

Indhold

KAPITEL 1

Sundhedens veje

En indledning

Af Hanne Overgaard Mogensen og Susan Reynolds Whyte 7

KAPITEL 2

Livets veje

Antropologiske perspektiver på livsfaser og overgange

Af Anne Line Dalsgaard og Tine Gammeltoft 25

KAPITEL 3

Afveje

Om normalitet og afvigelse

Af Vibeke Steffen og Mette B. Meldgaard 53

KAPITEL 4

Veje til forståelse

Om fortolkninger og sygdomsopfattelser

Af Vibeke Steffen og Mette B. Meldgaard 81

KAPITEL 5

Sundhedssystemers veje

Om organisering og professioner

Af Bjarke Paarup og Lotte Meinert 113

KAPITEL 6

Terapeutiske veje

Om patienters praksis og ressourcer

Af Lotte Meinert og Bjarke Paarup 145

KAPITEL 7

Sundhedspolitikens veje

Om planlæggere og aktører

Af Hanne Overgaard Mogensen og Susan Reynolds Whyte 175

KAPITEL 8

Naturens kulturelle veje

Biomedicin, krop og natur i antropologisk perspektiv

Af Anne Line Dalsgaard og Tine Tjørnhøj-Thomsen 205

KAPITEL 9

Sundhedsantropologi i Danmark

En opsamling

Af Vibeke Steffen 233

Litteratur 250

Billedoplysninger 269

Forfatteroplysninger 270

Register 272

Sundhedens veje

En indledning

Af Hanne Overgaard Mogensen og Susan Reynolds Whyte

I denne indledning beskrives sundhedsantropologien, dens udvikling og teoriehistoriske baggrund. Først introduceres nogle grundlæggende begreber og diskussioner inden for antropologien, og det vises, hvordan sundhedsantropologien som fagområde er vokset ud af den generelle antropologi og fortsat trækker på denne. Hovedtendenserne i sundhedsantropologien de sidste 25 år bliver skitseret, og i løbet af indledningen præsenteres desuden bogens indhold og kommende kapitler.

Baggrund

Med denne bog ønsker vi at give et bredt indblik i et stadigt voksende felt: sundhedsantropologien eller – som den også ofte kaldes – den medicinske antropologi. Sundhedsantropologien er den del af antropologien, der beskæftiger sig med studiet af sociale og kulturelle aspekter ved sundhed og sygdom, hvad enten vi befinder os i afrikanske landsbyer eller pulserende storbyer, blandt den vietnamesiske ungdom eller i brasilianske slumkvarterer, på århusianske hospitaler eller i barnløse danske familier.

Hvornår starter livet? Hvor sættes grænsen mellem liv og død? Hvordan defineres et normalt liv, og hvad sker der, når livet kommer på afveje? Hvorfor giver det mening for afrikanere at forklare ulykke med hekseri og for danskere at definere alkoholisme som en sygdom? Hvordan lærer man at leve med lidelsens tilsyneladende meningsløshed?

Hvordan vælger folk behandling, og hvorfor er det ikke modsætningsfyldt for dem at bruge antibiotika og shamaner på en og samme tid? Er shamanen en del af sundhedssystemet? Er sygeplejersken, der giver sine naboer indsprøjtninger hjemme i køkkenet? Hvad ligger der af implisitte moralske forestillinger om mennesker og samfund i de sundhedspolitikker, der forsøges gennemført rundt omkring i verden? Og hvordan ændrer planlagte politikker derfor ikke kun vores sundhed, men også vores personopfattelse og ansvarfølelse? Hvad gør det ved vores forståelse af slægtskab og samhørighed, at teknologien griber ind i forplantningen? Hvad sker der med vores forestillinger om naturen, når vi bliver i stand til at gribe ind i den – og hvad er overhovedet forholdet mellem natur og kultur?

Disse og mange andre spørgsmål forsøger denne bog at give svar på. Det gøres gennem en indføring i centrale teorier og begreber inden for sundhedsantropologien og ved at vise, hvordan den bygger på den almene antropologiske grundlæggende principper. Antropologiens sigte er at vise og forklare de mangfoldige måder, hvorpå man kan forstå og håndtere verden, og dens primære metoder kan sammenfattes som kontekstualiserende (sætter ind i sammenhæng) og komparativ (sammenlignende). I denne bog vil vi vise, hvordan disse generelle antropologiske principper også kan bidrage til studiet af sundhed og sygdom.

Etymologisk betyder dét at kontekstualisere »at væve sammen«, og en vævning indebærer altid, at man vælger de tråde, der giver det ønskede billede eller med andre ord: identificerer sammenhænge, der er relevante for forståelsen af det, man studerer. For sundhedsantropologien, der studerer vores kroppe, den måde de udvikler sig på, det, de udsættes for, og det, der gøres for at påvirke dem og behandle dem, er det relevant at vælge tråde som fx sociale relationer, de forestillinger og værdier, mennesker bruger til at give mening til lidelse og velvære, de sundhedssystemer og sundhedspolitikker, der former vores adgang til behandling, og de ressourcer, der er tilgængelige for folk, der søger behandling.

Bogen introducerer både klassiske tekster og nyere dansk forskning, og den trækker på empiriske eksempler fra hele verden, eftersom netop sammenligningen – eller komparationen – er et af antropologiens grundprincipper. Det er gennem sammenligning med det anderledes, at vi får

øje på nye perspektiver og bliver i stand til at se med friske øjne på det kendte. Om vi arbejder i det danske sundhedssystem eller på vietnamesiske privatklinikker, om vi studerer shamaner, brasilianske sygeplejersker eller danske healere, er det ved at sammenligne det kendte med det fremmede, at vi kan opnå analytisk distance til vores egne antagelser og blive i stand til at reflektere over det, der ellers fremstår som selvfølgeligheder.

Bogen er rettet mod antropologistuderende, der ønsker at specialisere sig i sundhedsantropologi, og mod folk med sundhedsfaglig eller anden baggrund, der er interesserede i at få nogle redskaber, de kan bruge til at forholde sig til deres daglige arbejde på nye måder. Bogens forfattere er en gruppe forskere ved henholdsvis Københavns og Aarhus Universitet, som har mange års erfaring med undervisning og tilrettelæggelse af kurser inden for sundhedsantropologi. Forfatternes egen forskning har i de senere år hovedsageligt fundet sted i Danmark, Brasilien, Uganda og Vietnam, og disse områder spiller derfor en central rolle i kapitlernes indledende empiriske eksempler, der dog diskuteres og analyseres ved hjælp af sundhedsantropologiske studier fra hele verden.

Kulturens veje

I vores valg af titel til denne bog, *Sundhedens veje*, har vi været inspireret af Kaj Birket-Smith (1893-1977), der i 1945 grundlagde den antropologiske universitetsuddannelse i Danmark og var en fremtrædende skikkelse i den periode, hvor antropologien begyndte at bevæge sig fra at være et museumsfag til at blive en socialvidenskab. Han udgav i 1941-1942 sit trebindsværk *Kulturens Veje* baseret på sine ekspeditioner i Grønland og andre polarområder. Her definerede han kultur som en samling sammenbragte, betydningsbærende elementer lånt fra forskellige kulturstrømme: »Det er dog ikke de enkelte kulturers brogede vrimmel, der her skal skildres. Målet har derimod været at give et rids af kulturen som sådan, af dens udvikling og de veje, den har fulgt i rum og tid« (Birket-Smith 1948: 13).

Kaj Birket-Smiths teoretiske udgangspunkt var diffusionismen, en antropologisk teori i de første årtier af 1900-tallet, der byggede på ideen

om, at alle kulturer stammer fra et enkelt eller et begrænset antal kulturelle centre, hvorfra de spredes. Diffusionismen er for længst blevet erstattet af andre teorier om kulturer og deres opståen og forandring over tid, men vi har i denne bog alligevel ladet os inspirere af Birket-Smiths brug af metaforen »vej«.

Diffusionismen blev i Danmark som mange andre steder erstattet af den britisk inspirerede socialantropologi, der i midten af 1900-tallet var karakteriseret ved sin interesse for samfundsinstitutioner ud fra deres funktionelle sammenhænge. Den leverede vigtige bidrag til forståelsen af ethvert samfund og kultur, ikke som produkter af enkelte kulturer eller civilisationer, der efterhånden spredtes til alle egne af kloden, men som noget i sig selv, der hver især fungerer på egne præmisser. Implicit i denne teori var en betydningsfuld anerkendelse af forskellighedens ligeværdighed, men den havde dog den ulempe, at den bidrog til et billede af samfund som afgrænsede enheder og kulturer som homogene, uforanderlige størrelser. Dette statiske billede af samfund og kultur har antropologien siden gjort op med. Den søger nu igen at forstå kulturens mangfoldige veje, ikke som veje, der udgår fra enkelte kulturelle centre, men som veje, der skabes af mennesker, som lever forskellige liv, er positioneret forskelligt i forhold til hinanden og aktivt gør brug af kultur såvel som andre ressourcer, når de reflekterer over og handler i verden – også i forbindelse med sygdom og sundhed.

Vi ønsker altså med *Sundhedens veje* at gøre opmærksom på de mange veje, mennesker kan bevæge sig ad, når de forholder sig til sundhed og sygdom. Det er en metafor, der henviser til de omfattende muligheder og retninger, livet kan tage, både når det følger forventede livsbaner (kapitel 2), og når det kommer på afveje grundet fx sygdom, ulykke, handicap m.m. (kapitel 3). Veje er en metafor for de vidtspændende muligheder, der findes til alle tider og alle steder i verden for at fortolke og forstå, at sygdom og ulykke nødvendigvis er en del af livet, og for at tilskrive lidelsen mening frem for at overgive sig til meningsløsheden (kapitel 4). Den hjælper os med at sætte fokus på, hvordan sundhedssystemer gennem institutionelle strukturer er med til at op-ridse de muligheder og veje, folk kan tage i deres søgen efter sundhed og behandling (kapitel 5), og det er en metafor, der samtidig giver os mulighed for at følge mennesker i deres færden gennem disse systemer

og strukturer og forstå, hvordan de selv aktivt afprøver forskellige terapeutiske veje, efterhånden som sygdomsforløb udvikler sig (kapitel 6). Sundhedspolitik bruges overalt i verden i forsøg på at forme den retning, i hvilket et samfunds ledere ønsker, at folks liv og sundhed skal bevæge sig, men politikken selv kan også anskues som noget, der bevæger sig ad diverse veje gennem befolkningen, eftersom den får vidt forskellige konsekvenser for forskelligt positionerede medlemmer af samfundet (kapitel 7). Endelig vil vi med vejen som metafor sætte fokus på en gennemgående problematik i antropologien generelt, og sundhedsantropologien i særdeleshed: forholdet mellem natur og kultur og de måder, hvorpå de konstant påvirker og former hinanden og skaber nye veje for forståelser, systemer, politikker og for mennesker, der handler inden for disse (kapitel 8). Til sidst vil vi i en opsamling forsøge at pege på nogle af de veje, sundhedsantropologien i Danmark kunne bevæge sig ad (kapitel 9). Dermed håber vi at inspirere andre til at udforske og afdække nye linjer og forbindelser i danskernes forståelse og håndtering af sygdom og sundhed.

Med »veje« ønsker vi dog ikke kun at henvise til de bevægelser, der finder sted i den verden, vi studerer, men også de måder, hvorpå vi studerer den. De ovennævnte temaer er i årenes løb blevet anskuet gennem mange forskellige teoretiske tilgange og analytiske begreber, der hver især har leveret forskellige former for indsigt. I hvert af bogens kapitler vil vi tage udgangspunkt i empiri fra studier, vi selv har været involveret i, og vise, hvordan forskellige analytiske perspektiver kan være med til at levere nye forståelser af og vinkler på dette materiale. Derigennem vil vi præsentere mangfoldigheden af tilgængelige analytiske veje i sundhedsantropologien og illustrere endnu en af antropologiens grundlæggende arbejdsmetoder: den kontinuerlige dialog mellem empiri og teori.

Antropologens veje

Kulturen er som et træ, et eventyrligt træ, hvor hver gren er formet forskelligt fra sin nabo, hver blomst har sin egen farve og duft, hver frugt har sin særlige sødme. Denne rigdom og fylde er groet naturligt frem. Hver kultur og hvert folk har sit særpræg; men grenene er alle skud på den samme stamme og næres af de samme safter. Skæres grenene over og skilles fra stammen, visner blomsterne (Birket-Smith 1948: 13).

Med ovenstående citat sætter Kaj Birket-Smith ord på det spændingsfelt, som antropologien til alle tider har forsøgt at indfange: forholdet mellem det almene og det specifikke. Hans interesse ligger som nævnt langt overvejende i ønsket om at illustrere det almene og fælles menneskelige – at vi alle næres af de samme safter. Men om man tilslutter sig diffusionismen som den dominerende forklaring på kulturens udvikling og forandring over tid eller ej, forbliver problematikken den samme: Der er mange måder at leve i verden på, men vi er som mennesker ikke mere forskellige, end at vi altid kan forestille os hinanden (Hastrup 2004a: 16). Antropologien er den videnskab, der påtager sig den opgave at professionalisere denne »forestillingsevne« og bruge den til at opnå en forståelse af umiddelbart uforståelige fænomener og måder at leve i verden på. Den studerer det anderledes, men det er den almene menneskelige forestillings- og indlevelsessevne, som er den grundlæggende metode i antropologien. Vejen frem mod forståelse er derfor at lade sig engagere i de mennesker, man ønsker at forstå.

Den antropologiske metode tager altså udgangspunkt i menneskelige relationer og afviger derved på grundlæggende måder fra den videnskabelige metode, der karakteriserer de fleste andre videnskaber. Den positivistiske tradition, der kræver en distanceret observation af et givent fænomen, giver ringe mening i antropologien. Som den norske antropolog Fredrik Barth så smukt skriver, handler mennesket ikke spontant og naturligt over for en passiv observatør på samme måde, som det gør over for et medmenneske:

Den, som aldrig har arbejdet dag efter dag på markerne, kan vanskeligt forstå, hvad det vil sige at ernære sig som bonde, den, som ikke selv har levet i nømadetelt og vandret med dem, ved ikke, hvad han skal spørge om for at lære det, som er essentielt i deres liv. Men allervigtigst: Det er kun ved, at du prøver at blive deltager, at mennesker begynder at behandle dig som et egentligt medmenneske, at de får tillid til dig og åbner sig for dig, og allervigtigst, at de begynder at lære dig op i deres egne begreber, kategorier og forestillinger. For det er først som deltager, at du har behov for at forstå verden på deres måde (Barth 1980: 4f.).

Den primære metode i antropologien er derfor deltagerobservationen: Antropologer deltager i folks liv, mens de observerer, hvad der foregår omkring dem. Når vi i de følgende kapitler skriver om abort og prænatal diagnostik i Vietnam, sterilisation og fattigdom i Brasilien, alkoholbehandling i Danmark og aids og malaria i Uganda, har indgangen til vores forståelse været mange lange dage i folks selskab, hvor vi har forsøgt at deltage i deres liv, alt imens vi observerede, hvad der foregik omkring os og spurgte til det. Mange andre metoder kan også være brugt som supplement undervejs (inklusive kvantitative metoder), men deltagerobservationen vil altid være det mest grundlæggende princip i et antropologisk studie. Da Steffen studerede Minnesota-modellens behandling af alkoholikere, lod hun sig indskrive i behandlingsprogrammet. Da Gammeltoft studerede unge vietnamesiske kvinders aborter, havde hun allerede boet i Vietnam i flere år og tilbragt mange måneder hos en vietnamesisk familie. Selvom selve abortstudiet hovedsageligt var baseret på åbne interview med kvinder, der havde aborteret, var deltagerobservationen alligevel central. Det var ved at leve sig ind i pigernes historier og ved at trække på sin egen lange erfaring med livet i Vietnam, at Gammeltoft blev et medmenneske i pigernes øjne og opnåede deres tillid og åbenhjertige beretninger. Det var bl.a. ved at tilbringe utallige eftermiddage på verandaen eller i skyggen under et træ med kvinder i en fattig forstad i Brasilien, at Dalsgaard fik indsigt i de sammenhænge, der ledte kvinderne til at lade sig sterilisere, og det var gennem lange og gentagne ophold i afrikanske familier, at Paarup, Meinert, Mogensen og Whyte blev i stand til at følge folks sundhedssøgende adfærd og tog del i deres bekymringer, dilemmaer, planer og håb for fremtiden. Det var

gennem deltagerobservationen, at vi fik øje på, hvordan elementer og fænomener i folks liv var indbyrdes forbundet og afhængige af hinanden: hvordan deres liv hang sammen. Det var deltagelsen, der gav os et billede af konteksten og en forståelse for, hvordan vi kunne udvælge tråde til de sammenvævninger, der ville gøre det muligt at forstå, hvorfor sundhed og sygdom udfoldede sig, som tilfældet var.

Som det kan ses af ovenstående eksempler på feltarbejder, er samtalen og interviewet en central del af deltagerobservationen. Samspillet mellem deltagerobservation og interview kan siges at være ryggraden i antropologien, og der kan ikke altid foretages nogen endelig distinktion mellem dem. Der er studier, hvor en egentlig deltagelse i folks praktiske liv ikke er mulig, som når fx Cecilie Rubow (2003) studerer danskeres forhold til døden, og når Tine Tjørnhøj-Thomsen studerer oplevelsen af at være ufrivillig barnløs ved bl.a. at besøge folk i deres hjem for at interviewe dem om deres erfaringer. I disse feltarbejder spillede interviewet en større rolle, men som Tjørnhøj-Thomsen (2003) skriver, deler interviewet vilkår med deltagerobservationen. Enhver form for samtale er en intervention i menneskers liv, hvis form og indhold afhænger af konteksten. Eller som Cecilie Rubow (2003) formulerer det, har samtalen som enhver anden praksis også sit eget liv.

Deltagerobservation er en del af enhver samtale og interview (man lever sig ind i informantens fortælling, samtidig med at man observerer, hvad der foregår i løbet af samtalen), og enhver deltagerobservation indeholder samtaler, der i større eller mindre grad er eller udvikler sig til interview. Interview kan tage mange former og være mere eller mindre styret af antropologen, men de er normalt karakteriseret ved at være »kvalitative«, dvs. at der stilles åbne spørgsmål og informanten får mulighed for at svare uddybende og få det på banen, der er af størst betydning for ham eller hende. En uformel samtale kan udvikle sig til et interview, og det, der starter som et interview, ender ofte med uformel snak, i løbet af hvilken nok så vigtig information kommer frem.

Et etnografisk interview analyseres ved at blive sat ind i sammenhæng (vævet sammen) med andre interview, samtaler og de erfaringer, man har opnået gennem deltagerobservation. Derfor kan det ikke ses som selvstændige data, der siden kan lægges sammen med andre selvstændige data, som man ville gøre det i mere kvantitativ forskning. Man

indgår i – og analyserer – interview og samtaler i lyset af, hvad man har lært fra andre kilder og (nogle gange) fra tidligere diskussioner med den aktuelle samtalepartner. Analysen er derfor en proces, der foregår allerede under feltarbejdet, og som er med til at forme fortsættelsen af dette arbejde.

Efter afsluttet feltarbejde fortsætter denne analyse. Vi må distancere os fra felten og gøre indlevelsen til ny indsigt. Til dette gør vi brug af analytiske redskaber, der har udviklet sig igennem antropologiens nu mere end hundredårige historie (og desuden trækker på beslægtede fags analytiske begreber). Komparationen er afgørende i udviklingen af antropologiske begreber. De færreste undersøgelser er designet som sammenlignende, men når vi vender tilbage fra feltarbejde, følger vi med i debatten, læser litteraturen og går i dialog med folk, der arbejder forskellige steder i verden. Derved opnår vi det komparative blik, der gør det muligt at bevæge sig fra vores egen specifikke erfaring til en generel forståelse af menneskelig færden og gøren. Analytiske begreber – udviklet gennem komparation og brugt til yderligere komparation – er redskaber, der hjælper os med at træde et skridt tilbage og gøre indlevelse og deltagelse til generel forståelse. Antropologiens metoder og analytiske strategier er nærmere beskrevet af en række danske antropologer i bøgerne *Ind i verden* og *Viden om verden* (Hastrup 2003, 2004b).

I resten af denne introduktion vil vi opridsse nogle af de analytiske diskussioner i den generelle antropologi, som sundhedsantropologien er vokset ud af, og vi vil skitsere nogle af de veje, der ledte mod udviklingen af de temaer og begreber, der var med til at forme sundhedsantropologien som et selvstændigt felt inden for antropologien.

På vej mod sundhedsantropologien

Medicinsk antropologi dukkede først op som betegnelse i 1960'erne. I løbet af de følgende fire årtier blev sundhedsantropologien (den benævneelse, man nu i stigende grad bruger i Danmark) et af de største felter i antropologien. Vejen frem mod sundhedsantropologien var i realiteten en masse stier, der startede forskellige steder i antropologien og gik i forskellige retninger. Sundhedsantropologiens historie kan (som al an-

den historie) skrives i utallige kortere og længere versioner. Her har vi valgt en ganske kort udgave, fordi vi ikke opfatter historien som en række overståede stadier i fagets udvikling, men som en serie inspirationskilder, hvoraf mange stadig er frugtbare og netop er dem, de følgende kapitler vil blive brugt til at uddybe.

Der er mange grunde til, at sundhedsantropologien er kommet til at spille så stor en rolle i antropologien. En af dem er dens store spændvidde. Den strækker sig fra eksistentielle spørgsmål om liv, død og lidelse til politiske overvejelser om ulighed og rettigheder og til studier af den globale spredning af teknologier og sundhedspolitikker. Inden for alle disse er der ydermere flere spændingsfelter i spil, fx det intime og det politiske, hverdagens sociale relationer og de anonyme sundhedsbureaukratier, lokale forståelser og globale videnstraditioner. En anden årsag til sundhedsantropologiens store fremvækst ligger i dens anvendelsespotentiale. Den er relevant for forståelsen og håndteringen af en bred vifte af aktuelle problemer i Danmark såvel som i udlandet. Det giver god mening (og beskæftigelse!) for sundhedsantropologer at forske i, hvordan man løser problemer og forbedrer konkrete situationer. At engagere sig aktivt i problemløsning kan desuden ses som en form for deltagerobservation, som den enkelte antropolog senere kan gøre brug af som data, der kan gøres til objekt for en mere distanceret analyse af, hvad der foregår i nutidens sundhedssektor, og hvordan man går til problemløsning inden for denne, som det fx kan ses i Mette Meldgaards studie af elektroniske patientjournaler (kapitel 5).

Man kan skelne mellem antropologi for medicin og antropologi om medicin, dvs. mellem 1) at tage sig af en opgave stillet af medicinere eller sundhedssystemet og dermed arbejde for og være del af systemet og 2) at lave selvstændig og potentielt kritisk nytænkende forskning om medicin og om systemet. Mange sundhedsantropologer vil dog mene, at det netop er muligt at gøre begge dele på en gang: at anvende antropologien til konkret problemløsning og samtidig bidrage til kritisk tænkning og en videreudvikling af antropologien som videnskab.

Det er vigtigt at gøre sig klart, at sundhedsantropologi er karakteriseret ved sit empiriske fokus og ikke ved en særlig teoretisk tilgang eller forståelse af verden. Ligesom fx politisk antropologi eller antropologiske studier af religion handler sundhedsantropologien om et særligt do-

mæne af det sociale og kulturelle liv. Dette domæne kan analyseres ved hjælp af mange af de samme teorier og begreber, som bruges i studiet af andre domæner. Kernen i sundhedsantropologien er altså en empirisk interesse for kroppen i dens sociale og kulturelle sammenhæng og for de samfundsinstitutioner, der har til opgave at tage sig af kroppen og af sundhed og sygdom, dvs. alt fra sundhedssystemer til rituel praksis. Den henter sin inspiration fra teoretiske diskussioner og komparative analyser i den almene antropologi, og det er gennem den fortsatte dialog med den almene antropologi, at sundhedsantropologien kan blive ved med at bidrage med anderledes perspektiver på det sundhedsfaglige felt, end hvad dette felt selv leverer. Sundhedsantropologien er vokset ud af og består af lige så mange teoretiske retninger som den moderdisciplin, der giver den næring. Samtidig har den dog også udviklet begreber, der er særligt rettet mod studiet af sundhed og sygdom. Mange af disse vil blive præsenteret i de følgende kapitler, men først vil vi kortlægge vejen frem mod udviklingen af feltet.

Sundhedsantropologiens veje gennem antropologien

Sundhedsantropologien har rødder langt tilbage i antropologiens studier af menneskelig mangfoldighed. De tidligste værker om »eksotiske« kulturer indeholdt ofte beskrivelser af de kræfter, der kunne påvirke menneskers tilværelse: ritualer, magi, shamaner, hekse, guder og ånder. Af særlig betydning var Evans-Pritchards studie fra 1937 *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*. Bogen var baseret på et omfattende empirisk materiale og viste på nuanceret vis, hvordan azandefolkets verdenssyn kunne forstås som en social kosmologi, gennem hvilken vanskæbne og ulykke blev knyttet til sociale konflikter, magtforhold og forestillinger om usynlige kræfter. Troen på hekseri og magi blev med andre ord sat ind i sammenhæng – kontekstualiseret – og gennem denne kontekstualisering blev det tydeligt, at hekseri og magi i høj grad gav mening for azande. Evans-Pritchards studie er et eksempel på den britiske strukturfunktionalisme og dermed på forsøget på at vise, at enhver kultur giver mening, når den bliver forstået på sine egne præmisser. Bogen inspirerede en lang række etnografiske studier af kosmolo-

gier, ritualer, symboler og sociale relationer i årene, der fulgte. Uden direkte at beskæftige sig med kroppen og sygdom bidrog denne struktur-funktionalistiske tilgang med nogle værdifulde redskaber, som sundhedsantropologien stadig gør brug af: Opmærksomheden på, hvordan lokale kulturelle fænomener er knyttet til sociale relationer, er stadig grundlæggende for sundhedsantropologisk forskning.

Den strukturfunktionalistiske tilgang havde dog som nævnt et uforholdsmæssigt stort fokus på sammenhæng og på de enkelte fænomeners samfundsopretholdende funktion. Det resulterede i beskrivelser af samfund som velintegrerede og forholdsvis homogene og statiske. I løbet af 1970'erne begyndte antropologien for alvor at gøre op med dette og at lede efter måder at inkludere iboende modsætninger, forandringer og kompleksitet på i sine beskrivelser af verdens mangfoldighed. 1970'erne var også det årti, hvor sundhedsantropologien begyndte at tage form som selvstændigt felt. Dens bidrag til udfordringen af billedet af homogene samfund var i første omgang en voksende interesse for »medicinsk pluralisme«, dvs. sameksistensen af flere behandlingstraditioner inden for det enkelte samfund. Med udgangspunkt i studier af medicinsk viden i Asiens store civilisationer (Leslie 1976) begyndte man at undersøge, hvordan flere forskellige medicinske traditioner spillede sammen, og hvordan patienter bevægede sig imellem disse i løbet af deres terapeutiske rejser. Ved at stille skarpt på sygdom, behandling og sundhedssystemer blev inddragelsen af biomedicin som studieobjekt uundgåeligt. Den biomedicinske tradition (som den vestlige medicin kaldes i antropologien) havde spredt sig til hele verden og eksisterede nu side om side med diverse former for urtemedicin og helbredelsesritualer. Det blev derfor tydeligt, at også den »vestlige medicinske tradition« kunne relativiseres, gøres til en af mange traditioner og underkastes det antropologiske blik, både når den blev praktiseret i Europa og Nordamerika og når den blev anvendt i Asien og Afrika. I 1978 udkom en grundbog (Foster & Anderson 1978), der ridsede det medicinske-antropologiske felt op og konstaterede, at den »vestlige verden« i lige så høj grad var objekt for medicinsk antropologi som den »ikke-vestlige verden«.

1970'erne var starten på medikaliseringen af antropologien. I en ofte anvendt artikelsamling (Landy 1977) kan man finde ældre tekster om

trolddom og sandsigere, der her blev rubriceret som artikler om sygdomsforklaringer og helbredelse. Der var sket en bevægelse fra religion til medicin, der gjorde det muligt at omtale ritualer som terapi, sandsigeres arbejde som diagnosticering og shamaner som behandlere. Kleinmans skelsættende bog *Patients and Healers in the Context of Culture* (Kleinman 1980) gav et betydeligt skub i retning af et særligt begrebsapparat til dette nye felt. Bogen var både en monografi om Taiwan, en diskussion af eksisterende medicinsk antropologisk litteratur og en lancering af en række nye analytiske begreber. Dikotomier som *disease* og *illness* (»sygdom« og »lidelse«) og *curing* og *healing* (»helbredelse« og »heling«) indfangede forskellene mellem sundhedsarbejdernes forståelse og patienternes oplevelse. Et andet vigtigt bidrag var hans analytiske model af sundhedssektoren. Et sundhedssystem, foreslog han, måtte forstås som bestående ikke kun af det officielle og formelle system, men af tre sektorer: den professionelle sektor (fx institutionaliseret biomedicin eller ayurvedisk medicin i Indien), den alternative sektor (specialister som fx sandsigere i Afrika og alternative behandlere i Danmark) og den folkelige sektor (alt hvad folk selv gør uden hjælp fra specialister). Med disse og andre modeller begrebsliggjorde Kleinman »den kliniske virkelighed«, hvor patient og behandler interagerer, og dermed gjorde han det muligt at sammenligne konsultationer hos biomedicinske læger med sessioner hos shamaner i Taiwan. Hans begreber og modeller fængede, også uden for antropologien. Det er i denne sammenhæng vigtigt at bemærke, at det sundhedsfaglige felts interesse for antropologien bidrog betydeligt til udviklingen af et sundhedsantropologisk felt. Tiden var moden for kritik af biomedicinens »apparat-fejlmodel« både inden for selve sundhedssystemet, som i stadig stigende grad måtte forholde sig til komplekse livsstilssygdomme, der ikke kunne forklares med apparat-fejl-modellen, og i resten af samfundet, eftersom der i de vestlige lande var opstået en stadig voksende interesse for alternative terapier i disse år. Kleinmans begreber viste sig netop at være brugbare i forhold til at synliggøre andre aspekter af sundhed, sygdom og behandling end dem, der faldt inden for biomedicinens egne kategorier.

Igennem 1980'erne og 1990'erne voksede antallet af tidsskrifter, monografier og artikelsamlinger støt. Kurser, studieprogrammer og be-

skæftigelsesmuligheder i medicinsk antropologi bidrog til følelsen af, at et særligt felt havde udviklet sig. Efterhånden som flere og flere blev involveret, opstod der yderligere specialiseringer inden for feltet. Dels adskilte forskere sig fra hinanden med hensyn til teoretiske tilgange og metodologi. Dels var der en tendens til empiriske opdelinger afledt af biomedicinske kategorier og politiske definitioner af problemer (fx malaria, kræft, reproduktiv sundhed, mental sundhed, handicap, hiv/aids, lægemidler, diagnostiske teknologier, alkoholisme osv.). Sundhedsantropologiens livtag med disse problemstillinger afspejler dens vedvarende forankring i verden og ønsket om at engagere sig i aktuelle spørgsmål. Den seneste interesse for sundhedsfremme er endnu et eksempel på dette. I lande, hvor ikke-smitsomme sygdomme nu tegner en stor del af sygdomsbilledet, drejer medicin og politik sig over mod livsstil og forebyggelse frem for behandling. Sundhedsfremme og patientens eget ansvar for sit helbred er kommet til at spille en større rolle inden for det biomedicinske sundhedssystem. At antropologien har ladet denne vægtning smitte af på sin selvforståelse ses i den voksende brug af betegnelsen »sundhedsantropologi« frem for »medicinsk antropologi«.

Som nævnt er det de teoretiske og metodologiske tilgange, der adskiller sundhedsantropologien fra andre fags perspektiver på de samme problemstillinger, og som skaber mangfoldighed inden for feltet. Sundhedsantropologiske studier varierer internt ikke kun i empirisk fokus, men også i teoretiske tilgange til de empiriske problemstillinger. I de følgende kapitler vil der blive givet eksempler på mange forskellige analytiske perspektiver. Afslutningsvis vil vi her i indledningen blot skitsere nogle af hovedtendenserne i sundhedsantropologiens blomstrings-tid, dvs. de seneste 25 år.

I Nordamerika har der været en lang tradition for biologisk antropologi, der ikke i samme udstrækning kendes fra Europa, men som alligevel har spillet så stor en rolle, at den kort må nævnes. Den har resulteret i den såkaldte »biokulturelle« tilgang til medicinsk antropologi, hvor man arbejder med at kombinere sygdomsøkologi og sociale sammenhænge. Det er en tilgang, der lægger op til et tæt samarbejde med epidemiologien og søger det store overblik over menneskets evolution og tilpasning. Man arbejder også med forholdet mellem sygdom og de kulturelle og sociale faktorer, der gør nogle mennesker og deres livsforløb

mere udsat for sygdom end andre (se fx Aaby 1990). Denne tilgang ligger på sin vis tættere på den biomedicinske, men den giver samtidig mulighed for gennemgribende social kritik, som når fx Paul Farmer (1999) skriver om infektioner og epidemier som resultater af lokale og globale uligheder og viser, at sygdom aldrig blot er et biologisk, men altid et »biosocialt« fænomen.

En anden hovedtendens i sundhedsantropologien er et resultat af, at den almene antropologis teoriudvikling blev mere handlingsorienteret i løbet af 1970'erne. Hvor man tidligere (i fx strukturfunktionalistiske studier) var optaget af logikken i kosmologier, ritualer og andet, begyndte man nu at interessere sig mindre for disse kulturelle modeller og logikker og mere for praksis. Det blev i større udstrækning folks konkrete problemer og praktiske håndtering af disse frem for deres modeller af verden, der blev udgangspunkt for antropologiske studier. For sundhedsantropologiens vedkommende betød det en opmærksomhed på håndtering af sygdom og på alle de forskellige former for handling, der var involveret i dette, ikke kun rituelle og symbolske handlinger, men også fx brugen af lægemidler og interaktion med behandlere, patienter og pårørende. Dette fokus på praksis i den almene antropologi kan ses som et paradigmeskift, der blev afgørende for udviklingen af sundhedsantropologi som fagligt felt. Samtidig har sundhedsantropologien selv – grundet sit empiriske fokus på kroppen – spillet en central rolle i den almene antropologis videre teoriudvikling i 1980'erne og 1990'erne, hvor blandt andet fænomenologien og dermed interessen for menneskets umiddelbare og kropslige erfaring af »væren-i-verden« (frem for deres kulturelle modeller af verden) kom i fokus. Oplevelse og erfaring blev – og er – nøglebegreber for mange antropologer. Narrativer bruges både som metode til at få adgang til denne erfaring og som analytisk tilgang til forståelsen af, hvordan vi skaber mening og sammenhæng, der i sundhedsantropologien stort set har erstattet den tidligere interesse for symboler og verdenssyn, men som også har haft stor indflydelse i andre dele af antropologien.

Mens væsentlige strømninger i sundhedsantropologien har taget udgangspunkt i mennesker som sociale aktører, har andre beskæftiget sig med de kræfter, der former betingelserne for at handle. Analyser af dominerende diskurser, politisk økonomi, globaliseringsprocesser, nye

former for teknologi og medfølgende nye former for socialitet har lagt vægten på mønstre og rammer for handling snarere end på den handlende aktør. En interesse for disse ekskluderer ikke nødvendigvis aktøren; faktisk arbejder mange sundhedsantropologer på at vise, hvordan overordnede strukturer tilegnes af aktørerne og indlejres i specifikke livsverdener. Men når fokus er på samfundsmæssige strukturer frem for handlende aktører, bliver det analytiske fokus og metoderne alligevel anderledes, og spørgsmål om kontekstualisering bliver sat yderligere på spidsen: Hvilke samfundsmæssige sammenhænge giver mening til diskursen om den sunde borger, der tager ansvar for sig selv? Kan man forstå kvinders motivation for at søge abort i Vietnam eller sterilisering i Brasilien uden at inddrage national og international politik? I studier, der forsøger at følge en politik, en teknologi, en ny diagnose eller en intervention som fx etableringen af støttegrupper for hiv-positive, må man forholde sig eksplicit til spørgsmålet om, hvordan man skal kontekstualisere, dvs. hvilke tråde der er relevante i nutidens sammensatte og globaliserede verden. Men det er en udfordring, som sundhedsantropologien deler med resten af antropologien, og dermed er det endnu et eksempel på, at det ofte er debatter og teoretiske diskussioner, der foregår inden for antropologien og ikke nødvendigvis har noget med sundhed at gøre, der er med til at åbne nye perspektiver på problemstillinger, der i udgangspunktet var defineret inden for andre faglige felter.

Debatten om aktørernes handlemuligheder i forhold til samfundsmæssige og kulturelle begrænsninger for handlinger har været gennemgående i antropologien siden fagets begyndelse, men har antaget varierende former i tidens løb. Som det vil fremgå af de følgende kapitler, ligger der i de mange analytiske tilgange til sundhed og sygdom også en kontinuerlig stræben efter på forskellig vis at indfange netop forholdet mellem aktør og struktur, det individuelle og det kollektive, individet og samfundet: det der sker mellem mennesker. Vi håber med vores gennemgang af disse forskellige tilgange at få givet et overblik over sundhedsantropologien – men ønsker ikke at præsentere den som et særskilt felt. De følgende kapitler er på hver deres måde et indblik i sundhedsantropologiens forankring i den generelle antropologi og dermed i antropologiens bidrag til problemstillinger, der har at gøre med kroppen og med håndteringen af sundhed, sygdom og behandling.