opstod rundt omkring i Afrika i forbindelse med jernbanebyggeri, minedrift og den urbanisering, der fulgte med (Packard og Epstein 1991). Tuberkulose, kønssygdomme og aids er måske nok sygdomme, der helt konkret spredtes fra byerne og ud i landområderne i modsætning til f.eks. spedalskhed, der sandsynligvis var endemisk i landområderne allerede inden urbaniseringen (Vaughan 1991). Flere andre epidemier er sandsynligvis også opstået i byerne. Alligevel er *kahungo* ikke en hvilken som helst epidemi. *Kahungo* knyttes sammen med netop de sygdomme, der ifølge Susan Sontag (1977, 1988) også har været mest ladede med betydning og metaforer i Vesten: tuberkulose, kønssygdomme (syfilis), kræft og aids. Hun viser, hvordan disse sygdomme i historiens løb alle har været anset for mystiske og har været associeret med det onde.

Europæernes tilstedeværelse i Afrika har sandsynligvis ikke kun bidraget til infektionernes spredning, men også til opfattelsen af disse sygdomme som særligt mystiske, ukontrollable og færetuende. Dette kan også læses i litteratur omhandlende sygdomsproblemer i kolonitiden. Spredningen af syfilis og tuberkulose blev af missionærer og koloniadministratorer set som resultat af den sociale og moralske opløsning, der var forårsaget af de forandringer, som kolonistyret, kristendommen og civilisationen førte med sig (Vaughan 1991). Som med aids-epidemien i dag undrede man sig dengang over, hvorfor disse epidemier spredtes efter et andet mønster og med en anden hastighed i Afrika end i Europa. Man forsøgte at forklare det med teorier om adfærd og afrikanernes problemer med at tilpasse sig den civiliserede industrialiserede verdens betingelser. Så længe de levede under traditionelle landsbyforhold, kunne de opretholde et sundt og hygiejnisk liv, men de var ikke i stand til at overføre det til urbane forhold. Desuden var de vant til at tænke kollektivt og havde svært ved at tilpasse sig den individualiserede livsstil, der krævedes af bylivet (Packard & Epstein 1991:771-72). Ved på den måde at fokusere på adfærds- og tilpasningsproblemer kunne koloniadministrationen ignorere de elendige livsbetingelser, som migrant- og minearbejdere levede under, og som uden tvivl har været en afgørende faktor for spredningen af disse sygdomme (ibid.:772-73). Store sociale problemer blev reduceret til et spørgsmål om, hvorvidt afrikanerne havde kontrol over deres seksualitet, og hvorvidt stammedisciplin kunne ændres til selvdisciplin og tilpasning til den moderne verden (Vaughan 1991:133).

Afrikanerne oplevede altså ikke blot at blive smittet med tuberkulose og kønssygdomme i byerne. De blev også af europæerne bekræftet i, at disse sygdomme var forårsaget af byernes uorden. De afrikanske reaktioner på disse epidemier må formodes delvist at være reaktioner på de vestlige reaktioner på dem. *Kahungo*, en sygdom forårsaget af uordentligt blod, er blandt tongaerne blevet symbol på sygdomme forårsaget af kolonia-

liseringens og urbaniseringens uorden. Men *kahungo* er ikke udtryk for, at man blot overtog europæernes forklaringsmodel. Tongaerne var måske nok enige med europæerne i, at byerne skabte uorden, men ikke i at denne uorden skyldtes manglende tilpasningsevne. Europæerne mente, at afrikanerne for at opnå et moderne samfund måtte tillære sig den individualistiske europæiske livsstil. Når tongaerne taler om *kahungo*, taler de om et kollektivt ansvar for at opretholde orden på trods af byernes individualisering og manglende respekt for samfundets regler.

Anklage eller uorden

Som nævnt tidligere vil der under epidemier næsten altid opstå en følelse af, at samfundet mister sin kontrol over naturen, og derfor vil epidemier ofte være ledsaget af forskellige forsøg på at opretholde og forstærke følelsen af kontrol. Dette er måske en universel reaktion på epidemier, men der er mange måder at opnå denne følelse af kontrol på. I Europa har epidemier ofte resulteret i anklage og udpegning af syndebukke (Frankenberg 1992:74). Der er også eksempler fra andre dele af verden på forskellige former for anklage og udpegning af ansvarlige, ofte i form af hekserianklager. Hekseri indebærer at sygdom ses som resultat af andre personers mellemkomst. *Kahungo* og komplekset omkring symbolsk urenhed er derimod en anden måde at reagere på faretruende epidemier på – en måde hvorpå anklage og udpegning af syndebukke undgås.

Ved udpegning af syndebukke kaster man skylden på andre personer, på individer eller måske grupper. Ved symbolsk urenhed kaster man skylden på en uorden, måske nok forårsaget af mennesker – men ikke af mennesker med bevidste intentioner om at gøre ondt. Det er en uorden, der ses som forårsaget af samfundet som helhed, eller snarere: de betingelser samfundet fungerer under – og ikke af visse individer eller grupper. Ingen menes bevidst at sende ulykken mod andre, som det er tilfældet med hekseri. De kræfter, der slår til, når symbolsk urenhed opstår, er som Mary Douglas (1966) viser anonyme neutrale kræfter. De handler ikke om personkonflikter, anklage, skyld og hævn. De er som naturlove en automatisk reaktion på manglende hensyntagen til den universelle orden. Hekseri er som så mange andre steder i Afrika også en almindeligt anvendt forklaringsmodel blandt tongaerne – men ikke når det gælder forklaringer på aids-epidemiens udvikling. De har valgt at forstå aids anderledes. Under kolonitiden formodede mange, at det moralske og sociale sammenbrud, som urbaniseringen forventedes at forårsage i mange afrikanske lande, ville føre til flere hekserianklager (Douglas 1970). Douglas konstaterede dog i 1970, at det mange steder ikke havde været tilfældet. Ofte har hekseri en central placering, men *kahungo* er et eksempel på, hvordan nogle afrikanere i stedet valgte at reagere.

Alt for meget aids-forskning har fokuseret på placering af skyld. Man har kigget på seksualvaner og eksotiske traditioner i stedet for at kigge nærmere på de sociale, økonomiske og politiske omstændigheder, som er med til at forme folks adfærd. Men når tongaerne taler om *kahungo*, så taler de netop om omstændighederne for folks adfærd. Det vigtigste for dem er ikke de (for os) eksotiske ritualer og de uansvarlige aborterende kvinder. Det centrale for dem er, at nogle overordnede samfundsændringer har givet folk nye livsbetingelser. Hvis vi i stedet for at læse *kahungo* læser „social uorden“, så bliver

det tydeligt, at aids ikke er lig med *kahungo*, men aids og *kahungo* har det til fælles, at de begge er forårsaget af social uorden.

Aids-oplysning

Hvad kan vi så lære af det? Hvad kan vi lære af, at aids minder om *kahungo*? Har vi lært, at tongaerne hele tiden har været klar over, hvad det drejer sig om (at vi må kigge på konteksten for folks adfærd), og at yderligere oplysning derfor er unødvendig? Nej. Men heller ikke det modsatte: at de intet har forstået. At de kæder aids sammen med *kahungo* er netop tegn på, at de reagerer på budskabet i kampagnerne. *Kahungo* giver os ikke eviggyldige svar på deres kulturs reaktion på aids, men *kahungo* giver os en idé om, hvilke overvejelser folk allerede har gjort sig om aids-problematikken.

De to hovedbudskaber i aids-kampagnerne er generelt: 1) seksuel tilbageholdenhed og 2) pleje og omsorg for aids-patienter, og de er også indeholdt i budskabet om *kahungo*. Dette betyder ikke, at vi fremover kan oversætte aids med *kahungo* og sætte plakater op om, at aids er det samme som *kahungo*. Plakater vil reducere *kahungo* til en statisk kategori – men *kahungo* og dens forhold til aids er langt mere dynamisk. I stedet kunne man overveje at involvere *kahungo* i de dele af kampagnerne, hvor folk selv deltager. Der er f.eks. allerede en del erfaring med oplysning gennem teater og inddragelse af folk i forestillinger eller i gruppediskussioner efter forestillingen. Sådanne teaterstykker eller gruppediskussioner kunne tage *kahungo* og dens lighed med aids op som emne. Folks bidrag vil give indblik i, hvilke spørgsmål de stiller sig selv, og hvilke spørgsmål det vil være relevant at arbejde videre med. Det vil uden tvivl være mere virkningsfuldt end levering af facts om aids, som folk alligevel allerede har lært udenad. Aids-kampagnernes vigtigste opgave er ikke at levere mængder af viden, men at inddrage folk i en diskussion af denne viden, og af hvordan de kan bruge den til at forme deres liv i en retning, der begrænser spredningen af hiv. Som oplysningsarbejder må man nødvendigvis skabe sig indsigt i de diskussioner, der allerede foregår i lokalsamfundene. Man må lytte til folks version af historien og ikke forvente at kunne erstatte den med sin egen version, men snarere tænke på oplysningsarbejdet som en udveksling af forskellige historier om aids. Derfor er det også yderst relevant at udnytte den kapacitet, der ofte findes i form af lokale lærere og sundhedsarbejdere, der allerede er gået ind i denne dialog med folk.

Den biomedicinske historie om aids har været under konstant forandring siden sygdommen først blev identificeret – og historien om aids og *kahungo* vil heller ikke være den samme om fem år eller det samme for en tonga i det sydlige Zambia som for en tonga på et dansk hospital. *Kahungo* lærer os noget om, hvordan tongaerne i Choma i 1993 så på aids – men vigtigst af alt lærer *kahungo* os noget om dynamikken i kultur og om folks aktive engagement i at opnå en forståelse af aids. Det er en dynamik, der skal tages alvorligt og udnyttes snarere end puttes i en kasse med mærkesedlen „traditionel kultur“.

Note

1. Jeg deltog som projektassistent på et ph.d.-projekt i epidemiologi udført af Henrik Trykker og finansieret af Rådet for Ulandsforskning. Desuden deltog Quentin Gausset, antropolog fra Université Libre de Bruxelles, og denne artikel er baseret på materiale indsamlet af os begge. En mere detaljeret gennemgang af AIDS og *kahungo* blandt tongaerne findes desuden i Mogensen (1995).

Litteratur

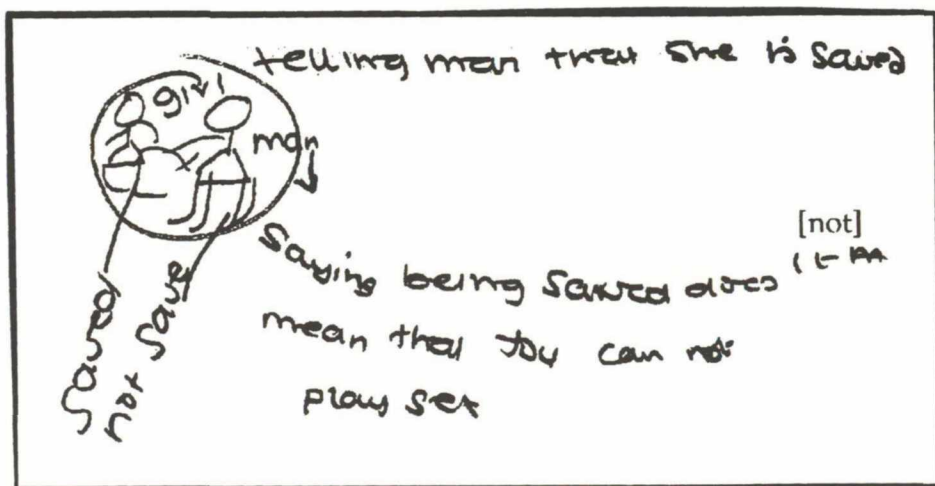
- Douglas, Mary
1966 Purity and Danger. London: Routledge & Kegan Paul.
1970 Witchcraft, Confession & Accusations. London: Tavistock Publications.
- Farmer, Paul
1992 AIDS and Accusations. Berkeley: University of California Press.
- Foster, S.
1993 Maize Production, Drought and AIDS in Monze District, Zambia. Health Policy and Planning 8(3):247-54.
- Frankenberg, Ronald
1992 The Other Who is also the Same: The Relevance of Epidemics in Space and Time for Prevention of HIV Infection in Young People. International Journal of Health Services 22:78-88.
- Gausset, Quentin & Hanne Overgaard Mogensen
1996 Sida et pollutions sexuelles chez les Tonga de Zambie. Cahiers d'Études africaines 143(XXXVI-3):455-76.
- Mogensen, Hanne Overgaard
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.
- Packard, R. M. & P. Epstein
1991 Epidemiologists, Social Scientists, and the Structure of Medical Research on AIDS in Africa. Social Science and Medicine 33(7):771-94.
- Sontag, Susan
1977 Illness as Metaphor. New York: Farrar, Straus & Giroux.
1988 AIDS and its Metaphors. New York: Farrar, Straus & Giroux.
- Trykker, Henrik
1991 Report on Public Knowledge and Awareness Towards AIDS and A Primary Health Care Baseline Survey in a District in Central Africa, Zambia. J. No. Dan. (8):545.
- Vaughan, M.
1991 Curing the Ills. Colonial Power and African Illness. Padstow: Polity Press.

KRISTINA WIMBERLEY

FRELST OG REDDET FRA AIDS?

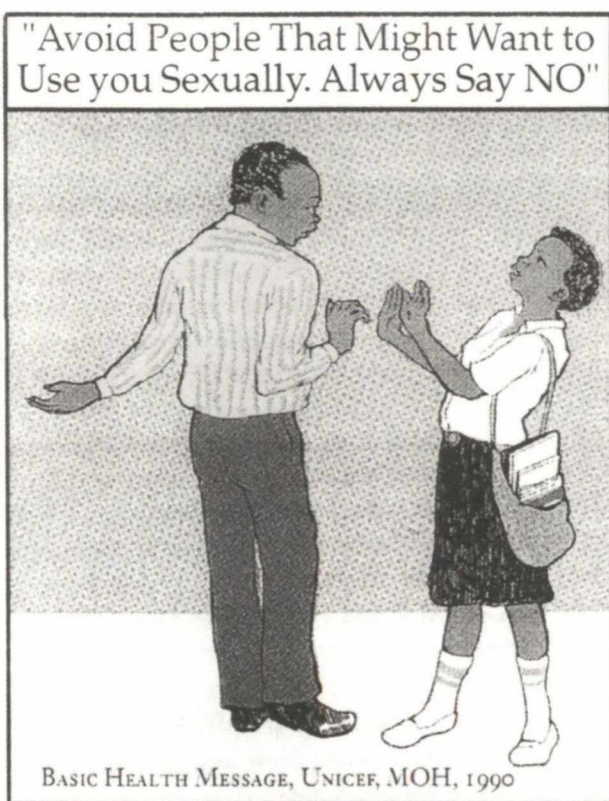
Unge pigers håndtering af risikoen for hiv i det sydvestlige Uganda

Faith,¹ en 16 årig frelst kostskolepige, går i 9. klasse på en pigekostskole. Hun studerer flittigt, for hun vil gerne læse til lærer og senere få et job. Ved at arbejde hårdt og undgå mænd søger hun at komme ud af den fattigdom, hun kommer fra. Som hun selv siger: „Vi er fattige derhjemme – hvem vil passe på mig hvis jeg får aids?“ Drengene har aldrig interesseret hende, og specielt ikke siden hun blev frelst. En dag, da Faith var på vej hjem til landsbyen, kom en mand hen til hende. Han sagde, at han elskede hende og tilbød penge. Hun lo ad ham og sagde: „Mig, jeg er frelst, jeg vil ikke have sådan noget“. Manden fortsatte og fortalte hende: „Det at være frelst betyder nu ikke at du ikke kan have sex“.² Men så fortalte hun ham med fornyet styrke: „For mig, er jeg frelst, for mig er jeg fri for de ting, så du må hellere gå hen og finde en anden“. Så forlod han hende. Nedenfor har Faith tegnet situationen.³



I aids-programmer og i litteraturen om aids er der i stigende grad kommet fokus på unges og især unge kvinders sårbarhed i forhold til aids i Afrika syd for Sahara. En nylig undersøgelse afslørede, at der er en 5 gange større hiv-prævalens blandt 15-19 årige piger end

blandt unge mænd i samme aldersgruppe (UNICEF 1992). Der argumenteres for, at unge kvinders sårbarhed ikke kun er biologisk funderet, men også i høj grad er et resultat af sociale, økonomiske og politiske forskelle mellem, hvordan kvinder og piger kan beskytte sig selv mod aids i forhold til mænd. Fokuseringen på „sugar-daddy“-problematikken har især bidraget til dette perspektiv: Ældre, velstående mænd lokker unge piger, som de anser for at være „aids-fri“, med penge og gaver. Sådanne relationer ses som udtryk for „feminisering af fattigdom“ og et udtryk for kønsulighed i et patriarkalsk samfund (Lindahl 1995:21; Shoepf 1992:262; UNICEF 1992; Obbo 1990:2; Tumbo-Masabo 1994: 213; Haram 1995). Debatten har været med til at skabe et billede af piger som passive og uvidende ofre for mænd. Nedenstående plakat, der blev anvendt i aids-oplysningskampagner i Uganda og specielt på skoler i feltarbejdsområdet, illustrerer denne fremstilling.



„Undgå folk som måske ønsker at bruge dig seksuelt. Sig altid NEJ“

Imidlertid står denne repræsentation og analyse i skarp kontrast til den måde, hvorpå unge piger i Ankole søger at håndtere hiv-risikoen gennem *frelse*. At være frelst (being saved) er et udtryk pigerne selv bruger. Begrebet er tilknyttet *balokole*, en af de fire livsverdener (Long 1992:20; Barth 1989; Villarreal 1992), som pigerne bevæger sig inden for og imellem. *Balokole*, som betyder „de frelste“, var en protestantisk vækkelsesbevægelse, der vandt frem i 1930'erne i det sydvestlige Uganda. Inden for *balokole*-verdenen lægger man vægt på kvinders rolle som reproducenter i ægteskabet og på afholdenhed

før ægteskabet. Frelse består som regel af en omvendelse fra en tidligere „promiskuøs“ og „uregerlig“ livsførelse til en ny dydig adfærd, hvor man som pige opfører sig ordentligt ved at være kærlig og hjælpsom over for andre, afholder sig fra alkohol og vigtigst af alt afholder sig fra og afviser mænd. Sidstnævnte aspekt er centralt i forhold til aids, fordi frelse kan styrke pigers selvbestemmelse i mødet med mænd, som de ellers har få muligheder for at afvise i et samfund, som er stærk patrilineært og præget af en medicinsk-moralsk diskurs (Wimberley 1996). Som pigerne siger, er frelse en af de (få og effektive) måder, hvorpå de kan blive reddet fra aids.

To vigtige spørgsmål rejser sig i forhold til analyser af unge piger og aids. For det første: Hvad betyder frelse for på den ene side pigers muligheder for at beskytte sig mod hiv/aids og på den anden side den kontekst, som de handler inden for? For det andet: Har analysen af frelse nogen relevans for indsatser mod aids, der søger at „redde“ piger fra hiv/aids? Jeg vil argumentere for, at det *ikke er nok* at bruge litteraturens gængse antagelser om, at unge kvinder i afrikanske samfund er sårbare og passive ofre fastlåst i en social og økonomisk set underlegen position. Man må analysere følgende: 1) De muligheder og begrænsninger, der ligger i de forskellige livsverdener, som piger bevæger sig i og imellem; 2) de forhandlinger om kønsidentitet og kønsrelationer, der finder sted i hverdagspraksis mellem piger og mænd såvel som piger imellem; 3) den agens som kommer til udtryk i samspillet mellem struktur (1) og proces (2). Jeg mener, det er vigtigt at se unge piger som handlende og skabende aktører i samspil med deres livsverdener, *også* når det ikke har relation til økonomiske overlevelsesstrategier.

I samspillet med deres livsverdener er det muligt for piger at operere inden for – og på grænsen af – hvad en pige kan tillade sig i det samfund. Det åbner op for en diskussion af forholdet mellem handlen („action“), struktur og agens („agency“) (Villarreal 1992; Long 1992:22-8), og af, hvilken nytte man kan udlede af en sådan tilgang i planlægningen og implementeringen af aids-interventioner.

Feltarbejdet

For at undersøge hvordan unge piger håndterede aids-risikoen, var jeg på feltarbejde i Uganda i 4 1/2 måned. I sammenlagt to måneder boede jeg i en landsby i Ankole (det sydvestlige Uganda), hvor jeg interviewede, diskuterede med og deltog i hverdagslivet med omkring 45 ugifte piger i alderen 13 til 21 år. Jeg anvendte pigernes forskellige venskabs- og familienetværk til at lære andre piger at kende for at få så bred indsigt i pigernes situation som mulig. Til at strukturere det relativt korte feltarbejde anvendte jeg antropologisk inspirerede partcipatoriske tilgange, som bruges i udviklingssammenhænge (Chambers 1992; Shaver et al. 1992; Wimberley 1996:4-7). Både før og under feltarbejdet var jeg inspireret af på den ene side Spradleys (1980) ideer om at være bred og åben i sin tilgang for at minimere styringen fra ens egen teoretiske baggrund, og på den anden side erkendelsen af, at man aldrig kan undgå at øve indflydelse på dialogen mellem informanter og en selv. Det sidste følger af debatter siden slutningen af 1980'erne inden for antropologien om refleksivitet. Derfor, og fordi emnet var følsomt, startede jeg altid interviews eller gruppediskussioner åbent og bredt om pigers liv i Ankole generelt for senere at indsnævre diskussionerne til at omhandle kønsrelationer og seksualitet. De partcipatoriske tilgange med pigerne var nyttige til at opnå et overblik over de problemer,

mål og strategier, som piger stod over for i relation til aids. Derudover søgte jeg at bruge mig selv som forskningsredskab ved at dele mine egne overvejelser om kønsrelationer og seksualitet med pigerne. Pigerne spørgsmål og undren i forhold til min egen situation som ung enlig ugift pige i området, og deres reaktion på mine egne udtalelser om min situation, kunne ofte åbne for væsentlige indsigter i deres situation. Frelse var ikke udgangspunkt for min undersøgelse, men et tema som gentagne gange dukkede op som et vigtigt emne blandt pigerne. I dialogen med pigerne opstod og udvikledes diskurs om „frelse“. Vi vil senere se, hvilke teoretiske og praktiske implikationer dette får for forståelsen af hvilken betydning, frelse har i unge pigers liv. Først er det dog vigtigt at få et indblik i baggrunden for unge pigers liv i Ankole.

Baggrunden for unge pigers sårbarhed i Ankole

Ankole er et område som har gennemgået store sociale, økonomiske og politiske ændringer siden århundredeskiftet. Trods disse ændringer er mange sociale og kulturelle forhold blevet bevaret gennem slægtskabs- og ægteskabsstrukturen samt gennem indflydelse fra religion. Dette samspil mellem kontinuitet og forandring udgør konteksten for pigers liv i Ankole i dag.

Under det britiske styre i starten af århundredet var den sociale og økonomiske magt placeret hos de royale pastoralister bahimaerne. Bahimaerne udgjorde en minoritet i Ankole, men blev opfattet som et redskab for britisk indirekte styre i området. I kolonitiden udvidedes bahimaernes magt over for majoriteten af befolkningen, bairuerne, som var landbrugere. I 1950'erne skete der væsentlige sociale forandringer i forbindelse med introduktionen af salgsafgrøder, den stigende urbanisering og udbredelsen af formel uddannelse. Social og økonomisk opstigning uden for klansystemet blev i stigende grad mulig (Doornbos 1970:1102). De protestantiske missionærer spillede en vigtig rolle i disse forandringer, fordi de bidrog med uddannelse – også til de underlegne bairu. Derudover blev det muligt gennem *balokole*, de frelstes bevægelse, at opleve social opstigning. På baggrund af deres understregning af vigtige dyder såsom høj moral, hårdt arbejde og afvisning af alkoholbrug kom netop de frelste til at danne en ny middelklasse (Taylor 1958). Ankole er velstående i forhold til den nordlige del af landet. Området er både frodigt og begunstiget af sin placering i den del af landet, som i kolonitiden fortrinsvis blev udviklet gennem infrastruktur, uddannelse og sundhed. I løbet af 1950'erne begyndte områdets to etniske grupper at gifte sig ind i hinanden, og dermed voksede en gruppe af blandede bairu-agerbrugere og bahima-kvægavlere frem. I dag er det blandt denne gruppe, at de mest velstillede og bedst uddannede i området findes. Det var blandt denne gruppe af blandede landbrugere og bairu-agerbrugere, jeg foretog mit feltarbejde. Denne gruppe var dog mindre velstillet, idet kun få ejede kvæg. Bairu og bahima er i dag ømtålelige betegnelser,⁴ og derfor omtaler gruppen sig selv som banyankole.

Perioden fra selvstændigheden i 1962 til den nuværende regering tog over i 1986, var præget af borgerkrig og politisk og økonomisk ustabilitet. Siden har regeringen søgt at genopbygge landet gennem etablering af administrative og politiske råd fra lokalt til nationalt plan, strukturtilpasningsprogrammer og bistand. Siden 1986 er BNP vokset med mere end 5% om året og inflationen er væsentligt mindsket (Udsholt 1995:4). Dog har forbedringen ikke nået alle i lige høj grad, især ikke kvinder, og fattigdom eksisterer

i høj grad stadig. Som reaktion på disse forhold søger folk i Ankole ligesom i resten af Uganda at supplere deres indtægter fra formelle jobs med forskellige indkomstsikrende aktiviteter (Neema 1994:18; Obbo 1991:98). Den øgede urbanisering har øget handel og migration til området, hvilket igen har øget mulighederne for disse indkomstsikrende aktiviteter samt givet adgang til forbrugsgoder, de såkaldte *omurembe*-ting. En alvorlig konsekvens af urbaniseringen og migrationen er udbredelsen af aids til de landlige områder (Kirumira og Birch-Thomsen 1993:116). Trods megen usikkerhed om det statistiske materiale for aids-udbredelsen i Uganda viser en af de mere troværdige indikatorer, at hiv-prævalens blandt kvinder, der går til konsultation under graviditeten, ligger mellem 25% og 30%. Mens jeg var på feltarbejde, viste frivillige hiv-tests blandt en gruppe fra området, at 20% var hiv-positive. Af de mennesker, jeg snakkede med – inklusive pigerne, kendte hver i gennemsnit 5 personer, der var døde af aids. Aids-risikoen præger folk, som har første- eller andenhånds kendskab til konsekvenserne. Denne viden, sammen med de mange aids-kampagner, der kører i området, har skabt en bestemt måde at forholde sig til aids på, kendetegnet ved en stor interesse for og bekymring over problematikken, men samtidig en udbredt defaultisme.

Trods de sociale ændringer vedbliver Ankole at være, hvad der kan betegnes som et stærkt patrilineært samfund i forhold til andre bantu-samfund i Østafrika (jf. Southall 1960; Obbo 1980, 1994), hvor den sociale organisering kun giver kvinderne få rettigheder og muligheder. Kvindens identitet er samtidig stærkt knyttet til at være mor og hustru, hvilket øger hendes sårbare position både før og i ægteskabet (jf. Håkansson 1994). Kvinder og unge piger, som overskrider kønsgrænserne ved f.eks. at blive for økonomisk selvstændige, at være ugifte for længe, at blive enlige mødre, eller om hvem det er kendt, at de er seksuelt aktive før ægteskabet, risikerer at blive stemplet som *malaya* eller *harlot* (prostitueret).

Pigers seksuelle adfærd kontrolleres i kæreste- og forlovelsestiden gennem hvad jeg kalder et adfærdstjek-system. Før han bejler til en pige, vil en mand gennem venskabs- og familienetværk undersøge pigens adfærd, ligesom pigen vil anvende sit netværk til at tjekke mandens adfærd. Dog er der forskellige konsekvenser for piger og mænd i dette system. Grænserne sættes forskelligt; hvor mænd kan tillade sig – og forventes – at være seksuelt aktive, kan kendskab til – eller bare rygter om – seksuel aktivitet have katastrofale konsekvenser for piger: de risikerer at deres ry bliver spoleret, og dermed bliver deres chancer for ægteskab ødelagt. Mænd kan derimod finde en ny pige at bejle til. Piger, der bliver smittet med aids, risikerer dermed en yderligere stigmatisering, fordi smitten vidner om deres seksuelle adfærd. Ydermere er der et specielt tidspres på piger. Når pigerne kommer i puberteten, bliver de omtalt som *empangare*, hvilket betyder, at de er modne til eller ved at være for gamle til at blive gift. Resultatet er bl.a., at der er relativt få enlige mødre i området, og at piger i gennemsnit bliver gift som 16-årige, hvorimod mænd giftes i slutningen af 20'erne eller i 30'erne.

Religion og især kristendommen har spillet en vigtig rolle i kvinders liv, både igennem uddannelse, sundhedspleje, religiøse bevægelser og det sociale liv i øvrigt. I Ankole er størstedelen af befolkningen kristen, ligeligt fordelt mellem protestanter og katolikker. Undervisningen fra protestantiske missionærer har været præget af missionærernes kulturelle baggrund. Dermed blev religiøse værdier tæt sammenvævet med ideer om familien, kønsrelationer og kønsidentitet. Det har bl.a. betydet, at seksuel afholdenhed før ægteskabet og trofasthed i ægteskabet er det primære budskab i aids-oplysningen. I sko-

lerne advares piger specielt mod „sugar-daddies“; ældre mænd som finder unge piger attraktive, fordi de anser dem for at være „aids-fri“ (se illustration s.2).

I litteraturen er der en tendens til at fremhæve de negative effekter af religionen på kvinders liv i Uganda, og specielt i relation til aids. F.eks. har Gill Seidel (1990, 1993) påpeget, hvordan aids-kampagnerne i Uganda siden slutningen af 1980'erne har været præget af en medicinsk-moralisk aids-diskurs. En aids-diskurs skal forstås som en måde at tale om aids på, som samtidig reflekterer og er med til at reproducere bestemte holdninger til køn, seksualitet, moralopfattelser osv. (Seidel 1990:61).⁵ I denne diskurs fokuseres der på ondskab, synd og ansvar og samtidig fremstilles og genskabes et billede af aids-smittede som „seksuelle syndere“. I kampagnerne har kvinder været „smittespredere“, der som prostituerede „frister“ mændene. Fremstillingen af kvinder som frister og syndere har rod i blandingen af kristne og victorianske ideer fra århundredskiftet, hvor kvinder opfattedes som „familiemoralens vogtere, hvis seksualitet måtte kontrolleres“ (Seidel 1990:74).

Dog spiller kirken, og især bevægelser som *balokole*, en vigtig rolle i forhold til aids ved løftet om frelse fra aids gennem den rette livsførelse og helbredelse af hiv-smittede gennem bøn. Uanset om helbredelse er mulig eller ej, er denne støtte vigtig i lyset af den offentlige sektors manglende kapacitet til at yde basal omsorg og effektive interventioner, biomedicinens mangel på en ultimativ forklaring på udbredelsen af hiv, samt at folk, der er smittede, kan blive defaitistiske og begå selvmord. Som jeg har antydnet ovenfor, spiller frelse en vigtig rolle i forhold til aids i pigers liv. Før vi kan se på, hvordan frelse udspilles i pigernes liv, er det vigtigt at forstå den komplekse sociale og kulturelle kontekst, som sætter rammen for pigers liv. Denne kontekst kommer til udtryk i fire forskellige livsverdener som piger bevæger sig i og imellem.

Unge pigers livsverdener

Pigernes liv var på mange områder præget af forskellighed og modsætninger, men på andre områder var der stor konsistens. Spørgsmålet var, hvordan dette kunne indfanges i analysen og beskrivelsen af pigernes håndtering af aids-risikoen. I analysen af mit empiriske materiale blev jeg først og fremmest inspireret af Magdalena Villarreal's analyse af kvinder og udvikling i Mexico (1992). Her argumenterer Villarreal for en aktør-orienteret tilgang for at undgå de statiske og strukturelle analyser af kvinder og udvikling, som ellers har præget litteraturen (ibid.:261). I sin analyse ser hun kvinder som sociale aktører, der handler i forhold til de begrænsninger og muligheder, der ligger i forskellige livsverdener. I en kritik af den måde, hvorpå man aftegner „målgrupper“⁶ i en udviklingssammenhæng, viser hun vigtigheden af at være opmærksom på de grænsedragninger, som kvinder i Mexico – aftegnet som „målgruppe“ – selv sætter i forhold til relevante personer og grupper (ibid.:253). Grænsedragninger sættes i mødet eller konfrontationerne med det anderledes, og i denne proces bliver kønsidentiteter og -relationer synlige og udfordrede (ibid.:254). Pointen er, at kønsspecifikke analyser ofte har negligeret betydningen af, hvordan kønsidentitet og -relationer defineres og forhandles i hverdagspraksis.

Denne analyse er relevant i analysen af unge piger i Ankole, fordi det giver os redskaber til at få øje på forskelle *mellem* piger – der også er aftegnet som målgruppe i udviklingssammenhænge – som er relevante for forståelsen af den rolle frelse spiller i forhold

til aids. Pigerne skelnede mellem fire forskellige „pigetyper“: både eksplicit mellem de „frelste“ og *omurembe* (smarte) piger og derudover implicit mellem førnævnte, „traditionelle“ og moderne piger. Til hver af disse „pigetyper“ var tilknyttet ikke bare specifikke billeder af piger, men også et værdikompleks – en livsverden – som ikke ville kunne indfanges i Villarreal's analyse. Her kunne derimod Frederik Barths analyse af balinesernes verdener (1989) inddrages. Barth viser, hvordan man kan aftegne en kompleks virkelighed i forskellige verdener, som mennesker bevæger sig i og imellem. Disse verdener er hver især et værdikompleks, der har en historisk og kulturel konsistens og samtidig genskabes i hverdagslivet.

Med inspiration fra Villarreal og Barth kan man således koble forskellige billeder af kønsidentiteter, dvs. først og fremmest af piger og kvinder, sammen med verdener, der hver er forbundet med den sociale, kulturelle og historiske kontekst. De forskellige strømninger (jf. Barth 1989:130) af kontinuitet og forandring, som har præget Ankole historisk, sammen med tre forskellige geografiske kontekster, som pigerne bevæger sig imellem (landsbyen, skolen og byen), manifesterer sig på forskellige måder i pigernes livsverdener. Gennem analysen af frelse i en dialektik mellem de teoretiske overvejelser og kompleksiteten i pigernes liv kom der fire forskellige verdener til syne. Hver verden stiller krav og sætter begrænsninger i pigers liv, men giver også pigerne handlemuligheder: (1) *kinyankole*-tradition, (2) *balokole*, (3) modernitet og (4) *omurembe* og romantik. Ved at aftegne og fastsætte en livsverden risikerer man ganske vist at genetablere et statisk kulturbegreb. Med udgangspunkt i de eksplicite grænsedragninger, som pigerne selv anviste, kan man drage grænserne således, at de giver en forståelse af, hvordan piger håndterer aids-risikoen gennem frelse. Det vil sige, at verdenerne vil konstellere sig forskelligt afhængigt af, hvilken problemstilling man undersøger og derudover ændre sig over tid. Samtidig vil forskelligheden begrænses af, at livsverdener altid vil have en forbindelse til den historiske, sociale og kulturelle kontekst.

Kinyankole-traditionen⁸

Kinyankole-traditionen er forbundet med den ovennævnte stærkt patrilineære slægtskabs- og ægteskabsstruktur og den religiøse indflydelse i skoleundervisningen. Inden for denne verden socialiseres piger til at blive velopdragne, dydige og hårdtarbejdende mødre og hustruer. Piger lærer i en tidlig alder fra deres ældre søstre og mødre at dyrke afgrøder, lave mad, hente brænde og vand. Derudover lærer de at flette de kurve og at sy de duge, som har rituelle funktioner ved deres bryllup. Både hjemme og i skolen opfordres piger til at foretage elongation, dvs. forlængelse af kønslæberne, fra de er omkring 10 år. Dette anses for at være en vigtig rituel praksis i forberedelsen til moderskab (Neema 1994:38). Mødre og ældre kvinder advarer pigerne om, at deres fremtidige mænd vil afvise dem, hvis ikke de udfører elongation, og blandt pigerne gik der rygter om, at man ville blive ufrugtbar, hvis ikke man praktiserede det. I modsætning til andre samfund i Østafrika (Tumbo-Masabo 1994) gives ingen seksualundervisning i puberteten, men derimod advares pigerne mod drenge og mænd, over for hvem de instrueres i en ærbødig og underdanig opførsel. Pigerne lærer således, at de aldrig må udvise initiativ eller lidenskab, men blot skal varetage deres ry og rygte. Dette gør pigerne ved at skjule relationer til mænd og ved nøje at passe de sociale relationer for at undgå sladder.

Balokole

Balokole (de frelste) er i dag et tværreligiøst fænomen. Den verden, som *balokole* udgør i pigers liv i dag, er sammensat af værdier og praksis, der opstår fra sammenblanding af religiøse værdier med forrige århundredes victorianske moral og middelklasseværdier. Dette gennemsyner skoleundervisning, aids-oplysningen, kirken og det sociale liv (Ocaya-Lakidi & Mazrui 1975:279; Musisi 1992:182; Seidel 1990). Allerede i grundskolen får pigerne, når de bliver kønsmodne, speciel undervisning om deres hygiejne, og om hvordan de skal opføre sig „ordentligt“, afholde sig fra seksuelle relationer, afvise mænd og koncentrere sig om „vigtige“ ting i livet såsom skolen, arbejde og venskaber. Kontrollen af pigers seksualitet er særlig udtalt på pigekostskolerne, der oftest er omgivet af høje mure, og hvis indgange bevogtes af mandlige vagter – en åbenlys symbolsk bevogtning af pigers jomfrudom. Drengene modtager derimod ingen tilsvarende undervisning i, hvordan de skal behandle pigerne. Ligeledes er der ingen sanktioner over for drenge, der gør piger gravide, hvorimod en gravid pige risikerer at blive smidt ud af skolen. Dermed cementseres ideen om, at piger selv har ansvaret for at kontrollere deres seksualitet over for de „ukontrollable“ drenge og mænd – en forestilling, som har været central i missionærernes undervisning i det koloniale Afrika (Bowie 1994).

De fleste frelste piger i området var blevet omvendt et par år tidligere i 1990-1991.⁸ Ofte havde besøg af missionærer i skolerne haft stor betydning for pigernes omvendelse. Flere fortalte, hvor stort et indtryk det havde gjort, når en missionær advarede om de mange farer, pigerne stod over for: aids, graviditet og abort som konsekvens af „promiskuitet“. Det var fortrinsvis skolepiger fra 6. klasse op til gymnasiet, som blev frelst, men jeg mødte også frelste piger, der boede og arbejdede i landsbyen. Selvom jeg ikke havde mulighed for at foretage en systematisk undersøgelse af udbredelsen af frelse, fik jeg indtryk af, at det primært var unge piger og ældre kvinder, der blev frelst i landsbyerne, men at der var en mere lige fordeling af de frelste i forhold til køn og alder i byerne. Forklaringen fra mændene i landsbyen på fraværet af frelste mænd var, at hvis de blev frelste måtte de frasige sig brygning og salg af øl – en aktivitet som udgjorde en vigtig del af deres indkomst. Som nævnt er alkoholforbrug ikke foreneligt med frelse, dette gælder også aktiviteter relateret til alkoholfremstilling og salg.

Modernitet

Inden for modernitetens livsverden søger piger uafhængighed, selvstændighed og evne til at klare sig selv gennem indkomstskabende aktiviteter og uddannelse. Ideen om at skulle klare sig selv, ved hjælp af hvad der opfattes som naturlige kvindelige evner og dyder, er længe blevet promoveret af missionærer gennem uddannelse. Ideer om selvstændighed, uafhængighed og evnen til at klare sig selv bliver samtidig bakked op af forskellige kvindeorganisationer og af repræsentanter for kvinder i de politiske råd, de såkaldte RCs. Begrebet „empowerment“ indbefatter mål om ligeberettigelse og sætter styrkelsen af kvinders økonomiske, juridiske og sociale selvbestemmelse i centrum.

I feltarbejdsområdet var et af de synlige tiltag et indkomstskabende projekt organiseret for kvinder og piger af YWCA (Young Women's Christian Association), men kun få piger deltog. Holdningen var, at unge piger var „redundant“, dvs. „i overskud“, til

overs“; at de ikke lavede noget eller at deres arbejdskraft var overflødig eller uproductiv. Imidlertid var ideer om og ikke mindst handlen i forhold til værdier som uafhængighed, selvstændighed og „empowerment“ synlige i pigernes eget liv i Ankole. I dag går alle piger i området i skole de første par år, men begynder at droppe ud fra 6. og 7. klasse.⁹ Dog lykkes det en del piger at fortsætte i det, der tidligere svarede til realskolen i Danmark. De piger, der fortsatte i skole, søgte gennem flid og slid og den rette manipulering over for familien at få adgang til gode skoler. Flere fortsatte på lærerseminarium eller læste til sygeplejerske. De piger, som droppede ud af skolen, engagerede sig i forskellige indkomstskabende aktiviteter såsom salg af egne afgrøder, håndværk, syarbejde, udlejning af brudeøj, baging af bryllupskager, ved at tjene som barnepige eller fungere som leder af en børnehave. Nogle af de sidstnævnte piger var i stand til at klare sig godt, og de fik dermed en rimelig økonomisk selvstændighed og kunne nyde en vis uafhængighed fra familien f.eks. ved at bo alene i deres forretninger. Andre piger migrerede til byen, hvilket er stærkt eftertragtet, som vi vil se nedenfor, men hvor mulighederne er færre og livet også mere risikabelt end i landsbyen. En af de få muligheder for piger i byen er at blive „pige i huset“, men ud over at blive udnyttet og dårligt betalt, er der risikoen for seksuel udnyttelse fra de mandlige medlemmer af husstanden. Dog var der også et par piger, som boede hos medlemmer af familien i perioder for at blive støttet til skolegang eller for at hjælpe til.

Pigerne fortalte, hvordan de nød deres selvstændighed som ugifte, især når mindre søstre overtog det huslige arbejde. De ser, hvordan deres mødre knokler i markerne og i hjemmet under deres svigermors strenge overvågning (Neema 1994). Men der er klart store variationer med hensyn til i hvilken grad, pigerne kan opnå selvstændighed, økonomisk såvel som socialt. Desuden er de tydeligt afhængige af de økonomiske, politiske og sociale betingelser, der hersker både i hjemmet, i landsbyen og i byen.

Omurembe og romantik

Omurembe, som pigerne oversætter som „up-to-date“, er alt det som er smart, nyt, fra byen og moderne. Denne verden adskiller sig fra modernitetens verden ved sit fokus på økonomisk selvstændighed *fra* mænd og ved at indbefatte kærlighed og romantik. Romantik som ideal og basis for ægteskab blev først introduceret af missionærer ved århundredeskiftet. *Omurembe* som livsstil er formentlig vokset frem og blevet en mulighed i forbindelse med de sociale ændringer i området siden 1950'erne og den relativt positive økonomiske situation i landet under den nye regering. Derudover promoveres især vestlige forbrugsgoder gennem markedsføring.

For piger drejer *omurembe*-ting sig først og fremmest om importerede varer såsom kosmetik, hårprodukter, midler til at lysne huden, tøj og smykker. De kan købes på markeder, i den nærmeste storby, på vej til skole eller gennem familie og venskabsnetværker. Desuden kan de lånes og modtages som gaver. Piger tager *omurembe*-ting på, når de er sammen med veninder, tager til fester eller går i kirke,¹⁰ og de sørger ofte for at blive fotograferet i dem. Når de er sammen med veninder, søger de inspiration til og bekræftelse af deres selvopfattelse (Fuglesang 1994:225) og af gruppeidentiteten. I det offentlige rum kan pigerne ved hjælp af *omurembe* ting præsentere sig selv som attraktive ægteskabspartnere over for drenge og mænd. Men *omurembe* handler også om en bestemt

livsstil, hvor man dyrker romantikken med kærester og har det sjovt med dem såvel som med venner på diskoteker eller på hotelcafeer. Den ultimative fremtidsdrøm for en pige er et liv i luksus i byen med en veluddannet, rig mand, som behandler hende godt.

Sammenhængen mellem *omurembe* og romantik kommer stærkt til udtryk i gaveudvekslingen i kæreste- og forlovelsestiden. Pigerne forklarede, hvordan de omkring 13-14 års alderen bliver interesseret i drenge og har lyst til at være sammen med dem. Til gengæld forventer de, måske som kompensation for at sætte deres ry og rygte – og endog deres krop – på spil, at deres kærester giver dem *omurembe*-ting eller penge. Ønsket kommer til udtryk, når de giver drenge, de kan lide, „succes kort“,¹¹ dvs. billeder af dem selv iklædt *omurembe*-ting. Pigen vil til gengæld for at få *omurembe*-ting give ham håndlavede kurve eller broderede duge. Gaveudvekslingen er udtryk for genskabelsen af kønsidentiteter. Når drenge og mænd giver *omurembe*-ting, signalerer de, at de vil kunne tage vare på pigen, hvis de bliver gift, og måske kunne give hende et liv i luksus. For pigen er det at modtage gaver fra drenge eller mænd en måde at vise interesse på. Som en pige sagde: „Gaver et udtryk for kærlighed. At gå uden, ville være som at give sig selv gratis“. Når pigerne giver håndlavede ting, fortæller de også, at de er interesserede i at blive gift, og at de ville blive gode *kinyankole*-hustruer, mødre og svigerdøtre. Pigerne fortalte, at de kunne have, hvad de betegnede som en naturlig kærlighed for en dreng, som de var vokset op med, men at de ville elske den, som gav flere gaver mere. I lyset af den tætte sammenhæng mellem *omurembe*-ting, romantik og ægteskab er det forståeligt, at et forhold baseret på kærlighed uden en gaveudveksling ikke er holdbart, efterhånden som pigen bliver *empangare*. For pigen skal giftes, før hun bliver for gammel, og gaveudvekslingen er en vigtig del af den proces, det er at blive gift.¹²

Opsummerende kan man sige, at piger bevæger sig inden for og imellem fire forskellige verdener: *kinyankole*-tradition, *balokole*, modernitet og *omurembe* og romantik. Til disse verdener er knyttet forskellige ideer om femininitet og maskulinitet, som reproduceres i hverdagslivet. I nogle tilfælde er ideerne modsætningsfyldte og i andre er de overlappende. Man kan betragte pigerne, som befandt de sig på en slagmark (jf. Villarreal 1992:259), hvor forskellige forestillinger om kønnet skaber dilemmaer i forhold til pigernes håndtering af aids-risikoen. På den ene side skal piger være kyske og opføre sig ordentligt, underdanigt og afholdende over for mænd (jf. *kinyankole*-tradition og *balokole*) eller blot koncentrere sig om økonomisk selvstændighed og karriere (jf. modernitet). På den anden side skal de føre et *omurembe*-liv, der involverer forhold til mænd, og indgå gaveudvekslinger for at blive gift (jf. *omurembe* og romantik). Men ud over dette dilemma rummer de forskellige verdener også potentialer, som kommer til udtryk, når piger søger at håndtere aids-risikoen gennem frelse.

Frelese spilles ud i pigers liv – pigerne sætter deres muligheder i bevægelse

I introduktionen omtales, hvordan frelse kan styrke pigers selvbestemmelse i mødet med mænd. Faith afviste en mand, der tilbød hende kærlighed og penge ved at fortælle og fastholde, at hun var frelst. Den eksplicitte afvisning af mænd, som Faith demonstrerede, er ofte en sidste udvej, efter at en lang række forebyggende strategier er blevet afprøvet. Udøvelsen af selvkontrol, som er stærkt funderet inden for *balokole*-verdenen, er en af de

måder, hvorpå piger finder styrken til at undgå og afvise mænd. Pigerne fortalte, hvordan de gennem selvkontrol kan holde sig væk fra steder, såsom fester, hvor de kan blive overfaldet af mænd, men endnu mere kritisk: at risikere at *få lyst til* mænd. Fokuseringen på fester som „risikable steder“ reflekterer ydermere budskaber i aids-oplysningskampagner, der siger, at druk fører til „prostitution“, „promiskuitet“ og udnyttelse af kvinder og piger (Kristensen 1991). Imidlertid var det ud fra pigernes eget synspunkt tændingen af deres egen lidenskab, især via „tætte“ danse, der var den største „risiko“. At undgå fester er ikke en enkel sag i et samfund, hvor fester ofte er sociale forpligtelser, f.eks. i forbindelse med bryllupper. Derfor bliver det for en frelst pige et spørgsmål om at forlade festen *i tide*, inden de intime danse begynder, eller at finde på en undskyldning for ikke at danse tæt. Frelste piger søger også at omdirigere deres lidenskab til andre interesser, såsom at studere, arbejde og koncentrere sig om forholdet til Gud. Skolepigerne lagde vægt på den støtte, de fik ved at læse Biblen, at mødes med andre frelste til fællesskabsmøder og at bede. Gennem bøn opnåede pigerne personlig kommunikation til og vejledning fra Gud.

Men hvad er der på spil, når pigen eksplicit afviser en mand ved at sige „jeg er frelst“, og hvorfor er det så væsentligt for pigerne? Villarreal (1992) viser, hvordan billeder af selvet bliver et våben i forhandlingen af grænser mellem livsverdener i hverdagspraksis og i tacklingen af de brydningsflader, der opstår. Når frelste piger som Faith står over for en „sugar-daddy“, som lokker dem med „kærlighed“ og penge, opstår en brydningsflade mellem *balokole*-verdenen og *omurembe* og romantik-verdenen. Hvis pigen som Faith ikke er interesseret i forholdet, bliver frelse til et billede, et våben, som bliver kastet ind i dialogen ved at sige: „jeg er frelst“. Dermed placerer pigen sig inden for *balokole*-verdenen og henviser til værdierne og praksis inden for denne verden, som genkendes af manden. Som vi så i tilfældet med Faith, betyder dette ikke nødvendigvis, at manden vil give op. Han kan begynde at forhandle grænsen for, hvor *balokole* går, ved at foreslå, at frelse ikke udelukker sex. Her er det vigtigt at forstå, at denne vedholdenhed fra mandens side ikke nødvendigvis er udtryk for manglende respekt for pigen, selvom det nogle gange kan være tilfældet. Det er blot en del af spillet.

Som nævnt ovenfor lærer pigerne, at de aldrig må udvise initiativ eller lidenskab, og dette sætter dem i en vanskelig situation i mødet med mænd. Pigerne fortalte, hvordan et NEJ fra en pige opfattes som et JA, fordi hun aldrig kan give et åbent JA. Et sådant udsagn ville være urespektabelt, og pigen ville risikere at blive stemplet *malaya*. Derfor bruger pigerne andre strategier til at vise deres interesse – gennem *måden* de siger NEJ på, f.eks. at ved rulle med øjnene. Samtidig opfattes udfarenhed og virilitet som naturlige udtryk for mandighed i Uganda såvel som i Østafrika generelt (Obbo 1992; Haram 1994). Mænd lærer således, at de skal kæmpe og „vinde“ pigens JA, og at modstand er udtryk for pigens respektabilitet. Dermed er forhandlingen om seksualitet i mødet mellem piger og mænd et spil, hvor betydningerne hæftet til et JA, NEJ eller kropssprog fortolkes og forhandles. Tvetydighed i pigens udsagn har alvorlige konsekvenser for en pige, som ønsker at afvise en mand, da hendes afvisning kan opfattes som en del af spillet (hvis ikke det bliver ignoreret i tilfælde af voldtægt). Derfor må manden blive ved med at spørge en pige, selvom hun har afvist ham.

Derudover ved mange mænd sandsynligvis også, at de fleste frelste piger er „halvfrelste“: at de alligevel er sammen med mænd. Dette kalder pigerne „at glide i mudderet“. De væsentlige årsager skal dels søges i pigernes egen lidenskab, men også i den kamp, der foregår mellem frelste og *omurembe*-piger. Mobningen fra *omurembe*-piger,

der til gengæld føler sig presset til omvendelse af frelste piger, kan få frelste piger til at opgive deres frelse (Wimberley 1996:61-63). Frelste piger, som er sammen med mænd, kan med fordel blive ved med at kalde sig selv frelste for at bevare deres ry og rygte og drage nytte af denne styrkelse af deres selvbestemmelse, når de skal afvise mænd, de *ikke* er interesseret i. Når sådanne piger opdages af andre, kaldes de „halv- frelste“, men det kan også være en måde at sladre om en pige, man ikke kan lide. Fordi der er så megen tvetydighed om, hvem der er „rigtig“ frelst, kan det være nødvendigt for en pige som Faith at være vedholdende i sin „frelsthed“.

Men hvorfor accepterer mænd frelste pigers vedholdende afvisning som i tilfældet med Faith? Eftersom jeg ikke har haft muligheden for at undersøge mænds oplevelser af denne afvisning, må mine forslag ses som foreløbige. Det er væsentligt at tage i betragtning, hvordan billedet på den frelste pige falder sammen med, hvordan en pige bør opføre sig ifølge *kinyankole*-tradition. Pigen forbliver ydmyg og kysk trods sin aktive afvisning og kommer derfor ikke *eksplicit* til at støde eller udfordre mandens identitet som den udfarende, virile og magtfulde i forholdet. Et voldsomt „NEJ“, som det anbefales både gennem aids-oplysningen og i almindelighed, kunne provokere en voldelig reaktion eller endog sladder til andre om hendes „dårlige adfærd“.

I lyset af dette bliver det forståeligt, hvorfor frelse er så taltalende for piger. Afvisning gennem frelse muliggør, at manden kan bevare sin respekt og hun sit ry og rygte. Frelse bliver en kulturelt acceptabel måde at afvise mænd på, som er effektiv på en subtil måde. Som andre nyere studier af kønsrelationer viser, er det vigtigt, at ægtefæller, fædre eller mandlige arbejdsgivere får oplevelsen af at vedligeholde en følelse af magt og autoritet, for at kvinder kan skabe sig et råderum (Jefremovas 1991:387; Villarreal 1992:260).

Men frelse kan ikke i længden redde piger fra aids-risikoen. Problemet er, at en frelst pige ikke kan blive ved med at være *rigtig* frelst. På et eller andet tidspunkt vil hun alligevel være sammen med en mand eller en dreng. Det grundlæggende problem er, at hvis piger bliver ved med at undgå og afvise mænd, mister de muligheden for at øve indflydelse på, hvornår og med hvem de skal giftes. Når de siger NEJ til mænd, siger de også NEJ til en potentiel ægtemand. Frelste piger risikerer med tiden at blive for gamle til at blive gift og risikerer dermed at blive stigmatiseret. Derudover går frelste piger også glip af de glæder, der hører med til at være ung. Pigerne verdener manifesterer sig i to modsatrettede aspekter: på den ene side *udviklingsprocessen hen imod at blive voksen*: at skulle blive en dydig, velopdragen og respektabel kvinde (jf. *kinyankole*-tradition og *balokole*) og måske en selvstændig kvinde (jf. modernitet); og på den anden side *oplevelsen af at være ung*: at nyde og udforske sin egen kønsidentitet i forhold til andre piger, drenge og mænd (jf. *omurembe* og romantik). Piger står i et skisma mellem de to aspekter, hvor de søger at få det bedste ud af dem begge. Dette er måske et generelt fænomen blandt unge. Men det specielle for piger i modsætning til drenge er, at deres ry og rygte står på spil, og de skal nå at blive voksne på kortere tid. Derfor må pigerne lære at håndtere deres verdener hurtigere, hvis de skal nå moderskab og ægteskab på en sikker måde.

Struktur, proces og agens

Fra et strukturelt perspektiv kan man se, hvordan pigerne i håndteringen af det skisma som balancegangen mellem deres livsverdener stiller dem i, selv er med til at reprodu-

cere de samme begrænsninger, som de kæmper imod. „Frelste“ piger er selv er med til at genskabe forestillingen om, at de skal blive velopdragne, dydige og respektable kvinder og mødre, hvilket netop sætter dem i så svær en situation. På den måde er pigerne med til at genskabe *balokole*-verdenen og *kinyankole*-traditionen. Når pigerne ydermere i så høj grad håndterer skismaet ud fra hensynet til deres ry og rygte, bliver resultatet ikke altid hensigtsmæssigt i forhold til aids-risikoen. „Halv-frelste“ piger redder deres gode rygte – for en tid – men risikerer at blive smittet med hiv ved ubeskyttet samleje. Samtidig er frelse en af de få muligheder, piger *har* for at håndtere aids-risikoen. Dermed går strukturerende principper og forhandlingen af kønsidentiteter og relationer i hverdagslivet frem og tilbage; fra en styrkelse til en svækkelse af pigers selvbestemmelse. I dette samspil mellem struktur og proces ser vi, hvordan grænserne for kønsidentitet og relationer reproduceres og udfordres i agens („agency“). Pigers agens udmøntes på fire måder:

1) Ved den måde hvorpå frelse som diskurs og handlen får styrket pigers selvbestemmelse i forholdet til mænd i et samfund, hvor piger strukturelt set har få muligheder for at afvise og undgå mænd. Dette giver dem mulighed for at undgå usikker sex og dermed hiv-smitte.

2) En „frelst“ diskurs giver piger råderum til at udtrykke deres holdninger og følelser omkring kønsidentitet, kønsrelationer, seksualitet og aids – emner som „dydige“ piger ikke bør beskæftige sig med.

3) Frelse som diskurs giver pigerne mulighed for at sætte spørgsmålstejn ved de forskellige og ofte modstridende ideer om femininitet og identitet, som piger konfronteres med i deres livsverdener. Skal piger have mulighed for at modtage *omurembe*-ting fra mænd ligesom gifte kvinder gør? Skal piger have mulighed for at nyde romantik og seksuel glæde? Skal piger have mulighed for at tjene deres egne penge og være økonomisk uafhængige før og efter ægteskabet? Skal piger have mulighed for at bestemme, hvornår og med hvem de skal giftes?

4) Potentialet for social forandring antydes. Gennem frelse som diskurs og handlen får piger måske senere muligheden for som gifte kvinder at kunne øve mere indflydelse på, hvor mange børn de får og hvornår, hiv-test fra begge parter inden graviditet, eller endda kondom-brug inden de får børn. Andre studier fra området viser, at gifte kvinder i et stærkt pronatalt samfund står i en specielt sårbar situation i forhold til forhandling af fertilitet og seksualitet, men at netop frelste kvinder i *balokole*-bevægelsen har været i stand til at øge deres råderum (Robins 1979; Larsson 1991; Elam 1973; Swantz 1985).

På disse fire måder bevæger pigerne sig ved grænsen til og måske ud over, hvad en pige kan tillade sig i Ankole. I processen får de udvidet deres råderum på en måde, så at de kan øve mere indflydelse over deres liv og kroppe.

Analysen af frelse viser dermed vigtigheden af en aktør-orienteret tilgang, som i højere grad indbefatter sammenhængen mellem struktur og proces end tidligere aktør-orienterede studier, som f.eks. Villarreal (1992) og Barth (1989). Villarreal's analytiske model er nyttig til at indfange dynamikken i forhandlingen af kønsidentitet og kønsrelationer. Men den er uklar i karakteristikken af de strukturerende principper som kvinder og piger handler i forhold til. Forholdet mellem livsverdenerne og forhandlingen af dynamiske kønsidentiteter og relationer er ligeledes uklart defineret (Villarreal 1992: 257, 264). Barths analyse er nyttig til at aftegne livsverdener som afgrænsede sociale, kulturelle og historiske værdikomplekser. Men tilgangen er mangelfuld i sin analyse af, *hvordan* mennesker bevæger sig mellem deres verdener og ved at udelade en kønsspecifik

analyse af disse verdener. Fordi Villarreal har sin styrke i analysen af processer i hverdagspraksis, og Barth har sin styrke i karakteristikken af livsverdener, bidrager de på hvert sit niveau til en aktørorienteret tilgang, der indbefatter sammenhængen mellem struktur og proces. I samspillet mellem struktur og proces kan man få øje på ikke bare tingenes tilstand, men også de forandringer *der er i gang*. Her ser vi hvordan agens kan øge råderummet for en gruppe sociale aktører.

En sådan tilgang kan give en bedre og mere anvendelig forståelse af såvel aids-problematikken som unge pigers muligheder og begrænsninger og de ændringer, der er i gang. Forhandlingsprocesser mellem piger og mænd såvel som piger imellem, må analyseres *i forhold til* empirisk funderede strukturer som livsverdener, og det skisma pigerne står i. Denne indsigt har vigtige implikationer for aids-interventioner og for litteraturen om aids, som i stigende grad beskæftiger sig med unge og i særlig grad unge piger.

Konklusion

Analysen af frelse viser, at den gængse fremstilling og analyse af unge pigers sårbarhed i relation til risikoen for hiv/aids er teoretisk og empirisk utilstrækkelig. Piger fremstilles som passive og sårbare ofre for en underlegen placering i et patriarkalsk samfund og for fattigdom, der tvinger dem til at sælge deres kroppe som overlevelsesstrategi. Jeg vil kort pege på to problemer ved denne fremstilling.

For det første har et sådant udgangspunkt for analysen af unge pigers sårbarhed i forhold til aids-risikoen strukturel slagside ved at negligere pigernes handlen og agens. Fremstillingen af kvinder som passive ofre er blevet anklaget af kritiske feminister for at være ensidig i sit fokus på strukturel undertrykkelse og for at ignorere kvinders *handlen* i forhold til disse strukturelle betingelser (Mohanty 1988:68; Lazreg 1988; Moore 1988). Moore har argumenteret for, at vi ikke *a priori* kan antage, at mænd undertrykker kvinder, men at ulighed må demonstreres empirisk i forhold til andre former for ulighed såsom race, klasse, kultur, historie, m.m. (Moore 1988:196).

For det andet er analysen af aids med fokus på fattigdom – hvor pigerne antages at indgå i relationer til „sugar-daddies“ af økonomisk nød – for snæver. Der findes ingen empirisk dokumentation for udbredelsen af „sugar-daddy“ fænomenet, og vi kender ikke til pigernes reelle motiver for at indgå i sådanne relationer. Desuden negligeres her betydningen af pigernes relationer til jævnaldrende drenge. Inspireret af Shoepf (1992) spurgte jeg direkte pigerne under mit feltarbejde, om mangel på penge og goder kunne få en pige til at indgå i seksuelle relationer til en „sugar-daddy“. Pigerne benægtede dette. Uanset hvor rig en pige er, vil hun stadig ønske *omurembe*-ting, nyde romantik og se relationer til drenge og mænd som en del af processen på vej til at blive gift (som vi så i *omurembe* og romantik-verdenen). Problemet i fattigdom som den eneste eller væsentlige forklaring er, at man negligerer andre motiver til at indgå seksuelle relationer, og at man antager, at piger ikke er økonomisk aktive, og at en styrket økonomisk position i sig selv vil føre til en styrket position i forhold til at kunne forhandle seksualitet (Shoepf 1992:270). Det empiriske materiale fra Ankole peger i en anden retning. Vi har set, hvordan piger i modernitetens verden kan opnå en relativ økonomisk uafhængighed. Velstillede piger er ligeså sårbare som fattige, når de bliver *empangare*. Deres ry og rygter er på spil, og dette kan presse dem ind i *omurembe* og romantik-verdenen for at finde en ægte-

fælle. Sådanne piger kan også have, hvad pigerne kalder „en naturlig kærlighed“ for en dreng, eller nyde opmærksomheden fra en „sugar-daddy“. Shoepfs eget empiriske materiale fra Zaire peger ligeledes på, at mange andre motivationer end de økonomiske spiller ind på sociale og seksuelle relationer fra kvinders synspunkt (ibid.).¹³

Problemet med den deterministiske fattigdomsforklaring er, at den ikke giver plads til agens i forhold til andre strukturerende betingelser, der ikke er relaterede til en økonomisk svær situation. Kirumira, der er social demograf og antropolog, og som har beskæftiget sig med aids-problematikken i Uganda, har ligeledes argumenteret for, at aids ikke er en „fattigdoms-sygdom“ (disease of poverty) i Uganda, og han argumenterer for, at sociale og kulturelle faktorer spiller en stor rolle i udbredelsen af hiv/aids (Kirumira & Birch-Thomsen 1993:116).

Det skal dog tilføjes, at i betragtning af, at Ankole er et relativt velstillet område, kan det ikke udelukkes, at økonomiske motiver er påtrængende for unge kvinder i andre regioner (Ulla Godtfredsen, personlig kommunikation). Men fattigdomsargumentet holder ikke nødvendigvis i alle regioner i Afrika, og vil nok aldrig være den eneste forklaring på udbredelsen af hiv/aids. Derfor må man i analysen *også* være opmærksom på andre faktorer end de økonomiske, når man ser på, hvordan (unge) kvinder håndterer aids-risikoen. Pointen i forhold til aids-interventioner er, at en økonomisk styrkelse af unge kvinder gennem indkomstskabende aktiviteter eller en generel økonomisk udvikling¹⁴ ikke altid er en nødvendig eller tilstrækkelig strategi til at afhjælpe unge pigers sårbarhed i forhold til hiv-risikoen.

Hvad skal man så gøre? Først og fremmest mener jeg, at det giver god mening som udgangspunkt at fastholde „unge piger“ som målgruppe. Antropologer har kritiseret den måde målgrupper i aids-interventioner er blevet defineret på baggrund af en seksuel afvigelse og livsstil (Herdt 1992). Men jeg mener, at unge piger som målgruppe er brugbar. Gruppen er defineret på baggrund af kriterier som alder og køn ud fra forskellige observationer: 1) at hiv-smitte primært foregår gennem heteroseksuelt samleje i den 3. verden; 2) at seksuelle netværk går på tværs af grupper som prostituerede og resten af befolkningen, gennem de prostitueredes klienters relationer til deres koner – dette udelukker „prostituerede“ som eneste målgruppe; 3) det reelt stort antal aids-tilfælde blandt piger; 4) at kvinder biologisk er mere sårbare over for hiv-smitte; 5) at der er sociale, kulturelle og økonomiske forskelle på, hvordan piger kan beskytte sig mod hiv-smitte i forhold til mænd. Selvom jeg har kritiseret sidstnævnte forklaring på pigers sårbarhed, viser analysen af frelse, at piger er i en sårbar position på grund af det skisma, som deres livsverdener udmønter sig i.¹⁵ Endnu vigtigere har begrebet „unge piger“ sit tilsvarende i Ankole, nemlig *empangare*, som en gruppe i en sårbar position i transitionen til at blive voksne. Derefter må man tage *relevante* forskelle mellem piger i betragtning.

Dernæst kunne det være frugtbart at tage udgangspunkt i unge pigers agens og ikke de oppe- og udefrakommende løsninger fra bistandsverdenen i nord, som præger aids-interventioner og udviklingsprojekter generelt (Chambers 1992; Long 1992). Som den teoretiske diskussion peger på, må bistandsarbejdere i aids-interventioner indgå som samarbejdspartnere i igangværende sociale og kulturelle ændringsprocesser, og aids-interventioner må tage konkret udgangspunkt i den agens, som „målgruppen“ udøver i hverdagspraksis. Diskussionen om fattigdomsproblematikken viser, at en flerstrengt strategi, som kan tilpasses regionale forhold, er vigtig. Man må tage (unge) kvinders handlinger og agens alvorligt, *også* når det ikke har relation til økonomiske overlevelsestrategier.

Frelse som diskurs og handlen kunne med fordel være udgangspunktet for aids-interventioner, der har unge piger som målgruppe i Ankole og andre samfund med lignende sociale og kulturelle forhold. Dette kunne være i det sydvestlige Uganda, det nordlige Tanzania og Rwanda, specielt fordi frelse dér bliver nævnt som en vigtig strategi for unge piger og kvinder i relation til hiv/aids (Seidel 1993:179; Puja og Kassimoto 1994:69; Fuglesang 1995:55). Ved at tage udgangspunkt i en diskussion om frelse er det muligt at åbne for en diskussion om de strukturerende betingelser, unge piger står over for, og de handlemuligheder, de har i relation til de samme betingelser. Analysen af frelse viser, hvor vigtigt det er at sætte aids-risikoen ind i en større sammenhæng. Når piger overvejer, om de skal indgå i seksuelle relationer eller ej, er det ikke kun faren for hiv, som er til stede. Det er også risikoen for uønsket graviditet, illegale aborter, enligt moderskab, at skade sit ry og rygte osv. På baggrund af dette kan man så diskutere, hvilken rolle frelse kan spille for at minimere pigers sårbarhed over for de sundhedsmæssige og identitetsmæssige risici, de er konfronteret med. Måske kunne pigerne inspirere hinanden og ikke mindst de bistandsarbejdere og forskere, der arbejder på at minimere pigers sårbarhed over for risikoen for hiv.

Noter

Jeg vil gerne takke Center for Udviklingsforskning for økonomisk støtte til udarbejdelsen af denne artikel, gruppen om køn og social ulighed, som jeg har været tilknyttet, samt biblioteket for assistance. Steffen Jöhncke skal takkes for sin vedholdende insisteren på, at jeg skrev artiklen, og for sine inspirerende kommentarer til det faglige indhold og artiklens udformning. Ulla Godtfredsen, Mette Larsen, Ole B. Thomsen og Thomas Juul Thomsen bidrog med kommentarer og redigering. Michael Whyte har været en uundværlig støtte og igangsætter fra udformningen af feltarbejdet til skrivningen af speialet, som materialet i denne artikel bygger på (Wimberley 1996). Ansvar for artiklens form og indhold er dog mit alene.

1. Navnet Faith er et pseudonym. Dog sammenfalder navne i Uganda ofte med et karaktertræk, hvilket er min hensigt med valget af navnet.
2. I det sydvestlige Uganda bruger man udtrykket „to play sex“ og ikke „to have sex“, som et „sikkert“ og tvetydigt begreb. For piger er det specielt risikabelt at tale om ens egen seksualitet, da det sætter ens ry og rygte på spil. Derfor er betydningen af udtryk som „to play sex“ kun mulig at vurdere i forhold til den specifikke kontekst. I mangel af et lignende begreb på dansk, har jeg valgt at bruge udtrykket „at have sex“, når konteksten sandsynliggør, at samleje er implicit.
3. Inspireret af Shaver et al. (1992) og et aids-studie blandt skoleelever i Uganda (Alice Ndidde, personlig kommunikation) anvendte jeg tegneøvelser som forskningsmetode. Ideen med tegneøvelser er at inddrage målgruppen aktivt i forskningsprocessen på en kreativ måde (Wimberley 1996). I grupper på omkring 10 blev pigerne bedt om at tegne og beskrive først, hvad der gør dem usunde og uheldige, og dernæst hvad de føler vedrørende at beskytte sig selv mod aids. Pigerne beskrev deres tegninger for mig eller en kvindelig assistent fra området. Jeg har gengivet, hvordan Faith selv forklarede tegningen. Om det var hendes egen oplevelse eller en andens, er svært at vide, givet det følsomme emne, men fortællingen samler væsentlige elementer i pigernes beretninger om, hvordan frelse kan styrke pigers selvbestemmelse.
4. Dette skyldes, at udtrykkene bairu og bahima refererer til en ulighed som tidligere eksisterede, og at en nylig debat om genoprettelsen af kongedømmet i Ankole (som der skete i 1992 i det centrale Uganda), påny har genoplivet tidligere modstand hos landbrugere i området.
5. Seidel (1990, 1993) har analyseret aids-diskurser i Uganda siden slutningen af 1980'erne, primært baseret på tekstanalyse. I sin seneste artikel opriids hun, hvordan flere forskellige aids-diskurser eksisterer sideløbende; på den ene side en medicinsk-moralsk diskurs fra kirkens side, der søger at kontrollere kvinders seksualitet, og på den anden side en „empowering“-diskurs (styrkelse af selvbestemmelse) for kvinder fra aids-organisationer som TASO (Seidel 1993). Jeg har tidligere kritiseret denne dikotomi for at være for rigid og unuanceret (Wimberley 1996:30-31).

6. Begrebet målgrupper, som „de fattige“, „kvinder“, „børn“ bliver ofte anvendt i en udviklingssammenhæng i udviklingsprojekter, uden at man er opmærksom på, hvorvidt disse kategorier er meningsfyldte for de mennesker, som er aftegnet som målgruppe. Derudover har feministiske og kønsantropologiske analyser haft tendens til at aftegne „kvinder“ som en kategori uden en inddragelse af forskelle *mellem* kvinder baseret på klasse, race, kultur, historie osv. (Moore 1988:196).
7. *Kinyankole* betyder kultur eller nærmere levevis for befolkningen i Ankole, som kaldes banyankole. Disse termer har været anvendt siden kolonitiden.
8. Det er uklart, hvorfor det netop skete i denne periode, men det kan skyldes, at der i de senere år har været et fremstød fra kirkens side og/eller måske som en reaktion på udbredelsen af aids.
9. Der var mange årsager til, at pigerne droppede ud af skolen. Når jeg spurgte, var svaret altid „mangel på skolepenge“, men der var mange andre underlæggende faktorer der spillede ind. Der var årsager, der relaterede sig til, hvorfor forældrene tog pigerne ud. Det blev fortalt de bedst uddannede, hvordan „uuddannede“ forældre ikke mente, der var grund til at investere skolepenge i en datter, der alligevel skulle giftes, mens uddannede modsat ofte så en fordel i at „investere“ i datterens uddannelse, fordi det ville resultere i en højere brudepris. Fra pigernes side relaterede årsagerne sig til deres egne egenskaber, deres forhold til drenge (om de blev gravide), hjemmet (om de ønskede at flytte hjemmefra), eller om de ønskede eller følte, at tiden var ved at være inde til at blive gift.
10. At gå i kirke er ofte en social begivenhed, der giver venner og potentielle partnere mulighed for at mødes, snakke, slappe af og have det sjovt. For pigerne er det også en mulighed for at undslippe hus- og markarbejde. På den måde overlapper religiøsitet, *omurembe* og romantik inden for denne verden.
11. På forsiden af et „succes-kort“ kan man f.eks. finde et farvestrålende billede af et ungt, smilende velklædt par, gerne ved siden af en hest, med et ønske om succes med eksaminer eller livet generelt.
12. Det er klart, at ældre velhavende mænd bliver en trussel for unge drenge, især skoledrenge, fordi de har bedre mulighed for at skaffe ressourcerne. Dog er der den ulempe, set fra pigernes side, at en pige sandsynligvis vil blive medhustru, hvis hun gifter sig med ham. Kæresteri er også en svær og frustrerende sag for unge mænd. Ud over kravet om at skaffe ressourcer og demonstrere virilitet, er piger i stigende grad mistroiske over for dem pga. aids. Drenge, der er afholdende, blive anset for at være mindre „maskuline“ og endog grinet af.
13. Det handler om bl.a. om kulturelle værdier om, at sex er nødvendig for ens mentale og fysiske velvære, den stigmatisering, der tilknyttes kondombrug og den måde, voksne benægter unges seksualitet.
14. Programmer som UNICEFs SYFA program i Uganda og et dansk-støttet aids projekt i Kagera, Tanzania, anbefaler en økonomisk styrkelse for piger samt en generel økonomisk udvikling for at minimere behovet for handel med seksualitet (UNICEF 1992:22; Owenya og Thorup 1994:93).
15. Dette skal dog ikke udelukke interventioner rettet mod unge mænd – tværtimod. En ensidig indsats i udviklingsprojekter i Afrika rettet mod det ene køn – oftest kvinder – har haft negative konsekvenser for de samme kvinder (Silbersmidt 1991). En tilsvarende aktør-orienteret undersøgelse blandt unge mænd kunne vise, hvor deres sårbarhed og agens ligger i forhold til de strukturerende betingelser, som de står over for.

Litteratur

- Barth, Frederik
1989 The Analysis of Culture in Complex Societies. *Ethnos* 54(3-4):120-42.
- Bowie, Fiona
1993 Introduction: Reclaiming Women's Presence. I: Fiona Bowie, Deborah Kirkwood & Shirley Ardener (eds.): *Women and Missions: Past and Present. Anthropological and Historical Perceptions. Cross-Cultural Perspectives on Women* 11. Oxford: Berg Publishers.
- Chambers, Robert
1983 *Putting the Last First. Rural Development*. London: Longman.
1992 *Rural Appraisal: Rapid, Relaxed and Participatory*. Institute of Development Studies 311.

- Doornbos, Martin R.
1970 Kumanyana and Rwenzururu: Two Responses to Ethnic Inequality. I: Robert I. Rotberg & Ali A. Mazrui (eds.): *Protest and Power in Black Africa*. New York: Oxford University Press.
- Elam, Yitzhak
1973 *The Social and Sexual Roles of Hima Women. A Study of Nomadic Cattle Breeders in Nyabushozi County, Ankole, Uganda*. London: Manchester University Press.
- Fuglesang, Minou
1994 *Veils and Videos. Female Youth Culture on the Kenyan Coast*. Stockholm Studies in Social Anthropology 32.
1995 *Red Card or Yellow – Are You Still in the Game? Being Young and Coping with Sexual and Reproductive Health in Tanzania*. Reports on Sexuality and Reproduction 3.
- Haram, Liv
1995 *Negotiating Sexuality in Times of Economic Want: The Young and Modern Meru Women*. I: Knut-Inge Klepp, Paul M. Biswalo & Aud Talle (eds.): *Young People at Risk. Fighting AIDS in Northern Tanzania*.
- Herd, Gilbert
1992 *Introduction*. I: Gilbert Herdt & Shirley Lindenbaum (eds.): *The Time of AIDS. Social Analysis, Theory, and Method*. London: Sage Publications.
- Håkansson, N. Thomas
1994 *The Detachability of Women: Gender and Kinship in Processes of Socioeconomic Change among the Gsii of Kenya*. *American Ethnologist* 21(3):516-38.
- Jefremovas, Villia
1991 *Loose Women, Virtuous Wives, and Timid Virgins: Gender and the Control of Resources in Rwanda*. *Canadian Journal of African Studies/RCEA* 25(3):378-95.
- Kirumira, Edward. K. & Birch-Thomsen, Torben
1993 *Befolkningsvækst og aids*. *Geografisk Orientering* 23:115-18.
- Kristensen, Verner
1991 *AIDS Education Research: Current Status in Uganda. A Literature Review Prepared for UNICEF Uganda*. UNICEF.
- Larsson, Birgitta.
1991 *Conversion to Greater Freedom? Women, Church and Social Change in North-Western Tanzania under Colonial Rule*. Doktorafhandling, Uppsala Universitet.
- Lazreg, Marnia
1988 *Feminism and Difference: The Perils of Writing as a Woman on Women in Algeria*. *Feminist Studies* 14(1):81-107.
- Lindahl, Katarina
1995 *Sexual and Reproductive Health and Rights – In Relation to the Cairo Conference (ICPD 1994)*. Reports on Sexuality and Reproduction 4. Swedish Association for Sex Education.
- Long, Norman
1992 *Introduction. From Paradigm Lost to Paradigm Regained? Conclusion*. I: Norman Long & Ann Long (eds.): *Battlefields of Knowledge. The Interlocking of Theory and Practice in Social Research and Development*. London: Routledge.
- Mohanty, Chandra
1988 *Under Western Eyes: Feminist Scholarship and Colonial Discourses*. *Feminist Review* 30:61-88.
- Moore, Henrietta
1993 [1988] *Feminism and Anthropology*. Padstow: Polity Press.
- Musisi, Nakanyike B.
1992 *Colonial and Missionary Education: Women and Domesticity in Uganda, 1900-1945*. I: Karen Tranberg Hansen (ed.): *African Encounters with Domesticity*. New Jersey: Rutgers University Press.

- Neema, Stella B.
1994 Mothers and Midwives: Maternity Care Options in Ankole, Southwestern Uganda. Ph.d.-afhandling, Institut for Antropologi, Københavns Universitet.
- Obbo, Christine
1980 African Women. Their Struggle for Economic Independence. London: Zed Press.
1990 Sexual Relations before AIDS. Paper presented at a seminar on Anthropological Studies relevant to the Sexual Transmission of HIV. Sønderborg, Danmark, 19-22 November.
1991 Women, Children and a 'Living Wage'. I: Holger. B. Hansen & M. Twaddle (eds.): Changing Uganda. London: Villiers Publications.
1994 Gender Stratification and Vulnerability in Uganda. I: Gay Young & Bette J. Dickerson (eds.): Color, Class & Country. Experiences of Gender. London: Zed Books.
- Ocaya-Lakidi, D. & Mazrui, Ali M.
1975 Secular Skills and Sacred Values in Uganda Schools: Problems of Technical and Moral Acculturation. I: Godfrey N. Brown & Mervyn Hiskett (eds.): Conflict and Harmony in Education in Tropical Africa. London: George Allen & Unwin Ltd.
- Owenya, F. og Thorup, H. (eds.)
1994 Changes in Sexual Behaviour and Effects of Health Education. Kagera Region. Tanzania. København: Dansk Røde Kors.
- Puja, Grace Khwaya & Tuli Kassimoto
1994 Girls in Education – And Pregnancy at School. I: Tumbo-Masabo, Zubeida and Rita Liljeström (eds.): Chelewa, Chelewa. The Dilemma of Teenage Girls. Östersund: The Scandinavian Institute of African Studies.
- Robins, Catherine
1979 Conversion, Life Crises, and Stability among Women in the East African Revival. I: Bennetta Jules-Rosette (ed.): The New Religions of Africa. Norwood, New Jersey.
- Seidel, Gill
1990 'Thank God I Said No to AIDS': On the Changing Discourse of AIDS in Uganda. Discourse and Society. 1(1).
1993 The Competing Discourses of HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa: Discourses of Rights and Empowerment vs. Discourses of Control and Exclusion. Social Science and Medicine 36(3):175-94.
- Shaver, Theresa, Victoria Francis & Liz Barnet
1992 Drawing as Dialogue. A Qualitative Approach to Needs Assessment for Health Education Planning. ERG Technical Notes series no. 2. Liverpool School of Tropical Medicine.
- Shoepf, Brook Grundfest
1992 Women at Risk: Case Studies from Zaire. I: Gilbert Herdt and Shirley Lindenbaum (eds.): The Time of AIDS. Social Analysis, Theory, and Method. London: Sage Publications.
- Silbersmidt, Margrethe
1994 Hvorfor mandeforskning? Erfaringer fra Kiisi District, Kenya. I: Kvinder i andre kulturer – feminisomens „anden“? Samkvind skriftserie nr. 14. Det Samfundsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet.
- Southall, A. W.
1960 On Chastity in Africa. Uganda Journal 24:207-16.
- Spradley, James P.
1979 The Ethnographic Interview. Fort Worth: Holt, Rinehart & Winston Inc.
- Swantz, Marja-Liisa
1985 Woman as the Producer and Provider in Bukoba District. Focus on the Haya. I: Women in Development. A Creative Role Denied? London: C. Hurst & Company.
- Taylor, John V.
1958 The Growth of the Church in Buganda. An Attempt at Understanding. London: Scm Press Ltd.

- Tumbo-Masabo, Zubeida
1994 Conclusions. I: Tumbo-Masabo, Zubeida & Rita Liljeström (eds.): Chelewa, Chelewa. The Dilemma of Teenage Girls. Östersund: The Scandinavian Institute of African Studies.
- Udsholt, Lars
1995 The World Bank and Poverty Reduction in Uganda. CDR Working Paper 95 (1). København: Center for Udviklingsforskning.
- UNICEF
1992 Safeguard Youth from AIDS (SYFA). Entebbe: Ministry of Health.
- Villarreal, Magdalena
1992 The Poverty of Practice. Power, Gender and Intervention from an Actor-Oriented Perspective I: Norman Long & Ann Long (eds.): Battlefields of Knowledge. The Interlocking of Theory and Practice in Social Research and Development. London: Routledge.
- Wimberley, Kristina
1996 Saved from God – Saved from AIDS. The Manoeuvres of Adolescent Girls in Ankole, Uganda. Specialerække nr. 73, Institut for Antropologi, Københavns Universitet.

ULLA GODTFREDSSEN

ETNOGRAFI PÅ AFVEJE

Om anvendeligheden af begrebet „lokal viden“
i aids-forebyggelse

Under mit feltarbejde i Guinea-Bissau blev jeg ret tilfældigt gjort opmærksom på to begivenheder, der umiddelbart lå i periferien af temaet for min undersøgelse, aids, men som alligevel kastede lys over emnet.¹ Det ene var, at en traditionel healer i Bissau havde indkaldt ligesindede fra hele landet til en stiftende konference for en national healerforening. Det andet var, at unge piger fra etniske grupper, der ikke praktiserer kvindelig omskæring, stikker af med muslimske veninder for alligevel at gennemgå initieringsritualet.

I begge tilfælde blev jeg ledt – eller faktisk afledt – til den erkendelse, at det er sværere end som så at begribe „den lokale viden“. Dels fordi indkredsningen af en lokal viden kræver en afgrænsning af „et lokalt samfund“. Dels fordi viden er snævert forbundet med praksis og er under konstant forandring af denne praksis og i mødet med andre former for viden.

Erkendelsen er næppe ny for antropologer. Den er alligevel af betydning i en tid, hvor lokal viden generelt søges inddraget i udviklingsprojekter for at leve op til tidens paradigme om „folkelig deltagelse“, og i aids-projekter specifikt for at tilpasse forebyggelsesoplysning til lokale forhold.

Jeg vil i det følgende fremsætte forskellige betragtninger over begrebet „lokal viden“ i forbindelse med aids-forskning, og derefter præsentere de to cases – om traditionel healing og om kvindelig omskæring – for at illustrere, at man ikke kan kortlægge og derefter erstatte én slags viden – og praksis – med en anden.

Viden og aids – viden om aids

Manglen på en vaccine mod hiv/aids har afstedkommet en universel strategi til aids-forebyggelse, der kort fortalt går ud på at *få folk til at ændre adfærd gennem overførsel af viden*. Den videnskabelige viden om aids, der anses for rigtig og passende i forebyggelsesammenhænge, er undfanget i Vesten og stemmer på mange punkter overens med lægviden i Danmark. Alligevel har det vist sig svært at gennemføre i praksis, eftersom et højt niveau af faktisk aids-viden ikke altid er proportionalt med en „sikker-sex“-livsstil (se Dahl, dette nummer). Strategien støder på endnu større problemer, når den søges benyttet i ikke-vestlige samfund.

Efter mange års relativt forgæves oplysningskampagner² i afrikanske lande nåede mange aids-forskere og -organisationer i slutningen af 1980'erne til den konklusion, at det var nødvendigt at lave en art kulturel oversættelse af videnskabelige aids-budskaber til de pågældende samfund. For at lave skræddersyede oplysningskampagner var det nyttigt at kende den lokale viden i de pågældende kulturer. En sand horde af antropologer fandt således beskæftigelse ved at bidrage med etnografiske data til brug for regeringers og internationale institutioners aids-kampagner.

Spørgsmålet er, hvad den etnografiske viden egentlig skal bruges til, og hvordan? Ideen er, at man ved kvalitative og kvantitative metoder kan måle omfanget af folks faktuelle kendskab til aids og samtidig udforske opfattelser af relevante emner såsom seksualitet og sygdom (se f.eks. Green 1995). På denne måde skulle man dels kunne udpege de facts om aids, folk mangler at kende, og dels kunne finde de forkerte opfattelser af aids-smitte og forebyggelse, der findes i befolkningsgruppen. Indblik i lokale opfattelser af sex og sygdomme er en måde, hvorpå de „rigtige“ facts om aids skulle kunne tilpasses lokale tænke måder gennem brug af kulturelle og sproglige kategorier.

I Guinea-Bissau eksisterer der ikke et bestemt vidensmønster om aids, om sex eller om sygdomme, hvori kan indpasses eller som ligefrem kan erstattes med en anden, korrekt (videnskabelig) viden. For at forstå hvorfor, er det nødvendigt med en afklaring af, hvordan vi overhovedet bør beskrive begrebet „viden“.

Viden kan defineres som en opfattelse af, hvad der er „sandt“ om et givet emne, men også som indsigt eller erfaring. Definitionen peger på nogle af de problemer, der er ved at benytte „lokal viden“ som en fast og manipulerbar kategori. For at tale om „lokal viden“ må man også kunne afgrænse et „lokalt samfund“. Som Barth (1992) påpeger, kan man ikke forudsætte at et samfund er en udadtil afgrænset og indadtil homogen enhed.

Guinea-Bissaus ca. 1 million store befolkning udgøres af over 20 etniske grupper, som igen kan deles op af uendeligt mange grænser – mellem gamle og unge, mænd og kvinder, i forhold til bosted, beskæftigelse osv. I dette virvar af grænser er det naivt at tro, at man kan gå ud og opsamle ét veldefineret og ensartet sæt af viden.³

Dette problem behandler Paul Richards i en anden sammenhæng, hvor de globale relationer mellem nord og syd med hensyn til overførsel af viden er på dagsordenen. I forbindelse med forbedring af vestafrikansk landbrug påpeger han, at både teknologitilhængere (agronomer) og antropologer fejlagtigt tilskriver bønderne en lokal viden med en „epistemisk uafhængighed“ (Richards 1993:61). Agronomerne, fordi de antager at denne lokale viden er forældet og dermed klar til udskiftning, antropologer fordi de romantiserende forestiller sig et sammenhængende indfødt videnssystem. Richards, derimod, mener at vise, at lokale landbrugsteknikker ikke udspringer af et samlet lokalt „vidensapparat“, men af „improvisations-kapacitet“ eller „performance“ (ibid.:62). Viden *skabes* så at sige gennem praksis.

Den intime sammenhæng mellem viden og praksis gør studier af viden interessant i en antropologisk sammenhæng (jf. Rabinow 1986). Selvom en gruppe mennesker kan siges at dele viden – at enes om en epistemologi – vil de hver især have forskellige interesser og motiver, som gør, at handlinger foretaget inden for én fælles kulturel forståelsesramme vil variere. Samspillet mellem viden og praksis – erfaringer – gør, at lokal viden ændres konstant.

Forskellige former for viden inden for et givet lokalt samfund vil også ændres i mødet med andre former for viden. Ifølge Appadurai er det faktisk umuligt at bruge begrebet

„lokal viden“, fordi man ikke kan skelne mellem, hvad der er lokal (intern) og hvad der er fremmed (ekstern) viden i samfundet (Appadurai 1994).

At tro, at man kan indkredse og manipulere med en kategori af „lokal viden“, er altså problematisk, fordi man næppe kan afgrænse et lokalt samfund med en dertil hørende homogen viden, og fordi viden konstant ændres af praksis og af mødet med andre former for viden. Viden om aids i Guinea-Bissau afhænger af, hvem man spørger og hvornår. I visse tilfælde vil selve antropologens spørgsmål om aids på stedet skabe nye lokale måder at tænke og udtrykke sig på.

Afveje

Aids-forskning og aids-programmer i Afrika berører stort set altid et eller flere af tre områder. Det første er seksualitet, som formodes at være den vigtigste smittevej og derfor nøglen til epidemiens begrænsning. Det andet er traditionelle healere, der ses som mulige formidlere af aids-facts fra myndigheder til klienter. Det tredje og beslægtede område er omskæring, som på forunderlig vis og på tvivlsomt grundlag i selskab med ar-tatoveringer ses som næstvigtigste hiv-smittevej efter samleje.

Mit feltarbejde havde som udgangspunkt to af disse tre emner, nemlig en udforskning af seksualitet og kønsroller og af traditionelle healeres opfattelser af sygdom og sundhed, begge dele med fokus på aids. Det er blevet meget almindeligt, at antropologer ud over at studere ét folk eller ét samfund, også i deres feltarbejde fokuserer på ét bestemt kulturelt domæne i det pågældende samfund; risdyrkning, kræft, akrobatik. Dette kan ses i kontrast til forestillingen om tidligere tiders antropologer, der slog sig ned hos en stamme og tilstræbte, lidt naivt, at beskrive og forstå alle aspekter af samfundet og kulturen på én gang. Det er imidlertid lige så naivt at tro, at man kan holde sig til sit planlagte emne inden for feltarbejdets rammer. Man vil altid opleve støj, udtalelser, der kan føre en på afveje, væk fra temaet. Og man bør lade sig vildlede for at kunne stille de spørgsmål, man ikke tidligere har stillet, fordi man ikke da vidste, at der var noget at spørge om, noget at opdage (jf. Ekholm Friedman 1995:132).

Janke-janke: Om healing og politik

I løbet af feltarbejdet brugte jeg megen tid på at tale med både healere og lægfolk om deres sygdomsopfattelser. Groft sagt står det moderne, biomedicinske sundhedssystem i kontrast til de forskellige etniske grupperes traditionelle spirituelle opfattelser af sygdom og sundhed. Alligevel benytter de fleste mennesker i Bissau sig af begge behandlingssystemer, healerne dog i mindre grad end lægfolk.⁴ Hvis man følger Appadurais tankegang, er det nok mest rimeligt at tale om en hel tredje sygdomskosmologi. Men kategorierne „traditionel“ *versus* „moderne“ er emiske, og jeg vil ikke her komme nærmere ind på de forskellige kosmologier og det problematiske i en sådan dikotomisering (se Godtfredsen 1996). I denne sammenhæng er forskellene og ikke overlappningerne det væsentlige.

Gennem en antropolog ansat i en italiensk organisation, CECOMES (Centro de Comunicação e Educação Social) fik jeg nys om en healer, der kører et veritabelt „traditionelt hospital“ lidt uden for Bissau. Jeg besøgte healeren, Albati (pseudonym), flere

gange, første gang i selskab med den italienske antropolog. CECOMES' ærinde var at få healerne til at beskæftige sig med aids, i første omgang ved at tilbyde Albati penge til at afholde et aids-seminar for andre healere, som gerne måtte foregå i CECOMES' lokaler på et nærliggende hospital.

Det viste sig snart, at Albati havde en anden dagsorden. Han ville lave en landsdækkende forening for traditionelle healere i Guinea-Bissau. Hovedformålet med foreningen skulle være at drive lobby-virksomhed over for regeringen og ikke mindst over for de mange internationale udviklingsdonorer for penge til forskning i traditionel medicin. I denne forbindelse skal det understreges, at Albati er en meget atypisk healer i og med, at han er veluddannet, taler portugisisk, er født i byen og i mange år har haft arbejde i den offentlige administration, inden han blev kaldet af *N'ghalla* („Gud“) til at blive healer.

Dette forhold sætter præmisserne – konteksten – for en healerorganisation. Kun en person med netop en baggrund som Albatis har en chance for at leve op til regeringens og udenlandske organisationers krav om anerkendelse.⁵ Albati lagde ikke over for CECOMES skjul på hensigten med en healerforening, men for CECOMES måtte han gøre hvad han ville, bare han lovede at det første møde i foreningen omhandlede det meget vigtige emne aids. Albati talte CECOMES' sprog (i bred forstand) og CECOMES var overbevist om, at oplysningsstrategien ville være virksom. Gennem Albati skulle aids oversættes til og indpasses i guineanske healeres univers og praksis, og CECOMES ignorerede konteksten for healerforeningens opståen.

Efter to-tre besøg hos Albati uden CECOMES, men sammen med min guineanske kollega Mario dos Santos, fulgte jeg i et par måneder ikke sagen. Ikke før jeg en dag hørte i radioen, at Albati indkaldte alle interesserede healere i landet til en åbningskonference for den nye healerforening.⁶ Eftersom jeg selv var forhindret i at deltage, aftalte jeg med Mario, at han skulle møde op. Min mand deltog også i en del af konferencen.

Konferencen foregik på Albatis grund, hvor der var opstillet borde og stole, og omkring 60 mennesker deltog. Da min mand noget forsinket ankom til konferencen var hans overraskelse stor, da han så Mario sidde i panelet sammen med Albati og hans assistenter. Det viste sig, at Albati også havde inviteret en repræsentant for sundhedsministeriet, som ikke dukkede op. Da Mario sideløbende med sit arbejde med mig også var ansat i ministeriets aids-program, blev han straks ophøjet til stand-in for regeringens, systemets, mand. Resten af mødedeltagerne var næsten alle fra samme etniske gruppe som Albati, *balanta*, og de fleste var kommet ind fra landsbyerne. Desuden var de fleste healere *janke-janke*.

Janke-janke er en religiøs fornyelsesbevægelse, startet af unge *balanta*-kvinder i 1984. I følge de Jong (1987) var bevægelsen et indirekte oprør mod det, med de Jongs ord, mandsdominerede, gerontokratiske og konservative *balanta*-samfund. Mange *balanter*, både kvinder og mænd, sluttede sig hurtigt til bevægelsen, som trods sine mange facetter (bl.a. dens „femten bud“) mest blev kendt for jagt på påståede hekse. I 1986 blev *janke-janke* sat i forbindelse med et kupforsøg mod den siddende regering, sandsynligvis blot fordi kupmagerne også var *balanter*. Regeringen satte derefter ind mod *janke-janke*-tilhængere og en stor del blev fængslet. Derefter dalede antallet af medlemmer i bevægelsen officielt drastisk, men i dag bekender mange *balante*-healere sig stadig til *janke-janke*, om end i det skjulte.

Albati havde til at begynde med direkte afvist at tilhøre *janke-janke*, hvilket de fleste *janke-janke*-tilhængere gjorde, indtil de havde opnået en vis fortrolighed med os. Men da vi lærte hans healing-metoder at kende, blev det ret klart, at *janke-janke* spillede en rolle,

hvilket da også bekræftedes af fremmødet til åbningskonferencen. Efter konferencen kunne Mario fortælle, at det, der skulle have handlet om både aids og om vedtægter for og aktiviteter i den nye forening, hovedsageligt kom til at dreje sig om den politiske fare ved atter at gøre *janke-janke* synlig. Den ene healer efter den anden havde rejst sig og bedt om ordet for derefter at genopfriske de traumatiske begivenheder fra 1986 og gøre panelet opmærksom på den risiko, de løb, ved at bevægelsen nu tiltrak sig opmærksomheden endnu en gang. Aids blev end ikke nævnt.

Konferencen og foreningen som helhed kom derfor til at blive et spil mellem tre grupper med vidt forskellige interesser: For det første CECOMES, som havde givet penge og støtte for at få healere til at beskæftige sig med aids. For det andet Albati, som med sit populære „traditionelle hospital“ havde en lukrativ forretning at tænke på. Ved at få myndighedernes anerkendelse kunne han dels håbe på at få adgang til nogle finansielle kilder til udvidelse af forretningen. Dels kunne han komme af med et uheldigt ry, han havde fået i den forholdsvis lille by, Bissau. Der var nemlig indkommet klager til regeringen over ham, både fra menige borgere og fra højtstående embedsmænd, der som hans klienter havde fået at vide at de i virkeligheden var døde, og at deres krop var en tom skal, der gik rundt uden en sjæl indeni. Denne diagnose havde skræmt mange mennesker, og anklagerne mod Albati truede hans praksis. For det tredje foreningens potentielle medlemmer, som, selvom de kunne se visse fordele ved at have en sundhedspolitisk platform i foreningen, var milevidt fra både CECOMES' og Albatis tanker og mestendels var optaget af farerne for fornyet forfølgelse af *janke-janke*-bevægelsen.

Albati havde både i sine skriftlige ansøgninger om juridisk godkendelse til ministeriet og over for mig og CECOMES understreget, at healere fra alle etniske grupper var velkomne i den landsdækkende forening. At hovedparten i realiteten var både *balanter* og *janke-janker* afspejler at Albatis netværk består mest af healere fra denne gruppe.⁷

Udgangspunktet, for mig og for CECOMES, var aids-oplysning. Men en diskussion af, hvad healere ved om aids, og af hvordan et budskab om hiv-smitte og -forebyggelse bedst passes ind i healernes sygdomskosmologi, druknede i sundhedspolitiske, økonomiske og etniske dispositioner, der rækker langt tilbage i historien. Og langt ud over én bestemt slags viden eller lokal praksis.

Antropologen fra CECOMES gik ud fra, at Albatis forening var en passende kanal til en traditionel guineansk sygdomskosmologi, forstået som et kulturelt system for sig. Hvis han havde indset at Albati praktiserede healing på en højst usædvanlig vis, og at hans netværk kun udgjordes af én etnisk gruppe med en endog meget speciel historie, hvad healing angår, ville han nok have kunnet finde andre eller flere fora at introducere aids i. Det er ikke tilstrækkeligt at operere med kategorien „sygdomskosmologi“ og overveje hvordan aids kan introduceres i en sådan til fremme af opmærksomhed over for denne sundhedsrisiko. Forståelsen af sygdomskosmologier lader sig ikke adskille fra den etnografiske kontekst, som udgøres af de lokale sociale, kulturelle og politiske forhold. I praktisk aids-forebyggelse er det i denne kontekst, der skal arbejdes.

Fanado: Omskæring

En anden afvej blev jeg ledt ind på ret sent i feltarbejdet. Som nævnt anser mange omskæring af mænd og kvinder i Afrika for en væsentlig smittevej for hiv. Dette afspejles af

de tusindvis af aids-pamfletter, der er uddelt på kontinentet, hvor snavsede barberblade til omskæring og tatoveringer fremstilles som den væsentligste hiv-kilde næst efter samleje. Caldwell (1995) udvider teorien ved at hævde, at højprævalensområder for hiv-smitte i Afrika geografisk korresponderer med de områder, hvor man praktiserer mandlig omskæring, fordi en penis uden forhudens beskyttelse både er mere modtagelig for og mere smitteoverførende af hiv end penis med forhud.

Umiddelbart synes det utænkeligt at teorien skulle stemme, om ikke andet så fordi mandlig omskæring praktiseres af næsten alle etniske grupper på hele det afrikanske kontinent. Jeg vil imidlertid ikke her gå ind i en længere kritik af Caldwells epidemiologiske argumentation, men jeg synes, det er interessant at spekulere over, *hvordan* man ville operationalisere en sådan teori, hvis den havde været rigtig. Skal man udrydde omskæring i Afrika? Og i givet fald hvordan?

I løbet af feltarbejdet brugte jeg ikke megen tid på at fordybe mig i „lokal“ viden og praksis vedrørende omskæring, før jeg af min mands tolk, Maudo Camerá, blev gjort opmærksom på, at antallet af kvindelige omskæringer i Guinea-Bissau er stigende. Stik imod ens rygrads-evolutionisme der siger, at sådanne „traditionelle skikke“ gradvis aftager i takt med moderniseringens fremmarch. Omskæring, som på det lokale lingua franca *kriol* benævnes *fanado*, praktiseres for mænd af alle etniske grupper i Guinea-Bissau og er en uomgængelig begivenhed af stor symbolsk betydning i drenge og mænds liv. *Fanado* for kvinder praktiseres derimod kun af den tredjedel af befolkningen, der udgøres af muslimer, det vil sige de to store etniske grupper fula og mandinka samt en håndfuld mindre islamiske grupper. Ingen af de øvrige etniske grupper holder noget specielt initieringsritual for kvinder, selvom ægteskab for en ikke-muslimsk pige kan tolkes som hendes overgang til voksenlivet. Der er tale om den såkaldt „mindste omskæring“ (Toubia 1995), hvor en del af klitoris skæres af. Aids er blot én årsag til at mange mennesker i og uden for Afrika gerne ser alle former for kvindelig omskæring afskaffet. I Guinea-Bissau er der en gruppe af kvindelige læger (Santos et al 1995), der arbejder for begrænsning af omskæring, fordi den giver kvinderne fysiske gener og manglende seksuel tilfredsstillelse, og fordi mange piger dør af blødninger eller infektioner kort tid efter indgrebet.

Antropologer og de mange afrikanske (kvinde-)grupper, der beskæftiger sig med omskæring, er enige om at betragte omskæringen som et ekstremt udtryk for patriarkalske samfunds kontrol med kvinder og deres seksualitet. Det er uagtet det faktum, at også for kvinder gælder en forestilling om omskæringens nødvendighed af både fysiske, åndelige og sociale grunde (jf. Silberschmidt 1995). Især kan man påpege kvindelige omskæreres interesse i at fastholde *fanado* som indtægtskilde og som symbol på en vis magt og autoritet i samfundet. I alle tilfælde ses omskæring ofte som udtryk for indgroede ritualer, der ikke nemt lader sig ændre. Med Marie B. Assaads ord er det „en praksis indlejret i kultur og tradition“, noget der kan dokumenteres tilbage til år 163 f.v.t. (Assaad 1995:21).

Fælles for internationale og guineanske bestræbelser på at udrydde kvindelig omskæring er altså, at man mener at kæmpe imod et kulturelt system, som fastholdes af voksne mænd og kvinder til skade for de unge piger. Den guineanske organisation mod omskæring har det problem, at ingen muslimske kvinder deltager, heller ikke de veluddannede, fordi *fanado* er omgærdet med stor respekt indadtil i de muslimske grupper og megen hemmelighedskræmmeri udadtil. Hvad der gik op for mig er, at de også er oppe imod modstand fra en anden side: At piger fra ikke-muslimske etniske grupper, der aldrig har praktiseret kvindelig *fanado*, mod deres familiers vilje lader sig omskære.

I Bissau finder man repræsentanter for alle etniske grupper i landet, og selvom man rundt omkring i byens *bairros* (bydele) finder etniske enklaver, er det ligeså almindeligt at forskellige grupper bor side om side i en *bairro*. I andre lande fører de nye storbytilværelser med sig, at mange forældre vælger ikke at omskære deres døtre. Men ifølge mine informanter sker det modsatte for tiden i Bissau, nemlig at flere og flere piger gennemgår *fanado*. Ikke-muslimske piger stikker af med deres muslimske veninder fra *bairro*'en, når de skal gennemgå ritualen.⁸

Fanado for en muslimsk pige foregår, når hun er mellem 12 og 18 år gammel. Hun skal bo isoleret i en speciel *fanado*-hytte i op til en måned sammen med de andre piger, der bliver vejledt af den pågældende omskærer, „fanadora“. Hvad der foregår, er det svært at få folk til at fortælle om i detaljer. Og for at få lov til at være til stede, skal man selv undergå omskæringen – et lidt for stort offer for denne etnograf! Jeg hørte flere skræmmehistorier om kvinder, der var kommet for tæt på muslimske gruppers *fanado*-hytter under processen, og som i kraft af besiddelsen af denne nye indsigt var blevet tvunget ind i hytten og omskåret mod deres vilje.

De ikke-muslimske piger forstår ikke alt hvad der bliver sagt i *fanado*-hytten. Men de satte pris på at lære, hvordan man bliver en god hustru, hvilket er en stor del af indholdet også ifølge de muslimske piger, jeg interviewede om emnet. For ikke-muslimske piger er den tilegnede viden i *fanado*-hytten hellig, men ikke så betydningsfuld som for muslimerne. Men hvis lærdommen under ritualen er yderst esoterisk, er pigernes fascination af begivenheden det ikke. Således fortalte de glædesstrålende om det fællesskab, der udvikles blandt novicerne i hytten, om alle sangene og dansene og ikke mindst om afslutningsritualet, hvor pigerne efter omskæringen går i procession gennem deres egen *bairro* anført af deres „fanadora“ og klædt i til lejligheden indkøbt kjoler og smykker.

Mange, om ikke alle, de ikke-muslimske piger var inden *fanado*-måneden klar over, at deres klitoris skulle skæres af. Set udefra kan det være svært at forstå, hvorfor nogen frivilligt gennemgår et så smertelig og drastisk indgreb på deres krop. I andre sammenhænge er pigernes egen motivation for omskæring, at en uomskåret kvinde er socialt stigmatiseret og uden chancer for at blive gift (Silberschmidt 1995:102). For de ikke-muslimske piger i Bissau er dette ikke tilfældet. Tværtimod er fraværet af klitoris ikke velset hos den mand fra pigens egen etniske gruppe, hun sandsynligvis en dag skal giftes med. Desuden bliver de fleste af pigerne uglest i familien, som i mange tilfælde nægter at forsyne pigerne med mad hele måneden i *fanado*-hytten, noget de muslimske familier altid gør, endsize at betale for *fanado*-kjolen.

Derimod er de ikke-muslimske piger motiveret af, hvad Silberschmidt betegner som „en følelse af samhørighed blandt jævnaldrende piger“ (ibid.). Ifølge informanterne selv er det netop fascinationen af socialt fællesskab og personlig opmærksomhed – „performance“ om man vil – der får ikke-muslimske piger til at stikke af med muslimske veninder og naboer for at gennemføre ritualens liminalfase.

Silberschmidt (ibid.:105) argumenterer som Caldwell for, at omskæring kan få uoverskuelige konsekvenser for hiv-overførsel. Hun fremhæver muligheden for at støtte lokale grupper, der ønsker at etablere alternative ritualer til kvindelig omskæring. I Caldwells skole ville oplysningsstrategien (overførsel af viden og erstatning af én viden med en anden) være vejen til udryddelse af denne for så mange centrale og uundværlige praksis.

At iværksætte social forandring gennem udefrakommende kampagner er altid et tvivlsomt projekt, men for blot at begynde at forstå *hvor* man i så fald skulle sætte ind

mod kvindelig omskæring, er der mange lag af viden og praksis at forholde sig til. Man kan kalde kvindelig omskæring i Guinea-Bissau for en patriarkalsk tradition – hverken de muslimske eller de ikke-muslimske piger i dagens Bissau har opfundet ritualer. Men man skal ikke overse pigernes egne interesser. En skelnen mellem „indlejret“ og „indgroet“ er nyttig her. Betydningen af kvindelig omskæring er indlejret i muslimske gruppers opfattelse af kønsroller og aldersgrupper. Men at beskrive ritualer som en indgroet tradition indebærer et syn på kultur som statisk, som en slags uigennemtrængelig superstruktur.

For at forstå hvordan viden om omskæring i Bissau er konstitueret, er det nødvendigt at inddrage og udforske både „patriarkers“, omskæres og de unge pigers motiver. Ellers overser man det væld af viden, der udveksles mellem disse unge piger i deres sociale kontekst – *bairro*'en – og de nye praksisformer, som mødet med andre kulturelle forestillinger afstedkommer, selv i et relativt lille lokalsamfund.

Viden, kultur, praksis – en hæmsko?

„Lokal viden“ er altså ikke en ontologisk kategori, men et heterogent felt, der til stadighed transformeres af praksis og ændres i mødet med andre former for viden. CECOMES' forsøg på at forstå guineanernes ånde verden og placere aids i en lokal sygdomskosmologi støder på mange gruppers forskellige og til tider modstridende viden og på de praksisser og hensigter, som viden former og formes af. Guineanske lægers forsøg på at afskaffe kvindelig omskæring besværliggøres af, at „traditionen“ opretholdes af andre aktører med andre motiver, end dem man normalt tilskriver magt over social og kulturel reproduktion.

Når aids-organisationer ønsker at lave kulturelt tilpassede oplysningskampagner, kan man rigtig nok komme langt ved at se på forskelle. Forskelle mellem vestlig medicin og guineansk healing kan skildres, som den ovennævnte emiske dikotomi „moderne *versus* traditionel“ viser. I en af de eneste egentlige monografier, der findes om et folk i Guinea-Bissau, *manjakoerne*, kan man finde et væld af kulturelle normer og praksisser som man genkender i alle de etniske grupper i Bissau (Gable 1990).

Alligevel er det, når man vil indramme ligheder, at man går galt i byen. Man kan ikke kortlægge „lokal viden“ og derefter søge at erstatte den med en anden mere rigtig form for (videnskabelig) viden. Dette er en vigtig pointe for etnografer, der arbejder med aids-forskning, hvis antropologien skal undgå at bekræfte den udbredte opfattelse at „kulturen er en hæmsko“ for udvikling og for forebyggelse af aids. Jeg er enig med Liep og Olwig (1994) i, at det er ironisk, at antropologer bliver hyret så ofte som aldrig før til at udtale sig om nogens „kultur“, på et tidspunkt hvor faget underkaster begrebet kultur en variabel dekonstruktion. Konklusionen skal ikke forstås sådan, at det ikke er værdifuldt at lytte til målgruppens stemmer i aids- eller andre udviklingsprogrammer. Problemet med det partecipatoriske paradigme og måden hvorpå „lokal viden“ søges inddraget er, at viden og deltagelse gøres politisk neutralt, fordi feltet mellem viden og praksis overses: det felt hvor interesser og motiver spiller ind på både praksis og på konstitutionen af viden.

Som det er vist i denne artikel, indgår aids i mange sammenhænge blandt aktører med modsatrettede interesser. Man kan forestille sig, at både forskning i og oplysning om aids kan gøres mere demokratisk, ved at man inddrager flere stemmer inden for et givet samfund i forståelsen af de sociale processer, og ved at aids-arbejdet lægges ud i mange sam-

menhænge. Faktuel viden om smitteoverførsel er under alle omstændigheder kun en lille del af, hvordan folk forholder sig til hiv og aids. Hvis aids skal indgå som meningsfyldt problem i den løbende kulturelle udviklingsproces, må emnet introduceres på mange niveauer (jf. Bolton & Singer 1992). Metodisk set må man opfordre antropologer til at finde en balance mellem den totale monografi og de fragmenterede studier. Man bør høre støjen og følge afvejene så man ikke stirrer sig blind på kun én historie om risdyrkning, kræft, akrobatik eller aids.

Noter

1. Jeg var ansat på Statens Seruminstits sundheds-forskningsprojekt i Guinea-Bissau i hele 1995. Feltarbejdet foregik i en semi-urban forstad til Bissau, *bairro*'en Bandim hvor ca. 30.000 mennesker bor. Metoderne inkluderede deltagerobservation, formelle og uformelle etnografiske interviews med ca. 100 mennesker samt en spørgeskemaundersøgelse med 700 personer. Under feltarbejdet arbejdede jeg sammen med den guineanske sociolog Mario dos Santos. Min tolk og assistent Idalina de Barros samt min mand Carsten Bendix bidrog også væsentligt til indsamlingen af de etnografiske data, der præsenteres i artiklen. Tak til Steffen Jöhncke og Kristina Wimberley for konstruktiv kritik og gode råd.
2. Forgæves ifølge epidemiologernes statistikker, der har vist et stadigt stigende antal nye hiv-smittede (Mann et al. 1992).
3. Hastrup og Olwig (1997) beskæftiger sig med samme emne i deres kritik af den traditionelle etnografiske teori, der definerer en afgrænset kultur med tilhørende afgrænset lokalitet. Det er en metodologi, der specielt viser sine begrænsninger i studiet af transnationale kulturelle fænomener som f.eks. migration og diaspora.
4. Bissau er hovedstaden, hvor feltarbejdet blev udført. På landet, hvor udbuddet af moderne klinikker/hospitaler er mindre, er billedet et andet, se Mølsted (1994).
5. Kravet om anerkendelse skal forstås på to måder: For det første, at enhver officiel godkendelse og registrering af en organisation kræver indsigt i jura, bureaukrati og ikke mindst det portugisiske sprog. For det andet, at sundhedsministeriet, UNICEF og andre relevante institutioner havde ladet forstå, at de kun ville samarbejde med healere og healerorganisationer, der arbejder med urtemedicin, hvorimod åndelige aspekter af healing ikke kunne tolereres. Dette giver ikke mening i den guineanske kontekst, hvor enhver healing, også hvor der indtages eller påføres urtemedicin, har et centralt åndeligt aspekt. Dette gjaldt også i Albatis tilfælde, selvom han over for sundhedsministeriet gav udtryk for, at det var effektiviteten af urter, rødder og bark, foreningen skulle afprøve efter vestlige videnskabelige principper.
6. I et land hvor få har TV eller læser aviser, men hvor mange hører radio, har radioen ikke blot betydning med hensyn til nyheder, men også en stor kommunikationsværdi. Her kan man høre at ens nøgler, man har tabt i en taxi, er blevet fundet, eller at en mand i Bissau gerne vil have, at hans søster i landsbyen sender nevøen tilbage til byen inden skolestarten, og altså også når der indkaldes til spændende møder.
7. De fleste *balante*-healere er ikke *janke-janke*.
8. Selve ordet og begrebet „veninde“ (*colega*) er nyt i det guineanske vokabularium.

Litteratur

- Appadurai, A.
1994 Forelæsning om lokal og global viden. Institut for Antropologi, København.
- Assaad, Marie B.
1995 A Harmful Practice Embedded in Culture and Tradition. Report from the Seminar on Female Genital Mutilation. København: DANIDA.

- Barth, Fredrik
1992 Towards Greater Naturalisation in Conceptualising Societies. I: Adam Kuper (eds.): *Conceptualising Societies*. London: Routledge.
- Bolton, Ralph & Merrill Singer (eds.)
1992 *Rethinking AIDS Prevention: Cultural Approaches*. *Medical Anthropology* 14.
- Caldwell, John
1995 Understanding the AIDS Epidemic and Reacting Sensibly to It. *Social Science and Medicine* 41(3):299-302.
- Friedman, Kajsa Ekholm
1995 Kvalitativ metode i praksis. *Tidsskriftet Antropologi* 31:131-47.
- Gable, Eric
1990 *Modern Manjaco: The Ethos of Power in a West African Society*. Univ. of Virginia/UMI Dissertation Services.
- Godtfredsen, Ulla
1996 Aids – hvis problem er det? *Jordens Folk* (3):86-95.
- Green, Edward C., Bongi Zokwe & John D. Dupree
1995 The Experience of an AIDS Prevention Programme Focused on South African Traditional Healers. *Social Science and Medicine* 40(4):503-15.
- Hastrup, Kirsten & Karen Fog Olwig
1997 Introduction. I: K. Hastrup & K. F. Olwig (eds.): *Siting Culture. The Shifting Anthropological Object*. London: Routledge.
- de Jong, Joop
1987 *A Descent into African Psychiatry*. Amsterdam: Royal Tropical Institute.
- Liep, John & Karen Fog Olwig
1994 *Komplekse Liv. Kulturel mangfoldighed i Danmark*. København: Akademisk Forlag.
- Mann, Jonathan et al.
1992 *AIDS in the World*. Cambridge: Harvard U. P.
- Mølsted, Helle
1994 Vaccinationsprogrammer blandt den etniske gruppe balanta. København: Folkekirkens Nødhjælp.
- Rabinow, Paul
1986 *Representations are Social Facts: Modernity and Post-Modernity in Anthropology*. I: Clifford & Marcus (eds.): *Writing Culture. The Poetics and Politics of Ethnography*. Berkeley: Univ. of California Press.
- Richards, Paul
1993 *Cultivation: Knowledge or Performance? I: Hobart (ed.): An Anthropological Critique of Development*. New York: Routledge.
- Santos, Gina et al.
1995 *Relatório sobre Excisão Feminina em Guiné-Bissau (mss)*. Bissau: Ministério de Saúde.
- Silberschmidt, Margrethe
1995 Omskæring af kvinder – i traditionens navn? *Jordens Folk* (3):101-06.
- Toubia, Nahid
1995 *Female Genital Mutilation in a Sexual and Reproductive Health Perspective*. Report from the Seminar on Female Genital Mutilation. København: DANIDA.

ANDERS DAHL

MASSER AF GRUNDE TIL USIKKER SEX

En undersøgelse af gode forklaringer

De fleste aids-oplysningskampagner bygger på en opfattelse af det enkelte menneske som et rationelt individ, hvilket skulle gøre det muligt at opnå relevante adfærdsændringer gennem oplysning. Det ignoreres, at menneskers adfærd ikke alene er bestemt af viden. Seksuelle, såvel som andre, handlinger bygger også på erfaringer, følelser og på de begrænsninger, forskellige mennesker påføres af deres omgivelser. En sådan antropologisk snarere end sundhedsfaglig tilgang til seksualitet har betydning for de metoder til adfærdsforskning og også de tiltag til adfærdsændringer, der bør tages i brug til forebyggelse af aids. I det følgende vil det blive diskuteret, hvilke erfaringer der er gjort om vanskelighederne ved at dyrke sikker sex. Disse erfaringer udspringer af en undersøgelse gennemført af telefonrådgivningen *AIDS-Linien*. Undersøgelsens erfaringer peger på nye metoder i antropologisk sexforskning, på brugbarheden af begrebet *risikoadfærd* frem for *risikogruppe*, og dermed også på hvordan rådgivning snarere end oplysning på indeværende tidspunkt – efter mere end 10 års oplysningskampagner – bør være strategien i forebyggelsesarbejdet i forhold til aids. Indledningsvis vil jeg skitsere, hvordan viden om seksualadfærd blev indsamlet i starten af 1980'erne i forbindelse med det behov, der opstod for viden om smitteveje og smitterisici, hvordan forebyggelseskampagnerne har været tilrettelagt samt hvilken indflydelse disse har haft på seksualadfærden.

Allerede tidligt i 80'erne blev det klart, at hiv overvejende smitter seksuelt, og der opstod i kølvandet på den globale hiv-epidemi et påtrængende behov for viden om seksualadfærd, det var derfor nødvendigt at generere hurtige data. Af epidemiologiske grunde var det overordnede mål at vide, hvem der primært var smittet med hiv, og hvilke typer af seksualadfærd, der indebar henholdsvis høj og lav smitterisiko. Forskningen fokuserede som følge heraf på højrisikoadfærd og potentiel højrisikoadfærd. Det var medicinere, primært epidemiologer, der forestod undersøgelsesarbejdet og den hyppigst anvendte metode til indsamling af data var spørgeskemaer og – i mindre grad – interviews. På baggrund af denne type surveyundersøgelser blev det hurtigt muligt at opstille en skala for den relative „farlighed“ af forskellige seksualpraktikker (analsex er mere risikabelt end vaginalsex, der igen er mere risikabelt end oralsex), og det blev også muligt at udpege befolkningsgrupper, hvor hiv var mere hyppigt forekommende end i andre grupper. Personer tilhørende disse grupper blev på den ene side anset for at være i særlig risiko, samtidig med at det på den anden side også blev formodet, at personer tilhørende disse grup-

per *udgjorde en særlig risiko* for andre mennesker. Det turde være overflødigt at nævne, at denne *udpegning* af „risikogrupper“ drejer sig om mænd, der har sex med andre mænd (bøsser og biseksuelle mænd), injektionsbrugende stofbrugere og mennesker fra højendemiske områder (i Danmark har det typisk været afrikanere). Kun i et mindre omfang har blødere været udsat for samme tendens til udpegning. Dette epidemiologiske udgangspunkt for forståelsen af smittespredningen har været centralt siden midten af 1980'erne og har været medvirkende til at udgrænse særlige grupper af mennesker som kilde til videre smittespredning med deraf følgende (mulighed for) stigmatisering.¹ Denne oprindelige udpegning af risikogrupper har haft en afgørende indflydelse, både på det forebyggende arbejde og på seksual- og risikoadfærdsundersøgelser, idet begge dele i vid udstrækning har været koncentreret om disse grupper.

Set ud fra et forebyggelsesperspektiv er den indsamlede viden om seksualadfærd mangelfuld, det hænger sammen med, at overfladiskhed blev prioriteret over kompleksitet, for at citere Bolton (Bolton 1992:128). At undersøge seksualadfærd med spørgeskema og interviews er behæftet med vanskeligheder, når undersøgelsesfeltet omfatter beskrivelse af konkrete handlinger snarere end af holdninger, særligt to forhold gør sig gældende her. Psykologen Paul R. Abramson (1992) har således påvist hukommelsens begrænsninger, når undersøgelserne fokuserer på teknik, detaljer og rækkefølge, og han gør også opmærksom på, at der kan være tendens til at give et svar, der forekommer at være socialt acceptabelt eller ønskeligt, frem for sandfærdigt (hvis den pågældende altså kan huske, hvad der er foregået). Man kan i øvrigt ikke gå ud fra, at de interviewede har en intention om at ville svare sandt og troværdigt på alle stillede spørgsmål, blot fordi de har indvilget i at indgå i en undersøgelse, hvad enten dette har form af et spørgeskema eller et interview. Undersøgelserne viser som hovedregel meget lidt om, hvorfor nogle mennesker i nogle situationer dyrker sikker sex og i andre situationer ikke gør det, den viser heller ikke noget om, hvorfor nogle mennesker oftest eller altid dyrker sikker sex og andre sjældent eller aldrig gør det, og videre, hvad der motiverer disse valg. Det er således vanskeligt at prioritere de forskellige dele af forebyggelsesarbejdet på anden måde end ved at pege på de allerede udpegede grupper – og tilføje disse mere viden. Faktisk synes det vanskeligt at påvise, at den viden, der er indsamlet om seksualadfærd igennem 1980'erne, har haft nogen væsentlig betydning for tilrettelæggelsen af form og indhold af det forebyggende arbejde og dermed for begrænsninger af spredningen af hiv. Undersøgelserne er i det væsentlige alene blevet brugt til at udpege de grupper, som forebyggelsesarbejdet særligt skulle rettes imod. Det er således værd at bemærke sig, at den store adfærdsændring blandt den vestlige verdens bøsser skete, inden hovedparten af disse undersøgelser blev offentliggjort (Bolton 1992:128).

Selvom det som nævnt er forbundet med vanskeligheder at undersøge seksualadfærd, findes der dog en lang række andre situationer uden for rammerne af et spørgeskema eller et forskningsinterview, hvor folk taler om deres seksualadfærd, nemlig når de henvender sig til sundhedsmyndighederne i forbindelse med testning for hiv eller i øvrigt retter henvendelse til de rådgivninger, der er etableret med det formål at oplyse og rådgive om hiv/aids. Mere end 170.000 testes således hvert år for hiv i Danmark, og mellem 30-35.000 mennesker henvender sig årligt til de telefoniske aids-rådgivninger. Den erfaring, der er etableret disse steder, er aldrig systematisk blevet opsamlet på trods af det åbenlyse faktum, at der netop her eksisterer adgang til en viden om vanskelighederne ved at dyrke sikker sex, som vil kunne anvendes i det forebyggende arbejde.

Det forebyggende oplysningsarbejde

Hovedparten af den teori, der handler om sundhedsrelateret adfærd, baserer sig på forestillingen om den individuelle rationalitet, og mennesket ses som et rationelt tænkende og handlende væsen (Ingham et al. 1992). Oplysningskampagner baserer sig i forlængelse heraf på en forestilling om, at det er muligt at *oplyse* sig til relevante adfærdsændringer. Målet med oplysningskampagner er således gennem oplysning at motivere og overtale målgruppen til at ændre adfærd i en relevant retning. Nøgleordene i oplysningskampagner er at skabe opmærksomhed, at formidle viden, at præge holdninger og at ændre adfærd. Forskere er generelt enige om, at massemediekommunikerede budskaber har stor værdi mht. at skabe opmærksomhed, og at de har en såkaldt „dagsordenssættende rolle“, dvs. at de gør det muligt offentligt at tale om og forholde sig til en given problemstilling (DSI/SSF 1996:19). Der findes til gengæld ingen overbevisende dokumentation for, at oplysning kommunikeret gennem massemedierne i sig selv har en direkte adfærdsændrende eller adfærdsmodificerende rolle (ibid.:122-23). Hvis massemediekommunikerede budskaber kombineres med indsatser i lokalsamfundet (boligområder, bydele, arbejdspladser og lign.), kan der dog, hvad angår ryge-, kost- og motionsvaner observeres ændringer i adfærd, mens det synes at være vanskeligere at ændre på alkoholvaner (ibid.).

Erfaringen har vist, at seksualvaner ikke kan ændres alene ved at kombinere centrale massekommunikerede budskaber med traditionelle lokale indsatser. Det er trods alt nemmere at tale om sine ryge-, kost- og motionsvaner på arbejdspladsen, end det er at tale om sine seksualvaner. Det er formentlig af samme grund, at det også er vanskeligt at ændre på alkoholvaner alene med kombinationen af en traditionel central og lokal indsats. Alkohol- og seksualvaner er tabuiserede emner, som de færreste ønsker at debatere offentligt.

Det har vist sig overordentligt vanskeligt at få befolkningen som helhed til at ændre seksualadfærd. Kun blandt mænd, der har sex med andre mænd, kan der konstateres en radikal adfærdsændring (Fouchard 1994). Viden om den øvrige danske befolknings seksualadfærd er spredt og fragmenteret, og det er vanskeligt at finde pålidelige data til vurdering af eventuelle adfærdsændringer. De enkelte undersøgelser er som oftest udført med forskellige parametre, hvad der gør en sammenligning vanskelig (Schnell Nielsen 1991). Der kan i de eksisterende undersøgelser hverken spores tendenser til, at folk med mange skiftende partnere oftere bruger kondom end folk med færre seksuelle partnere (ibid.:16), eller at folk har reduceret antallet af partnere (AIDS-Nyt 1991). Kun blandt unge synes der at være en tendens til i højere grad at anvende kondom end tidligere set – når det vel og mærke er samlejedesbut, der undersøges (Wielandt 1994; Rasmussen & Knudsen 1994). Når der spørges til kondombrug ved seneste samleje, er det vanskeligere at påvise ændringer (Rasmussen & Knudsen 1994), ligesom det ser ud som om, at jo mere erfaring de unge får på seksualområdet, jo mindre anvendes der kondom (FKAS 1991:55). Den danske befolkning er som helhed overordentlig veloplyst om risikoen for hiv-smitte og har herudover også kendskab til de elementære beskyttelsesforanstaltninger (kondom ved samleje), så vanskelighederne ved at ændre seksualadfærd grunder sig ikke i en mangel på viden. Det vanskelige består i at omsætte denne viden til handling.

Viden om smitterisiko medfører ikke nødvendigvis en ændret seksualadfærd, fordi menneskers adfærd ikke alene er styret af viden. Seksualadfærd baserer sig i vid udstrækning på personlige og kulturelle erfaringer og på konteksten for seksualiteten; f.eks. på den ene side magtforholdet i den konkrete relation og på den anden side de socio-kultu-

relle normer og strukturer, som er rammer for den enkeltes seksuelle handlinger. Seksualitet forbindes med „følelser og krop“ – hengivelse, forførelse, ophidselse, begær, liderlighed og grænseoverskridelse – ikke med „rationelle handlinger“. I den konkrete situation, hvor den enkelte både skal forhandle med sig selv og med en partner – der muligvis har en anden opfattelse af „fornuftig seksualadfærd“ – spiller alle disse forhold ind. Viden om smitterisici er derfor ofte ikke tilstrækkeligt til at motivere adfærdsændring, og det vil i mange tilfælde være nødvendigt at kombinere det vidensformidlende arbejde med en mere direkte holdningsprægende indsats.

Forandringer i dybt forankrede holdninger kræver interpersonelle kanaler (tovejskommunikation) [...] [og] sandsynligheden for accept af budskabet er størst, når kommunikation af et budskab først sker gennem massemedier og dernæst gennem interpersonelle relationer (Thune Jacobsen 1994:39).

Dette holdningsprægende arbejde forstås primært (når der ses bort fra personlige bekendtskaber og kun tænkes i det egentlige forebyggelsesarbejde) af tre parter, der hver for sig har mulighed for en dialog med den enkelte om smitterisiko, seksualvaner og eventuelle vanskeligheder med at ændre disse. Der er tale om de *praktiserende læger*, personalet på de *screeningsklinikker og ambulatorier*, hvor enhver kan blive testet for hiv, og rådgiverne på de til formålet oprettede *telefoniske rådgivninger*.

De praktiserende læger er løbende i kontakt med en meget stor del af befolkningen, og det er i en række situationer (præventionsvejledning og -kontrol, gynækologisk undersøgelse, undersøgelse for seksuelt overførte sygdomme, rejseprofylakse, m.v.) relevant at inddrage spørgsmålet om hiv/aids og sikker sex. Herudover foretager de praktiserende læger ca. to tredjedele af de omkring 170.000 årlige hiv-test.

På screeningsklinikker og ambulatorier foretages ca. 60.000 hiv-test årligt, ligesom en lang række mennesker her testes for andre seksuelt overførte sygdomme. Her er der samme oplagte mulighed for at give de test-søgende en personlig sikker-sex-rådgivning, vejlede om de præcise grænser for sikker sex og diskutere de vanskeligheder, som den enkelte måtte have i forhold hertil.

Landets tre store telefoniske aids-rådgivninger (den landsdækkende AIDS-Linien, AIDS-INFO/Fyn og AIDS-INFO/Århus) har tilsammen ca. 30-35.000 henvendelser årligt. Blandt fordelene ved de telefoniske rådgivninger kan nævnes, at her kan enhver ringe *anonymt* på det tidspunkt, den enkelte selv finder det mest belejligt – om formiddagen, om eftermiddagen eller om aftenen – og at det for mange er nemmere at tale med „ansigtsløse“ rådgivere om ofte tabuiseret seksualadfærd: sidespring, prostitutionsbesøg, analsex etc. Omkring en femtedel af henvendelserne ved disse rådgivninger er således fra mennesker, der ønsker rådgivning i forbindelse med konkret usikker seksuel adfærd.

AIDS-Liniens undersøgelse

Det var på denne baggrund, at det i 1993 på AIDS-Linien blev besluttet systematisk at opsamle den erfaring, som rådgiverne indhøster om de problemer og overvejelser, som de rådsøgende gør sig med hensyn til usikker seksualadfærd. AIDS-Linien modtager årligt ca. 14.000 opkald, hvoraf ca. 20% er fra mennesker, der henvender sig, fordi de har

dyrket usikker sex og efterfølgende er blevet nervøse for de mulige konsekvenser. Rådgivningen har eksisteret i 10 år og består af seks fuldtidsansatte og ca. 50 frivillige rådgivere, som i gennemsnit har været tilknyttet i mere end fire år. Af den samlede stab har næsten hver femte rådgiver været tilknyttet stedet siden åbningen i efteråret 1986. Det er således en overordentlig erfaren rådgiverstab, der er tilknyttet stedet, hvilket betyder at den enkelte har stor erfaring i at tale med andre mennesker om seksuelle spørgsmål.² Da AIDS-Linien er en rådgivningstelefon – og målet ikke er at lave undersøgelser, hverken af de radsøgendes adfærd eller af baggrunden for adfærd – involverede det en række etiske overvejelser, som jeg senere vil vende tilbage til, at lave en sådan systematisk erfaringsopsamling.

AIDS-Linien havde ikke tidligere lavet systematiske undersøgelser af denne art, og der var heller ikke andre erfaringer, hverken nationalt eller internationalt, at trække på. Der opsamles kun i ringe omfang erfaringer fra aids-rådgivningstelefonerne, selvom disse overalt i den vestlige verden indtager en central plads i det forebyggende arbejde.³

Heller ikke i den antropologiske litteratur var der meget hjælp at hente. Antropologer har nemlig aldrig været overvældende interesseret i rigtig sex. I det omfang antropologer har vist seksualiteten interesse, har det oftest været i sammenhæng med studier af slægtskab, ægteskab, incestforbud, ritualer (og særligt initeringsritualer), symboler, identitet og køn. I talløse monografier om lige så talløse kulturer og samfund kan man lede forgæves efter en nærmere beskrivelse af *den konkrete, seksuelle praksis*. Eller sagt på en anden måde: hvem har sex med hvem, hvordan, hvor tit og hvorfor. Dette felt har i en årrække været overladt til andre fagfolk, typisk psykologer og sexologer. Der er selvfølgelig undtagelser, men de er få.

Denne udvikling har i stor udstrækning sparet antropologer for – praktisk, metodisk og teoretisk – at beskæftige sig med en adfærd, som det er indlysende vanskeligt at lave observationer af og i øvrigt heller ikke nemt at indsamle troværdig information om (Tuzin 1988:5). Vanskelighederne ved at beskrive seksuelle handlinger synes at være åbenbare. Seksualadfærd er som oftest et privat og personligt anliggende, og et anliggende man ikke gerne taler konkret om. Den konventionelle privathed, som omgærer seksuallivet i den vestlige verden, synes at være universel (ibid.:6). Antropologiske arbejdsmetoder som *observation* og *deltager-observation* synes derfor generelt at have meget begrænsede muligheder som forskningsmetode, når der bortses fra visse dele af den vestlige verdens bøssekultur (og her tænkes på de såkaldte „erotiske oaser“, dvs. mødesteder for anonym sex). Det er således også fra denne del af den seksuelle sfære, at de få og enkelte studier, der trods alt er gennemført (Humphreys 1970; Read 1980; Bolton 1992 m.fl.), har taget sit udspring.

Som tidligere nævnt er der en række metodemæssige problemer i at forske i seksualadfærd, og dét at bruge en telefonrådgivning til indsamling af data indebærer i sig selv en række problematiske metodemæssige forhold. Det er f.eks. ikke muligt at udvælge sine radsøgende (informanter) således, at de enten udgør et repræsentativt udsnit af befolkningen eller hver for sig repræsenterer særlige problemstillinger, der ønskes nærmere belyst. Data melder så at sige sig selv og repræsenterer kun det, de netop er – de mennesker, der henvender sig om rådgivning i forbindelse med usikker seksualadfærd. Der er derfor heller ikke mulighed for at stille uddybende spørgsmål ved et senere interview, hvis dele af oplysningerne ønskes uddybet. Når indsamlingen af data sker via en rådgivningstelefon, betyder det, at der ikke er mulighed for at *se* og kende informanten i andre

sammenhænge, og at data udelukkende består af de informationer, som den pågældende selv eksplicit sætter i tale.

Indsamling af data via en rådgivningstelefon indebærer dog også en række fordele, frem for en mere traditionel interviewundersøgelse, og der er grund til at bemærke sig en række forhold. Den rådsøgende har selv taget initiativ til samtalen og er altså ikke mere eller mindre tilfældigt blevet bedt om at deltage i en undersøgelse. Den pågældende vil derfor ofte have en selvstændig motivation for at tale om de konkrete handlinger, og det kunne – alt andet lige – betyde en større sandsynlighed for, at den pågældende taler åbent som sit seksualliv. Endvidere er den hændelse, der er årsag til opkaldet, ofte af en relativ ny dato og derfor lettere at kalde frem i erindringen. Herudover er det centralt i en „god“ rådgivningssamtale, at den rådsøgende finder *sine egne* løsninger på de problemstillinger der rejses: „Skal jeg blive testet for hiv“?, „skal jeg fortælle mine partnere, at jeg har sex med andre mænd“?, „skal jeg fortælle min ægtefælle, at jeg har været hos en prostitueret“? Der findes en lang række af spørgsmål, som der ikke er nogen „facitliste“ til – dét, der er rigtigt for én person, er det ikke nødvendigvis for en anden. Når det handler om overvejelserne bag usikker sex, findes der således heller ikke noget „rigtigt“ svar. Det centrale er også her, at den enkelte finder *sine egne* forklaringer, hvis den pågældende næste gang skal være bedre rustet til at håndtere situationen på en anden måde. AIDS-Liniens rådgivere er ikke alene, som tidligere nævnt, trænede i at tale om seksualitet, men også i at overveje sådanne situationer sammen med andre mennesker. Der er derfor grund til at formode, at den tidligere omtalte tendens til at give socialt acceptable svar kun har et minimum af indflydelse. Det må også formodes, at „hukommelsens begrænsninger“ er færre, eftersom undersøgelsens fokus ikke er „teknik, detaljer og rækkefølge“, men de tanker og overvejelser, den enkelte gjorde sig om usikker sex. Den følelse af anonymitet som telefonen giver, fordi samtalepartnere ikke kan se hinanden, gør det desuden nemmere for de fleste at tale om deres egen seksualitet. Samlet set synes fordelene ved indsamling af data på denne måde derfor rigeligt at opveje ulemperne.

Inden undersøgelsen blev sat i gang, blev en række etiske overvejelser diskuteret, de to væsentligste problematikker er skitseret i det følgende. Først og fremmest var det væsentligt, om dét at fokusere på den enkeltes bevæggrund for at dyrke usikker sex, ville påvirke rådgivningen i en negativ retning. Ét er at lave en generel statistik om de emner, der har været berørt i samtalerne, noget andet er at sætte fokus på bestemte aspekter af den rådsøgendes adfærd, og at rådgiveren prioriterer at sætte udvalgte temaer på dagsordenen. Det er vigtigt, at fokus ikke flytter sig *fra* den rådsøgendes behov for information eller rådgivning *til* rådgiverens behov for en særlig viden. Det andet centrale spørgsmål var, om det var etisk forsvarligt at fokusere på den enkeltes overvejelser om sin seksualadfærd uden at informere om den iværksatte erfaringsopsamling. Det blev nemlig besluttet ikke at oplyse om projektet, dels fordi nogle kunne „fristes“ til at svare det, der forekom socialt acceptabelt, og dels fordi fokus risikerede at flytte fra den rådsøgendes behov for rådgivning til selve undersøgelsens tema.

Svaret på det sidste spørgsmål lå i forlængelse af det første. Så længe interessen for den enkeltes overvejelser ikke påvirkede rådgivningen i en negativ retning, men faldt som en naturlig del af rådgivningen – og det vil sige til afklaring af den enkeltes problemer – forekom det os forsvarligt at gennemføre undersøgelsen (og i første omgang en pilotundersøgelse) på nævnte måde. Endelig har det været et selvfølgeligt krav, at ingen rådsøgende må kunne genkende sig selv i det materiale, der senere måtte blive publiceret.

Der blev indledningsvis gennemført en pilotundersøgelse med deltagelse af udvalgte rådgivere i én måned. Det skulle efter denne måned vurderes, hvorvidt den særlige interesse for den enkeltes overvejelser om sin adfærd havde en negativ indflydelse på selve rådgivningsforløbet. Det blev efter pilotfasen konstateret, at: „... det altovervejende har virket så positivt på selve rådgivningen, at man godt kunne overveje denne særlige registrering *alene* for at kvalificere rådgivningen“ (AIDS-Linien 1993).

Interessen havde altså ikke påvirket rådgivningen i en negativ retning. Tværtimod. Mange mennesker ville gerne tale om disse overvejelser. Det blev derfor besluttet at sætte erfaringsopsamlingen i gang fra 1. april 1993 og tre måneder frem. Ved alle samtaler, hvor den rådsøgendes anledning til opkaldet var usikker seksualadfærd, blev den pågældendes overvejelser om, hvorfor han/hun ikke havde dyrket sikker sex, noteret på et skema, naturligvis kun i det omfang, den rådsøgende ville tale om dette emne. Der blev udarbejdet en grundig instruks, også for hvordan man kunne berøre dette følsomme emne. Indfaldsvinklen vil nu altid afhænge af den konkrete samtale, så der kan ikke laves en „køgebog“ i, hvordan emnet skal bringes på bane. Ét er dog sikkert – kun ganske få rådsøgende bringer selv emnet på bane (se også Silvermann et al. 1992:179).

Der blev ikke anvendt skemaer med forudvalgte afkrydsningsmuligheder (bortset fra køn, skønnet alder, og om den pågældende havde dyrket sex med eget eller modsat køn), men rådgiverne blev opfordret til med egne ord at beskrive den rådsøgendes egen forklaring af motivet for ikke at dyrke sikker sex. Rådgiverne skulle endvidere notere, om det at tale om baggrunden for den usikre sexadfærd havde haft en negativ eller positiv indflydelse på rådgivningen. Da den enkelte kan have opgivet flere forskellige forklaringer, og der ellers ellers ikke er tale om nogen form for repræsentativ undersøgelse, er begrundelserne i det følgende ikke nævnt i prioriteret rækkefølge. Der blev i løbet af undersøgelsesperioden indsamlet 290 skemaer. 35% af henvendelserne var fra kvinder (alle heteroseksuelle), 51% fra heteroseksuelle mænd, 7% fra mænd, der havde haft sex med andre mænd, og 5% havde haft biseksuel adfærd. De resterende 2% var uoplyste. I mere end 90% af samtalerne var alderen skønnet til at være mellem 20 og 45 år.

Undersøgelsens resultater

Undersøgelsen viste, at kun de færreste tænker på sikker sex som noget, der er svært at praktisere, som noget „man ikke kan finde ud af“. Langt den overvejende del opfatter det, at de har dyrket usikker sex, som en *fejltagelse* eller „en smutter“; ofte siger de pågældende, at det ikke vil ske igen. Mange har formentlig, på baggrund af de sidste ti års massive oplysningskampagner, en intention om at ville dyrke sikker sex, og derfor forstås det at dyrke usikker sex for mange som en fejltagelse. Medmindre man har ganske mange forhold til forskellige partnere, kan det være vanskeligt for den enkelte at se sin egen adfærd som et mønster.

Seksual adfærd adskiller sig på denne måde fra f.eks. tobaksrygning. En ganske stor del af rygerne (50-60%) oplyser i undersøgelser, at de gerne vil holde op med at ryge, og der er udviklet programmer for rygere, der ønsker at stoppe. Der er også etableret en telefonrådgivning – Røgfri-Linien – hvor disse mennesker kan ringe og få gode råd. Det vil være naturligt at ringe til den linie og sige: „Jeg vil gerne holde op med at ryge, men jeg kan ikke finde ud af det“. Det er ikke på samme måde naturligt at ringe til en aids-rådgiv-

ning og sige: „Jeg vil gerne holde op med at dyrke usikker sex, men jeg kan ikke finde ud af det“. Sikker sex forstås nemlig sjældent som noget, der er svært – sikker sex er jo „bare“ at bruge kondom. Men antallet af uønskede graviditeter og tidligere i dette århundrede også illegale aborter vidner om vanskelighederne med at anvende et kondom.

Hvorvidt der i denne undersøgelses materiale reelt er tale om enkeltstående „smut-tere“ for de pågældende, eller der snarere for den enkelte er tale om et mønster, er det ikke muligt at afgøre ud fra de indsamlede data. Men med de tidligere omtalte vanskeligheder ved at påvise en egentlig adfædsændring i store dele af befolkningen, er det ikke utænkeligt, at der for ganske mange er tale om et mønster. For mange er der sandsynligvis tale om, at den intenderede handling er sikker sex, men at *denne gang* havde netop sin særlige forklaring på, at det ikke lykkedes. Det er disse forklaringer, undersøgelsen har forsøgt at afdække. Der kan for den enkelte være forskellige motiver fra gang til gang, eller der kan være et gentaget mønster i begrundelserne – det afslører undersøgelsen ikke. Der er alene fokuseret på den aktuelle episode, der fik den rådsøgende til at ringe.

Et enkelt forhold går igen i mange samtaler, nemlig at den pågældende var beruset på tidspunktet for den usikre seksualadfærd. Det er der for så vidt ikke noget mærkværdigt i, eftersom de fleste møder potentielle seksualpartnere i sammenhæng med, at der bliver drukket; til fester, på diskoteker, på barer, værtshuse osv. Mange opfattede beruselse som forklaringen på, at han/hun ikke havde dyrket sikker sex, mens nogle få ikke brugte beruselse som forklaring. „Det havde jeg nok gjort alligevel“, som en sagde.

I sammenhængen mellem usikker sex og alkohol er det vigtigt at være opmærksom på, at alkohol i stedet for at være årsag til usikker sex kan fungere som den faktor, der gør folk i stand til at praktisere en adfærd, de – bag de fornuftsbetonede intentioner – ønsker (Weatherburn 1992:122). Hvis f.eks. den enkeltes erfaring og den kontekst, seksualiteten udspilles i, konkret gør det vanskeligt for den enkelte at dyrke sikker sex, bliver det at have været beruset i situationen let til den forklaringsmodel, hvormed man selv forstår sin egen „uacceptable“ handling. Det giver mulighed for at forstå og forklare, hvorfor man gjorde noget, man egentlig ikke – før det skete – ønskede at gøre. På denne måde kan beruselse fungere som selvforståelse for den enkeltes adfærd, selvom der „bag“ en sådan forklaring kan være andre barrierer. Og beruselse er ikke alene en „let“ forklaringsmodel, det er også for mange en acceptabel forklaring på usikker seksualadfærd.

For den enkelte kan det være af stor betydning at forstå denne sammenhæng. Hvis der reelt er tale om en mere eller mindre bevidst modstand mod at anvende kondom, er løsningen ikke at drikke mindre (hvad der for mange kan være svært i festlige sammenhænge), men at blive opmærksom på ens egen modstand mod at anvende kondom.

Sammenhængen mellem usikker sex og alkohol har været diskuteret i en række artikler (se f.eks. Temple et al. 1993; Weatherburn et al. 1993), men det er vanskeligt at dokumentere, at beruselse skulle medføre et større omfang af usikker seksualadfærd hos den enkelte, og en WHO-rapport fra en konference om „Alcohol and AIDS“ i 1993, konkluderer også, at: „... det ikke er blevet demonstreret, at individuel risikoadfærd er influeret af indtagelse eller ikke-indtagelse af alkohol ...“ (WHO 1994:10).

En anden type af forklaring på at have dyrket usikker sex var, at den pågældende enten kendte partneren (dvs. som kollega, bekendt, fra venskabskredsen, tidligere kæreste, etc.) eller, at man ikke vurderede, at partneren tilhørte det, som af mange opfattes som værende „risikogrupperne“.⁴ Denne måde at vurdere sin risiko på er velkendt fra mange, både danske og udenlandske, undersøgelser, men kan være problematisk ud fra et smitte-

spredningssynspunkt. At tale om „risikogrupper“ er for år tilbage forsøgt afløst af den mere præcise benævnelse „risikoadfærd“, men forestillingen om særlige „risikogrupper“ fungerer stadig som mental kategori for mange, når der skal vælges mellem sikker og usikker seksualadfærd. Med denne måde at vurdere risiko på ligger det lige for at afholde sig fra sex med mennesker, man mener tilhører en sådan „risikogruppe“, og dyrke usikker sex med mennesker uden for disse grupper, frem for at dyrke sikker sex i begge tilfælde.

Problemet i en sådan opfattelse afslører sig ved nærmere eftertanke, idet det kan være meget vanskeligt at se på folk (eller i øvrigt vide med nogen form for sikkerhed), om de har mange „løse forhold“, eller om det er mænd, der har sex med andre mænd. På samme måde kan man heller ikke nødvendigvis se på folk, om de er intravenøse stofbrugere, kommer fra højendemiske områder – eller har haft sex med personer fra nogen af de her nævnte grupper. Man skal kende sin partner endog meget godt for at kunne stole på denne måde at vurdere sin risiko på. Og alene dét senere at henvende sig om rådgivning sandsynliggør vel også, at mange bagefter bliver i tvivl om den beslutning, der blev taget, da „fornuften blev slået fra“.

For en række mennesker gjorde det sig gældende, at det af forskellige grunde var svært at anvende kondom. Der kunne bl.a. være tale om mere fysisk betonede vanskeligheder, som f.eks. rejsningsproblemer eller tørhed i skeden. Det var dog mere almindeligt, at kondomer blev opfattet som forstyrrende for spontaniteten og romantikken i det seksuelle samvær. Det seksuelle samvær fungerer ofte som en ordløs samtale, hvor kroppene så at sige taler deres eget sprog, og hvor „virkeligheden“ (og herunder kondomer og gensidig smitterisiko) er et forstyrrende element – et spring fra hengivelse til selvkontrol, fra følelser til fornuft. Nogle mente, at kondomer forhindrer nærvær – at netop den tæthed med et andet menneske, som de ønsker, forhindres af kondomet.⁵

Undersøgelsen viste også, at det kan være svært at stille krav om, at der skal anvendes kondom. Selvom den enkelte i situationen fandt, at det var relevant at anvende kondom, kunne den pågældende ikke magte at bringe emnet på bane. Her bliver det tydeligt, at sikker sex ikke (nødvendigvis) er én enkelt persons beslutning, men at seksuelt samvær altid er et samspil og en „forhandling“ mellem to (eller flere!) mennesker. Af det indsamlede materiale fremgår det kun undtagelsesvis, at der har været en samtale eller „forhandling“ om sikker sex, og de gange, hvor det har været nævnt, har det ofte været i forbindelse med udlandsrejser, hvor den pågældendes partner har erklæret sig „fri for hiv“.

At dyrke sikker sex er således ikke (altid) en beslutning, den enkelte kan tage for sig selv en gang for alle. Evnen til at stille krav om kondombrug (og sikker sex) vil for mange være forskellig fra den ene situation til den anden og hænger bl.a. sammen med den enkeltes beredskab, selve situationen og den relation, som den pågældende har til partneren.

For en del mennesker er det formentlig lettere at bruge kondom i såkaldt „løse“ forhold end i faste forhold. I hvert fald var der flere der udtalte, at de altid startede med at bruge kondom i et nyt forhold, men at de – når forholdet havde antaget en fast karakter – droppede dette. Enkelte har direkte formuleret, at det var forelskelse, der var årsagen til, at de ikke havde dyrket sikker sex. Det at møde en partner, man tror (og håber), at man skal dele de næste mange år af livet med, kan være en stærk grund til ikke at ville dyrke sikker sex. Både fordi følelsen af at ville dele skæbne med partneren kan være stærk, og fordi kondomet kan synes at skabe en „barriere“ til partneren. Der kan ligge megen kærlighed og længsel bagved risikofyldte sexvaner.⁶ For en række af de rådsøgende handlede opringningen således om, at de havde dyrket usikker sex i et fast parforhold som nu, på

tidspunktet for opkaldet, var blevet opløst. Dette havde fået dem til at overveje deres reelle kendskab til den tidligere partners seksualadfærd. For mange havde det været svært at diskutere dette, så længe forholdet stod på, og herunder også at bruge eller kræve, at der blev brugt kondom – selv ved mistanke om at partneren havde seksuelle forhold til andre. For mange par er et fast forhold lig med „kondomfri“ sex, og alene det at foreslå brug af kondom er ofte forbundet med en antydning af, at partneren har andre seksuelle forhold, eller at man selv har (eller har haft) det.

Liderlighed og „tændthed“ var også begrundelser, der gik igen. Når lysterne tager over, risikerer de fornuftsbetonede hensigter at træde i baggrunden. Andre sagde, at de „havde glemt alt om kondomer“, men også her er der nok snarere tale om liderlighed end om egentlige hukommelsesbrist! For andre var forklaringen, at de ikke havde været i besiddelse af et kondom, men havde valgt at dyrke sex alligevel. Man kan dog næppe modsætningsvis heraf slutte, at hvis de rent faktisk havde haft et kondom, så ville det være blevet anvendt. Nogle var ganske enkelt ikke vant til at bruge kondom og syntes, det var vanskeligt at „komme i gang“. Der kunne her både være tale om mennesker, som i lang tid (år) ikke havde haft et seksualliv eller om mennesker, som efter et langvarigt parforhold nu var blevet alene og så at sige skulle til at lære nye „adfærdsnormer“. Sikker sex er for mange ikke blot en beslutning, men noget der skal læres.

Som omtalt kan faktorer som det at „kende partneren“ eller være forelsket have indflydelse på den enkeltes seksualadfærd, men også en mere direkte *magtrelation/afhængighedsrelation* kan spille ind. Der tænkes her på forhold som erfaren vs. uerfaren, ældre vs. yngre, mand vs. kvinde, forskel i social eller økonomisk status, uden at der dog samtidig skal antydes en altid gældende over- og underordnet position i denne opremsning af relationer. Der var således i materialet beretninger fra både (hetero- og homoseksuelle) mænd og kvinder, hvor partneren ganske simpelt ikke ville anvende kondom, og også beretninger fra enkelte kvinder, der havde været udsat for voldtægtslignende situationer. Det illustrerer med al ønskelig tydelighed, at sikker sex ikke altid ligger inden for den enkeltes egne handlemuligheder.

Risikoen ved oralsex udgjorde et særligt emne blandt de rådsøgende. Mange var usikre på risikoen ved denne seksualpraktik (men valgte alligevel at praktisere den), mens andre rent faktisk havde et godt kendskab til risikoen, men havde valgt ikke at holde op med at dyrke oralsex. Det er den generelle erfaring på AIDS-Linien, at netop oralsex er et af de områder, hvor der hersker stor usikkerhed hos befolkningen (se også Fouchard 1994:115).

Mere end vidensindsamling

AIDS-Liniens undersøgelse giver et sjældent konkret billede af vanskelighederne ved at dyrke sikker sex. Som tidligere nævnt er det overordentlig vanskeligt at gøre observationer i forbindelse med seksualadfærd, men rådgivningssamtaler af den slags, som gennemføres på AIDS-Linien, giver en mulighed for at få informationer om de situationer, som er vanskelige at observere. Samtidig giver disse samtaler en mulighed for så at sige at komme „ind i hovedet på folk“ og finde ud af, hvad der blev tænkt og overvejet i situationen. Under alle omstændigheder ville hverken observation eller deltager-observation have givet kendskab til disse overvejelser, men alene til selve handlingen – et interview

ville altid være nødvendigt for at blive klogere på motivationen for den enkeltes handling. Og hvis (deltager)observation i forbindelse med seksualadfærd i forvejen er vanskeligt, så er det noget nær umuligt at forestille sig en situation, hvor (deltager)observationen følges op af et interview!

Når hertil lægges, at mange i en rådgivningssamtale reelt er interessede i at finde ud af forklaringen på, hvorfor de gjorde, som de gjorde, så er denne type af samtaler formentlig noget nær det tætteste, man kan komme på andre menneskers seksualadfærd – uden selv at være til stede. Rådgivningssamtaler er dog ikke alene et overordentligt velegnet redskab til at indsamle viden om seksualadfærd og baggrunden for denne. For den enkelte har det formentlig stor betydning for den fremtidige adfærd at få tydeliggjort de overvejelser, han/hun gør sig i disse situationer.

En rådgivningssamtale består som oftest af mange mulige emner, man kan at vælge at sætte fokus på, og overvejelser over baggrunden for den konkrete adfærd er ikke nødvendigvis det tema, der træder umiddelbart i forgrunden. Men det viste sig, at det at interessere sig specielt for dette emne, altovervejende havde en overordentlig positiv indflydelse på selve samtaleforløbet i de situationer, hvor temaet blev ekspliciteret. Netop fordi AIDS-Linien er en rådgivningstelefon, var der som tidligere nævnt stor opmærksomhed over for, hvordan selve rådgivningen blev påvirket, og kun i tre tilfælde blev det noteret, at det at bringe emnet på bane havde haft en negativ indflydelse på samtalen. Pilotfasens konstatering af, at man kunne overveje denne særlige registrering *alene* for at kvalificere rådgivningen, viste sig af holde stik. Der var mange, der gerne ville tale om disse overvejelser, og det gennemsnitlige tidsforbrug for denne type af samtaler steg i den pågældende periode med ca. 30% sammenlignet med de tre foregående måneder.

Hvorvidt det at sætte fokus på overvejelserne om usikker seksualadfærd får nogen betydning for den enkeltes fremtidige handlinger, kan ikke evalueres i en telefonrådgivning. Men hvis det at dyrke usikker sex ikke reelt er en enkeltstående fejltagelse, men har sammenhæng med ikke-erkendte vaner eller mere konkrete vanskeligheder, bliver den enkelte kun bedre rustet til at handle, hvis disse forhold bliver ekspliciteret. En repetition af sikker-sex-regler, og en konkret risikovurdering for den enkelte, gør ingen i stand til at handle anderledes en anden gang. Det kan ikke forventes, at mennesker bliver i stand til at ændre adfærd, hvis ikke de ved, hvori deres problem består. At sætte ord på vanskelighederne er det første skridt i retning af at kunne kæmpe med problemerne.

Dette svarer også til den iagttagelse, som Koch og Bechmann gjorde i forbindelse med en interviewundersøgelse om danske unges seksualadfærd og forhold til hiv og aids. Under temaet om, hvordan de unge selv tror, at deres adfærd kan ændres, skriver de, at:

... mange interviewpersoner føler at samtaler, i lighed med interviewsituationen, kan bruges til at gøre hiv til noget nærværende og betydningsfuldt. Det tror de fleste kan få betydning for deres adfærd fremover. Det er bl.a. betydningsfuldt at blive konfronteret med egen adfærd, at stille spørgsmål og få lejlighed til at formulere tanker og følelser om hiv i sammenhæng. Især afstanden mellem holdning og faktisk handling opleves som forpligtigende og igangsættende i forhold til nærmere refleksion over, hvad man foretager sig (Koch og Bechmann 1991:31).

Undersøgelser, der beskæftiger sig med, hvordan viden om sikker sex omsættes til praktisk handling, er ikke talrige, men netop det at reflektere kritisk over egne bevæggrunde er påpeget i enkelte artikler (se f.eks. Holland et al. 1992). En nylig australsk undersøgelse

se (Gold 1995a, 1995b) synes således også at bekræfte, at netop det at forholde sig til egne argumenter for at indgå i usikker sex, har en *påviselig* virkning på adfærden. Undersøgelsen inddrog en gruppe homoseksuelle mænd, der alle jævnlige dyrkede usikker analsex, og disse blev inddelt i tre undergrupper og bedt om at føre dagbog over deres seksuelle aktiviteter i en 16 ugers periode. Det viste sig efterfølgende, at den første gruppe, der havde skullet forholde sig til egne argumenter for at dyrke usikker sex, havde en mærkbar nedgang i antallet af episoder med usikker analsex, mens der ikke var nogen ændringer i de to andre grupper, der ikke skulle vurdere deres egen adfærd. Dette synes at bekræfte, at hvis sikker sex er vanskeligt, kan det for mange være brugbart at få sat fokus på egne forklaringer for den praktiserede adfærd.

Forebyggelsesindsatsen kan målrettes

Konkluderende kan det siges, at den danske befolkning som helhed er veloplyst om risikoen for hiv-smitte og elementære beskyttelsesmuligheder, men at det samtidig er vanskeligt at påvise ændringer i seksualadfærden, når der ses bort fra bøsserne. Dette har sammenhæng med, at den enkeltes seksualadfærd i langt højere grad er bestemt af individuelle erfaringer, socio-kulturelle normer og den kontekst, den seksuelle handling indgår i, end af faktisk viden om smitterisiko.

Det er blevet vist, at sikker sex for mange synes at være så enkelt og nemt, at usikker seksualadfærd ofte tænkes som en „smutter“ og ikke som konsekvens af en – i virkeligheden for mange – vanskelig måde at praktisere sex på. Det kan derfor ofte være vanskeligt for den enkelte at se sin egen adfærd som et mønster og dermed indse, at „smutterne“ ikke er enkeltstående begivenheder, men netop udgør et mønster. Det er endvidere blevet påpeget, at det kan være centralt for den enkelte at sætte fokus på egne vanskeligheder, for derved at blive bedre i stand til at håndtere sine vanskeligheder i fremtidige situationer. Endelig viste undersøgelsen også, at seksualadfærd og baggrunden for denne ikke nødvendigvis skal undersøges i forhold til de såkaldte „risikogrupper“ – der var intet i undersøgelsen, der tydede på, at mænd, der har sex med andre mænd, havde andre typer af „selvretfærdiggørelser“ end heteroseksuelle mænd og kvinder.

Denne viden stiller krav til grundige overvejelser om forebyggelsesarbejdets udformning og realisering. Traditionelt peges på opmærksomhedsskabende og vidensformidlende materiale, når nye grupper af folk i risiko udpeges. Da det f.eks. blev klart, at mange danskere blev smittet i udlandet, blev der udarbejdet særlige materialer rettet til denne gruppe (forretningsfolk, turister, interrailere, ulandsfrivillige m.v.). Hvorvidt dette har ført til, at danskere i udlandet dyrker mindre usikker sex end tidligere, er dog aldrig blevet undersøgt. Med bevidstheden om at kampagner (og viden) alene ikke har nogen afgørende indflydelse på ændring af seksualadfærd, fordi adfærd som tidligere omtalt bestemmes af en lang række andre faktorer end viden alene, synes det derfor relevant at overveje en prioritering af andre metoder i forebyggelsesarbejdet end det vidensformidlende.

Set ud fra et smittebekæmpelsesperspektiv synes det centralt at sikre en opprioritering af indsatsen over for de personer, hvis risiko for smitteoverførsel er størst, og for hvem sikker sex derfor er mest nødvendig. Denne indsats skal ikke nødvendigvis rettes mod særlige grupper af mennesker (bøsser, udlandsrejsende, intravenøse stofbrugere etc.), men mod enkeltpersoner. Der er ingen erfaring, som peger i retning af, at bestemte

grupper af mennesker har bestemte problemer; snarere forholder det sig sådan, at individuelle personer har individuelle vanskeligheder. Hverken bøsser, udlandsrejsende, stofbrugere eller andre grupper af mennesker har særlige problemer med sikker-sex-adfærd. Hvert enkelt individ har *sine egne* vanskeligheder betinget af individuelle erfaringer, de normer og strukturer, den enkelte handler inden for og den kontekst, den seksuelle handling foregår i. De erfaringer og normer, en bøsse har, vil selvfølgelig ofte være væsentlig forskellige fra f.eks. en stofbrugers, der igen vil adskille sig fra en heteroseksuel kvindelig udlandsrejsendes ditto, men gruppetilhørsforholdet er ikke „den dominerende effekt“, hvormed adfærd kan forklares. Risikoadfærd kan således med fordel både undersøges, beskrives og analyseres – og i sidste ende helst afhjælpes! – på tværs af de oprindeligt udpegede risikogrupper.

Som tidligere omtalt er det i en dialog mellem to mennesker, at muligheden for at ændre dybtliggende holdninger er til stede – det er i en sådan situation, at den enkelte kan bringes til at reflektere over sin egen adfærd. Det bør derfor overvejes, om forebyggelsen kan sættes ind i forbindelse med en dialog med disse „mest udsatte personer“ – som ikke nødvendigvis tilhører de såkaldte „risikogrupper“. Det er oplagt at tage fat på de ca. 170.000 motiverede mennesker, der årligt møder op hos egen læge eller på en screeningsklinik for at blive testet. Det er folk, der selv vurderer, at de har udsat sig for en risiko, og testsituationen er en oplagt mulighed for at tale om seksualadfærd, smitterisici og vanskeligheder ved sikker sex.

Herudover er det også kendt, at personer med en særlig høj risiko for hiv-infektion oftere lader sig teste flere gange (Smith & Rix 1995:6128), ligesom hovedparten af de mennesker, der i dag findes nysmittede, har en selverkendt risikoadfærd (Smith 1995: 95). Dette gælder både for mænd og kvinder, og uanset om risikoen for smitteoverførsel er seksuel eller via sprøjter. Det tyder på en bevidsthed hos den enkelte om, at han/hun har udsat sig for risiko, men også på at denne bevidsthed ikke er tilstrækkelig til at ændre adfærd. Det at blive testet ligner derfor for mange en selvvalgt beskyttelses-strategi uden virkning, og det afspejler mulige mangler i den rådgivning, der gives i forbindelse med testning. Kvaliteten af den rådgivning, der gives i forbindelse med testning (både før og efter testen), er aldrig blevet undersøgt. Til gengæld er de praktiserende lægers rolle i forbindelse med det generelle hiv-forebyggende arbejde blevet undersøgt og viser, at disse kun i begrænset omfang selv initierer samtaler om hiv og smitterisiko på trods af en bevidsthed om vigtigheden heraf (Sandbæk & Kragstrup 1995; Sandbæk 1997). Også for læger er det vanskeligt at ændre adfærd – dvs. tage initiativ til smitteforebyggende samtaler – alene på baggrund af korrekt viden og den rette holdning!

Hverken læger eller sygeplejersker uddannes almindeligvis til at tale om seksualitet, og i forbindelse med en sygdom som hiv, der primært overføres seksuelt, synes det påfaldende – med den store opmærksomhed (også økonomisk) som netop aids-forebyggelsen har – at italesættelsen af seksualitet ikke prioriteres.⁷ AIDS-Liniens undersøgelse viste, at det kan lade sig gøre at sætte et centralt tema i tale. Det synes som om, at alle forventes at kunne tale om seksualitet, men for mange ansatte i sundhedssektoren forholder det sig ikke sådan (se f.eks. Gyrttrup et al. 1993; Gyrttrup et al. 1994; Lindholm & Hansen 1995). Problemet synes at være, at når man ikke har tilstrækkelig erfaring med, træning i og viden til at tale om seksualitet, er det den private og ikke den faglige person, der træder i forgrunden og dermed også de private blufærdighedsgrænser og tabuer. Hvis man vil sikre kvaliteten i rådgivningen, må der løbende udvikles metoder til, hvordan en sådan

bedst gives, og den enkelte rådgiver (læge, sygeplejerske etc.) må tilbydes relevant undervisning og træning. Der eksisterer ikke nogen konsekvent vidensudvikling i rådgivningsarbejdet (Silverman et al. 1992:188), ligesom der heller ikke er kendskab til værdien af den rådgivning, der gives – helt elementært, hvad virker og hvad virker ikke. Udviklingen af rådgivningsarbejdet og vurderingen af effekten er overladt til den enkelte rådgiver eller institution. Dette er ikke særligt for Danmark, men for rådgivningstraditionen overhovedet.

Men det synes åbenlyst, at mennesker, der har vanskeligheder med at dyrke sikker sex, ikke kan forventes at ændre adfærd, medmindre de ved, hvordan de skal forholde sig. En blot og bar repetition af de sikker-sex-regler, alle kender i forvejen, kan ikke forventes at være til hjælp for nogen.

Noter

1. Prostituerede mænd og kvinder udgør i denne forbindelse en særlig interessant gruppe. Prostituerede kvinder omtales ofte som en „risikogruppe“ på trods af, at ingen undersøgelser i Danmark nogensinde har påvist hiv-smitte blandt danskfødte kvindelige prostituerede (når der bortses fra narkoprostituerede, der må formodes smittet via fælles brug af sprøjte). Prostituerede mænd nævnes derimod sjældent på trods af, at der formodes at være relativt mange smittede blandt disse.
2. Jeg skylder de mange rådgivere på AIDS-Linien en stor tak for arbejdet med at indsamle data til denne undersøgelse – og læseren skylder jeg at meddele, at jeg selv har været ansat samme sted siden 1992. For de læsere, der har yderligere interesse i AIDS-Liniens arbejde og arbejdsmetoder, kan det oplyses, at der i 1995-96 er gennemført en ekstern evaluering af rådgivningen. Denne evaluering kan rekvireres ved henvendelse til AIDS-Linien, tlf. 33 91 11 14.
3. Det er dog her interessant at bemærke sig, at en dansk antropolog i Uganda, Lotte Meinert, for at øge kendskabet til befolkningens opfattelse af sundhed og seksualitet bl.a. har analyseret 200 telefonopkald til radioprogrammet „Capital Doctor“. Herom kan læses i *Jordens Folk* 3, 1996 (Meinert 1996).
4. Risikogrupper vil her sige intravenøse stofbrugere, mænd der har sex med andre mænd, mennesker med mange „løse“ forhold eller folk fra højendemiske områder. Man kunne hertil føje blødere og folk, der har rejst i højendemiske områder, men disse grupper nævnes sjældent.
5. Det er her værd at bemærke sig, at prostituerede ofte anvender samme type af forklaring på den konsekvente brug af kondom i samværet med kunder. Kondomet forhindrer en nærhed med kunderne, som den prostituerede ikke ønsker.
6. Denne formulering har jeg „lånt“ af den norske seksualadfærdsforsker Annick Prieur (Skoglund 1991:11).
7. I denne forbindelse skal det også nævnes, at heller ikke rådgivningen af hiv-smittede er blevet evalueret, men de spredte informationer, man kan finde i forskellige rapporter, tyder på, at mange i midten af 1980'erne ikke fik tilstrækkelig information og rådgivning om sikker sex (f.eks. Jensen 1991; Gandil et al. 1991). Hvorvidt dette har ændret sig siden, er ikke påvist.

Litteratur

- Abramson, Paul R.
1992 Sex, Lies, and Ethnography. I: G. Herdt & S. Lindenbaum (eds.): *The Time of AIDS*. London: Sage Publications.
- AIDS-Linien
1993 *Hvorfor ikke sikker sex? – en pilotundersøgelse*. København: AIDS-Linien.

- AIDS-Nyt
1991 April, nr. 46. Sundhedsstyrelsens AIDS-sekretariat.
- Bolton, Ralph
1992 Mapping Terra Incognita: Sex Research for AIDS Prevention – An Urgent Agenda for the 1990s. I: G. Herdt & S. Lindenbaum (eds.): The Time of AIDS. London: Sage Publications.
- DSI/SSF (Dansk Sygehus Institut / Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd)
1996 Forebyggelse af livsstilssygdomme. Rapport fra en konsensus-konference 4.-6. marts 1996. København: Dansk Sygehus Institut.
- FKAS (Frederiksberg kommunes AIDS-sekretariat)
1991 Unges seksuelle adfærd. 1. rapport: En beskrivelse. Frederiksberg kommune.
1992 Unges seksuelle adfærd. 3. rapport: Viden, holdninger, sex og aids. Frederiksberg kommune.
- Fouchard, Jan
1994 Seksuel adfærd med risiko for HIV-smitte blandt mænd i Danmark, der har sex med andre mænd. Ph.d.-afhandling, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet.
- Gandil, Paul, Jakob B. Bjørner, Terkel Andersen, Lis Larsen og Anne Birkelund
1991 Blødere & aids – en projektrapport. Danmarks Bløderforening.
- Gold, Ron S.
1995a Rethinking HIV Prevention Strategies for Gay Men. Focus 10(3).
1995b Why We Need to Rethink AIDS Education for Gay Men. AIDS CARE 7(1).
- Gyrtrup, Nina, Rikke Andersen, Birthe Mølsted, Gitte Iversen og Lene Sørensen
1993 Kræft og seksualitet. Speciale, Onkologisk Efteruddannelse, Rigshospitalet.
- Gyrtrup, Nina, Lene Sørensen og Gitte Iversen
1994 For svært at tale om sex. Sygeplejersken 36.
- Holland, Janet, Caroline Ramazanoglu, Sue Scott et al.
1992 Pressure, Resistance, Empowerment: Young Women and the Negotiation of Safer Sex. I: Peter Aggleton et al. (eds.): AIDS: Right, Risk and Reason. London: The Falmer Press.
- Humphreys, Laud
1970 Tearoom Trade. London: Gerald Duckworth & Co. Ltd.
- Ingham, Roger, Alison Woodcock & Karen Stenner
1992 The Limitations of Rational Decision-Making Models as Applied to Young People's Sexual Behaviour. I: Peter Aggleton et al. (eds.) AIDS: Right, Risk and Reason. London: The Falmer Press.
- Jensen, Henning
1991 Bøsser og biseksuelle mænds seksualadfærd og forhold til hiv og aids. Arbejdsrapport nr. 6, Sundhedsstyrelsen.
- Koch, Ida og Torben Bechmann Jensen
1991 Unges seksualadfærd og forhold til hiv og aids. Arbejdsrapport nr. 5, Sundhedsstyrelsen.
- Kuiken, C. L., G. J. P. van Griensven, E. M. M. de Vroome & R. A. Coutinho
1990 Risk Factors and Changes in Sexual Behavior in Male Homosexuals who Seroconverted for Human Immunodeficiency Virus Antibodies. American Journal of Epidemiology 132(3).
- Lindholm, Joan og Birthe Hansen
1995 Sexlivet under kemoterapi. Sygeplejersken 37.
- Meinert, Lotte
1996 Kondomer, konflikter og kompromis'er. Jordens Folk 3:96-102.
- Rasmussen, Kjeld Leisgård og Hans Jørgen Hynding Knudsen
1994 Skoleelevers viden om, behov for og brug af prævention før og efter aids-debatten: Seksuel aktivitet og præventionsvaner. Ugeskrift for Læger 156(10).

- Read, Kenneth E.
1980 Other Voices – The Style of a Male Homosexual Tavern. California: Chandler & Sharp Publ., Novato.
- Sandbæk, Anneli
1997 Referenceprogram og Medical Audit som metoder til at ændre adfærd hos praktiserende læger. Forsøg med kvalitetsudvikling: praktiserende lægers forebyggelse af hiv/aids. Ph.d.-afhandling, Fagområdet og Forskningsenheden for Almen Medicin, Odense Universitet.
- Sandbæk, Anneli og Jakob Kragstrup
1995 Role of Danish General Practitioners in AIDS Prevention. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 13:307-15.
- Schnell Nielsen, Lena
1991 Undersøgelser af danskernes seksuelle adfærd. Arbejdsrapport nr. 4, Sundhedsstyrelsen.
- Silvermann, David, Robert Bor, Riva Miller & Eleanor Goldman
1992 'Obviously the Advice Is Then to Keep to Safe Sex': Advice-Giving and Advice Reception in AIDS Counselling. I: Peter Aggleton et al. (eds.): *AIDS: Right, Risk and Reason*. London: The Falmer Press.
- Skoglund, Lotte
1991 Det är inte bristande kunskaper om spridning av hiv-smitta som får människor att utsätta sig själva och andra för risker. *Noaks Ark* 2.
- Smith, Else
1995 Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection, Sexual Behaviour and Ano-Genital Lesions in Danish Women. Ph.d.-afhandling, Statens Seruminstitut.
- Smith, Else og Bo Andreassen Rix
1995 Hiv-testning i Danmark i 1993: Blev der testet relevant? *Ugeskrift for Læger* 157(44).
- Temple, Mark T., Barbara C. Leigh & John Schafer
1993 Unsafe Sexual Behavior and Alcohol Use at the Event Level: Results of a National Survey. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 6(4).
- Thune Jacobsen, Eva
1994 Sundhedsoplysende kampagner – et litteraturstudie af afsenderperspektivet. København: Dansk Sygehus Institut.
- Tuzin, Donald
1988 Intercourse, Discourse and the Excluded Middle: Sex and the Anthropologist. Paper til 87th Annual Meeting of the American Anthropological Association, Phoenix.
- Weatherburn, Peter & Project SIGMA
1992 Alcohol Use and Unsafe Sexual Behaviour: Any Connection? I: Peter Aggleton et al. (eds.): *AIDS: Right, Risk and Reason*. London: The Falmer Press.
- Weatherburn, Peter, Peter M. Davis Ford & C. I. Hicksom et al.
1993 No Connection Between Alcohol Use and Unsafe Sex Among Gay and Bisexual Men. *AIDS* 7.
- WHO
1994 Alcohol and HIV/AIDS: Report on a Consultation. EUR/ICP/GPA 233.
- Wielandt, Hanne B.
1994 Holdning til prævention blandt 16-20-årige. *Ugeskrift for Læger* 156(10).

STEFFEN JÖHNCKE

DE INDRE GRÆNSER

Forestillinger om kultur og subkultur i
sociale konstruktioner af hiv/aids i Danmark

Denne artikel tager udgangspunkt i arbejdet med to praktisk orienterede undersøgelser vedrørende hiv/aids i Danmark. Formålet med artiklen er ikke primært at resumere undersøgelsernes resultater, men at demonstrere nogle perspektiver for antropologisk arbejde med hiv/aids som socialt og kulturelt fænomen. Ifølge den synsvinkel, der fremlægges her, er det langt fra tilstrækkeligt at udforske forskellige udsatte gruppers særlige „livsstil“ eller „kultur“ for at uddybe epidemiologisk indsigt eller anvise sundhedspolitisk indgriben – selvom dette nok umiddelbart vil blive anset for at være antropologers mest oplagte opgave. Det er snarere påkrævet at rette blikket den anden vej – nemlig „opad“ (Nader 1972, 1980) – og foretage en kritisk granskning af de sociale og politiske processer, der definerer og beskriver de pågældende „grupper“.

Evaluering af Stop-aids-kampagnen

Etableringen af „indre grænser“ i forbindelse med hiv kan illustreres med afsæt i den evaluering, som i 1993 blev gennemført af *Stop-aids-kampagnens* aktiviteter over for „bøsser og andre mænd, der har sex med mænd“, som målgruppen for kampagnen betegnes (Jöhncke et al. 1993). Stop-aids-kampagnen var på det tidspunkt en del af Landsforeningen for Bøsser og Lesbiskes arbejde, men er siden blevet udskilt som en selvejende institution. Kampagnens mål er forebyggelse og støtte i forbindelse med hiv og aids. Først, i begyndelsen af 1980'erne, foregik det på helt privat og frivillig basis, på et tidspunkt hvor politikere eller myndigheder endnu ikke var videre optaget af det nye sundhedsproblem. Siden har kampagnen udviklet sig til en virksomhed med 15 ansatte og 100 frivillige, primært koncentreret i København og Århus, og statsligt finansieret over Finansloven. Stop-aids-kampagnen omfatter en række forskellige aktiviteter, spændende fra produktion og udbredelse af skriftligt materiale, over opsøgende kontakter og uddeling af kondomer, til rådgivning og støtte-grupper.

Baggrunden for kampagnen er den store udbredelse af hiv gennem sex mellem mænd i Danmark. Det epidemiologiske billede af hiv i Danmark har ændret sig i løbet af årene, således at andelen af heteroseksuelt smittede mænd og kvinder er steget. Men det er stadig sådan, at hiv er langt mere udbredt blandt homo- og biseksuelle mænd end blandt

heteroseksuelle: „Således er forekomsten af HIV ultimo 1995 mere end 200 gange så høj blandt homo/biseksuelle mænd [...] som blandt heteroseksuelle danskere“ (Smith 1997:588), som det siges på grundlag af et skøn ud fra den tilgængelige epidemiologiske viden. Det skønnes, at der lever 3500-4000 mennesker med hiv i Danmark, heraf er omkring halvdelen mænd, der er smittet gennem sex med mænd.

Stop-aids-kampagnens formål er ikke kun at begrænse smittespredningen gennem oplysning, idet hiv ikke kun opfattes som et sundhedsproblem. Snarere er det kampagnens sigte at styrke målgruppens evne til at håndtere hiv/aids som et bredt kompleks af problemer, der griber ind i hinanden, og som kan berøre alle sider af tilværelsen (seksuelt, socialt, følelsesmæssigt osv.). Kampagnen ønsker derfor at sætte ind over for både smittespredning, frygt, diskrimination og personlige problemer i forbindelse med hiv/aids.

Evalueringen skulle besvare følgende spørgsmål: „Hvordan har kampagnen evnet at tackle/imødegå/imødekomme de problemer og behov, som mænd, der har sex med mænd, har i forbindelse med hiv/aids?“ (Jöhncke et al. 1993:17). Udfordringen i dette spørgsmål ligger ikke i at aflæse kampagnens effekt med hensyn til ændringer i målgruppens seksualadfærd, men snarere i at vurdere kvaliteten af relationen mellem kampagnen og målgruppen: „Forholdet mellem på den ene side kampagnens indsats og hensigter, og på den anden side de problemer og behov, som målgruppen har i forhold til hiv/aids“ (ibid.) – eller sagt på en anden måde: forholdet mellem henholdsvis kampagnens og målgruppens *perspektiver* på de problemer, som hiv/aids rejser.

Sundhedsoplysning, herunder information om hiv/aids, kan ikke bare betragtes som en aktivitet, hvor en mængde objektivt sande meddelelser om sygdom, sundhed og gode vaner flyder fra dem, der ved besked, til dem, der endnu ikke gør det. Begge parter – både afsenderen og modtageren af informationen – er præget af bestemte holdninger, opfattelser og værdier, der har indflydelse på, hvordan de hver for sig forstår det problem, der behandles. En evaluering af et oplysningstiltag må derfor også se på, om holdningerne, opfattelserne og værdierne hos de to parter overhovedet kan *nå* hinanden, eller om de er så meget i konflikt, at budskaberne overhøres, misforstås eller måske ligefrem fremkalder modvilje.

At forstå kampagnens perspektiv betød først og fremmest at kortlægge hvilke områder, kampagnen havde prioriteret for at nå sine mål. De prioriterede områder viste sig ikke mindst at fokusere på oplysning og holdningsbearbejdning: positive markeringer af sikker sex og homoseksualitet, holdninger imod diskrimination af bøsser og hiv-smittede, samt fremme af en kritisk stillingtagen til bl.a. testning og hiv-politik. Brugen af sikker sex, hvilket først og fremmest vil sige at bruge kondom ved analsex og at undgå at få sæd i munden ved oralsex, blev gennemgående understreget som det helt centrale budskab. Fra kampagnens synspunkt var „sikker sex“ først og fremmest det afgørende middel til at hindre smitte med hiv, men derudover indebar „sikker sex“ også en understregning af et bestemt normsæt til opretholdelse af sexlivet mellem mænd i en tid med hiv. Som kampagnen understregede, er det afgørende ikke, hvor ofte, med hvem og hvor mange, man har sex – det afgørende er *hvordan*, man har sex. Dermed undgik Stop-aids-kampagnen bevidst – til forskel fra situationen i mange andre lande (Bolton 1992a) – at lancere generelle advarsler mod sex med flere forskellige partnere eller med partnere, hvis hiv-status man ikke kendte: „sikker sex hver gang“ gør sådanne overvejelser overflødige, og udelukker ikke hiv-smittede.

Det er i den forbindelse værd at se begrebet „sikker sex“, eller på engelsk det mere præcise „safer sex“, i dets historiske sammenhæng. Ideen om „sikker sex“ som en måde hvorpå man fortsat kunne have sex og samtidig undgå smitte, blev skabt af bøsser i USA i første halvdel af 1980'erne (Patton 1989:118-19). Dette var en reaktion imod omverdenens afstandtagen fra sex mellem mænd i lyset af den epidemi, der var under udvikling. „Sikker sex“ skal således også betragtes som en modstrategi, der markerer værdsættelsen af sex og de politisk aktive bøssers ønske om at sætte deres egen dagsorden i den aktuelle krise (Watney 1990).

Dernæst gjorde evalueringen det nødvendigt at få indblik i målgruppens erfaringer med kampagnens aktiviteter, og dens erfaringer med hiv som en faktor i livet og i sexlivet. Til den del blev der gennemført 24 kvalitative interviews med medlemmer af kampagnens målgruppe – forskellige med hensyn til alder, bopæl i landet, seksuel identitet og hiv-smittestatus (Jöhncke et al. 1993:85-7).¹ Verden over er der gennemført utallige undersøgelser, der under indtryk af hiv/aids-epidemien forsøger at kortlægge seksuel adfærd og ændringer deraf, også blandt mænd, der har sex med mænd i Danmark (Fouchard 1994). Fouchard (ibid.:52-5) angiver, at man generelt kan have tillid til oplysninger om homoseksuel adfærd indsamlet f.eks. ved spørgeskemaundersøgelser. Modsat har andre beskrevet de metodiske vanskeligheder med at skaffe præcise og brugbare oplysninger om seksuel adfærd (f.eks. Bolton 1992; Abramson 1992). Opgaven for den evaluering, der omtales her, var imidlertid ikke at undersøge seksuel adfærd i snæver forstand, men snarere at få indblik i de interviewedes subjektive syn på egne erfaringer og problemer i en tid med hiv (Levine 1992:196-7) – herunder, i det omfang det var muligt, erfaringer og problemer med sex – for at belyse kampagnens evne til at afspejle og imødekomme denne virkelighed.

Interviewene tydede på, at mange i målgruppen både havde kendskab til kampagnens aktiviteter og dens forskellige råd om sikker sex; og de interviewede havde taget mange af kampagnens holdningsprægede budskaber til sig. Det sidste var ikke mindst tydeligt hvad angår holdningen til sikker sex som et personligt ansvar for begge parter i et seksuelt forhold (og ikke kun f.eks. hiv-smittedes ansvar), kritisk vurdering af hiv-testning, og udbredt tillid til kampagnens og Landsforeningens politiske stillingtagen og engagement i hiv/aids-spørgsmål. På denne måde var kampagnen en effektiv medspiller i mændenes håndtering af hiv som en faktor i tilværelsen. De havde ikke blot brug for informationer om hiv som sygdomsrisiko, men også for synspunkter om vigtige spørgsmål og vurderinger af aktuelle sager, f.eks. i medierne, der vedrørte hiv/aids.

Omvendt stod kampagnen svagere med hensyn til at afspejle og imødekomme de forskellige problemer med seksuelle og sociale relationer, som hiv har givet anledning til for alle i målgruppen. Opmuntrende og slagordsprægede påmindelser om sikker sex var i længden blevet monotone og irrelevante i forhold til mændenes egne erfaringer med sex i en tid med hiv: det var sjældent viden og vilje, det skortede på, men der kunne være problemer med altid at omsætte råd om sikker sex i praksis, når det gjaldt (jf. Anders Dahls artikel i dette nummer af Tidsskriftet Antropologi). Desuden kunne brugen af sikker sex ikke fjerne overvejelser om partners hiv-status og individuelle risiko-vurderinger af partnere. I praksis var sikker sex ikke *hele* svaret på frygten for at blive smittet med hiv, og det var slet ikke hele løsningen på de sociale og følelsesmæssige udfordringer, som hiv og aids indebærer for mænd, der har sex med mænd. Evalueringen pegede på, at „hiv har ændret alt“: Fremkomsten og udbredelsen af hiv har fundamentalt ændret vil-

kårene for seksuelle relationer mellem mænd, og har haft gennemgribende indflydelse på mændenes forhold til sig selv, deres partnere, familier, og sociale relationer i det hele taget. Særligt fremhævede evalueringen, at de hiv-smittede ikke mente, at kampagnen berørte deres specifikke problemer: Bl.a. ved at understrege det individuelle ansvar for ikke blive smittet, fremstod kampagnen som henvendt mere til de ikke-smittede end til de smittede – hvilket også fra et forebyggelsesperspektiv er yderst problematisk.

For at opsummere evalueringens indfaldsvinkel kan man sætte det lidt på spidsen ved at sige, at den modstillede kampagnens „rigtige meninger“ om, hvordan man skal forholde sig til hiv/aids – hvor en bestemt viden, bestemte holdninger og en bestemt adfærd blev anbefalet – med de „rigtige menneskers“ (de interviewedes) praktiske erfaringer og oplevelser:

„Rigtige meninger“:	Viden	Holdninger	Adfærd
„Rigtige mennesker“:	Erfaringer	Reaktioner, følelser, vurderinger	Handlerum: muligheder og begrænsninger

Den øverste linje rummer de tre grundlæggende begreber – „viden, holdninger og adfærd“ – som gennemgående ses benyttet i spørgeskemaundersøgelser af en befolkningsgruppes forhold til et givet sundhedsproblem, under navnet „KAB-“ eller „KAP-surveys“ (efter engelsk „knowledge, attitude, behaviour/practices“). Disse er i meget vid udstrækning blevet anvendt i forbindelse med undersøgelser af forskellige befolkningsgrupper og grupperes forhold til hiv (alene for særlige målgrupper i EU-landene, se oversigten i Riper et al. 1996). Forestillingen er, at man ved disse undersøgelser kan få et overblik over hvilket vidensniveau, hvilke holdninger og hvilken adfærd med hensyn til risiko for hiv-smitte, der kendetegner forskellige „grupper“. Den underliggende opfattelse er videre, at „sund adfærd“ hos den enkelte må basere sig på, at han/hun har den rette viden om det sundhedsproblem, der fokuseres på, og den rette indstilling til dets løsning. Denne terminologi og de dertil knyttede antagelser har i høj grad påvirket oplysnings- og rådgivningsarbejdet vedrørende hiv/aids, og således også Stop-aids-kampagnen.

Hensigten med at opstille udtrykkene i den nedste linje – „erfaringer, reaktioner, følelser, vurderinger og handlerum“ – er at tilskynde til en udvidelse af perspektivet til at omfatte en mere dynamisk og mindre rationalistisk forståelse af, hvordan mennesker reagerer på og handler over for hiv/aids i det sociale liv. „Viden“ kan ikke reduceres til at være et spørgsmål om større eller mindre kendskab til medicinsk definerede facts om smitteveje osv., og „holdninger“ er ikke bare et spørgsmål om at have taget stilling til egen risiko, testning for hiv osv. Viden og holdninger opbygges og påvirkes gennem erfaringer med at håndtere hiv i praksis (socialt, seksuelt, følelsesmæssigt osv.). Ligeså er adfærd ikke et spørgsmål om at vælge, hvordan man vil opføre sig, og så gøre det; det er snarere nødvendigt at overveje hvilke muligheder og begrænsninger, der er for at handle – individuelt og i fællesskab. Forskellige sociale omstændigheder giver forskellige handlerum. Og i forholdet til andre mennesker er risikoen for at smitte eller blive smittet med

hiv stadig kun ét hensyn ud af utallige – en banal konstatering, der ikke desto mindre let kan glemmes.

I den aktuelle sammenhæng – evalueringen – fungerede elementerne i den nederste linje i skemaet som afsæt for at vurdere kampagnens evne til at beskæftige sig med de problemer, som de interviewede medlemmer af målgruppen faktisk oplevede.

Denne pointe må antages at have generel relevans for vurderingen af forskellige former for indsats over for hiv/aids, ikke blot i Danmark. Hvis man udelukkende betragter indsatsen oppefra-og-ned – fra afsenderen til modtageren – vil evalueringen reduceres til at handle om hvorvidt og hvordan, man har fået målgruppen til at antage den viden, holdning og adfærd, som man oppefra ønsker sig. Det vil faktisk sige, at det er målgruppen, der vurderes; indsatsen kan ganske vist derudfra fastslås som vellykket eller forfejlet, men dens indhold kan ikke problematiseres. Hvis den ikke når igennem, må man prøve igen – med større megafoner, så at sige. Ved at betragte hiv nedefra-og-op får man mulighed for tværtimod at lade målgruppen være afsæt for en vurdering af indsatsens indhold. Den afgørende målestok for succes er naturligvis udviklingen i smittespredningen. Men for at vide, hvad der virker og ikke virker, og hvordan, må man spørge målgruppen. Det er målgruppens erfaringer, opfattelser, vilkår, behov osv., der udgør den sociale og kulturelle virkelighed, som kvaliteten af indholdet i hiv-indsatsen skal bedømmes i forhold til.

Risikogruppe, målgruppe og subkultur

Evalueringen pegede også på problemer, der rakte ud over Stop-aids-kampagnen alene, fordi de har sammenhæng med visse grundlæggende elementer i dansk hiv/aids-politik. Det gælder den opfattelse, at *homoseksuelle og mænd, der har sex med mænd* udgør meningsfulde betegnelser for kategorier af mennesker i forebyggelsessammenhæng. Det gælder etableringen af dem som en *risikogruppe*, der udgør medlemmerne af en formodet sammenhængende og adskilt *subkultur* eller *miljø* i samfundet, kendetegnet af en særlig *livsstil*, hvorved de er blevet gjort til genstand for epidemiologiske, administrative og politiske overvejelser og dispositioner. Som det vil fremgå af det følgende, medfører denne tankegang problemer med at nå ud til alle dem, der kan have brug for information og støtte i forhold til hiv/aids.

Antallet af „bøsser og andre mænd, der har sex med mænd“ i Danmark er ukendt – men vurderes til at være fra under halvtreds tusinde (se f.eks. Smith 1997) til flere hundredetusinde, alt efter hvordan man skønner og hvem man tæller (Jöhncke et al. 1993:10). Hyppigheden af deres sex med andre mænd varierer meget, og det er langt fra alle, der opfatter sex med mænd som afgørende for deres identitet (Jöhncke 1994:44). Blandt de 24 interviewede betegnede de fleste sig som bøsser, nogle som biseksuelle, mens andre ikke ville betegne sig ud fra deres seksualitet. Betegnelserne afspejlede ikke nødvendigvis deres nuværende og tidligere seksuelle adfærd, men var deres aktuelle selvopfattelse. På samme måde viste det sig i den tidligere nævnte undersøgelse af mænd, der har sex med mænd, at „83% opfattede sig som homoseksuelle, 5% som biseksuelle, 1% som heteroseksuelle, og restgruppen på 12% ville ikke definere sig ud fra deres seksualitet“ (Fouchard 1994:87).

De 24 mænd i evalueringen havde haft vidt forskellige erfaringer med hiv i deres tilværelse: Nogle var selv hiv-smittede, nogle havde eller havde haft partnere eller venner,

der var hiv-smittede eller havde aids, mens andre ikke havde haft hiv meget tæt inde på livet personligt. De boede i forskellige egne af landet og havde meget forskellig grad af social kontakt til andre mænd, der har sex med mænd, og til mødesteder og foreninger. Nogle identificerede sig ikke med „bøssemiljøet“ og Landsforeningen for Bøsser og Lesbiske (og dennes Stop-aids-kampagne), hvis aktiviteter af nogle opfattedes som for åbenlyst homoseksuelt orienterede, for prægede af københavnske forhold eller for politiske.

Pointen er, at mænd, der har sex med mænd, nok har ét fælles træk – sex med mænd – men derudover har de vidt forskellige perspektiver på denne seksuelle adfærd og meget forskellige perspektiver på og konkrete erfaringer med hiv/aids. I øvrigt er de lige så forskelligartede som befolkningen som helhed. Alligevel forvaltes de under ét som målgruppe for samme kampagne. Hvad er baggrunden for det?

Epidemiologisk viden om hiv etablerede fra starten en række risikogrupper, defineret ud fra fællestræk hos dem, der blev registreret som syge med bestemte symptomer, og senere – da man blev i stand til at teste for antistoffer mod hiv – dem, der fandtes smittet med hiv. Sådanne epidemiologiske sammenfatninger giver et overblik over udbredelsen af smitte, og er som sådan et vigtigt led i udviklingen af den videnskabeligt anerkendte viden om hiv/aids. Fra en antropologisk synsvinkel er det interessante imidlertid bl.a. *hvilke* fællestræk, der udvælges til at sammenfatte de epidemiologiske data (Glick Schiller 1992:240) – hvordan en risikogruppe defineres, og med hvilke resultater. En af risikogrupperne for hiv i Europa, USA og en række andre lande defineredes som „homo- og biseksuelle mænd“, ud fra konstateringen af, at mange af de syge var bøsser. Men en sådan indkredsning af en risikogruppe forklarer ikke nødvendigvis i sig selv nærmere *hvor* dan sygdommen opstår og udbredes: hvad er det ved gruppen, der bringer den i risiko?

Det er efterfølgende blevet påvist (se bl.a. gennemgangen i Levine 1992), at de første års medicinske forskning i årsagerne til aids blev vildledt af forskernes kulturelt bestemte opfattelser af amerikanske storby-bøsser, hvorfor man ikke alene ignorerede aids-tilfælde blandt andre grupper, men også stirrede sig blind på at finde årsagen i bøssernes formodede livsstil (multi-promiskuitet, stofmisbrug) eller særlige biologiske (f.eks. hormonelle) dispositioner. Først senere begyndte forskningen i en smitte-agent (f.eks. et virus) som årsag til sygdommen.

Med opdagelsen af hiv-virus kunne smittevejene – måderne smitten kan overføres på – bedre klarlægges. I sammenhæng med disse overvejelser har der generelt været stor tilslutning til at forsøge at omdefinere problemet til at handle om „risikoadfærd“ snarere end „risikogrupper“: muligheden for hiv-smitte afhænger ikke af tilhørsforholdet til en bestemt social gruppe, men af, om man befinder sig i konkret, fysisk risiko for smitte. For det første er alle mennesker principielt i risiko for hiv, uanset hvilken gruppe de tilhører, fordi enhver kan smittes af hiv; for det andet er man kun i *reel* risiko for smitte, hvis man faktisk har ubeskyttet sex eller anden risikabel adfærd. „Risikogruppe“-begrebet er derfor i oplysningssammenhæng problematisk, fordi det fjerner opmærksomheden fra det afgørende forhold: hvad man fysisk gør, og ikke hvem man er. (Se f.eks. Clatts 1995 for illustrationer af skæbnesvangre misforståelser i den anledning). Et overordnet problem er, at mens „risikogrupper“ defineres ud fra statistiske forekomster og til dels formodninger om årsagssammenhænge, er disse risikogrupper ikke nødvendigvis „grupper“ i nogen meningsfuld, sociologisk forstand – dvs. mennesker i sociale formationer med en vis grad af sammenhæng og social interaktion, og med et fælles identifikationsgrundlag.

Brugen af „risikogruppe“-begrebet har imidlertid andre aspekter, bl.a. politiske. I Stop-aids-kampagnen har man valgt at betegne sin målgruppe med hybriden „bøsser og andre mænd, der har sex med mænd“: dvs. både identitet og adfærd. Dermed sammensmelttes en social kategori af mænd med en bestemt selvopfattelse og en epidemiologisk kategori vedrørende hiv. I kampagnens interne forståelse bliver de dog ikke opfattet som én stor, ensartet gruppe, men nuanceres på en ny måde. Mændene gradbøjes efter deres holdningsmæssige og geografiske nærhed til kampagnen: bøsser i de større byer udgør „kernemålgruppen“, og forventes fortrinsvis at bestå af bøsser, der lever åbent med deres seksuelle præferencer over for omgivelserne, og bruger bøsse miljøets mødesteder, osv. Denne gruppe regnes som de mest „bevidste“ og nemmeste at nå. Mænd, der ikke betegner sig som bøsser, og som skønnes at gøre mere brug af skjulte former for kontakt (f.eks. i parker og offentlige toiletter), udgør en såkaldt „grå zone“ længere ude, længere væk fra kampagnen. Mænd uden for de større byer ligger også i de ydre cirkler. Kampagnen har dermed i praksis etableret et etnocentrisk verdensbillede omkring sig, hvor der tages afsæt i de holdninger, normer, værdier og livsbetingelser, der kendetegner kernen og dermed kampagnen selv. Effekten af denne opfattelse er, at kampagnen placerer sig selv som centret for oplysning og holdningsbearbejdelse over for en målgruppe, der – som tidligere omtalt – ikke nødvendigvis deler dette billede. En del af målgruppen opfatter i nogle tilfælde snarere kampagnen som perifer for deres situation: den er for åbenlyst (homo)-seksuel, for københavnsk, for politisk, eller kun for de ikke-smittede.

Effekten af kampagnens selvforståelse er imidlertid også, at den skaber en – ganske vist forskelligartet, men dog tilsyneladende sammenhængende – social gruppering ud af den diffuse fællesbetegnelse „mænd, der har sex med mænd“, som Stop-aids-kampagnen har påtaget sig at informere og støtte. Der fremkommer et billede af, at „mænd, der har sex med mænd“ nok er forskellige, og alligevel grundlæggende er variationer over samme tema – at de grundlæggende er dele af samme fællesskab. Stop-aids-kampagnens legitimitet som offentligt finansieret virksomhed er afhængig af, at denne fremstilling af målgruppen opretholdes, fordi man da kan påberåbe sig at tale for hele målgruppen, uanset dens variationer.

Forestillingen om, at „mænd, der har sex med mænd“ kan betegnes som en gruppe i samfundet er imidlertid på ingen måde blot Stop-aids-kampagnens opfindelse. F.eks. kan man læse Sundhedsstyrelsens publikationer siden epidemiens opdukken i Danmark som et vedvarende forsøg på forstå, at „mænd, der har sex med mænd“ på den ene side er en epidemiologisk konstruktion, der betegner udbredelsesmønstre for hiv, men på den anden side ikke udgør nogen særskilt og klart afgrænset befolkningsgruppe. Det påpeges, at „homoseksuelle ikke er nogen homogen gruppe, men består af forskellige undergrupper“ (Sundhedsstyrelsen 1986:20) og at „gruppen bøsser og andre mænd, der har sex med mænd er meget heterogen, og adskiller sig væsentligt ud fra bevidsthedsmæssige, aldersmæssige, sociale og geografiske forhold“ (Sundhedsstyrelsen 1987:54). Senere reduceres opdelingen imidlertid til et spørgsmål om kontakt med „bøsser og biseksuelle, som ikke færdes i det åbne bøsse miljø, udgør en vanskelig udfordring“ (Sundhedsstyrelsen 1991:60), hvilket ganske modsvares af Stop-aids-kampagnens opfattelse.

I kontrast til disse nuanceringer bruges der også udtryk, der tværtimod tyder på bestemte karakteristika for hele gruppen: „de særligt udsatte grupper *livsformer og normer*“ (Sundhedsstyrelsen 1992:10, forfatters udhævning); ligesom når det hævdes, at

„størstedelen af de hiv-positive føler tilhørsforhold til grupper med særlig livsstil“ (Sundhedsstyrelsen 1988:24, forfatters udhævning), og at der „findes særlig mange tilfælde af smitte inden for bestemte subkulturer, hvis livsstil øger risikoen for at blive smittet“ (ibid.:44, forfatters udhævning). Eftersom blødere, heteroseksuelle og transfusionsmittede betegnes som „uden tilhørsforhold til subkulturerne“ (ibid.:45), og stofbrugere i det hele taget betragtes som „en særlig problemstilling“ (ibid.:102), kan „subkulturen“ kun udgøres af mænd, der har sex med mænd.

En „subkultur“ er imidlertid ikke en tilfældig massebetegnelse. Udtrykket formidler igen et billede af en sammenhængende undergruppe af befolkningen, der har sine særlige kendetegn (f.eks. „livsstil“), som afgrænser den fra „befolkningen i almindelighed“ (ibid.:34). I hiv-sammenhæng giver udtrykket „subkultur“ legitimitet til en gruppes eksistens i samfundet, samtidig med at den underordnes og marginaliseres fra det normale (Herdt 1992:9). Det er naturligvis ikke valget af *ordet* „subkultur“, der udvirker dette, men den tankegang, ordet er udtryk for: forestillingen om, at dele af befolkningen, der afviger fra normen på bestemte måder – i dette tilfælde i deres seksuelle praksis – kan indkredses, således at de fremstår som socialt separate, og først og fremmest er karakteriseret ved deres subkulturelle anderledeshed.

Der er åbenlyst vanskeligheder med at få „risikogruppen“ til at passe med en overbevisende fremstilling af det sociale livs mangfoldighed – ikke mindst i betragtning af, hvordan de berørte mænd opfatter sig selv og deres problemer med hiv/aids. Det afgørende er imidlertid, at der ikke blot tale om forskellige, velmenende forsøg på at beskrive en kompleks virkelighed, men også om politiske positioner i håndteringen af hiv/aids.

Selv om Sundhedsstyrelsen (1991:60) hævder, at „der også fremover i de generelle informationskampagner [vil] være elementer med direkte appel til bøsser og biseksuelle“, har tendensen i det danske forebyggelsesarbejde netop været en opdeling af indsatsen: Dels tiltag vedrørende sex mellem mænd, hvilket ikke mindst har været overladt til Stop-aids-kampagnen, dels en offentlig indsats rettet til „befolkningen generelt“, der i denne sammenhæng tilsyneladende betyder „generelt heteroseksuelle“. En tilsvarende arbejdsdeling kan findes i andre lande (Patton 1990:13).

I en analyse af udviklingen af den danske hiv/aids-politik betegner Albæk (1990) aids som et „ukontroversielt emne“ i Danmark, især fordi der ret hurtigt blev opnået enighed om principperne for indsatsen, og fordi der hurtigt skabtes en alliance mellem politikere, sundhedsmyndigheder og repræsentanter for den antalsmæssigt mest berørte del af befolkningen, nemlig bøsserne. Også Lægeforeningens Sundhedskomiteés aids-udvalg noterer sig (1994:3926), at der har „været ro om aids-politikken“ i Danmark. Denne „ro“ bygger imidlertid bl.a. på en arbejdsdeling, der har tildelt Stop-aids-kampagnen ansvar for og finansiering af oplysningsindsatsen over for mænd, der har sex med mænd, og samtidig stort set holdt dette emne ude af Sundhedsstyrelsens offentlige kampagner. Inden for de seneste år har hiv-kampagner fra Sundhedsstyrelsen med plakater og annoncer i massemedierne ganske vist inkluderet budskaber til mænd, der har sex med mænd. Dette er dog sket bemærkelsesværdigt sent (mere end ti år efter hiv-arbejdet begyndte), og det er ikke blevet gennemført uden modstand (Thomsen 1995). Det generelle billede er stadig, at arbejdsdelingen opretholdes.

Forestillingen om, at befolkningen kan opdeles i en „heteroseksuel offentlighed“ og en „homoseksuel subkultur“ er en hindring for at nå alle mænd, der har sex med mænd i Danmark med oplysning og rådgivning om hiv, fordi de simpelthen ikke alle deltager i

eller føler sig knyttet til nogen sådan „subkultur“. Imidlertid må de antages at være i lige så stor risiko som alle andre mænd, der har sex med mænd. Dette er da også blevet påpeget af repræsentanter for Stop-aids-kampagnen selv. Brugen af mødesteder, medier og foreninger i arbejdet mod hiv/aids har været vigtig og nyttig, men indsatsen berører ikke alle de mænd, det er relevant at nå. Dette stiller krav til udformningen af den offentlige indsats på hiv-området (Jöhncke et al. 1993:72; Kippax et al. 1992:116), fordi en del af disse mænd formentlig kun kan nås gennem indsatser henvendt til „befolkningen i almindelighed“, der altså ikke kan antages at bestå udelukkende af mennesker med udelukkende heteroseksuel adfærd.

Hiv-smittede udlændinge

Beskrivelsen af evalueringen af Stop-aids-kampagnen ovenfor antydede, at undersøgelsens genstandsfelt bredte sig ud i løbet af arbejdet. Først var forholdet mellem kampagnen og målgruppen i fokus, men med afsæt i dette udviklede diskussionen sig til at gælde den proces, hvorigennem målgruppen konstrueredes som en særlig „subkultur“ i indsatsen mod hiv i Danmark, og den sociale og politiske kontekst, inden for hvilken denne konstruktion skete. I den næste undersøgelse, der kort skal præsenteres her, viste dette fokus på konstruktionen af „grupper“ sig også at være uomgængeligt: En undersøgelse af indsatsen for hiv-smittede udlændinge blev nødvendigvis til en undersøgelse af *opfattelser* af hiv-smittede udlændinge hos dansk personale i social- og sundhedsvæsenet (Jöhncke 1995, 1996).² Undersøgelsen valgte betegnelsen „professionel hjælper“ for medlemmer af dette personale.³

Andelen af udlændinge blandt de hiv-smittede i Danmark har været stigende gennem årene. Siden august 1990 har Statens Seruminstitut indsamlet summariske oplysninger om de personer, der findes hiv-smittede ved testning. I perioden august 1990 – maj 1997⁴ udgjorde personer, der registreredes som „flygtninge eller indvandrere“ knap en fjerdedel af alle de fundne hiv-smittede i Danmark, nemlig 516 ud af 2141 personer. Hiv blandt udlændinge her i landet afspejler den globale udbredelse af smitten, således at afrikanere udgør langt den største andel: 70% af udlændingene (361 ud af 516). Smith (1997:587) fortæller ud fra nogle af de senest tilgængelige tal om hiv-smittede i Danmark, at „50% af alle anmeldte [dvs. fundne hiv-smittede] kvinder og 15% af mænd var indvandrere/flygtninge, født og opvokset primært i et afrikansk land“.

Formålet med den undersøgelse, der kort skal refereres her, var i første omgang at kortlægge, hvordan det egentlig så ud med indsatsen for de udlændinge, der udgjorde (og stadig udgør) så stor en del af de hiv-smittede her i landet. Hvilke dele af sundheds- og socialvæsenet havde kontakt til dem, og hvordan blev deres behov for behandling, pleje og støtte egentlig varetaget? Denne kortlægning viste, at det overvejende var det offentlige hospitalsvæsen, der havde forbindelse til de hiv-smittede udlændinge, mens andre former for private og offentlige tilbud til henholdsvis hiv-smittede og udlændinge kun havde sporadiske kontakter. Overalt henviste man i øvrigt til et generelt princip om at behandle alle ens, uanset om de var hiv-smittede eller ej, og uanset om de var danskere eller udlændinge. Sådanne overordnede hensigtserklæringer gav imidlertid ikke den enkelte professionelle hjælper nogen anvisninger på, hvordan spørgsmål, der kunne opstå i kontakten til hiv-smittede udlændinge, skulle håndteres. Og det viste sig, at arbejdet med

udlændingene i vidt omfang blev opfattet som *problematiske*: det var vanskeligt at forstå hinanden, og der var megen tøven og tvivlrådighed over for, hvordan kontakten og arbejdet skulle gribes an. For at granske dette nærmere gennemførtes en interview-undersøgelse med 30 forskellige professionelle hjælpere, omfattende læger, sygeplejersker, socialrådgivere, psykologer, andre rådgivere samt enkelte administrativt beskæftigede. Formålet med interviewene var flere, bl.a. konkret at få indblik i hvilke erfaringer og kontakter, der fandtes hvor. Det, der skal beskrives her, er imidlertid den del af undersøgelsen, der handlede om de professionelle hjælpers syn på udlændingene, eller nærmere bestemt: konstruktionen af udlændingenes kulturelle anderledeshed.

Hvem er udlændinge?

Omtalen ovenfor af antallet af hiv-smittede udlændinge i Danmark antydede, at det er et spørgsmål i sig selv, hvem og hvordan man skal tælle, når man taler om hiv-smittede udlændinge. Statens Seruminstitut samler oplysninger vedrørende „flygtninge/indvandrere“, mens de statistikker, der siden præsenteres, som regel taler om „personer født i udlandet“. Definitioner og kategorier er udlændinge, indvandrere og etniske mindretal i statistikker om hiv/aids veksler fra land til land, og der kan være god grund til at overveje, hvilken betydning og anvendelse forskellige måder at tælle på har (Hauor-Knipe & Dubois-Arber 1993).

Nærværende undersøgelse greb det an fra en anden vinkel: Definitionen på en „udlænding“ var ikke fastsat på forhånd, idet det var en del af formålet at belyse, efter hvilke kriterier „danskhed“ og „ikke-danskhed“ overhovedet blev bestemt i praksis af de professionelle hjælpere, der havde kontakt til udlændingene i deres arbejde i sundheds- og socialvæsenet. Nedenstående skema giver et overblik over de kriterier, som blev udtrykt i interviewene som grundlag for at vurdere fremmedhed. Hvilken grad af fremmedhed, den enkelte tilskrives, afhænger af de professionelle hjælpers indtryk af og/eller forestilling om indre og ydre karakteristika hos den pågældende, og af en række specifikke vanskeligheder i den konkrete kontakt og kommunikation.

Kriterier nævnt af de professionelle hjælpere for deres vurdering af udlændinges „fremmedhed“

	Sprog	Kultur	Geografi	Hudfarve	Religion	Uddannelse	Ophold i Danmark
Mest som dansk/ mindst fremmed	• Dansk	• Vestlige, udviklede samfund	• Nord-europa, vestlige lande	• Hvid/lys	-	• Vestligt uddannet	• Lang tid
	↕	↕	↕	↕	↕	↕	↕
Mest fremmed/ anderledes	• Engelsk • Andet sprog • Tolkning • Ingen kommunikation	• Ulande • Afrika	-	• Sort/neger	• Islam • Kristne sekter	-	• Nytilkomne

Note: „-“ indikerer, at intet kriterium på denne plads er direkte udtrykt i interviewene. (Jöhncke 1996:56).

Nogle er mere udlændinge end andre, idet fremmedhed, ikke-danskhed, kan gradbøjes. Jo *flere* af kriterierne for anderledeshed, som den enkelte opfylder i de professionelle hjælperes øjne, og jo *større* afstand, der er til kriterierne for at være dansker, jo *mere fremmed* regner de professionelle hjælpere den pågældende for at være. Kriterierne har således betydning for i hvilken grad en ikke-dansk patient/klient ses som udlænding eller ej, eller, som det udtrykkes i et interview, om det er en, „der er meget forskellig fra os“ eller en, „der lever lidt ligesom os andre“.

Ud over de konkrete, praktiske vanskeligheder med sproget er „kultur“ det kriterium for fremmedhed, som de interviewede hyppigst angiver. „Kultur“ fungerer som samlebetegnelse for en lang række forhold, hvor anderledesheden er fællesnævner. Det er naturligvis ikke sådan, at udlændinge opfattes som kulturelt ens på tværs af åbenlyse etniske og nationale forskelle. Tværtimod slår de interviewede ofte fast, at „udlændinge“ er en meningsløs kategori, fordi de er så indbyrdes forskellige. Alligevel har de forskelligheden fra danskere til fælles gennem de træk, som de professionelle hjælpere noterer sig og lægger vægt på. Den betragtning, at det grundlæggende er „kulturen“, der markerer forskellen mellem danskere og ikke-danskere, er dominerende i interviewene. Der kan dog også udledes et andet, om end langt mindre fremherskende perspektiv af interviewene: en fremhævelse af de ofte vanskelige sociale og personlige vilkår, som er knyttet til at leve med hiv i et fremmed land. Her fokuseres ikke på udlændingen som bærer af en fremmed kultur, men konkret på den enkeltes livssituation, som i mange tilfælde var kendetegnet af social isolation og en usikker fremtid. Disse to perspektiver – fokus på kultur henholdsvis på individets situation – har vidt forskellige perspektiver i praksis, som vi skal se. Først skal vi imidlertid se nærmere på, hvad den kulturelle anderledeshed indeholder.

Især fire bestemte temaer nævnes med stor regelmæssighed i interviewene som udtryk for denne anderledeshed: Udlændingenes „lukkethed“ om hiv, deres seksualitet, deres måde at bruge tilbudene på, og endelig deres forhold til sygdom og død. Inden for hvert af disse områder rummer interviewene en række eksempler på udlændinges forskellighed fra danskere – forskelligheder, der dog kan pege i modsatte retninger, som det vil fremgå. Dette kan illustreres med citater fra interviewene.

Så godt som alle de interviewede professionelle hjælpere var enige om, at hiv-smitte de udlændinge var mere „lukkede“ om deres hiv-status end danskere i samme situation. Ifølge de interviewede fortalte udlændingene ofte ikke om deres hiv-smitte til nogen, og ofte ville de heller ikke tale med de professionelle hjælpere om det. „Med de danske familier er det ikke særligt vanskeligt at komme til at tale med dem om, hvad de føler og hvordan de har det. ... Men det tror jeg ikke man kulturelt har nogen tradition for at gøre i Afrika“. På den anden side var nogle af udlændingene for åbne om det, „og [de] siger det til hvem som helst, som gider høre på det“, som en interviewet fortalte. For megen åbenhed om hiv regnes heller ikke for tilrådeligt.

Vedrørende seksualitet er følgende udtalelse ret typisk for interviewene: „... folk fra de her kulturer er generelt ikke vant til at tale om sex, forholde sig til sex, på den måde vi er“. Men selv om mange udlændinge således nødtigt vil tale åbent om seksuelle emner med de professionelle hjælpere, har nogen af dem tilsyneladende ingen problemer med at praktisere det: „Og så deres levevis. De har jo lov til at bolle til højre og venstre og alle vegne, også selv om de er gift“. Uanset om de således beskæftiger sig for lidt eller for meget med sex, afviger en del udlændinge fra, hvad der anses for hensigtsmæssigt.

Ifølge flere interviewede er en del udlændinge ikke vant til at have adgang til sociale og sundhedsmæssige tilbud, som de findes i Danmark, og mange havde i deres hjemland fået en indgroet mistillid til myndighederne, hvilket nu også kom til at rette sig mod danske myndighedspersoner. Desuden havde udlændingene vanskeligt ved at stille krav på den rigtige måde i f.eks. hospitalsambulatoriet: „De siger ikke noget, de sidder bare dér... De stiller ikke nogen krav – ikke tilnærmelsesvis som den homoseksuelle gruppe, som nok skal finde ud af at stille krav!“. På den anden side er der også de udlændinge, der stiller for mange krav: „De har nogle krav indimellem, hvor man siger: ‘det kan ikke være rigtigt, det her!’“.

Det sidste område, der kort skal omtales, vedrører perspektiver på sygdom og død. De interviewede fortæller, at nogle hiv-smittede udlændinge egentlig ikke forstår, at de er smittet med hiv. Dette bliver oftere forklaret med kulturelle forhold end med manglende rådgivning og information, idet „patienten ud fra det kulturelle ikke kan forstå, at man kan være syg [dvs. smittet], når man er rask. Det er jo en indstilling, du ser mange steder i Afrika“. Formodningen synes her at være, at „det kulturelle“ forhindrer en videnskabelig korrekt forståelse af viruset. På den anden side er der nogle udlændinge, der forlanger for meget af videnskaben og sundhedsvæsenet: „Der er jo opfundet piller mod alt – hvorfor ikke dette også?“, som en af de interviewede citerede en af udlændingene for. Til gengæld for den manglende videnskabelige forståelse af hiv og mulighederne for helbredelse, holder mange udlændinge sig til religionen: „Danskerne intellektualiserer døden mere, mens for eksempel udlændinge fra muslimske lande mere betragter døden som en del af livet“. Derved kan religionen være en hensigtsmæssig trøst og støtte. På den anden side er det ikke godt, når religion bliver til fatalisme: „Allah ... bestemmer alting; ... det er meget svært at få en person til at forstå, at vi [danskere] tror nu ikke på, at Allah bestemmer alting, og at der er nogle ting, vi også bestemmer selv“.

De forskelligartede karakteriseringer af udlændinge, der er nævnt eksempler på her, udspringer som regel af de vanskeligheder, som de professionelle hjælpere i deres arbejde har med at kommunikere med og forstå forskellige udlændinge. Vanskelighederne leder de professionelle tilbage til et grundlæggende problem: udlændingenes kulturelle baggrunde. Som en af de interviewede sammenfatter det: „Det er den kultur, de har... det er dér, der ligger en barriere“. „Kultur“ har ikke nogen bestemt betydning, men opsummerer snarere adfærdsmønstre, holdninger og følelsesudtryk, som de professionelle hjælpere ikke forstår eller blot finder fremmedartede og uvante. Udlændingenes forskelligartede kulturelle baggrunde udgør barrieren for gensidig forståelse, og er dermed en hindring for at de professionelle hjælpere kan udføre deres arbejde til patienternes/klienternes eget bedste. Nogle af de professionelle hjælpere er eksplicit kritiske over for udlændingene, men mange er snarere bekymrede for situationen og opsat på at forbedre den – spørgsmålet er blot hvordan. Fokuseringen på udlændingenes kulturelle baggrund indebærer, at årsagerne til problemerne éntydigt placeres på udlændingenes side, foruden at de placeres i fortiden og langt væk – dér hvorfra den udenlandske patient/klient engang kom – og dermed udenfor rækkevidde.

Hvis kultur?

Blandt de påtrængende spørgsmål, som de professionelle hjælpere karakteriserer af udlændinge rejser, er disse: Hvilke kulturelle forestillinger om forholdet mellem patienter og hjælpere er det, der fremstilles her? Hvad er det, man forventes at leve op til som patient på hospitalet eller som klient på rådgiverens kontor? Hvis man analyserer materialet i dette lys fremkommer et ret detaljeret billede af den *ideelle* patient/klient i social- og sundhedssystemets kulturelle univers, selvom dette naturligvis også rummer store variationer. Hvis vi her begrænser os til de udsagn, der er anført ovenfor, fremkommer i store træk dette billede: Den ideelle patient er åben og tillidsfuld over for den professionelle hjælper, men er forsigtig med åbenhed over for andre. Den ideelle patient forstår og værdsætter samtaler som en integreret del af hjælpen til hiv-smittede. Den ideelle patient er åben over for at tale om sex, men er tilbageholdende med sex i praksis. Den ideelle patient har tillid til myndighedspersoner, og beder om hverken mere eller mindre end den hjælp, der kan tilbydes. Den ideelle patient betragter grundlæggende hiv/aids i overensstemmelse med den videnskabelige forståelse; han eller hun kan godt være religiøs, i det omfang det kan være til trøst, men kun for så vidt som dette ikke kommer i konflikt med at være rationel og ansvarlig for sig selv.

Man kan med en vis ret argumentere for, at det normsæt for den ideelle patient, der tegner sig, mest passer på en yngre middelklasse-dansker med et vist uddannelsesniveau; en person, der er vant til at *tale om tingene*, bl.a. om sex, og hvis eventuelle religiøsitet ikke strider mod sund fornuft. Det er klart, at også mange danske patienter/klienter ikke vil passe ind i dette billede – men udlændinge vil oftere og i større grad afvige, også fordi de har færre erfaringer med det danske social- og sundhedsvæsen, og ringere mulighed for at have indblik i, hvad der kræves af dem der.

Eftersom de professionelle hjælpere udpeger udlændingenes kulturelle baggrunde som den underliggende barriere i forholdet mellem parterne, er det ikke overraskende, at „mere viden om kultur“ er den løsning, som de selv foreslår. Som beskrevet andetsteds (Jöhncke 1995:67-69) er det imidlertid tvivlsomt, om et detaljeret kendskab til en mængde etnografiske data om en lang række forskellige nationale og etniske grupper vil være et overkommeligt projekt for professionelle hjælpere i det danske social- og sundhedsvæsen. Foruden at man kan spørge sig, hvor praktisk anvendelig denne viden vil være i den konkrete, individuelle kontakt. Det afgørende vil under alle omstændigheder være at spørge den enkelte patient/klient selv, om hvilke forhold, der har betydning for hans/hendes liv her og nu. En generel opmærksomhed om kulturelle forskelle kan muligvis fremme evnen til at stille relevante spørgsmål. I de fleste tilfælde vil det nok være mere nyttigt at få øget kendskab til de sociale og økonomiske forhold, som den enkelte udlænding lever under her og nu, og hvilke erfaringer med det danske samfund, han eller hun har – i stedet for at fokusere på hendes fortid og udelukkende opfatte hende som bærer af (og styret af) en fremmed kultur. Just dette var der da også nogle af de interviewede professionelle hjælpere, der pegede på, som ovenfor nævnt: I en anden forståelse af udlændingene lægges der vægt på den enkeltes situation, og en opmærksomhed over for de problemer, som kan følge af at leve med hiv i et fremmed land. Endelig vil det være oplagt, at de professionelle hjælpere udnytter deres erfaringer med kontakten til udlændingene til at reflektere kritisk over deres *egne* kulturelle antagelser og hvilke forventninger, der stilles til patienterne/klienterne i det system, som de professionelle varetager. Dette bør

også sætte dem i stand til at rette kritikken mod utilstrækkeligheder i dette system – f.eks. manglende brug af tolkebistand og to-sproget personale – i stedet for mod brugerne.

Forestillingen om udlændinge som først og fremmest *kulturelt anderledes* er ikke særegen for de professionelle hjælpere i denne undersøgelse – snarere må det ses som et eksempel på en fremherskende begrebsliggørelse af udlændinge i det danske samfund. I sin analyse af debatten om indvandrere og etniske mindretal i Danmark påpeger Carl-Ulrik Schierup bl.a.:

'Kultur' er ... blevet et af den moderne tids mest brugte og misbrugte gummibegreber, som i tide og utide anvendes som en forklaring eller bortforklaring af de problemer, som de etniske minoriteter konfronteres med i samfundet. Man kan sige, at mange i grunden sociale og politiske spørgsmål er blevet 'forklaret' skabelonmæssigt i 'kulturelle' termer. Det vil sige *kulturaliserede*. Der er gået inflation i begrebet 'kultur'. Dermed har vi udviklet en hel bestemt måde at tale om os selv og 'de fremmede', De Andre, på, som får konsekvenser for såvel de talende som de omtalte (Schierup 1993:15).

I forlængelse heraf må de professionelle hjælpere forestillinger om udlændinge ikke bare betragtes i forhold til deres erfaringer med kontakten til denne gruppe patienter/klienter, men også sættes i sammenhæng med de forestillinger om hiv/aids og kultur, der mere generelt gør sig gældende i Danmark. Sådanne sammenhænge er en væsentlig del af temaet for Jens Seeberg's afhandling om stigmatiseringen af hiv-smittede afrikanere i Danmark (Seeberg 1996). På grundlag af en serie interviews beskriver Seeberg først erfaringer med stigmatisering hos afrikanske hiv-smittede i Danmark. Dette stilles derefter op over for de beskrivelser af hiv/aids, risikogrupper og kultur, som kan findes såvel i epidemiologien og den dertil knyttede videnskabelige litteratur, i de trykte massemedier, som hos hospitalspersonalet, der har med hiv-smittede at gøre. Seeberg peger på, hvordan en række ensartede formationer i forestillingerne om afrikanere og hiv/aids i Afrika – såsom kulturelt determineret smitteudbredelse, seksualitet, prostitution, promiskuitet etc. – kan genfindes i de forskellige kontekster, og gensidigt understøtter hinanden. Opfattelserne hos hospitalspersonalet udspringer derfor ikke nødvendigvis snævert af deres egne erfaringer med kontakten til afrikanere. Deres opfattelser skal måske snarere ses som afspejlinger af en generel forestillingsverden om afrikanere og hiv/aids, der gør sig gældende i Danmark.

Antropologi, kultur og hiv/aids

Denne artikel har forsøgt at kaste lys over nogle af de sociale processer, der har været involveret i etableringen af kulturelle grænsesætninger omkring bøsse og udlændinge i Danmark i indsatsen mod hiv/aids. Det, der har påkaldt sig antropologisk interesse, er hvordan disse grupper konstrueres som henholdsvis subkulturelt og kulturelt anderledes.

Kultur-begrebet har i vidt omfang været antropologers adgangskort til at medvirke i udforskningen af hiv, dets udbredelse og konsekvenser (Feldman 1990; Herdt 1992, ten Brummelhuis & Herdt 1995). Det er ikke vanskeligt at argumentere for, at de adfærdsmønstre, som betinger udbredelsen af hiv, må forstås i hele deres sociale og kulturelle sammenhæng – hvilket synes at kalde på involveringen af antropologer. Det samme kan siges at gælde for en klarlægning af de forestillinger om og erfaringer med hiv/aids, som

kendetegner en bestemt befolkningsgruppe – en klarlæggelse, som er nødvendig for at kunne sætte ind med kulturelt tilpasset og relevant oplysning og sundhedsarbejde (Bolton & Singer 1992). Så vidt, så godt. Situationen er bare den, at antropologer ikke har eneret på at definere, hvad „kultur“ er: Kultur er blevet en del af den måde, befolkningsgrupper beskriver sig selv og – især – hinanden på, og hvormed der markeres forskellighed og afstand. Disse beskrivelser finder sted i samfundsmæssige og politiske sammenhænge, der afgør, hvem der taler, og hvem der tales om, og hvad der bliver sagt – ja, hvad der overhovedet *kan siges*. Disse sammenhænge er antropologer – selv nok så velmenende – ikke herre over, og de kan dårligt undslå sig for at overveje, hvordan deres beskrivelser af kultur vil blive læst; hvilke sociale processer, de bidrager til, og hvilke konsekvenser, de kan få.

I sammenhæng med hiv/aids er begreberne „kultur“ og „subkultur“, uafhængigt af antropologer, allerede blevet tildelt en bestemt betydning, der henviser til kategorier snarere end til mennesker. De risikogrupper, som epidemiologerne fandt frem til, blev sideløbende i vid udstrækning defineret i *kulturelle* termer (Glick Schiller et al. 1994): den adfærd og de omstændigheder, der indebar risiko for smitte, blev betragtet som *kulturelle* karakteristika, mens f.eks. sociale og økonomiske vilkår og uligheder på nationalt og globalt plan blev ignoreret. Risikogrupper – og hele risiko-områder i den tredje verden – blev karakteriseret ved deres *kulturelle* forskellighed fra det normale, hvide og heteroseksuelle befolkningsflertal i Europa og USA. De var enten som afrikanere eller haitianere kulturelt anderledes (Sabatier 1988; Farmer 1992; Schoepf 1995), eller subkulturelle afvigere inden for landets grænser, såsom stofmisbrugere og bøsser (Kane & Mason 1992; Glick Schiller 1992). Disse befolkninger og grupper fremstilles samtidig som internt ensartede, reduceret til kulturelle stereotyper. Dette kan ikke blot medvirke til at fremkalde stempling og fordømmelse, men hindrer effektiv forebyggelse: Personer, der faktisk er i risiko, tror sig sikre, hvis de ikke mener at tilhøre „risikogrupperne“, fordi de ikke kan eller vil identificere sig med det billede, der fremstilles af disse. Det kan også være en hindring for effektiv omsorg for de allerede smittede, fordi de reduceres fra at være forskellige individer med forskellige behov og vilkår til at være uforståelige kulturbærere.

Hiv/aids er gennemsyret af politik – eller med Merrill Singers formulering: „Aids er blevet den formentlig mest politiske lidelse, der har hjemsøgt menneskeheden i moderne tid“ (Singer 1994:1322). At lave antropologiske studier af hiv/aids er derfor uomgængeligt et politisk forhavende, som fordrer en ansvarlig og professionel stillingtagen i valget af teoretisk perspektiv.

Noter

1. Disse interviews, ligesom undersøgelsen som helhed, blev gennemført af forfatteren sammen med cand.psych. Stephan Jørgensen og stud.scient.anth. Jeppe Hald, som begge takkes for godt samarbejde.
2. Arbejdet blev finansieret af den Europæiske Kommission (Generaldirektorat V), Sygekassernes Helsefond samt Hiv-Danmark, Landsforening for hiv-smittede, der også gav projektet hjerte- og husrum. Alle takkes for støtten. En varm tak skal også rettes til sygeplejerske og stud.scient.anth. Tine Skak, der assisterede med projektet overalt og også forestod nogle af interviewene.

3. Undersøgelsen, der udsprang af et større europæisk projekt, brugte den engelske betegnelse „service provider“, der betyder en person eller institution, der yder en form for service, det være sig behandling, rådgivning, praktisk hjælp eller andet.
4. Statens Seruminstitut, Epidemiologisk Afd., takkes for at have lavet en særlig opgørelse til brug for denne artikel.

Litteratur

- Abramson, Paul R.
1992 Sex, Lies, and Ethnography. I: Gilbert Herdt & Shirley Lindenbaum (eds.): *The Time of AIDS. Social Analysis, Theory, and Method*. Newbury Park: Sage Publ.
- Albæk, Erik
1990 AIDS: The Evolution of a Non-Controversial Issue in Denmark. Stencil. Institut for Statskundskab, Aarhus Universitet. (Senere publ. i: David L. Kirp & Ronald Bayer (eds.): *AIDS in the Industrialized Democracies: Passions, Politics, and Policies*. New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press 1992).
- Bolton, Ralph
1992a AIDS and Promiscuity: Muddles in the Models of HIV Prevention. I: Ralph Bolton & Merrill Singer (eds.): *Rethinking AIDS Prevention. Cultural Approaches*. Montreux: Gordon & Breach Science Publ.
1992b Mapping Terra Incognita: Sex Research for AIDS Prevention – An Urgent Agenda for the 1990s. I: Gilbert Herdt & Shirley Lindenbaum (eds.): *The Time of AIDS. Social Analysis, Theory, and Method*. Newbury Park: Sage Publ.
- Bolton, Ralph & Merrill Singer:
1992 Introduction. *Rethinking HIV Prevention: Critical Assessments of the Content and Delivery of AIDS Risk-Reduction Messages*. I: Ralph Bolton & Merrill Singer (eds.): *Rethinking AIDS Prevention. Cultural Approaches*. Montreux: Gordon & Breach Science Publ.
- ten Brummelhuis, Han & Gilbert Herdt
1995 Introduction. *Anthropology in the Context of AIDS*. I: Han ten Brummelhuis & Gilbert Herdt (eds.): *Culture and Sexual Risk. Anthropological Perspectives on AIDS*. Luxembourg: Gordon and Breach Publishers.
- Clatts, Michael C.
1995 *Disembodied Acts: On the Perverse Use of Sexual Categories in the Study of High-Risk Behaviour*. I: Han ten Brummelhuis & Gilbert Herdt (eds.): *Culture and Sexual Risk. Anthropological Perspectives on AIDS*. Luxembourg: Gordon and Breach Publishers.
- Farmer, Paul
1992 AIDS and Accusation. *Haiti and the Geography of Blame*. Berkeley: University of California Press.
- Feldman, Douglas A.
1990 Introduction: *Culture and AIDS*. I: Douglas A. Feldman (ed.): *Culture and AIDS*. New York: Praeger.
- Fouchard, Jan
1994 Seksuel adfærd med risiko for HIV-smitte – blandt mænd i Danmark, der har sex med andre mænd. Ph.d.-afhandling, Institut for Almen Medicin, Biostatistik, Medicinsk Videnskabsteori og Socialmedicin, Københavns Universitet.
- Glick-Schiller, Nina
1992 What's Wrong with this Picture? The Hegemonic Construction of Culture in AIDS Research in the United States. *Medical Anthropology Quarterly* 6(3):237-54.
- Glick Schiller, Nina, Stephen Crystal & Denver Lewellen
1994 Risky Business: The Cultural Construction of AIDS Risk Groups. *Social Science and Medicine* 38(10):1337-46.

- Haour-Knipe, Mary & Francoise Dubois-Arber
1993 Minorities, Immigrants, and HIV/AIDS Epidemiology: Concerns about the Use and Quality of Data. *European Journal of Public Health* 3:259-63.
- Herd, Gilbert
1992 Introduction. I: Gilbert Herdt & Shirley Lindenbaum (eds.): *The Time of AIDS. Social Analysis, Theory, and Method*. Newbury Park: Sage Publ.
- Jöhncke, Steffen
1994 Køn – fra essens til proces. Kvinde- og kønsforskningens videnskabsteoretiske grundlag – status og perspektiver. *Samkvinds Skriftserie nr.16*. København.
1995 Hvis kultur? Politik og praksis i indsatsen for hiv-smittede udlændinge i Danmark. København: Hiv-Danmark.
1996 Culture in the Clinic: Danish Service Providers' View of Immigrants with HIV. I: Mary Haour-Knipe & Richard Rector (eds.): *Crossing Borders. Migration, Ethnicity and AIDS*. London: Taylor & Francis.
- Jöhncke, Steffen, Stephan Jørgensen & Jeppe Hald
1993 Mere end blot „sikker sex“. *Evaluering af Stop-aids-kampagnen*. København: Forlaget Pan.
- Kane, Stephanie & Theresa Mason
1992 "IV Drug Users" and "Sex Partners": The Limits of Epidemiological Categories and the Ethnography of Risk. I: Gilbert Herdt & Shirley Lindenbaum (eds.): *The Time of AIDS. Social Analysis, Theory, and Method*. Newbury Park: Sage Publ.
- Kippax, Susan, June Crawford, Bob Connell, Gary Dowsett, Lex Watson, Pam Rodden, Don Baxter & Rigmor Berg
1992 The Importance of Gay Community in the Prevention of HIV Transmission: A Study of Australian Men Who Have Sex with Men. I: Peter Aggleton, Peter Davies & Graham Hart (eds.): *AIDS. Rights, Risk and Reason*. London: The Falmer Press.
- Levine, Martin P.
1992 The Implications of Constructionist Theory for Social Research on the AIDS Epidemic Among Gay Men. I: Gilbert Herdt & Shirley Lindenbaum (eds.): *The Time of AIDS. Social Analysis, Theory, and Method*. Newbury Park: Sage Publ.
- Lægeforeningens Sundhedskomité's AIDS-udvalg
1994 Forebyggelse af hiv/aids i Danmark. *Ugeskrift for Læger* 196(26):3922-34.
- Nader, Laura
1972 Up the Anthropologist – Perspectives Gained from Studying Up. I: D. Hymes (ed.): *Reinventing Anthropology*. New York: Pantheon Books.
1980 The Vertical Slice: Hierarchies and Children. I: GERAL M. Britan & Ronald Cohen (eds.): *Hierarchy and Society. Anthropological Perspectives on Bureaucracy*. Philadelphia: ISHI.
- Patton, Cindy
1989 The AIDS Industry. Construction of "Victims", "Volunteers" and "Experts". I: Erica Carter & Simon Watney (eds.): *Taking Liberties. AIDS and Cultural Politics*. London: Serpent's Tail.
1990 What Science Knows: Formations of AIDS Knowledges. I: Peter Aggleton, Peter Davies & Graham Hart (eds.): *AIDS. Individual, Cultural and Policy Dimensions*. London: The Falmer Press.
- Riper, Heleen, Dina Berkeley & Carmen Sanchis
1996 Study of the Knowledge, Attitudes and Behaviour in Respect of HIV/AIDS of Specific Target Groups in the European Union. London: ECAST, LSE, University of London.
- Sabatier, Renée
1988 *Blaming Others. Prejudice, Race and Worldwide AIDS*. London: The Panos Inst.
- Schierup, Carl-Ulrik
1993 På kulturens slagmark. Mindretal og størretal taler om Danmark. Esbjerg: Sydjysk Universitetsforlag.

- Schoepf, Brooke Grundfest
 1995 Culture, Sex Research and AIDS Prevention in Africa. I: Han ten Brummelhuus & Gilbert Herdt (eds.): Culture and Sexual Risk. Anthropological Perspectives on AIDS. Luxembourg: Gordon and Breach Publishers.
- Seeberg, Jens
 1996 Kulturens sorte kasse: Aids og Afrika i Danmark. Ph.d.-afhandling, Institut for Etnografi & Socialantropologi, Aarhus Universitet.
- Singer, Merrill
 1994 The Politics of AIDS. Introduction. Social Science and Medicine 38(10):1321-4.
- Smith, Else
 1997 Status over hiv/aids-situationen i Danmark ved udgangen af 1995. Ugeskrift for Læger 159(5):585-90.
- Sundhedsstyrelsen
 1986 Sundhedsstyrelsens redegørelse til Indenrigsministeriet om sygdommen AIDS samt forslag til smittebekæmpende foranstaltninger. København: Sundhedsstyrelsen.
 1987 Sundhedsstyrelsens redegørelse til Indenrigsministeriet vedrørende initiativer til bekæmpelse af aids. København: Sundhedsstyrelsen.
 1988 Hiv og aids. Virkelighed og visioner. Ideer til samordning af behandling, pleje og psykosocial støtte. København: Sundhedsstyrelsen.
 1991 Hiv og aids. Redegørelse for gennemførte foranstaltninger. Status. Informationsindsatsen 1991-1992. København: Sundhedsstyrelsen.
 1992 Aids. Psykosocial støtte i forbindelse med HIV-infektionen og sygdommen aids. København: Sundhedsstyrelsen.
- Thomsen, Claus Blok
 1995 Solkongen i Sundhedsstyrelsen. Månedsskriftet Press 113.
- Watney, Simon
 1990 Safer Sex as Community Practice. I: Peter Aggleton, Peter Davies & Graham Hart (eds.): AIDS. Individual, Cultural and Policy Dimensions. London: The Falmer Press.

JENS SEEBERG

STIGMA-STATISTIK

Når dagsordener sættes i dansk aids-politik

I 1798 udkom Sir John Sinclairs store værk, *A Statistical Account of Scotland*. Blandt andet under inspiration af en rejse til Tyskland var Sir John blevet begejstret for den nye vidensform, som tyskerne kaldte *Statistik*. De mente, det var en metode, der kunne anvendes til at måle en stats styrke, hvilket var et nyttigt fortrin for den, der havde planer om ved krig at udvide sit territorium. Men Sir John så helt andre kvaliteter ved den ny viden. For ham var der tale om et middel til at „spørge til et lands tilstand med det formål at bedømme det kvantum af lykke, som dets indbyggere nyder, samt midlerne for dets fremtidige forbedringer“ (citeret i Hacking 1990:16).

Selvom lykke er blevet vendt godt i statistikens historie og har fået navneforandring til „livskvalitet“, har det til trods for Sir Johns optimistiske visioner aldrig ladet sig kvantificere meningsfuldt. Måske var dette problem allerede fra starten medvirkende til, at statistikerne med ildhu gav sig til at klassificere og registrere alskens afvigere. De syge, de sindssyge, selvmorderne, morderne og alle andre kriminelle, de prostituerede – alle kunne de tages som udtryk ikke for indbyggernes lykke, men for samfundets patologi, og tallene kunne legitimere samfundets politiske sanktioner over for afvigerne.

Men – og lad os glemme Foucaults ånd og magtstruktureernes minutiøse gennemslagskraft et lille øjeblik – kunne man med inspiration fra Sir Johns optimisme ikke tænke sig scenariet anderledes? Kunne tallenes tale, der hurtigt blev kaldt objektiv, ikke have givet anledning til særlig støtte og omsorg for de udsatte mennesker? I princippet (og med parentes om magten) er svaret positivt, og heri gemmer sig risikogrupperns paradoks og dens dobbelte potentiale: Støtte eller udstødelse. Det handler denne artikel om. Med udgangspunkt i risikogrupperns paradoks skal jeg i det følgende fremlægge yderligere tre paradokser, som på forskellig vis uddyber, hvordan denne grundlæggende dobbelthed spalter sig, når aids-politikens dagsordener sættes, og parentesens om magten fortøner sig. Det første paradoks handler om tvangstestning af flygtninge med det angivelige formål at reducere hiv-smittespredning. Det er udtryk for en politisk dagsorden, der har til formål at bryde med den hidtidige danske aids-politikens frivilligheds- og anonymitetsprincipper, og hvor fokuseringen på flygtninge – eller asylansøgere – kan fungere som murbrækker, fordi deres retslige position i forvejen er skrøbelig. Eksplicit refererer dette paradoks imidlertid til en sundhedspolitisk diskussion, hvor især afrikanske flygtninge ses som en afgørende årsag til spredning af hiv i Danmark og blandt danskere.

Det andet paradoks vedrører modstillingen af hensynet til almenbefolkningen med hensynet til de smittedes menneskerettigheder. Det ligger i forlængelse af det første paradoks, ikke mindst fordi denne modstilling er særligt effektiv, når flygtninge/asylansøgere er involveret. Det centrale spørgsmål er her, om der i forbindelse med aids og flygtninge/asylansøgere er et reelt grundlag for at begrænse menneskerettighederne for at begrænse smitten.

Det tredje paradoks vedrører forebyggelsesindsatsen mere generelt og drejer sig om adskillelsen mellem forebyggelse og behandling i dansk aids-politik. Hvorfor er kontaktopsporing blevet et centralt omdrejningspunkt i kritikken af den eksisterende indsats, og hvad er denne (fraværende) kontaktopsporing et symptom på?

Det er den grundlæggende antagelse i denne artikel, at disse tre paradokser repræsenterer tre forskellige angrebspositioner, hvorfra den aktuelle „bløde linie“ i dansk aids-politik beskydes, uden at der eksisterer saglige og overbevisende argumenter, som taler for de positioner, hvorfra der skydes. Det ser ydermere ud til, at denne kritik tvinger aids-politikken ud i en defensiv position, hvorfra man forsøger at imødekomme kritikken for at minimere dens skadevirkninger, og at det er med til at fjerne opmærksomheden fra områder, hvor ny viden og forstærket indsats er påtrængende nødvendig.

Tvangstestning

I såvel den danske udlændingedebat generelt som i debatten om hiv-smittede udlændinge bliver spørgsmålet *hvor mange er der?* ofte stillet, især af debattører, som mener, der er for mange. Men svaret afhænger af definitionen af „udlændinge“ (Haour-Knipe og Dubois-Arber 1993). Organisationer som OECD og FN laver statistikker over migration, men mens FN definerer udlændinge som „født i udlandet“, omhandler OECDs statistik „nationalitet“. Hvilke landes borgere, der rejser rundt i verden, opgøres af de enkelte lande ved grænseovergangene, og statistikken er således udtryk for landenes nidkærhed eller omhyggelighed ved grænsen. Data vedrørende fastboendes nationalitet på et givet tidspunkt er derimod resultat af folketællinger, og her bliver præcisionen ofte mindre, desto mere marginaliseret en given befolkningsgruppe er i et samfund. Unøjagtighederne i de to typer af opgørelser er således af vidt forskellig karakter. Men resultatet af, om man vælger fødested eller nationalitet som udgangspunkt for opgørelsen, er også vidt forskelligt. Tabel 1 viser, at der er ca. en halv gang flere, som er født i udlandet og bosiddende i Danmark, end som bor i Danmark med udenlandsk statsborgerskab.

„UDLÆNDINGE“ pr. 1.1.1995		
	Antal	Procent af befolkning
Def. v. statsborgerskab	196.705	3,77%
Def. v. fødested	264.055	5,06%

Tabel 1 (Kilde: Danmarks Statistik)

Uklarheden vedrørende definitionen af „udlændinge“ (eller „etniske minoriteter“ eller „indvandrede“) genfindes også i hiv/aids-statistikkerne. I „Epi-Nyt“, som udsendes af

Statens Seruminstitut, informeres kvartalsvis om hiv/aids-epidemiens udvikling i Danmark. Hiv-statistikken er baseret på hiv-meldesystemet, som trådte i kraft i august 1990, og som giver hiv-testende klinikker og læger pligt til i anonym form at indberette data om nye fund af hiv-smittede, herunder nationalitet, på et specielt skema. Skemaet er opbygget, så det opfordrer lægen til at placere den smittede i en af risikogrupperne, men der spørges også, om den hiv-smittede er *indvandrer eller flygtning*. Kriterierne for indvandrer- eller flygtningehed fastlægges af den enkelte læge eller sygeplejerske, som udfylder det. Jöhncke (1995) påpeger, at den enkelte behandlers klassifikation af udlændinge beror på et subjektivt indtryk af „fremmedhed“ baseret på hudfarve, sprog og navn snarere end på objektive kriterier som nationalitet eller fødested, men implikationerne heraf for statistikken er ukendte. Det kan både føre til underrapportering, som når eksempelvis skandinaver fejlagtigt ikke bliver klassificeret som indvandrere, og til overrapportering, som når eksempelvis andengenerationstyrkere fejlagtigt bliver klassificeret som indvandrere.

Sådanne forbehold er man antageligt klar over på Statens Seruminstitut, hvor opgørelserne som nævnt laves. Men det er man næppe i medierne, når man bruger statistikken som grundlag for en god historie. Et eksempel stammer fra Weekend-avisen (Davidsen-Nielsen og Stensgaard 1995), som satte dagsordenen under overskriften „Den afrikanske forbindelse“. Artiklen handler i vid udstrækning om danskere smittet i udlandet, men alligevel drejes opmærksomheden gradvist over til den fare, afrikanere i Danmark repræsenterer for danskere. Formanden for Folketingets Sundhedsudvalg – støttet af de Konservative og af Fremskridtspartiet – havde forstået budskabet og gik i Morgenavisen Jyllands-Posten ind i debatten med et konkret forslag:

Formand for Sundhedsudvalget, Ester Larsen (V), siger: 'Når vi beskytter mennesker mod forfølgelse, må vi også sikre os, at den danske befolkning ikke bliver påført en ekstra risiko. Derfor må der dæmmes op og gerne med noget, der nærmer sig et krav om hiv-test ved indrejse' (Nybroe 1995).

Karen Højte Hansen fra Det Konservative Folkeparti fandt det dengang „oplagt“ at undersøge for hiv og aids [sic] hos personer fra udvalgte højrisikolande (ibid.), og Jan Køpke Christensen fra Fremskridtspartiet fandt det „grotesk“ at „potteplanter [...] bliver undersøgt i alle ender og kanter, men udenlandske statsborgere fra risikoområder er der ingen sygdomskontrol med“ (ibid.). Han citeres i forlængelse heraf for at mene, at alle asylansøgere skal tvangstestes.

Det fremgik ikke i artiklerne fra februar 1995, hvad de tre politikere havde tænkt sig som konsekvens af en positiv hiv-test hos en asylsøger. Skulle det være grundlag for at nægte vedkommende asyl? Ellers vil der vel næppe være mening i at tvangsteste.

Et halvt år efter Weekend-avisens artikel gentager Morgenposten Fyens Stiftstidende 27.8.95 historien under den selvsamme overskrift, „Den afrikanske forbindelse“. Grundlaget for artiklen, der strækker sig over halvanden side, er også her Seruminstitutets opgørelse pr. 2. kvartal 1995, der præsenteres i en særskilt boks på siden under overskriften „Fakta“ (jf. tabel 2).

Artiklen fokuserer på det forhold, at en stor andel af de heteroseksuelt smittede i Danmark kan antages at være smittet af afrikanere: De afrikanske smittede, de danskere, som har rejst i Afrika, og de danskere, som er smittet ved ubeskyttet sex med hiv-smittede afrikanere i Danmark. Men forsideartiklen, som henviser til hovedartiklen inde i bladet,

har overskriften „Danskere får aids fra Afrika“ (Koefoed 1995a). Udsagnet underbygges yderligere af, at professor Peter Skinhøj citeres for en kritik af Sundhedsstyrelsen for ikke at tage sig af „problemet“. Dermed bliver det et centralt budskab i avisen, at den heteroseksuelle smitte i Danmark overvejende skyldes, at afrikanerne smitter danskerne.

Flere eksperter anklager nu Sundhedsstyrelsen for at bruge alt for få kroner til målrettede oplysningskampagner om det afrikanske problem. En af dem er overlæge på Rigshospitalets epidemiologiske afdeling, professor Peter Skinhøj, der behandler omkring en tredjedel af alle aids-patienter i Danmark. Skinhøj mener, Sundhedsstyrelsen har værget sig ved at udbasunere det afrikanske problem af angst for at blive beskyldt for racisme. 'For mig at se har man ikke rykket ud med målrettede kampagner, fordi man er bange for at komme til at pege fingre ad nogen. Men når vi lige nu har dette afrikanske problem i forbindelse med heteroseksuel smitte, så må man også turde sige tingene lige ud: Hvis en pige vil i seng med en sort, så skal hun beskytte sig' [sic] (Koefoed 1995b).

For den vedholdende læser fremgår det imidlertid i slutningen af artiklen, at Sundhedsstyrelsen faktisk har anvendt penge netop til målrettede kampagner over for forskellige flygtninge- og indvandrergrupper. Alligevel giver artiklen anledning til fornyet politisk interesse om de afrikanske hiv-smittede. Det er denne statistisk bestemte føljeton, som artiklen i Morgenposten Fyens Stiftstidende giver anledning til at fortsætte. Allerede dagen efter „Den afrikanske forbindelse“ fremsættes i samme avis „Krav om ny aids-politik“:

Når Folketinget samles igen i oktober vil Ester Larsen, der er formand for Folketingets sundhedsudvalg, stille forslag om en obligatorisk hiv-test af folk, der kommer fra områder med høj risiko for aids-smitte. 'Indsatsen må koncentreres om smitekilderne. Vi må derfor ved hjælp af en sådan test sikre os, at vi ved, hvad det er for mennesker, der er smittet og sørge for, at de får en særlig målrettet information', siger Ester Larsen til Stiftstidende (Hjuler 1995).

Her angives et formål med testen – de smittede skal have særligt målrettet information. Det er et påfaldende beskedent formål for så drastisk en beslutning som tvangstestning, og det viser sig da også snart at være mere omfattende. Næste dag skriver Morgenposten Fyens Stiftstidende nemlig, at „Regeringen bøjer sig for kritik af hiv-politikken“ (Koefoed 1995c). Her beskrives formålet anderledes eksplicit:

Nu har [...] Ester Larsen [...] krævet, at man som indgangsbillet til flygtninge stiller krav om, at de skal lade sig hiv-teste. Vil de ikke lade sig teste, skal de ikke have opholdstilladelse, mener hun (Koefoed 1995c).

Det er altså ikke test-svaret, men selve det at blive testet, som skal afgøre, om vedkommede er kvalificeret til overhovedet at søge om at måtte være i Danmark. Hiv-testen ses her *i sig selv* som „løsningen“ på „det afrikanske problem“.

Forslaget om tvangstestning bygger antageligt på en hensigt om at begrænse smittespredning. Indbygget i forslaget om tvungen hiv-test for asylsøgere ligger imidlertid en modstilling mellem menneskerettigheder og aids-bekæmpelse, fordi tvungen test er et brud på menneskerettighederne. Ved at stille forslaget siger man samtidigt, at det ikke kan lade sig gøre *både* at overholde menneskerettighederne *og* bekæmpe epidemien. Det er ikke nogen enestående overvejelse, at det undertiden kan være nødvendigt at begrænse individers frihed, fordi de har en sygdom, hvis spredning man ellers ikke kan kontrollere.

Et eksempel er ebola-virus, som er langt mere smitsom end hiv, og hvor det er nødvendigt at isolere alle smittede fra omverdenen. I forhold til isolation kan tvangstestning måske være et mindre indgreb i individets rettigheder. Jeg vender tilbage til diskussionen om menneskerettigheder nedenfor; først er det rimeligt at spørge, om tvangstestning med nogen sandsynlighed ville medføre en reduktion af smittespredningen. Hvad var det egentlig, statistikken i Morgenposten Fyens Stiftstidende under overskriften „Fakta“ (jf. tabel 2) havde vist?

FAKTA			
Førstegangsm HIV-positive			
fordelt på køn og risiko 1/8 1990 – 31/7 1995			
	Mænd	Kvinder	Total
Homo/biseksuel	669	-	669
Stofmisbrug	106	64	170
Heteroseksuel	328	303	631
Blodtransfusion	10	6	16
Spædbørn/nyfødte	10	13	23
Andet/uoplyst	99	20	119
Total	1222	406	1628
Heteroseksuelt smittede førstegangsm HIV-positive			
fordelt på smittested og -måde 1/8 1990 – 31/7 1995			
	M	K	Total
Smittet i udland:			
Person født i udland	60	129	189
Person født i Danmark	78	22	100
Uoplyst fødested	7	12	19
Smittet i Danmark:			
Sex m/stofmisbruger (stik)	16	5	21
Sex m/biseksuel mand	-	21	21
Sex m/person fra højrisikoområde	16	22	38
Sex m/prostitueret	17	-	17
Sex m/person m/ukendt adfærd	79	40	119
Andet	15	17	32
Smittested uoplyst:			
Antal personer	40	35	75
Total	328	303	631
Kilde: Statens Seruminstitut			

Tabel 2: „Fakta“ om HIV-smitten i Danmark. Morgenposten Fyens Stiftstidende 27.8.1995

Af de 346 heteroseksuelt smittede, som havde forbindelse til såkaldte højrisikoområder, var de 88% smittet uden for Danmark.¹ Kun i 12% af tilfældene var der altså tale om, at udlændinge havde smittet danskere i Danmark. Der er tale om 38 mennesker. Det er 38

for mange, eftersom enhver hiv-smittet er én for meget, men de udgør ikke en stor andel af de smittede. De udgør som sagt 12% af de smittede, der på en eller anden måde kan henføres til udlandet. De udgør 6% af alle heteroseksuelt smittede og 2,3% af samtlige hiv-smittede i Danmark. Det er disse 2,3%, tvangstestningen skal forebygge. Et relevant spørgsmål i denne sammenhæng er, om dette tal berettiger til brud på de internationale konventioner og aftaler, Danmark har tilsluttet sig, herunder WHO's og Europaparlamentets anbefalinger.² Spurgt på den måde ville de fleste politikere formodentlig svare nej. Det interessante er, at der er etableret et fundament baseret dels på 1980'ernes epidemiologiske beskrivelser af hiv/aids og risikogrupper, dels på mediernes beskrivelser af Afrika generelt og aids og Afrika specifikt (Seeberg 1996b), og dels på den aktuelle polarisering i indvandrer/flygtninge-debatten, som tilsammen næsten på forhånd synes at bestemme, hvordan statistikken skal fejllæses („danskere får aids fra Afrika“). Skylden for smitten synes at være placeret på forhånd, og det politiske råb på handling virker tilsvarende automatiseret, skønt der ikke er belæg for denne tilskrivning af skyld i statistikken.

Resultatet af alt dette er, hvad jeg indledningsvis betegtede som det første paradoks: *Forslag om tvangstestning er en irrelevant handling* (fordi det ikke vil have smittebegrænsende effekt), *der legitimerer ikke-handling, hvor handling var relevant* – og relevant handling kunne være rådgivning, støtte og behandling til de allerede smittede.

Men under denne diskussion gemmer sig et mere principielt spørgsmål. Det har to beslægtede aspekter, nemlig for det første, om stigmatisering og dens legitimerede følgesvend, diskrimination, er anvendelige midler i bekæmpelsen af smittespredning? Og for det andet, om der er en modsætning mellem frygt for stigmatisering/diskrimination og hensynet til at beskytte den ikke-smittede befolkning? Kritikken af Sundhedsstyrelsen antog jo, at der var tale om et misforstået hensyn til indvandrere og flygtninge – at man for at undgå en sammenblanding af aids og racisme satte hensynet til den danske befolkning på spil.³

Menneskerettigheder vs. stigmatisering-som-middel-mod-smittespredning

Gilmore og Somerville (1994) diskuterer, i hvilket omfang udstødelse, diskrimination og stigmatisering kan have et formål ud fra et samfundsmæssigt perspektiv. Stigmatisering kan, siger de, være beskyttende i forhold til en risiko eller trussel, det kan være styrkende og skabe enshed i fællesskabet, og det kan være et middel til social kontrol.

Kontrolforanstaltningerne etableres med stigmatisering som legitimerende faktor. Der er tale om at tilskrive skylden for at smitte den danske befolkning til en afgrænset gruppe. Gruppen er i forvejen beskrevet ved kulturelt definerede negative attributter, som medvirker til at legitimere kontrollen i form af begrænsning af rettigheder i det afgrænsede rum, der er nødvendigt for at kunne gennemføre kontrollen, og som i det aktuelle tilfælde udgøres af asylcentrene. Der er ikke mulighed for, at den smittede kan få kontrol med informationen om, at han eller hun er smittet; ej heller er der i sagens natur tale om, at de pågældende som befolkningen i øvrigt kan vælge en anonym test. Der er kun mulighed for at føje sig for testkravet eller forføje sig. Hvis man ikke vil lade sig teste, er man næppe „rigtig“ flygtning, og så kan man ikke accepteres i landet. Så er det legitimt at afslå at behandle asylsagen.

Fordi hiv er en smitsom sygdom, har skyldsspørgsmålet en særlig karakter. Det er ikke blot et spørgsmål om skyld for sin egen situation. Det er i høj grad et spørgsmål om skyld for sygdommen som sådan – skyld for, at andre potentielt kan smittes.

Det er, som Gilmore og Somerville nævner, stigmatiseringen, der legitimerer den forskelsbehandling, som skal tjene til at beskytte mod en opfattet risiko. Stigmatiseringen er imidlertid ikke midlet, men den legitimerende faktor, der gør forskelsbehandling væsentligt nemmere at gennemføre i praksis. Det ville være ulig vanskeligere for en førende politiker at foreslå tvangstestning af alle danske turister eller rejsende, som havde opholdt sig i Afrika eller Sydøstasien. Stigmatiseringen kan også tjene til at udelukke bestemte identificerbare grupper fra adgang til knappe ressourcer (Finerman og Bennet 1995). Begge dele genkendes fra den offentlige debat om hiv og aids både herhjemme og i udlandet, men inden for hvad der er defineret som to forskellige felter, nemlig forebyggelse (beskyttelse mod risikogrupper) og behandling (læger, sygeplejersker og tandlæger, der nægter at behandle hiv-smittede; diskussioner mellem konkurrerende hospitalspecialer og i offentligheden om, hvem der skal have hvor store midler til at behandle hvilke typer patienter). Jeg skal vende tilbage til adskillelsen mellem forebyggelse og behandling nedenfor. Spørgsmålet her var imidlertid, om stigmatisering kan anvendes som middel til begrænsning af smitten. Det foreløbige svar er: Stigmatisering kan anvendes til legitimering af diskrimination. Svaret afhænger dermed af, om diskriminationen har som effekt at begrænse smitten.

Jeg har peget på en række forhold, som peger i den modsatte retning. For det første overdrives forestillingen om spredning fra afrikanere til danskere voldsomt. For det andet ses testen som en løsning i sig selv. Ideen om testen som løsning bygger på en forestilling om, at der nok er en lavere testhyppighed blandt indvandrere/flygtninge end blandt danskere. Denne antagelse nærer frygt for, at der er mange utestede hiv-positive udlændinge.

Ved at tvangsteste kan man ikke undersøge, om denne forestilling om lav testhyppighed er rigtig, men man kan gøre den irrelevant. Baggrunden for frygten og for forslaget om tvangstestning er altså i høj grad, at der ikke findes et overblik i form af statistisk viden i Danmark om hvem, der lader sig teste. Således kan statistisk ikke-viden tilsyneladende være en eksplicit baggrund for at foreslå tvangstiltag over for en lille og særligt sårbar gruppe.

Der kan være grund til en formodning om, at hiv-test af indvandrere og flygtninge i højere grad finder sted i forbindelse med kontakter til sundhedsvæsenet, som har at gøre med generelle helbredsundersøgelser eller specifikke sygdomme (Seeberg 1996a); men dét kunne vel lige så vel indebære, at indvandrere og flygtninge bliver testet hyppigere end befolkningen generelt, som det modsatte.

Det er sandsynligt, at holdninger i befolkningen til forslag om tvangstestning af en bestemt gruppe til en vis grad vil afspejle befolkningens holdninger til gruppen generelt. Således kan man antage en sammenhæng mellem en overvejende negativ holdning til indvandrere/flygtninge og en overvejende positiv holdning til tvangstestning af netop dem. Der findes ikke analyser af dette spørgsmål i Danmark, men antagelsen finder støtte i eksempelvis undersøgelser af holdninger til tvangstestning af bøsser i USA (Schwalbe og Staples 1992). Hvis tvangstestning var svaret på aids-epidemien, burde man imidlertid tvangsteste befolkningen som sådan.

Forslaget om tvangstest af asylansøgere rejser imidlertid også en lang række spørgsmål i forhold til dem, der måtte blive fundet hiv-positive ved tvangstest. Et af argumen-

terne er jo, at man vil teste for at hjælpe dem til at komme ind i behandlingssystemet. Men hvis testen er en forudsætning for at kunne søge asyl, hvad sker der så med behandlingen af den hiv-smittede, hvis asylsag afvises? At kræve en test indebærer et ansvar for den pågældende, hvis eneste humane konsekvens ville være, at hiv-smitte i sig selv medfører anerkendelse af asylkravet.

At få at vide, man er hiv-smittet, mens man bor i en dansk flygtningelejr under ofte meget store psykiske belastninger, kan næppe være gavnligt for den pågældendes muligheder for at håndtere den ledsagende krise. Det vil være vanskeligt eller umuligt for den smittede i asylcentret at opretholde kontrollen over, hvem der får at vide, at han er smittet, og det vil være vanskeligt eller umuligt at få udbytte af eventuel rådgivning, når man ikke ved, om man skal sendes tilbage eller må blive boende.

I øjeblikket er der ikke engang tilstrækkelige ressourcer til at hjælpe alle de, der frivilligt er blevet testet hiv-positive, selv med så simple ting som at kommunikere med behandlerne (Seeberg 1996b). Det er nødvendigt at etablere de relevante behandlingstilbud, før man forivrer sig i sin søgen efter dem, der skal bruge dem.

Sammenfattende kan man sige om det konkrete forslag om tvangstestning, at det 1) hviler på en systematisk fejlslænsning af statistikken, som overdriver betydningen af smitte fra afrikanere til danskere; 2) medvirker til stigmatisering af hiv-smittede og puster til fremmedangsten; 3) underbygger befolkningens forestilling om, at sygdommen kun smitter inden for velafgrænsede grupper; 4) fejlagtigt ser testning som et tilstrækkeligt redskab mod smittespredning; 5) indebærer et brud på menneskerettighederne, som ydermere vil fungere som et signal til andre lande om, at menneskerettighederne kan overtrædes efter forgodtbefindende i Vesten; 6) fjerner opmærksomheden fra en løsning af de faktiske problemer, der er forbundet med hiv-smittede udlændinges situation; og 7) har til formål at give befolkningen et falsk indtryk af politikeres handlekraft.

Disse forhold hænger alle sammen med etableringen af en grundlæggende modsætning mellem hiv-smittedes og den øvrige befolknings interesser. Modsætningen hænger sammen med de to typer sygdomskontrol, som vil blive diskuteret i næste afsnit. Foreløbig giver den grundlag for at formulere det andet paradoks, som er knyttet til risikogrupperterminologiens sociale liv: *Modsætningen mellem smittede og ikke-smittede er grundlæggende falsk. Men den politik, som modsætningens tilhængere advokerer for, skaber modsætninger mellem smittede og ikke-smittede. Derved sløres sammenfaldet mellem smittedes og ikke-smittedes interesser.*

To typer kontrol

I det foregående har jeg diskuteret tvangstestning i lyset af forholdet mellem menneskerettigheder og aids-forebyggelse. Goldin tager dette spørgsmål op som et generelt problem ved kontrol med hiv/aids-epidemien.

Når de defineres i en kontekst af stigmatisering, er borgerrettigheder *i konflikt* med den offentlige sundhedsindsats til kontrol af aids-epidemien. [...] Spændingen mellem rettighederne for det individ, der er i risiko for synliggørelse og fordømmelse på grund af stigma, og rettighederne for resten af samfundet, kolliderer med udviklingen af omfattende effektive sundhedsprogrammer (Goldin 1994:1365).

Udgangspunktet for at diskutere Goldins antagelse af denne konflikt er, at *kontrol med epidemien* ses i to aspekter. Det ene er det, som fortalene for tvangstestning advokerer for, nemlig bekæmpelse af epidemien ved hjælp af direkte kontrol med hiv-smittede, også kaldet „den hårde linie“. Det andet aspekt er bekæmpelse af epidemien ved hjælp af kontrollen med sygdommen, „den bløde linie“. „Den hårde linie“ kan karakteriseres ved en række punkter :

- Ved hel eller delvis registrering af hiv-smittede, hvilket også indebærer, at anonymitet enten ikke er mulig eller kun er mulig for ikke-smittede.
- Ved tvungen testning i en række sammenhænge, herunder ofte indrejse.
- Ofte også ved mulighed for internering af smittede, som skønnes at ville opføre sig uansvarligt i fremtiden (eks. Sverige og Cuba) (Krasnik et al. 1989).

Det er udelukkende ved anvendelse af denne „hårde linie“, der eksisterer en modsætning mellem hiv-smittedes rettigheder og smittebekæmpelsen.

I Danmark har man anvendt den bløde linie. Folketinget har med sin dagsorden af 31.3.1987 besluttet, at hiv-testning i Danmark skal være frivillig og skal kunne være anonym. Hermed anerkendte man tidligt hiv som en stigmatiseret sygdom, hvor det – især i betragtning af, at der ikke kan tilbydes en egentligt helbredende behandling – blev opfattet som vigtigt, at så mange som muligt lod sig teste, og at det kunne ske i fuld tillid til den myndighed, der foretog testen. At testen skal være frivillig er i overensstemmelse med fundamentale borgerrettigheder i Danmark. Anonymitet forudsætter denne frivillighed, men rummer også udsagnet om, at der i forbindelse med testen tilbydes den testede fuld kontrol over informationen. Det er interessant, at hiv og aids allerede fra starten af den politiske indsats var bredt anerkendt af de politiske partier som en særligt stigmatiseret sygdom, hvor man måtte tage specielle hensyn til de smittede. Det antyder, at risikogrupperne i Danmark ikke entydigt har været opfattet som særligt farlige; de er også blevet set som særligt sårbare, som nogen, der i et vist omfang kunne skabe sympati for deres situation. Blødersagen er et godt eksempel herpå. Her fik Bløderforeningen afvist deres erstatningskrav til hiv-smittede blødere, der i løbet af firserne var blevet smittet ved ubehandlet faktormedicin, som foreningen holdt Statens Seruminstitut og Novo Nordisk ansvarlige for. Foreningen tabte retssagen, men fik efterfølgende en godtgørelse bevilget af Folketinget, som derved indirekte anerkendte et offentligt ansvar for den ubehandlede medicin – dog uden at drage nogen konkret til ansvar. Men det er på den anden side svært at forestille sig andre risikogrupper, eksempelvis stiknarkomaner, opnå en lignende almindelig sympati. Det ser man i fængselsvæsenet, hvor fængselsmyndighederne nægter at udlevere engangsprøjter, fordi man hellere vil acceptere smittespredning end „sanktionere“ narkotikamisbruget (se f.eks. Søndergaard Hansen 1993). I skrivende stund er konflikten samlet om den mulige udlevering af rensevæske til kanyler.

Kontrollen med sygdommen kontrolleres selv i kraft af statistiske opgørelser, som blandt andet har til formål at undersøge, om sygdommen stadig „kun“ er udbredt i risikogrupper, eller om den også breder sig i den „normale“ heteroseksuelle befolkning. Det statistiske grundlag, som epidemiologien arbejder på, er i forhold til hiv (i modsætning til aids) relativt spinkelt. I august 1990 indførtes hiv-overvågningssystemet, der forpligter screeningsklinikker og praktiserende læger til at indberette hiv-positive testresultater samt oplysninger om formodet smitemåde og oplysninger om eksempelvis køn, alder og nationalitet anonymt til Statens Seruminstitut. Foruden denne statistik har man tallene

for aids-syge, som registreres som alle andre patienter på det behandlende hospital (det vil sige ikke-anonymt, ligesom indberetningen til registret hos Statens Seruminstitut også er med CPR-nr.). Disse tal er langt mere pålidelige fordi aids er en diagnose, der kun stilles af de behandlende læger, der skal indberette tallene. I den forstand har man ikke aids, før man er blevet diagnosticeret, hvorimod man kan være hiv-smittet uden at være hiv-testet. Aids-tallene er også mere pålidelige i kraft af, at stort set alle aids-patienter vil have behov for hospitalsbehandling i større eller mindre omfang og derfor vil komme i kontakt med sundhedssystemet. Men aids-tallene er samtidigt mindre pålidelige på grund af sygdommens latensperiode, som ofte vil være omkring 10 år, men som kan variere voldsomt for den enkelte. Aids-tallene viser dermed ikke, hvor mange, der aktuelt er smittet, men hvor mange der blev smittet for en halv snes år siden. Denne statistiske utilstrækkelighed er en naturlig konsekvens af, at man ikke tvangstester hele befolkningen. I forhold til smittespredning anerkendes det, at den overvågningsmæssige gevinst, der ville ligge i tvangstestning, ville forsvinde, fordi den konkrete smittespredning, især ved seksuel smitte, blandt andet afhænger af personlig motivation i en given social kontekst – i det enkelte seksuelle forhold.

Der er i lyset af den eksisterende viden om hiv ikke grundlag for sådanne tvangstiltag. Den officielle danske politik på området fastholder også, at der ikke er en modsætning mellem menneskerettigheder og smittebekæmpelse. Således gik sundhedsminister Yvonne Herløv Andersen i Morgenposten Fyens Stiftstidende imod Ester Larsens krav om tvangstestning. Imidlertid skete det med den samtidige iværksættelse af et såkaldt „motiveret tilbud“ til asylansøgere om at blive hiv-testet i forbindelse med opholdet i Røde Kors' asylcentre:

I dette forsøg er det vigtigste budskab til flygtningene, at de godt kan sige nej – uden at det koster en returbillet eller en permanent dansk opholdstilladelse. Vi vil i tilbudet fortælle alt om, hvilken hjælp og hvilke muligheder, det danske samfund stiller på benene for dem, hvis de har hiv. Og det er et løfte, vi vil overholde, lover Yvonne Herløv Andersen (Koefoed 1995c).

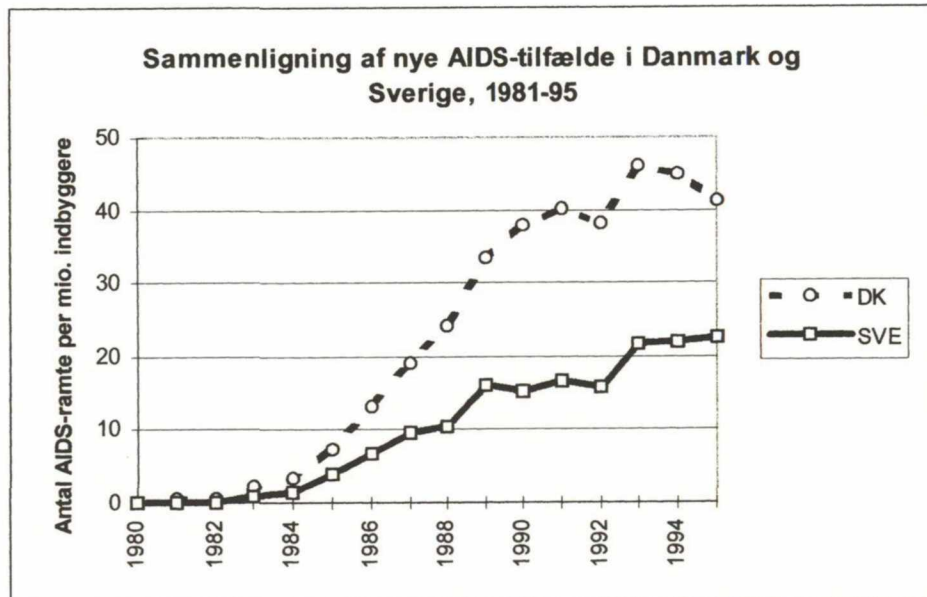
Jeg skal ikke her gå nærmere ind i en diskussion af Røde Kors' initiativ, blot nævne det som et eksempel på den defensive udvikling i aids-politikken, jeg nævnte indledningsvis, hvor man i stedet for at undersøge og forbedre behandlingstiltagene for smittede indvandrere og flygtninge kun har ambitioner om at afværge kritikken. Sundhedsministerens udtalelse peger imidlertid på et andet væsentligt forhold. I modsætning til Ester Larsen kæder hun testen sammen med behandling af de pågældende snarere end med forebyggelse af smitten. Det er interessant, fordi behandling ikke sædvanligvis tænkes som et væsentligt led i forebyggelsen.

Forebyggelse og behandling

Opfattelsen af hiv/aids i Danmark er karakteriseret ved en adskillelse af forebyggelse og behandling. Hvor tvangstestning og lignende kontrolforanstaltninger tager sigte på at kontrollere de smittede, rummer behandlingen nemlig det andet kontrolaspekt i forhold til hiv, kontrollen med selve sygdommen.

En af de få, som herhjemme har påpeget betydningen af den hiv-smittedes kontakt med sundhedsvæsenet, har været overlæge Hugh Zachariae. Imidlertid har han gjort det med et ganske snævert fokus på smitteopsporing. Zachariae har krævet, at man for at skærpe kravene til kontaktopsporing indfører „svenske tilstande“. Sverige praktiserer „den hårde linie“ i aids-politikken, herunder en væsentligt højere prioritering af smitteopsporing, som er den proces, hvor lægen og den hiv-smittede forsøger at finde frem til, hvem der kan have smittet vedkommende, og om flere kan være blevet smittet, med henblik på at undgå yderligere smittespredning.

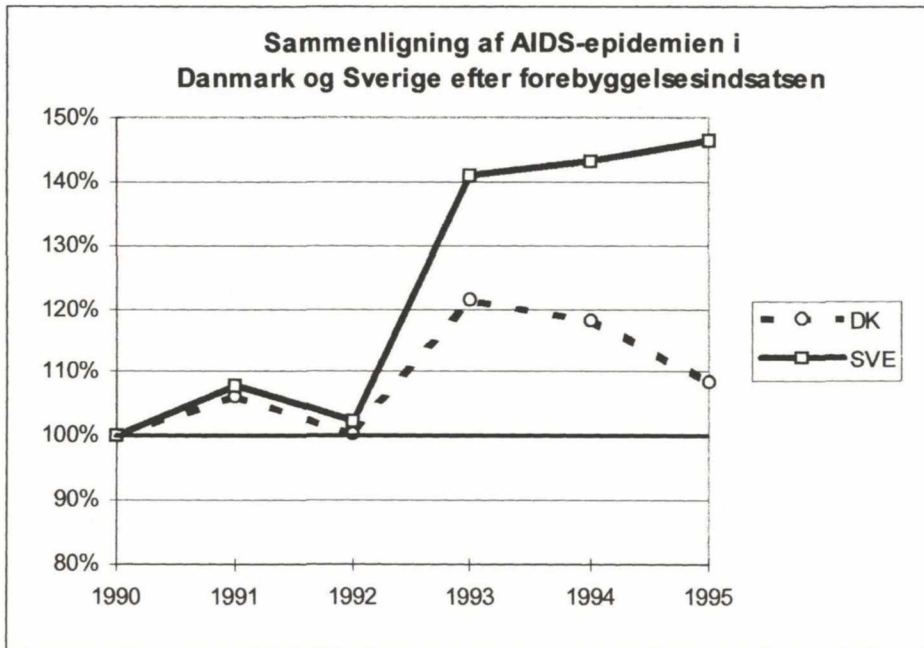
Zachariae påpeger, at smitteopsporingen stort set ophørte med afskaffelsen af køns- sygdomslovgivningen i 1988 (Zachariae 1992a, 1992b, 1992c, 1993, 1994). Han mener, at de danske principper om anonymitet og frivillighed er langt mindre effektive end de svenske håndfaste kontrolmetoder, og at det især på grund af det stigende antal heteroseksuelt smittede er på tide at ændre den danske politik. Zachariae har underbygget sit krav med en sammenligning af aids-tallene for Danmark og Sverige, som blandt andet viser, at man i Sverige har haft en langsommere stigningstakt i løbet af firserne, hvad angår antallet af aids-tilfælde (Zachariae 1995). Zachariae opstiller fire grafer, som henholdsvis viser antallet af nye aids-tilfælde pr. år pr. mio. indbyggere og nye aids-tilfælde blandt homo-/biseksuelle mænd pr. mio. mandlige indbyggere for hhv. Danmark og Sverige og København og Stockholm (Zachariae 1995: Fig. 1-4). Zachariaes fire grafer er ikke gengivet her, men de viser det samme forhold mellem Danmark og Sverige, som ses i figur 1, der er baseret på de to landes indberetninger til WHO. Mens Zachariaes statistikker kun går frem til 1993, går denne frem til 1995.



Figur 1

Zachariae vælger angiveligt aids-statistikkerne, fordi de er mere pålidelige end hiv-statistikkerne, eftersom aids-diagnosen under alle omstændigheder er forbundet med regi-

strering, hvorimod hiv-statistikken er afhængig af test-hyppigheden. Problemet med at anvende aids-statistikkerne er som nævnt, at de afspejler spredningen af hiv omtrent ti år tidligere. De personer, som optræder i Zachariaes aids-statistikker, er altså i vidt omfang smittet, inden der overhovedet var iværksat forsøg på at begrænse smitten i nogen af landene. Derfor viser Zachariaes statistik ikke det, han påstår, nemlig at den svenske forebyggelsesindsats skulle være mere effektiv. Forskellen må derfor skyldes andre forhold, som eksempelvis kan have at gøre med Københavns status i perioden som fristed for bøsser – en rimelig betragtning, eftersom aids-statistikkerne i langt højere grad end hiv-statistikkerne er domineret af bøsser. Men man kan faktisk godt anvende en sammenligning af aids-statistikken i henholdsvis Danmark og Sverige til at få en fornemmelse af forebyggelsesindsatsens værdi.



Figur 2

Figur 2 viser en sådan sammenligning. Her er aids-tallene for 1990 sat som et nulpunkt. Før dette tidspunkt har smitten på grund af den ca. ti-årige latensperiode spredt sig, uden at man overhovedet kendte til dens eksistens. Tidligst omkring 1990 kan man antage, at smitten herefter har fundet sted, mens der i de to lande har været iværksat forskellige forebyggelsestiltag. Skal man tillægge forebyggelsesindsatsen æren for opbremsningen i smittefrekvensen, som Zachariae jo vil, må man konkludere, at Danmark med en stigning på ca. 20% i 1993 har været dobbelt så effektiv som Sverige med en stigning på ca. 40%, og at forskellen er endnu større i 1994 og 1995, hvor Sverige har en stigning i antallet, mens Danmark har et fald.

Selvom det er en tvivlsom antagelse at tillægge den officielle forebyggelsesindsats ansvaret for epidemiens udvikling, eftersom en lang række faktorer foruden den frivillige forebyggelsesindsats er afgørende for smittespredningen, så giver sammenligningen i

hvert fald *ikke* grundlag for at overtage den svenske „hårde linie“. Men i sin kampagne peger Zachariae ikke desto mindre på noget væsentligt: „Ophævelsen af den danske lov om bekæmpelse af kønssygdomme medførte et øjeblikkeligt fald til det ubetydelige i enhver form for kontaktopsporing“ (Zachariae 1993).

Det væsentlige ligger næppe i kontaktopsporingen som sådan. Et forsøg med ansættelse af en „hiv-detektiv“ i Fyns Amt, som skulle tage sig af smitteopsporing, afstedkom intet resultat (Stevnhøj 1995; Davidsen-Nielsen og Stensgaard 1995). Men kontaktopsporing er principielt en del af den rådgivning, som lægen skal give patienten. Ansvar for denne rådgivning ligger hos den læge, som giver den smittede testsvaret. I nogle tilfælde vil det være et aids-ambulatorium, hvor man har en specifik erfaring og rutine i forhold til hiv/aids, og hvor der eventuelt er tilknyttet psykolog og socialrådgiver med særlig indsigt i området. Men i mange tilfælde foregår rådgivningen hos den praktiserende læge. Her vil der være langt større spredning i den konkrete erfaring med hiv-smittede, herunder rådgivning og støttetilbud. Der eksisterer ikke noget egentligt grundlag for at vurdere kvaliteten af en sådan rådgivning. Men hvis Zachariae har ret i, at de praktiserende læger i almindelighed har et lemfældigt forhold til kontaktopsporing og i henvisningen af patienten antager, at man i forbindelse med hospitalsbehandlingen vil foretage en sådan opsporing, kunne man frygte, at det også kunne gælde støtte og rådgivning.

Jeg antyder ikke, at de praktiserende læger ikke gør deres arbejde ordentligt, men der er et stort behov for at undersøge, hvordan den nuværende rådgivning og støtte foregår i lægens praksis (jf. også Jacobsen 1991). En enkelt undersøgelse viser, at i en gruppe på tyve somaliske mænd og kvinder i Danmark var tretten testet, heraf ti i Danmark; men *ingen gav udtryk for at have modtaget rådgivning om hiv i den forbindelse* (Seeberg 1996a). Det er et alvorligt fingerpeg om, at der er et helt utilstrækkelig behandlings- og rådgivningstilbud til hiv-smittede udlændinge. Adskillelsen af forebyggelse og behandling har bevirket, at behandling af hiv-smittede ikke i almindelighed er defineret som noget, der har med smitteforebyggelse at gøre; behandlingens formål ses udelukkende som kontrol af den enkeltes sygdomsforløb. Zachariae har ret, når han vil fokusere på behandlingens betydning for smittespredning. Men erfaringerne fra Fyn viser, at han overdriver smitteopsporingens gavn. Derimod er der grund til at opprioritere den psykosociale støtte til hiv-smittede i erkendelse af, at mennesker i krise reagerer forskelligt, og at der er brug for støtte både i den akutte krise og i de kriser, der opstår senere i forløbet med sygdommen. Man forventer jo af den hiv-smittede, at hun skal udvise et større hensyn overfor andre, end hun udviste over for sig selv, da hun blev smittet; der er al mulig grund til at støtte hiv-smittede positivt i denne bestræbelse.

Snarere end øget begrænsende kontrol med hiv-smittede er der behov for øget støtte til de smittede til at kontrollere deres sygdom, såvel (i det omfang, det nu lader sig gøre) medicinsk som psykisk og socialt, og uanset etnisk baggrund.⁴ Her er det ikke tvangstest med efterfølgende smitteopsporing, der er brug for, men en målrettet politisk handling, der gør det lettere for smittede og for behandlere at afhjælpe de mange problemer, hiv giver anledning til for den enkelte. Alt taler for, at det er den mest effektive strategi til bekæmpelse af smitten, og at kritikken af den danske „bløde linie“ både hvad angår tvangstestning og smitteopsporing hviler på forkerte beskrivelser af den danske politiks hidtidige effektivitet. Derimod kan der være grund til at kritisere den markante adskillelse af forebyggelse og behandling i måden at håndtere hiv/aids på. Denne kritik kan sammenfattes i det tredje paradoks: *Behandling af hiv-smittede og aids-patienter er defineret*

som adskilt fra aids-forebyggelsen, skønt behandlingen af hiv-smittede med al tilgængelig viden må anses for afgørende for forebyggelse og smittebegrænsning.

Paradokserne igen

Denne artikel har med udgangspunkt i risikogrupperens grundlæggende dobbelttydighed beskrevet tre paradokser. Det første paradoks handlede om tvangstestning. Tvangstestning kan demonstrere politikeres „handlekraft“ over for den „udefra kommende smitte“: Det er ikke danskerne, men de Andre, som er skyld i aids-problemet, og „vi“ må dæmme op for det. Men denne retoriske handlekraft fjerner opmærksomheden fra det egentlige problem: Hvad skal vi (dvs. beholdersystemet) stille op med de, der faktisk er smittet? 1: *Tvangstestning er en irrelevant handling, der legitimerer ikke-handling, hvor handling var relevant.*

Det andet paradoks havde sammenhæng med det første og handlede om menneskerettigheder og kontrol med smittespredning. Her siger man, at hensynet til de smittedes rettigheder må vige for hensynet til almenbefolkningen. Man antager, at smitten bedst bekæmpes ved at bekæmpe dem, der bærer den, og som ellers ville sprede smitten til den øvrige befolkning. Den danske aids-politik har aldrig baseret sig på denne holdning, men tværtimod ret konsekvent antaget, at denne modsætning ikke eksisterer. Det har givet anledning til voldsom kritik for „ikke at se problemerne i øjnene“ og for at „tage for store hensyn til de smittede“ med det resultat, at man udsatte ikke-smittede for øget risiko. 2: *Modsætningen mellem smittede og ikke-smittede, som kritikken baseres på, er falsk. Men den politik, som modsætningens tilhængere advokerer for, skaber modsætninger mellem smittede og ikke-smittede. Derved sløres sammenfaldet mellem smittedes og ikke-smittedes interesser.*

Det tredje paradoks hang sammen med de to foregående. Det handlede om adskillelsen mellem forebyggelse og behandling. Den væsentlige indsats for oplysning, som bør opretholdes, har formodentlig fjernet opmærksomheden fra vigtigheden af den psykosociale indsats til støtte for hiv-smittede. Kampagneslogans som „hiv kan ikke helbredes, kun forebygges“ har formodentligt medvirket til at forstærke denne tendens. Indsatsen har overvejende været henvist til blandt andet HIV-Danmarks initiativer, som fra år til år har været afhængige af velvilligheden fra diverse fonde og puljer, skønt det måske er her, det vigtigste og billigste forebyggende arbejde i den nuværende situation kan gøres. Forebyggelsesindsatsen har været koncentreret om oplysningskampagner, og behandling er overvejende blevet defineret som medicinsk behandling. Resultatet har været, at rådgivningsarbejdet i høj grad har været henvist til frivillige organisationer, hvilket medvirker til at friholde sundhedsmyndighederne for ansvaret for, hvordan denne rådgivning fungerer i praksis. 3: *Behandling af hiv-smittede og aids-patienter er defineret som adskilt fra aids-forebyggelsen, skønt behandlingen af hiv-smittede med al tilgængelig viden må anses for at være afgørende for forebyggelse og smittebegrænsning.*

Dette tredje paradoks hænger tæt sammen med prioritering i Danmark af let adgang til at blive testet. Der er i Danmark en relativt stor testhyppighed med over 87.870 tests i første halvår af 1995 (Smith 1995). Gevinsten ved tests er (foruden det epidemiologiske overblik) den rådgivning, der skal ledsage testen. Det er som nævnt kvaliteten af denne rådgivning, man bør indhente mere viden om, men der er et fundamentalt paradoks ind-

bygget, nemlig at 4: *Decentralisering af hiv-testen til praktiserende læger medfører stor spredning af erfaringen med rådgivning til hiv-smittede, hvilket antageligt betyder, at flere bliver testede, men færre hiv-smittede får tilstrækkelig støtte og rådgivning i forbindelse med testsvaret.* Ingen ved, hvor mange af dem, der ikke har kontakt med behandlingssystemet, som har modtaget en fyldestgørende rådgivning i forbindelse med hiv-diagnosen (se Anders Dahls artikel i dette nummer).

Dette fjerde paradoks er i modsætning til de andre ikke en central kampplads i medierne i aids-diskussionen i Danmark. Måske er paradokset udtryk for et af de problemer, der ikke levnes plads i kampens hede, hvor falske modstillinger og tvivlsomme tolkninger af de seneste statistikker kører debatten længere og længere ud på et sidespor. Skønt tvangstestning måske aldrig bliver gennemført for nogen grupper i Danmark, har forslaget i sig selv gjort det sværere at fokusere på de eksisterende problemer, og det har næppe øget de berørte etniske minoriteters vilje til at involvere sig i aids-forebyggelse.

Stigmastatistik

Statistik har siden Sir Johns dage udviklet sig til en af grundpillerne i den moderne verdens måde at konstruere sin viden på. Statistikken anvendes til at give et udsagn slagkraft som grundlag for handling. Som sådan er det en vidensform, der ofte bruges som et redskab til kontrol; man vil nogen noget. Statistik kan være et godt epidemiologisk redskab til at overvåge, om den førte sundhedspolitik giver en tilfredsstillende grad af kontrol med spredningen af hiv. Det kan også anvendes til at skaffe sig øget kontrol over grupper i befolkningen, hvis rettigheder man ønsker at begrænse.

Dobbeltheden i epidemiologiens anvendelse af statistik genfindes i risikogruppe-betegnelsen. Det kan fortolkes som en gruppe, der er i en særlig risiko, og som derfor har behov for særlig støtte for at minimere denne risiko; eller det kan fortolkes som en gruppe, der udgør en særlig risiko for andre. Denne dobbelthed placerer risikogruppen mellem støtte og stigma. Udenlandske hiv-smittede bliver i medierne og i den politiske debat altovervejende defineret som en gruppe, der udgør en særlig risiko for den danske befolkning. Det er stigmatiseringens strategi. Såvel ud fra et almenmenneskeligt som ud fra et smittebekæmpelsessynspunkt tyder alt imidlertid på, at det er hensigtsmæssigt at anvende støttens strategi over for hiv-smittede. Det gælder også over for udlændinge, som i nogle tilfælde har været i langt større risiko for at blive smittet i deres hjemland som følge af den globale smittesprednings fordeling, og som efter ankomsten til Danmark ofte lever i en marginaliseret position i det danske samfund, og som på grund af hiv-smitten også risikerer udstødelse blandt deres landsmænd i Danmark.

At antage at statistikken er et middel til at vurdere befolkningers kvantum af lykke med henblik på fremtidige forbedringer er stadig for optimistisk. Derimod ligger det lige for at konstatere, at statistik er et glimrende udgangspunkt for politisk begrænsning af rettigheder for minoriteter. Aids-politikken bevæger sig i en balanceakt, hvor risikogrupperens støttende aspekt med kvartalsvis præcision i takt med den seneste aids-statistikks offentliggørelse angribes af det stigmatiserende aspekt – at problemet kan løses ved at undertrykke og isolere „smittebærerne“ fra „den almindelige befolkning“. Snarere end at måle befolkningens lykke bidrager statistikken på denne måde til den hiv-smittedes sociale ulykke.

Noter

1. Tallet 346 fremkommer således: Totalen for smittet i udland er $189+100+19=308$; hertil lægges 38 i kategorien „sex m/ person fra højrisikoområde“.
2. I deklARATIONEN fra WHO's Paris-topmøde om aids 1994, som Danmark er medunderskriver af, bekender man sig til en indsats mod aids, der på én gang bekæmper stigmatisering/diskriminering og laver en særlig indsats for migranter: „We, the Heads of Government or Representatives of the 42 States assembled in Paris on 1 December 1994 [...], mindful that it not only causes physical and emotional suffering but is often used as justification for grave violations of human rights, [...] solemnly declare [...] our determination to fight against poverty, stigmatization and discrimination, [...] Undertake in our national policies to protect and promote the rights of individuals, in particular those living with or most vulnerable to HIV/AIDS, through the legal and social environment, [...] ensure equal protection under the law for persons living with HIV/AIDS with regard to access to health care, employment, education, travel, housing and social welfare, [...] intensify the following range of essential approaches for the prevention of HIV/AIDS: [...] specific risk-reduction activities for and in collaboration with the most vulnerable populations, such as groups at high risk of sexual transmission and *migrant populations*. (WHO 1994, min fremhævning)
3. DR1 tog i TV-Avisens Søndagsmagasin søndag d. 13.10.96 endnu engang denne travet op, og endnu engang var grundlaget en tilsyneladende bevidst fejllæsning af statistikken, hvor al smitte, der kunne henføres til udlandet (danskere på rejse, udlændinge smittet i udlandet etc.) blev tørret af på indvandrere og flygtninge i Danmark, som befolkningen skulle „advares imod“.
4. En temadag afholdt i begyndelsen af 1995 med deltagelse af amts-kontaktpersoner, rådgivere og sundhedspersonale gav tilsyneladende udbredt opbakning til denne holdning (Stevnhøj 1995). Det næste skridt må være at bevilge midlerne til at muliggøre en opprioritering af sundhedspersonalets vilkår for at varetage denne del af forebyggelsen.

Litteratur

- Davidsen-Nielsen, Hans & Pernille Stensgaard
1995 Den afrikanske forbindelse. Weekend-avisen 3.-9.2.
- Finerman, Ruthbert & Linda A. Bennett
1995 Guilt Blame and Shame: Responsibility in Health and Sickness. *Social Science & Medicine* 40(1):1-3
- Gilmore, Norbert & Margaret A. Somerville
1994 Stigmatization, Scapegoating and Discrimination in Sexually Transmitted Diseases: Overcoming 'Them' and 'Us'. *Social Science & Medicine* 39(9):1339-58
- Goldin, Carol S.
1994 Stigmatization and AIDS: Critical Issues in Public Health. *Social Science and Medicine* 39(9):1359-66
- Hacking, Ian
1990 *The Taming of Chance*. Cambridge: Cambridge University Press
- Haour-Knipe, Mary & Françoise Dubois-Arber
1993 Minorities, Immigrants and HIV/AIDS Epidemiology. Concerns about the Use and Quality of Data. *European Journal of Public Health* 3:259-63
- Hjuler, Bo
1995 Krav om ny aids-politik. *Morgenposten Fyens Stiftstidende* 28.8.
- Jacobsen, Jan Krag
1991 Samtalen i forebyggelsen af aids. Lægeforeningens Aids-konference den 12.11.1990. Bibliotek for læger 183(1):89-94

- Jöhncke, Steffen
 1995 Hvis kultur? Politik og praksis i indsatsen for hiv-smittede udlændinge i Danmark. København: HIV-Danmark.
- Koefoed, Holger
 1995a Danskere får aids fra Afrika. Morgenposten Fyens Stiftstidende 27.8.
 1995b Den afrikanske forbindelse. Morgenposten Fyens Stiftstidende 27.8.
 1995c Regeringen bøjer sig for kritik af hiv-politikken. Morgenposten Fyens Stiftstidende 27.8.
- Krasnik, Allan, Jakob Bjørner & Birgit Westphal Christensen
 1989 Community and Individual Considerations in Legislation and Test Policy Regarding HIV-Infection in the Nordic Countries – A Cross National Comparative Study. Social Science & Medicine 29(4):577-84
- Nybroe, Jeppe
 1995 Krav om hiv-test for afrikanske asyløgere. Morgenavisen Jyllands-Posten 16.2.
- Schwalbe, Michael L. & Clifford L. Staples
 1992 Forced Blood Testing: Role Taking, Identity, and Discrimination. Joan Huber & Beth E. Schneider (eds.): The Social Context of AIDS. American Sociological Association Presidential Series. California: Sage Publications.
- Seeberg, Jens
 1996a Fire farlige ord. Evaluering af Sundhedsstyrelsens hiv/aids-oplysning til somaliere i Danmark. Sundhedsstyrelsen.
 1996b Aids og Afrika i Danmark. Upubliceret ph.d.-afhandling, Århus Universitet.
- Smith, Else
 1995 Hiv og aids i aktuelle tal. KursHiv 4.11.:27-8
- Stevnhøj, Anna Louise
 1995 Kontaktopsporing i etisk modvind. KursHiv 2.5.:28-9
- Søndergaard Hansen, Bo
 1993 Aids-fare oven i fængselsdom. Kristeligt Dagblad 1.11.
- WHO
 1994 Declaration of the Paris AIDS Summit. 1.12.
- Zachariae, Hugh
 1992a Smitteopsporing frem for alt. Stud. Med. 55(67):20-1
 1992b Vigtigste våben i kampen mod aids. Jyllands-posten 27.9.
 1992c Fatal fiasko for dansk aids-strategi. Berlingske Tidende 21.12.
 1993 Kondomer gør det ikke. Vi bør lære af de svenske erfaringer. Politiken 10.12.
 1994 Vi går fra bøsse-epidemi over i heteroseksuel epidemi. Frivilligheden i dansk aids-politik er ikke noget at prale med. Information 2.6.
 1995 Aids i Danmark og Sverige. Ugeskrift for Læger 157(2):198-201

ANMELDELSER

JOHN CLELAND & BENOIT FERRY (red.): Sexual Behavior and AIDS in the Developing World. World Health Organisation. London: Taylor & Francis 1995. 242 sider. ISBN 0-74840-34-42, pris £14.95.

„Denne bog vil være en essentiel ressource for en lang række læsere, som arbejder inden for sundhedsoplysning, antropologi...“. Således lyder de lokkende ord på bagsiden af denne bog om seksuel adfærd og viden om hiv/aids i den 3. verden. Den er skrevet af en demograf, en epidemiolog samt en række ressourcepersoner knyttet til WHO's globale aids-program (GPA). I 1989-1991 iværksatte denne forskningsenhed en række spørgeskemaundersøgelser om aids-relateret viden og seksuel adfærd i 16 forskellige lande i den 3. verden. Man udviklede to redskaber til formålet. Det første var en videreudvikling af de tidligere anvendte spørgeskemaer til undersøgelser af viden, holdninger og adfærd vedrørende sundhedsforhold. „Forestillinger“ (beliefs) blev tilføjet for at tilpasse redskabet til forskellige kulturelle forhold. Det andet redskab gjaldt samlivsforhold (partner relations) til nærmere undersøgelse af seksuel adfærd. Spørgeskemaerne udfyldes ved interviews, der begynder med en række demografiske spørgsmål om informanternes baggrund, dels til brug for analysen, dels for at skabe „rapport“ (tillid). Dernæst følger en række spørgsmål om viden, holdninger, forestillinger og adfærd vedrørende hiv/aids. Samlivsundersøgelsen spørger indgående til seksuel adfærd: første seksuelle oplevelse (alder, kendskab til partner, senere relation til partner) og adfærd gennem henholdsvis de sidste 12 måneder og 4 uger: antal ikke-regulære partnere, holdning til hvorvidt ægtefællen/samleveren har ikke-regulære partnere og hyppigheden af sex mod betaling eller andre goder (s. 14). Og til alt dette beregnes 45 minutter til hvert interview!

Undersøgelsens formål er angiveligt at supplere den biomedicinske viden om hiv/aids med viden om seksuel adfærd i et tvær-

kulturelt perspektiv (s. 1). Resultaterne skal danne en database for at give overblik over forskellige målgruppers behov for aids-relateret oplysning og uddannelse (s. 10). Database antages at blive brugt til udarbejdelse af samt monitorering og evaluering af indsatser mod hiv/aids i den 3. verden (s. 7). Et væsentligt bidrag fra undersøgelsen menes at være den *præcise* kortlægning af en lavere forekomst af partnerskift i Afrika end tidligere antaget, det lave niveau for brug af kondom samt betydelige „fejlagtige forestillinger“ om hiv-smitte. Bogen konkluderer, at fremtidige studier må fokusere på „den seksuelle adfærd i sig selv og dens sociale og økonomiske determinanter“ (s. 228).

Størstedelen af aids-forskningen i den 3. verden har siden slutningen af 1980'erne været baseret på videns-, holdnings- og adfærdsstudier, og det er derfor ikke nogen ny metode, vi bliver præsenteret for i bogen. Metoden har mødt megen kritik i de senere år, hvilket bl.a. kan mærkes på, at forfatterne bruger megen tid på metode-overvejelser og specielt vurderinger af grænsen for, hvad man kan udlede af resultaterne. „De sociale omgivelser og kontekstuelle faktorer såsom de politiske, sociale og økonomiske determinanter for risikoadfærd ... [samt interaktionen] mellem individuelle og kontekstuelle faktorer“ (s. 227) bliver nævnt som områder uden for de beskrevne undersøgelsesredskabers rækkevidde. Det samme gælder indsigt i motivationer for adfærd, intensiteten af følelser, adfærdsændringer og betydningen af sociale udvekslinger og seksuelle netværk (s. 223). På den baggrund konkluderes det, at udviklingen af succesfulde forebyggelsesstrategier kræver „udviklingen af metodologisk og paradigmatisk triangulation af forskningstilgange og metoder ved at blande kvantitative og kvalitative studier“ (ibid.). Det kan man jo kun være enig i. Netop de nævnte områder er jo specielt interessante fra et antropologisk synspunkt!

På trods af bogens metodologiske grundighed, som er et positivt fremskridt i forhold

til tidligere publikationer om emnet, må man fra en antropologisk betragtning være skeptisk over for, hvad forfatterne mener, de kvantitative instrumenter kan bruges til. Dette gælder hele det centrale tema for bogen: at det overhovedet skulle være muligt med disse metoder at anslå hyppigheden af visse klart specificerede former for adfærd såsom „samleje uden for ægteskabet“ eller „kondombrug“ (s. 223). Metodediskussionerne i bogens kapitel 2 og 4 peger da også på væsentlige problemer, som f.eks. de forskellige betydninger, der kan tillægges de begreber, der bruges i spørgeskemaerne (s. 24-24) Men man mener ikke, at det miskrediterer undersøgelse som helhed (s. 27, 227): sådanne problemer kan en række kvalitets- og validitetstests afbøde. To af disse tests gælder „intern konsistens“: hvorvidt svar på forskellige spørgsmål korrelerer, og hvorvidt der er konsistens mellem kvinders og mænds udsagn (s. 29).

Sådanne spørgsmål, som for antropologer er af central betydning, også teoretisk, reduceres her til et *metodologisk* problem. Konsistente udsagn om seksuel adfærd kan imidlertid være udtryk for en konsistent *kulturel repræsentation* af seksuel adfærd eller udtryk for en repræsentation af maskulinitet og femininitet. Sidstnævnte kunne f. eks. forklare, hvorfor mænd rapporterer højere seksuel aktivitet end kvinder – en diskrepans forfatterne finder svært at forstå. Undersøgelserne og analysen bygger altså på en positivistisk tilgang: at menneskers seksuelle adfærd kan indfanges, bare man har de rigtige instrumenter. Men problemet er også et andet: overhovedet fokuseringen på seksuel adfærd.

Forfatterne roser WHO/GAP-programmet for på et tidligt tidspunkt i den globale aids-epidemi at fokusere på seksuel *adfærd* i den generelle befolkning – i stedet for på risikogrupperne alene, hvilket tidligere prægede aids-programmerne. Konklusionen på bogens mest centrale kapitel om seksuel adfærd er (s. 121-23), at de demografiske faktorer, der spiller mest ind på seksuel adfærd, er alder og køn, samt at kontrol over kvinder før og efter ægteskabet er sammenhængende og vigtige determinanter. Denne betragtning er indlysende fra en antropologisk synsvinkel – ja, vel nærmest det sted hvorfra antropologisk indsigt *begynder*. Desværre tager forfatterne ikke selv konsekvensen af deres konklusioner om, at kønsrelationerne samt placeringen af hiv/aids i den sociale og kulturelle kontekst, snarere end sek-

suel adfærd i sig selv, er centrale for forståelsen af udbredelsen af hiv og aids. Forfatterne forsvarer sig med, at antallet af ikke-regulære seksuelle relationer *potentielt* har en vigtig betydning for udbredelsen af hiv (s. 209). Forklaringen på denne fastholden kan måske findes i udtalelsen om, at de „præcise“ data om antal partnere pr. år er uundværlige for udarbejdelsen af matematiske projektioner af epidemien (s. 211). Man kan få den mistanke, at globale spørgeskemaundersøgelser om seksuel adfærd måske mere er vigtige som redskab til mobilisering af politisk goodwill og dermed ressourcer til WHO/GPA-programmet end et bidrag til udarbejdelsen af bedre aids-interventioner. Samtidig falder man tilbage til risikogruppe-tilgangen, når man kritiserer undersøgelserne for ikke at skelne mellem kontakt til prostituerede og andre (s. 224).

Det skal understreges, at problemet ikke er den kvantitative tilgang i sig selv, men den primære og ofte isolerede fokusering på seksuel adfærd. Det må sætte spørgsmålstegn ved, i hvilken grad undersøgelser som de beskrevne overhovedet kan siges at *supplere* kvalitative tilgange.

Et sidste problem er de patroniserende og etnocentriske holdninger, der præger bogen. I konklusionen foreslår man, at aids-programmer må styrke målgruppens erkendelse af sammenhængen mellem adfærd og risiko, således at de får mere „realistiske opfattelser“ (s. 219). Derudover anvendes vestlig biomedicinsk viden om aids som målestok for hvorvidt folk i den 3. verden har den „rette“ viden eller ej. Den logiske konklusion bliver, at aids-programmer må gøre en større indsats mod disse „falske“ opfattelser (s. 218). Tilgangen reflekterer et alvorligt problem i meget kvantitativ (og anden) aids-forskning: at man fejlagtigt tror, at hiv/aids er den eneste eller væsentligste risiko i menneskers liv, og når målgrupper ikke er enige, har de en „fejlopfattelse“. Dermed negligerer man menneskelivets kompleksitet og den økonomiske nød mange mennesker står over for. Sådanne holdninger vil kun bidrage til den overlegne og uvelkomne måde mange aids-budskaber bliver formidlet på. Derudover er man ikke opmærksom på, at folks „fejlagtige overbevisninger“ (af antropologer kaldet kulturelle verdensbilleder) kan eksistere *samtidig* med at de samme mennesker i hverdagslivet aktivt søger og kan have held med at beskytte sig mod hiv/aids. Faktisk kan andet end biomedicinsk „korrekt“ vi-

den bruges i indsatsen mod udbredelsen af hiv og i omsorgen for de smittede. Samtidig er opfattelsen af, at et sæt „forestillinger“ kan vise kulturel variation, udtryk for et statisk og forældet kulturbegreb, som ikke kan indfange kulturel kompleksitet og forandring. At undersøgelserne tilmed primært er foregået i byområder, og at man ikke tager højde for variation inden for landene, understreger, at undersøgelsen ikke bidrager med et komparativt tværkulturelt studie, sådan som vi blev stillet i udsigt (s. 1).

Som nævnt anser forfatterne denne bog som uundværlig for antropologer. Uundværlig vil jeg ikke kalde den, men måske nyttig for antropologer som har brug for at få indsigt i de forestillinger, der præger megen aids-forskning og politik. De beskrevne spørgeskemaer finder stadig bred anvendelse i den 3. verden. Bogens metode-diskussioner vedrørende disse undersøgelser vil i den sammenhæng være specielt relevante. Selve resultaterne skal man være varsomme over for, om ikke andet så fordi undersøgelserne nu er 8-9 år gamle, og de fleste områder har været igennem massive aids-kampagner siden da.

*Kristina Wimberley
cand.scient.anth.
København*

HERBERT DANIEL & RICHARD PARKER (red.): Sexuality, Politics and AIDS in Brazil – In Another World? London & Washington DC: The Falmer Press 1993. Social Aspects of AIDS Series. 168 sider. ISBN 0-75070-136-6, paperback, pris £11.95.

Ifølge de gængse opfattelser findes der to almindelige smitemønstre for aids. I de rige lande er fortrinsvis homoseksuelle mænd, men også stiknarkomaner og prostituerede ramt af hiv, mens lige mange mænd og kvinder i de fattige lande bliver smittet. I Brasilien spredes hiv efter sigende blandt velstillede homoseksuelle mænd trods landets armod.

At dette billede er for grovkornet, viser artikelsamlingen „Sexuality, Politics and AIDS in Brazil“, skrevet af en amerikansk antropolog og en brasiliansk skribent. Sidstnævnte, H. Daniel, var selv homoseksuel og døde af aids i 1992, hvilket har betydning for

bogen. Den er opdelt i tre dele. Første del indeholder artikler om den sociale konstruktion af aids i Brasilien, skrevet af begge forfattere, anden del omhandler den seksuelle kultur i Brasilien som set af antropologen, R. Parker, og tredje del er en række essays af H. Daniel om det at leve med aids.

Betegnelsen for første del antyder den analytiske vinkel: Aids er ikke blot en sygdom, det er snarere en socio-kulturel konstruktion, defineret og forhandlet af forskellige magtfulde grupper i landet. Således er epidemien i Brasilien vedvarende blevet fremført som en sygdom der kun rammer „rige bøsser“, som har medbragt hiv fra USA til Rio og São Paulo. Medier, politikere og epidemiologer ignorerer det stigende antal af fattige og heteroseksuelle brasilianere, der også rammes af hiv. Resultatet af denne fejlagtige repræsentation af aids er stigmatisering af hiv-positive og af homoseksuelle, og endvidere at tilstrækkeligt brede aids-forebyggelseskampagner ikke er blevet iværksat. Forfatterne argumenterer overbevisende for at „the reality of the epidemic is the reality of Brazilian society as a whole“.

Hermed menes, at aids ikke kan anskues uden for sin historiske kontekst. Således mener forfatterne, at en del af den relativt høje hiv-frekvens kan spores til blodtransfusioner, i et land hvor det at give blod ikke er kontrolleret velgørehed, men en vital indkomst for fattige, i en industri ledet af private interesser. At det stigende antal narkomaner hænger nøje sammen med USA's narkopolitik i regionen. At sundhedssystemets manglende evne til at imødegå aids hænger sammen med, at epidemien fremkom på samme tid som den værste økonomiske krise i landets historie. At „det civile samfund“ ikke har kunnet reagere tilstrækkeligt på aids-krisen pga. den politiske usikkerhed i kølvandet på årtiers diktatur. Og endelig at fokuseringen på „bøsser“ afspejler forskeres og politikeres fordomsfulde og forsimplede opfattelse af homoseksualiteten i Brasilien. Hvilket leder os hen til afsnittet om brasiliansk „sex-kultur“.

I nærværende tidsskrift advares i flere artikler mod en ukritisk brug af begrebet „kultur“ til at beskrive et folks seksualitet og den deraf afledte modstand mod at forebygge aids. Ikke desto mindre betegner Parker den brasilianske seksualitet som en „kulturel grammatik“. I denne grammatik findes et kontinuum mellem modpolerne aktiv/maskulin vs. pas-

siv/feminin, hvorunder alle seksuelle roller indordnes. Dette resulterer i en seksualitet, der er langt mere fleksibel end i USA og Europa, idet næsten alle mænd ifølge Parker på et eller andet tidspunkt har seksuelle relationer med andre mænd. Begreberne aktiv-passiv er langt vigtigere end begreber som homo-, bi- eller heteroseksuel i Brasilien, hvorfor epidemiologiens betegnelser ingen mening giver. De fleste mænd, der praktiserer homo- eller biseksuel adfærd, identificerer sig simpelthen ikke som bøsser eller som tilhørende et bestemt bøsse miljø, hvilket gør kampagner og statistikker, modelleret efter amerikanske forhold, værdiløse i en brasiliansk sammenhæng.

Alle seksuelle roller passer efter sigende ind i den specifikt brasilianske ramme „fazendo tudo“: et ideal om at gøre så meget som muligt, hvilket bl.a. udmønter sig i, at en mand definitivt besidder en kvinde ved at dyrke analsex med hende. Parker giver videre en oversigt over hvilken slags homoseksuelle roller, der findes inden for den overordnede ramme. De mange forskellige kategorier af „bøsser“ kan indplaceres efter graden af femininitet (underkastelse) eller maskulinitet (dominans). Forskellige „slags“ bøsser er på forskellig vis involveret i prostitution, et vigtigt faktum i en aids-sammenhæng. Jeg synes dog, at Parkers bøsse-typologier forbliver for statiske. F.eks. diskuteres ikke hvordan og hvorfor nogle mænd glider ind eller ud af de forskellige roller. Kort sagt savnes en kontekst, især for bøsse-prostitutionen, i og med antallet af sexakter, og dermed risikoen for hiv-smitte, udelukkende forbliver et adfærdsmæssigt og „kulturelt“ snarere end socio-økonomisk problem.

Hvor Parker alligevel formår at give et mere nuanceret billede af mandlig seksualitet i Brasilien end presse og epidemiologi lader ane, ignorerer bogen stort set kvindernes perspektiv. Parker hævder, at halvdelen af hans informanter var kvinder. Alligevel berører han ikke de magtmæssige aspekter af sex mellem mænd og kvinder overhovedet. Den påståede brasilianske konsensus om en grænsesøgende seksualitet står i skærende kontrast til andre skildringer af sex og aids i landet, bl.a. en artikel af den medicinske antropolog (og feminist!) Nancy Scheper-Hughes i *Social Science and Medicine*. Ifølge hende afskyr mange brasilianske kvinder analsex og føler sig dybt krænket af deres mænd og kærester, der vil „gøre alt“. I hendes analyse bliver hiv-smitte

fra mænd til kvinder derfor mere et spørgsmål om undertrykkelse end om en „brasiliansk“ erotisk kultur. Et reelt billede på brasiliansk seksualitet skal nok findes et sted midt imellem Scheper-Hughes og Parkers fremstillinger. I hvert fald bliver Parker og Daniels analyse ikke dynamisk og kontekstuel nok til at rumme de mange dimensioner af risiko for hiv-smitte, som mænd og kvinder udsættes for i Brasilien.

Forfatterens interesse for emnet ligger måske også mere på dem der allerede er hiv-smittede, end på hvem der bliver det i fremtiden. Bogens sidste del er i hvert fald et stærkt indlæg fra en døende person med aids, som ikke desto mindre lovpriser livet. Utraditionel læsning i en antropologisk fagbog.

Daniel og Parkers fremstilling af den brasilianske udgave af aids er sørgeligt forudsigelig med dens stigmatisering af allerede marginaliserede grupper og myndighedernes manglende evne og vilje til at begrænse epidemien. Men der er nyt at lære om Brasilien i bogen og stof at bygge videre på, hvis man er interesseret i seksualiteten netop der. En redaktionel indvending er, at en samling på 12 artikler skrevet af de samme to personer burde have været redigeret strammere for at undgå unødige gentagelser.

Ulla Godtfredsen
cand.scient.soc.

Dansk Flygtningehjælp

MARY HAOUR-KNIPE & RICHARD RECTOR (red.): Crossing Borders. Migration, Ethnicity and AIDS. London: Taylor & Francis Ltd. 1996. 257 sider. ISBN 0-7484-0378-7 paperback, pris £13.95.

Diskussionen af aids og indvandrere/flygtninge i Danmark er hårdt belastet af udpegningen af indvandrere og flygtninge som én særlig gruppe og en særlig risikogruppe. Der har været en konsekvent tendens til at fejllæse hiv- og aids-statistikkerne med udpegning af denne „nye risikogruppe“ som følge, og det har ikke skortet på politisk sabelraslen, selvom det stort set er lykkedes at fastholde frivillighedspolitikken i Danmark. Denne tendens i debatten har besværliggjort mulighederne for at tage aids og indvandrere/flygtninge alvor-

ligt som et problem. For det er naturligvis et problem, at der er hiv-smittede mennesker i Danmark, som er marginaliseret sprogligt, kulturelt, socialt og økonomisk fra de behandlingsmuligheder og støttetiltag, der eksisterer. Det er et nederlag for behandlingssystemet, at man ikke kan afsætte de fornødne ressourcer til at tage denne gruppes behov alvorligt, men må overlade det til de forhåndenværende søms princip; og det er et nederlag for forebyggelsesindsatsen, at der ikke afsættes de fornødne ressourcer til en markant opprioritering af aids-rådgivningen til hiv-smittede indvandrere og flygtninge.

Én af undskyldningerne for den magre indsats har været, at man ikke vil risikere at øge den diskrimination og racisme, indvandrere og flygtninge er udsat for i forvejen, ved at adressere aids-problemet offentligt. Det er måske det væsentligste og mest konsistente budskab i *Crossing Borders*, at fortielsen af aids-problemet for immigranter uundgåeligt øger stigmatiseringen og diskriminationen, såvel af immigrantgrupperne som af hiv-smittede immigranter blandt deres landsmænd.

Men bogen stopper ikke ved beskrivelsen af den dobbelte eller tredobbelte stigmatisering, som hiv-smittede immigranter kan opleve. Den henvender sig til politikere, beslutningstagere og alle, som har et aktivt og konstruktivt ærinde i aids-arbejdet med et sandt katalog af erfaringer og handlingsanvisninger fra en lang række projekter i arbejdet med aids og immigranter i et antal (vest)europæiske lande. Er Danmark derfor 5-10 år bagud i forhold til andre europæiske lande på dette område, er der med denne bog åbnet mulighed for at lære af andres erfaringer.

Det gælder ikke mindst i spørgsmålet om, hvordan man både tager problemerne alvorligt og undgår øget stigmatisering. At kodeordet også i denne bog er „community involvement“, at tage udgangspunkt i de ressourcer, der eksisterer i de berørte grupper, er ikke hverken overraskende eller nyt, heller ikke i Danmark. Men her har man i årevis været i vildrede med, hvad det egentlig betød – hvorfor ville de berørte grupper ikke involveres? Et af problemerne i Danmark er, at de fleste nationaliteter blandt indvandrere og flygtninge nummerisk er få. Petra Narimani, Felix Gallé og Jaime Tovar peger i deres kapitel på en af de veje, man kunne gå: Internationale netværk. Den støtte og erfaring, som det eksisterende aids-arbejde blandt etniske minorite-

ter i Europa kunne bidrage med i en dansk sammenhæng burde afprøves systematisk som løftestang for mobilisering af de danske minoriteter, blandt andet fordi – som det nævnes flere gange i bogen – ledere af etniske minoriteter somme tider udgør de største hindringer for en sådan mobilisering.

Et af de steder, hvor Danmark derimod har gjort en indsats, er på oplysningsområdet, hvor en række målrettede aids-videoer og pjecer er blevet produceret til de største indvandrers/flygtninge-grupper. Rinske van Duifhuizen peger i sin gennemgang af en serie forskellige oplysningsstrategier på vigtigheden af samarbejde mellem værtslandet og oprindelseslandet – en strategi, som Sundhedsstyrelsen har brugt i produktionen af sin oplysningsvideo til den tyrkiske befolkning i Danmark. Mens en video kan være et effektivt produkt i oplysningsindsatsen, har produktionsprocessen i forbindelse med en pjeces formodentlig væsentligt større effekt end selve pjecen – i hvert fald, hvis modtagergruppen er aktivt involveret. At eksistensen af én pjeces ikke bør føre til, at man ikke producerer én til for – og med – den samme modtager-cum-afsendergruppe, er blot en enkelt af de umiddelbart anvendelige erfaringer, *Crossing Borders* er så rig på.

Men bogen tager også fat på de sværeste og mest problematiske spørgsmål. Et af de områder, hvor man i Danmark er mest tilbageholdende med at tage aids-problemet alvorligt, er i gråzonen af illegal indvandring og såkaldte proformaægteskaber. Alberto Matteelli og Issa El-Hamad tager udgangspunkt i en statistik, der blandt andet angiver antallet af illegale indvandrere i Danmark til 60.000. De beskriver i deres artikel kompleksiteten i problemet med eksempler fra hele Europa, hvor man ligesom i Danmark har svært ved at acceptere, at selv illegale indvandrere kan være et legitimt mål for en sundhedsindsats. I kontrast hertil har man i Brescia i Norditalien etableret en klinik med det formål at nå alle illegale indvandrere med et sundhedstilbud, om ikke af andre grunde så i erkendelse af, at sygdom og smitterisiko ikke forsvinder ved at lade som om, de syge ikke eksisterer. Selvom hiv-smittede får en vis akut behandling, rådes de af klinikken til at tage tilbage til deres oprindelsesland, inden aids udvikler sig og kræver egentlig hospitalsindlæggelse. „Rådet gives i fuld erkendelse af, at ‘kurative’ og diagnostiske faciliteter i hjemlandet vil være be-

grænsede eller ikke-eksisterende. Det er imidlertid præcis det samme, som er til rådighed for en illegal indvandrer i værtslandet. I hjemlandet er der i det mindste chancer for at opnå støtte fra familien, og den sociale støtte i et kulturelt mere familiært miljø kan være større“ (s. 189). Licia Brussa går i sin artikel om „transnational forebyggelse af aids og seksuelt overførte sygdomme blandt prostituerede immigranter i Europa“ et skridt videre. Hun påpeger den fundamentale modsætning mellem en stadigt striktere indvandrer/flygtningepolitik, som er blevet aktualiseret med Schengen-aftalen, og en effektiv aids-forebyggelsesindsats: „Effekten af denne politik virker i øjeblikket imod hensigten: indvandrersexarbejdere stoppes ikke ved grænsen, men bliver i stigende grad afhængige af, og kontrolleres af, internationale kriminelle organisationer. Det tjener klart hverken interessen i sikrere sex eller i almen sundhed“ (s. 205). I stedet peger hun på, at en effektiv undervisningsindsats over for indvandrersexarbejdere er mulig, og at deres mobilitet fra land til land kan udnyttes til at sprede oplysningseffekten.

Crossing Borders har seksten kapitler, der bevæger sig fra Charles Westins historiske refleksioner over migration som almenmenneskeligt fænomen, over fundamentale refleksioner over menneskerettigheder (Guy S. Goodman-Gill), etik (Lorraine Sherr & Calliope Farsides), sårbarhed og modstand (Renée Sabatier) og stigma og racisme (Oonagh O'Brien & Shivananda Khan), til i stigende grad at beskæftige sig med konkrete erfaringer og projekter, hvoraf kun nogle få er nævnt her. Redaktørerne har bevidst begrænset redigeringen til sproglig revision for at lade den store erfaringsrigdom komme til udtryk. Det betyder, at forskelligheden i erfaringsmassen kommer til udtryk, også i uenigheder, f.eks. om hvordan man konkret forholder sig til kulturforskelle. Imidlertid er det synligt, at sådanne forskelle er tæt knyttet til det afgrænsede felt, de beskrives i. Eksempelvis kan kulturforskelle praktisk håndteres i oplysningsindsatsen, hvor produktionen af en god video kræver indsigt i og involvering fra modtagerkulturen. Som Steffen Jöhncke påpeger både i dette nummer af Tidsskriftet Antropologi og i *Crossing Borders*, kan den enkelte behandler ikke opnå en tilsvarende kulturekspertise, hver gang en patient med en ny kulturel baggrund træder ind ad døren; forskellige sider af den samlede forebyggelses-, behandlings- og

støtteindsats til hiv-smittede immigranter kræver mange forskellige strategier. *Crossing Borders* er en publikation, der sammenfatter *the state of the art* inden for et af de mest brændende, påtrængende og politisk kontroversielle aids-spørgsmål i Europa i slutningen af halvfemserne. Bogen kan varmt anbefales til Sundhedsstyrelsen og alle andre, der interesserer sig for at omsætte viden i handling på aids-området.

Jens Seeberg
ph.d. i antropologi
WHO, New Delhi

Redaktionen har modtaget:

- ALSMARK, GUNNAR (red.): Skorta eller sjæl: Kulturelle identiteter i tid og rum. Lund: Studenterlitteratur. 198 sider. ISBN 91 44 00198 3.
- BAUD, ISA & INES SMYTH: Searching for Security: Women's Responses to Economic Transformations. London: Routledge 1996. 161 sider. ISBN 0 415 14227 X (hb). Pris: £40.
- BORISH, STEVEN M.: Danish Social Movements in a Time of Global Destabilization: Essays on the Heritage of Reventlow and Grundtvig, the Efterskole, the Post-modern. Vejle: Kroghs Forlag. 421 sider. ISBN 87 7469 953 9. Pris: 398 kr.
- BOURDIEU, PIERRE & LOÏC J. D. WACQUANT: Refleksiv sociologi: mål og midler. København: Hans Reitzel. 312 sider. ISBN 87 412 3060 4. Pris: 298 kr.
- CAPLAN, PAT: African Voices, African Lives: Personal Narratives from a Swahili Village. London: Routledge. 267 sider, illustreret. ISBN 0 415 13723 3 (hb), pris £45. ISBN 0 415 13724 1 (pb), pris: 14.99.
- DEN NY VERDEN 1 (30), 1997. Tema: Religionens globale genopstandelse. København. 156 sider. ISBN 0029 6775. Pris: 75 kr. (195 kr. i abonnement).
- ELMELAND, KAREN: Dansk alkoholkultur: Rus, ritual og regulering. Holte: Soc-Pol 1996. 276 sider. ISBN 87 88868 50 8. Pris: 205 kr.
- FEINBERG, RICHARD & KAREN ANN WATSON-GECEO: Leadership and Change in the Western Pacific. Essays Presented to Sir Raymond Firth on the Occasion of his 90th Birthday. London: Athlone Press 1996. 416 sider, illustreret. ISBN 0485 19566 6. Pris: £45.
- FREDERIKSEN, BIRTHE: Caravans and Trade in Afghanistan: The Changing Life of the Nomadic Hazarbutz. København: Rhodos 1995. 292 sider, illustreret. ISBN 87 7245 566 7. Pris: 300 kr.
- FRIEDMAN, JONATHAN & JAMES G. CARRIER (eds.): Melanesian Modernities. Lund: Lund U.P 1996. 192 sider. ISBN 91 7966 366 4.
- GRAY, ANDREW: The Arakmut: Mythology, Spirituality, and History in an Amazonian Community. Oxford: Berghahn Books 1996. 324 sider, illustreret. ISBN 1 57181 876 6. Pris: £40.
- HAGE, PER & FRANK HARARY: Island Networks: Communication, Kinship, and Classification Structures in Oceania. Cambridge: Cambridge U.P. 1996. 296 sider. ISBN 0 521 55232 X.
- HERZFELD, MICHAEL: Cultural Intimacy: Social Poetics in the Nation-State. London: Routledge. 226 sider. ISBN 415 92778 6 (hb), pris £40. ISBN 0 415 91779 4 (pb), pris £12.99.
- HIATT, L.R.: Arguments of Aborigines: Australia and the Evolution of Social Anthropology. Cambridge: Cambridge U.P. 1996. 225 sider, illustreret. ISBN 0 521 46008 5 (hb), pris £40. ISBN 0 521 56619 3 (pb), pris £14.95.
- HOSKINS, JANET: Headhunting and the Social Imagination in Southeast Asia. Cambridge: Cambridge U.P. 1996. 296 sider, illustreret. ISBN 08047 2574 8 (hb), pris £35. ISBN 08047 2575 6 (pb), pris £12.95.
- HVIDING, EDVARD: Guardians of Marovo Lagoon: Practice, Place, and Politics in Maritime Melanesia. Honolulu: Hawaii U.P. 1996. 473 sider. ISBN 0 8248 1664 1. Pris: \$45.
- JONES, SCHUYLER: Tibetan Nomads: Environment, Pastoral Economy, and Material Culture. København: Rhodos 1996. ISBN 87 7245 567 5. Pris: 300 kr. (250 kr. i abonnement).
- KAPFERER, JUDITH: Being All Equal: Identity, Difference and Australian Cultural Practice. Oxford: Berg 1996. ISBN 1 85973 106 6.

- KENT, SUSAN (ed.): *Cultural Diversity among Twentieth Century Foragers: An African Perspective*. Cambridge: Cambridge U.P. 1996. 344 sider, illustreret. ISBN 0 521 48237 2. Pris: £40.
- KLEEP, KNUT-INGE m.fl. (eds.): *Young People at Risk: Fighting AIDS in Northern Tanzania*. Oslo: Scandinavian U.P. 243 sider. ISBN 82 00 22698 0. Pris: 250 Nkr.
- KOHL, PHILIP & CLARE FAWCETT (eds.): *Nationalism. Politics and the Practice of Archaeology*. Cambridge: Cambridge U.P. 1996. 329 sider, illustreret. ISBN 0 521 48065 5 (hb), pris £40. ISBN 0 521 55839 5 (pb), pris £14.95.
- LADERMAN, CAROL & MARINA ROSEMAN (eds.): *The Performance of Healing*. London: Routledge 1996. 330 sider, illustreret. ISBN 0 415 91199 0 (hb), pris £40. ISBN 0 415 91200 8 (pb), pris: £13.99.
- LARSEN, ØYVIND: *Forvaltning, etik og demokrati*. København: Hans Reitzel 1996. 160 sider. ISBN 87 412 2886 3. Pris: 198 kr.
- LONG, LYNELLYN D. & E. MAXINE ANKRAH (eds.): *Women's Experiences with HIV/AIDS: An International Perspective*. New York: Columbia U.P. 1996. ISBN 0 231 10605 X. Pris: \$17.50.
- MOERAN, BRIAN: *A Japanese Advertising Agency: An Anthropology of Media and Markets*. Richmond: Curzon Press 1996. 322 sider, illustreret. ISBN 0 7007 0327 6 (hb), pris £45. ISBN 0 7007 0503 1 (pb), pris £14.99.
- MOGENSEN, HANNE OVERGAARD: *AIDS is a Kind of Kahungo that Kills: The Challenge of Using Local Narratives when Exploring AIDS among the Tonga in Southern Zambia*. Oslo: Scandinavian U.P. 1995. 135 sider. ISBN 82 00 22592 5.
- MOORS, ANNELIES: *Women, Property and Islam: Palestinian Experiences 1920-1990*. Cambridge: Cambridge U.P. 1996. 274 sider. ISBN 0 521 47497 3 (hb), pris £40. ISBN 0 521 48355 7 (pb), pris £14.95.
- MØHL, PERLE: *Village Voices: Coexistence and Communication in a Rural Community in Central France*. København: Museum Tusulanums Forlag 1997. 213 sider, illustreret. ISBN 87 7289 344 3. Pris: 270 kr.
- NAUERBY, TOM: *No Nation is an Island: Language, Culture, and National Identity in the Faroe Islands*. Århus: Aarhus U.P. 1996. 237 sider, illustreret. ISBN 87 983424 5 2. Pris: 198 kr.
- OKELY, JUDITH: *Own or Other Culture*. London: Routledge 1996. 244 sider. ISBN 0 415 11512 4 (hb), pris £45. ISBN 0 415 11513 4 (pb), pris £14.99.
- OLSON, DAVID R. & NANCY TORRANCE: *Modes of Thought: Exploration in Culture and Cognition*. Cambridge: Cambridge U.P. 1997. ISBN 0 521 49610 1. Pris: £40.
- RITZER, GEORGE: *McDonaldiseringen af samfundet*. København: Hans Reitzel. 308 sider. ISBN 87 412 2898 7. Pris: 298 kr.
- RØNN, EDITH MANDRUP: *De fattige i ånden: essays om kultur, normalitet og ufornuft*. København: Museum Tusulanums Forlag 1996. 432 sider, illustreret. ISBN 87 7289 376 1. Pris: 268 kr.
- RÅBERG, PER (ed.): *The Life Region: The Social and Cultural Ecology of Sustainable Development*. London: Routledge 1997. 456 sider, illustreret. ISBN 0 415 15905 9. Pris: £50.
- SØNDERGAARD, DORTE MARIE: *Tegnet på kroppen: Køn: koder og konstruktioner blandt unge i Akademia*. København: Museum Tusulanums Forlag 1996. 444 sider. ISBN 82 7289 378 8. Pris: 320 kr.
- TAUSSIG, MICHAEL: *The Magic of the State*. London: Routledge 1977. 206 sider, illustreret. ISBN 0 415 91790 5 (hb), pris £40. ISBN 0 415 91791 3 (pb), pris £12.99.
- TREAT, JOHN WHITTIER (ed.): *Contemporary Japan and Popular Culture*. Richmond: Curzon Press 1996. 317 sider, illustreret. ISBN 0 7007 0327 6 (hb), pris £45. ISBN 0 7007 0328 4 (pb), pris £14.99.

WASHABAUGH, WILLIM: *Flamenco: Passion, Politics and Popular Culture*. Oxford: Berg. 209 sider. ISBN 1 85973 171 6 (hb), pris £39.95. ISBN 1 85973 176 7 (pb), pris £14.95.

WHITTLE, ALISDAIR: *Europe in the Neolithic: The Creation of New Worlds*. Cambridge: Cambridge U.P. 1996. 443 sider, illustreret. ISBN 0 521 44476 4 (hb), pris £65. ISBN 0 521 44920 0 (pb), pris £22.95.

YAN, YUNXIANG: *The Flow of Gifts: Reciprocity and Social Networks in a Chinese Village*. Stanford: Stanford U.P. 1996. 278 sider, illustreret. ISBN 08047 2603 5 (hb), pris: £30. ISBN 08047 2695 7 (pb), pris £10.95.

FORFATTERLISTE

Hanne Overgaard Mørgensen er cand.scient.soc. fra Institut for Antropologi, Københavns Universitet. Har lavet feltarbejde i Zambia, Cameroun og Uganda om aids og sundhedsoplysning, og er nu i gang med en ph.d.-afhandling om børnesundhed i Uganda.

Kristina Wimberley er cand.scient.anth. fra Institut for Antropologi, Københavns Universitet, og gæsteforsker ved Center for Udviklingsforskning.

Ulla Godtfredsen er cand.scient.soc. fra Institut for Antropologi, Københavns Universitet. Har udført feltarbejde i Lesotho og Guinea-Bissau og er nu ansat i Dansk Flygtningehjælps internationale afdeling.

Anders Dahl er mag.scient. fra Institut for Antropologi, Københavns Universitet. Har skrevet afhandling om mandlig prostitution i København og har siden 1992 været ansat på AIDS-Linien.

Steffen Jöhncke er mag.scient. fra Institut for Antropologi, Københavns Universitet, og har arbejdet med emner i tilknytning til hiv/aids i forskellige perioder siden 1987. P.t. ansat i Socialdirektoratet i Københavns Kommune, bl.a. som evaluator af stofmisbrugsbehandling.

Jens Seeberg er mag.art. i etnografi og antropologi fra Aarhus Universitet fra 1992 og ph.d. sammesteds i 1996 på en afhandling om stigmatisering af hiv-smittede udlændinge i Danmark. Han arbejder p.t. i WHO, Regional Office for South-East Asia, Medical Research Unit.

ENGLISH SUMMARIES

Hanne Overgaard Mogensen: A Social Response to the Epidemics of Urbanization. AIDS Information in Southern Zambia

In southern Zambia, Tonga people associate AIDS with a locally defined disease called kahungo which is said to be caused by contact with symbolically polluted blood. Before the arrival of AIDS, kahungo was associated with TB and sexually transmitted diseases. In Africa, epidemics of TB and STDs were often related to colonization and urbanization. Similar to AIDS, they spread more rapidly than what was known in Europe, and the colonial administration tried to explain this with "problems of behaviour", thereby ignoring the miserable conditions under which people lived. The Tongas' association of these diseases with kahungo should be seen as a social response to new epidemics. While the Europeans talked about individual problems of adaptation to modern life, kahungo concerns the collective responsibility to maintain order. Kahungo, a disease of disorderly blood, has become the symbol of the disorder of urbanization and modernization.

Kristina Wimberley: Saved from AIDS? The Manoeuvres of Adolescent Girls in Relation to the Risk of HIV in South-western Uganda

This article discusses the representation of adolescent girls in the literature on AIDS and in AIDS interventions. In these contexts an image is created of adolescent girls as passive victims of a static inequality in societies pervaded by patriarchy, and as driven by economic want. On the basis of fieldwork material from Ankole, south-western Uganda, the article discusses the meaning of "being saved" for adolescent girls in relation to the risk of HIV. For the girls concerned, "being saved" is characterized by conversion to a new lifestyle in which they are virtuous, honest, kind, and

above all: avoid and reject men. However, at some point even saved girls enter into relationships with men. In this situation, the girls may find it advantageous to continue to be "really saved" in certain contexts. From the analysis put forward here it emerges that "being saved" as a form of discourse and action enables girls to create a room for manoeuvre that empowers them to tackle the dangers they face – including HIV/AIDS. This agency emerges in the interplay of, on the one hand the constraining and enabling effects of the various life worlds of girls in Ankole, and on the other hand the way in which gendered identities and relationships are negotiated in everyday life between girls and men, as well as among the girls themselves. It is concluded that the standard analysis of girls' vulnerability in relation to the risk of HIV/AIDS could benefit from an actor-oriented approach that encompasses the interplay between structure and process. An analysis of this kind may reveal the agency of girls, and not exclusively in relation to economic want. This focus on agency could be a point of departure for more effective HIV/AIDS interventions.

Ulla Godtfredsen: Ethnography Gone Astray. On the Applicability of "Local Knowledge" in HIV/AIDS Prevention

Researchers and organisations working in the field of AIDS have increasingly sought to explore and consider „local knowledge“ as a means of adapting AIDS prevention programmes to local cultural settings. This has been done in order to translate "Western scientific facts" on AIDS into locally intelligible terms in the belief that appropriate information would make target groups alter their behaviour, sexual and otherwise, accordingly. By going through ethnographic material on traditional healing and female circumcision in Guinea-Bissau, the author shows how „local knowledge“ cannot be conceived as a fixed and bounded category.

Knowledge is intertwined with practice and continually changed in interaction with new forms of knowledge. Also, the description of „local“ knowledge entails the demarcation of fixed local entities which do not correspond with the pluralism of any social setting. It is therefore difficult, if not impossible, to map out one form of „local knowledge“ and replace that with another and “better” set of (scientific) knowledge. Efforts against HIV/AIDS must be part of a broader cultural development process.

Anders Dahl: Plenty of Reasons for Unsafe Sex. An Investigation of Good Explanations

Information campaigns on HIV/AIDS have been running for more than ten years, but still it is difficult to demonstrate any changes in the sexual behaviour of the Danish population, except in regard of men who have sex with men. Analyses of dialogues of telephone counselling at the AIDS Hotline in Copenhagen give insights into the explanations that counselling-seeking persons themselves give concerning their unsafe sexual behaviour. It appears that safe sex is generally considered easy and simple, and therefore instances of unsafe sexual behaviour come to be regarded as “slips” and not as a pattern of behaviour. Choices of sexual behaviour are not determined by knowledge alone, but also by culturally informed personal experience and the context of the sexual act. The article points towards a new strategy in future HIV/AIDS-related work, putting greater emphasis on dialogue with people with risk behaviour, e.g. in connection with HIV-testing. The use of the data collected at the hotline demonstrates new paths in the difficult field of sex research. Also, it appears from the data that the study of the so-called risk groups for HIV is probably not the most useful way to reach an understanding of sexual risk taking, as reasons for unsafe sex transcend such groups.

Steffen Jöhncke: The Boundaries Within. Ideas about Culture and Subculture in Social Constructions of HIV/AIDS in Denmark.

Based on two studies with practical purposes, this article presents critical analyses

of some of the social and political processes involved in the construction of “gay men” and “immigrants” as culturally distinct groups in relation to HIV/AIDS in Denmark. First an evaluation of a campaign that offers information and support to men who have sex with men is presented. The campaign is based with a gay organisation, and it works from the assumption that men who have sex with men belong to a “homosexual subculture”, although they do so in various degrees. This assumption is challenged by the experiences and opinions of members of the target group interviewed in the cause of the evaluation. The subculture imagery, however, coincides with a dominant construction in Danish HIV/AIDS policy: the distinction between homosexual men and the general (heterosexual) population as separate entities. This distinction impedes the delivery of relevant information to all men who have sex with men. The second study is concerned with Danish service providers’ view of immigrants living with HIV in Denmark. The service providers’ characterizations of immigrants and accounts of problems of contact are shown to express stereotypical images of “immigrants’ cultural backgrounds”. These images are analysed as the inverted expressions of the social and cultural norms typical of the clinics and offices of the Danish health and social services. In order to improve communication and services, the Danish staff do not need “more knowledge of more cultures”, as they request – rather they need to do critical self-reflection of their relationship with all clients and patients. The article concludes that anthropologists need to be wary of the role played by the concept of “culture” in relation to HIV/AIDS where it has become a political rather than an analytical tool.

Jens Seeberg: Stigma Statistics: Agendas in the Making in Danish AIDS Policy

This article explores a number of paradoxes and assumptions in the public debate on AIDS in Denmark. They form part of a recurrent attack on the Danish ‘soft line’ AIDS policy that maintains anonymity and voluntary HIV-testing. One central issue in recent years has been obligatory testing of asylum seekers from high risk areas as a

precondition for considering the asylum request. Especially asylum seekers from African countries are pointed out as constituting a major threat to the native Danish population in terms of spread of HIV. This is shown to rest on a misreading of the official statistics, repeated as often as the statistics themselves. The assumption that there is a basic clash between the human rights of the HIV-infected person and the population in general is discussed. This conceived clash rests on the assumption that restrictions of the human rights of the HIV-infected person will provide efficient protection for the non-infected majority. The potential counter-productive effects of this line of thought are discussed. Contact tracing is sometimes considered as an effective preventive measure. Part of the critique of the present AIDS policy states that contact tracing is virtually non-existing and that this has a major negative impact on the preventive efforts. It is argued that while the impact of contact tracing in itself may be rather limited, the lack of contact tracing may be seen as a symptom of insufficient counselling. While obligatory HIV testing may never be practiced in Denmark, its recurrent appearance on the agenda serves to provoke a defensive stand among AIDS policy makers. It is argued that this debate has hitherto had the effect of keeping the needs of HIV-infected people – and especially HIV-infected immigrants – away from public debate and serious concern.

GAMLE OG KOMMENDE NUMRE

12. MODERNE TIDER behandler forholdet mellem modernitet og traditionalisme ved at vise, hvordan traditioner skabes, forandres, retfærdiggøres og stadig nyskabes.

13. DANMARK udstiller det forhold, at danskhed først og fremmest er noget, som artikuleres langs med grænserne; både dem som udad findes og dem som indad skabes.

14. UDVIKLING – udsolgt

15. KANNIBALER tematiserer forskellige måder, man kan give kødet mening på, både de steder, hvor man spiser hinanden, og der, hvor man lader sig nøje med saftige metaforer.

16. NOMADER ser på forbilleder og skræmmebilleder, tryghed som indespærring og hjemløshed som frihed, tvangsbosætning og jagten efter et hjem.

17. NATURLIGHED behandler naturlighedsforestillinger i forholdet mellem dyr og mennesker, naturfolk og civilisation, naturlige landskaber og unaturlige mennesker og andre kulturelle kategorier.

18. SMITTE – udsolgt

19. KULTURKOLLAGE handler om møder mellem forskellige kulturer – både når bemestringer af en ny slags tværkultur og kompetence lykkes, og når den ikke gør. Vores vante forestillinger om kultur udfordres.

20. DET VIRKELIGE LIV – udsolgt

21-22. ORDENTLIGE TING – udsolgt

23. MISSION søger at indkredse forestillinger om, hvad mission betyder for menneskers måde at tænke på – både gennem de enkelte missionærers motiver og praksis, og de missioneredes modtagelighed for, fortolkning og iværksættelse af religionen.

24. KØN præsenterer antropologisk forskning i kønsforhold, og der fokuseres på såvel danske mænd som kvinder som på mødet med de andres normer og identiteter.

25. RITUALER – udsolgt

26. DIGTNING Videnskab kan noget andet end digtning, og omvendt. Digtning indeholder bidrag, der på meget forskellige måder belyser spændingsfeltet mellem poetisk og antropologisk praksis.

27. SYNSVINKLER Som kilde til u hæmmet metafor dannelse 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 til 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 præsenterer en række perspektiver på menneskekroppen i feltet mellem antropologi og lægevidenskab. Der gives bl.a. bud på forholdet mellem krop og identitet, mellem lægers og lægfolks tolkninger af kroppen og mellem vestlige og ikke-vestlige kropsopfattelser.

30. RUM Rummet sættes ofte i dimensionel relation til tiden. Dette nummer forsøger derimod at se nærmere på selve rummets dimensioner, vores rumopfattelser, arkitektoniske rum, leksikale rum, musikalske rum, kort sagt rummets rolle som betydningssskabende kategori for kultur og tanke såvel som den måde hvorpå vi indretter det sociale rum.

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, antropologer benytter sig af i praksis.

32. INDFØDTE behandler emnet indfødte, oprindelige folk eller 4. verdensfolk 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 der eksempler på, hvordan vi tænker, bruger, fremstiller og forestiller os dyr.

35-36. FELTER er et festskrift med artikler om sjæleanliggende, 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 m.v.

TIDSSKRIFTET ANTROPOLOGI udgives som temanumre. Ideer til temaer og forslag til bidrag modtages gerne, ligesom uopfordrede artikler er velkomne. Enkelte temanumre har plads til en eller to artikler uden for temaet. Under rubrikken *Positioner* trykker vi kortere artikler af debatkarakter.

Artikelmanuskriptet bør højst fylde 15 A4-sider og være affattet retskrivningskonformt på et af de skandinaviske sprog. Datamanuskripter foretrækkes, men må altid ledsages af udskrift (med dobbelt linjeafstand). Brug så få skrifttyper og -størrelser som muligt, og undgå specialkoder af enhver art. Brug kursiv til fremhævelser.

Artiklerne må i øvrigt være udformet efter denne standard:

- forfatternavn(e)
- titel, samt evt. uddybende undertitel
- tekst forsynet med mellemrubrikker, citater og note- og litteraturhenvisninger
- noter
- litteraturliste
- engelsk resumé af ca. 15 liniers omfang
- evt. illustrationer med forklarende tekst og kildeangivelse
- forfatterbeskrivelse på ca. 3 linjer

Litteraturhenvisninger anbringes i teksten i parentes ifølge forfatterdateringsprincippet, fx (Efternavn 1993:123).

Noter anbringes efter teksten, og referencenummeret anbringes i teksten helst i løftet petitskrift.¹ Indskriv notereferencerne manuelt (undgå tekstbehandlingsprogrammets fod- eller slutnotefunktioner).

Citater anbringes, hvis de er korte, i teksten i „gåseøjne“. Er de længere, anbringes de som selvstændige afsnit, indrykket fra både venstre og højrekant.

Litteraturlisten placeres til sidst. Referencerne ordnes alfabetisk efter efternavn og kronologisk for en forfatter, som har flere anførte arbejder på listen.

Opstillingsrecepten er:

Forfatterefternavn, Fornavn

1993 Bogtitel. Udgivelsesby: Forlag

Forfatterefternavn, Fornavn

1993 Artikeltilitel. Tidsskrifttitel årgang (nr.):sidetal

Tidsskriftet Antropologi påtager sig den endelige redigering (i samarbejde med forfatterne), korrekturlæsning og sætning/datamanuskripttilretning.

En mere omfattende *vejledning* vedrørende disse standardpunkter kan rekvireres hos redaktionen. Samme vejledning indeholder også en række gode råd på retskrivningsområder, som erfaringsmæssigt viser sig at volde selv meget kompetente danskskrivende vanskeligheder.

Bog anmeldelser og forslag til anmeldelser modtages gerne. Anmeldelsessektionen redigeres uafhængigt af de enkelte numres tema.

Tidsskriftet Antropologi forpligter sig ikke på forhånd til at trykke artikler, hverken opfordrede eller uopfordrede.

AIDS

Steffen Jöhncke

ANTROPOLOGISK HIV/AIDS-FORSKNING UNDER FORANDRING

Indledning

Hanne Overgaard Mogensen

SOCIAL RESPONS PÅ URBANISERINGENS EPIDEMIER

Aids-oplysning i det sydlige Zambia

Kristina Wimberley

FRELST OG REDDET FRA AIDS?

Unge pigers håndtering af risikoen for hiv i det sydvestlige Uganda

Ulla Godtfredsen

ETNOGRAFI PÅ AFVEJE

Om anvendeligheden af begrebet „lokal viden“ i aids-forebyggelse

Anders Dahl

MASSER AF GRUNDE TIL USIKKER SEX

En undersøgelse af gode forklaringer

Steffen Jöhncke

DE INDRE GRÆNSER

Forestillinger om kultur og subkultur i sociale konstruktioner af hiv/aids i Danmark

Jens Seeberg

STIGMA-STATISTIK

Når dagsordener sættes i dansk aids-politik

ANMELDELSER

ISBN 87-88825-05-1