



Københavns Universitet

Antropologi og Medicin i Dialog

Mogensen, Hanne O.; Whyte, Susan Reynolds

Published in:

Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund

Publication date:

2004

Document Version

Også kaldet Forlagets PDF

Citation for published version (APA):

Mogensen, H. O., & Whyte, S. R. (2004). Antropologi og Medicin i Dialog. Tidsskrift for forskning i sygdom og samfund, 1, 39-58.

Antropologi og medicin i dialog

Interview med Susan Reynolds Whyte

Udført og redigeret af Hanne Mogensen og Susan Reynolds Whyte

Medicinsk antropologi er i løbet af de sidste to årtier blevet et centralt emneområde for antropologien. I Danmark har ikke mindst Susan Whyte spillet en stor rolle for opbygningen af dette felt. I denne artikel, baseret på interview med Susan Whyte, beskriver hun, hvordan medicinsk antropologi har taget form for hende og for antropologien generelt. Gennem refleksioner over sit eget arbejde diskuterer hun medikaliseringen af antropologien, den medicinske antropologis bidrag til sygdoms- og sundhedsproblematikker, dens bidrag til antropologien som fag og de store udfordringer ved tværfagligt samarbejde.

Indledning

Medicinsk antropologi har i løbet af 1980'erne og 1990'erne udviklet sig til at være et af antropologiens største områder. Susan Whyte, der er professor i antropologi ved Københavns Universitet, har været med siden starten, og hendes centrale placering i forhold til medicinsk antropologi i Danmark gør hendes historie til en oplagt indgangsvinkel til dette felts udvikling.

Susan Whyte kom til Danmark fra USA i 1972. Hendes nu tre årtiers forskning i det østlige Afrika startede med et studie af religion i Uganda. Denne tidlige undersøgelse af, hvordan mennesker ved hjælp af religion håndterer ulykke og uheld er

blevet til en livslang interesse for medicinsk antropologi. Hendes bog *Questioning Misfortune* (1997) er baseret på længerevarende og gentagende feltarbejde blandt Nyole-folket i det østlige Uganda og er en beskrivelse af, hvordan folk på pragmatisk vis håndterer usikkerhed og ulykke. Lægemidler og handicap er to temaer, der har været gennemgående i hendes arbejde og gennem hvilke, hun har udforsket historiske forandringer og bragt sygdom og sundhed i det østlige Afrika ind i diskussioner om udvikling og globalisering. Det har blandt andet resulteret i redigeringen af bogen *Disability and Culture* (1995) og medforfatterskab af *Social Lives of Medicines* (2002) Pragmatismen har ikke kun inspireret analysen af, hvordan Nyole håndterer deres problemer, men også hvordan antropologer, administratører og politikere definerer problemer, realiserer deres ideer og reflekterer over konsekvenserne af disse. Hun er dedikeret til antropologiens anvendelse og til tværfagligt og tværkulturelt forskningssamarbejde. Hun har gennem vejledning, undervisning og diverse initiativer af forskellig karakter spillet en afgørende rolle i oparbejdelsen af et fagligt miljø omkring medicinsk antropologi i Danmark og har samtidig bidraget internationalt til centrale problemstillinger inden for medicinsk antropologi. Meget af hendes arbejde er udført i samarbejde med ægtefællen Michael A. Whyte, der gennem sin interesse for mad, ernæring, landbrug og AIDS m.m. også har bidraget væsentligt til udviklingen af dette faglige miljø.

I det følgende giver Susan Whyte sin udlægning af, hvordan deres arbejde i Uganda de sidste tre årtier reflekterer fagets udvikling, hvordan hun ser sin egen faglige profil, og hvordan medicinsk antropologi er blevet formet i løbet af de sidste to årtier.

Medikalisering af antropologien: Fra symboler til lidelse

På en måde startede min interesse for medicinsk antropologi allerede i løbet af mit allerførste feltarbejde i Uganda i 1969-71 (Whyte og Whyte 1988, 1989). Det handlede om sygdom og sundhed, uden jeg gjorde mig det klart. Jeg beskæftigede mig med vanskæbne, ulykke, sandsigere osv., men jeg tænkte mere på det som et studie af kosmologi og dennes praktiske anvendelse og sociale implikationer dvs. religion, ritualer, symboler m.m. (Whyte 1981, 1982a, 1983, 1986, 1990b, 1991a). Det var også det, min ph.d. handlede om (University of Washington, 1973). Når jeg siden har gennemgået materialet fra dette feltarbejde og kigget nærmere på, hvilke problemer folk havde, så var mere end 80% af dem sundhedsproblemer.

Derudover var der mange reproduktive sundhedsproblemer f.eks. infertilitet og impotens. Interessen, for det man nu kalder medicinsk antropologi, var der allerede dengang. Det, der ikke var der, var sproget for det. Dengang talte vi om ritualer frem for terapier og om religion frem for sygdomsforklaringer og kropsoptagelser. Hvis man læser klassikerne igen, så er der mange, f.eks. Evans-Pritchard: *Witchcraft and Oracles and Magic among the Azande* (1937) og Victor Turner: *The Forest of Symbols* (1967), som var inde på de problemstillinger, der nu optager den medicinske antropologi. Det var bare ikke det, de kaldte det. I 1970'erne var der også mange, der, som jeg, arbejdede med ritualer, symboler og personopfattelse og lavede studier, der handlede om folk, der var lidende. Vi snakkede om 'affliction'. Lidelse siger man på dansk, om end det ikke er en helt dækkende oversættelse. Men først senere skete der en medikalisering af antropologien, og der udviklede sig et egentligt medicinsk antropologisk sprog. Da jeg senere fattede interesse for medicinsk antropologi, var det muligt for mig at gå tilbage til meget af mit gamle materiale og analysere det inden for et medicinsk antropologisk sprog (se også Whyte 1989).

- *Hvorfor tror du, der skete denne medikalisering?*

Måske skyldtes det blandt andet en voksende opmærksomhed på bistand og udvikling. Folkesundhedsproblemer i udviklingslande var begyndt at optage bistandsorganisationerne i 1960erne, og antropologer blev i stigende grad inddraget i dette arbejde. Noget af det allerførste, man kaldte medicinsk antropologi, var i høj grad anvendt arbejde, og det blev lavet inden for rammerne af folkesundhed. Men selv mange af disse tidlige studier handlede om kosmologi og ritualer, om det eksotisk anderledes og derfor om, hvordan man kunne introducere biomedicin i en kontekst, der var kulturelt meget anderledes end den, biomedicinen havde sin oprindelse fra. Interessen for det eksotiske passede godt til alt det materiale, vi som antropologer havde om ritualer, symboler, hekseri og åndebesættelse m.m. Disse temaer er stadig vigtige i den medicinske antropologi, men vi er blevet mere påpasselige med at fremstille folk som 'eksotiske' og at skitsere deres kosmologi som et anderledes men sammenhængende hele.

- *Hvilke begrænsninger lå der i interessen for det eksotiske?*

Problemet med at fokusere på det eksotisk anderledes er, at selv når man forsøger at give et nuanceret billede af disse meget anderledes fænomener, så bliver de meget let simplificeret og essentialiseret af andre faggrupper og af bistandsfolk. De bliver brugt til at bekræfte allerede eksisterende billeder af, hvordan de fremmede er. Når man f.eks. som antropolog bruger folks håndtering af åndeverdenen til at opnå en nuanceret forståelse af sociale processer, kan det let blive reduceret

til udsagn om, at afrikanere tror på ånder og hekse og derfor har brug for mere oplysning og uddannelse. Antropologens interessefelter er på denne måde i udstrakt grad blevet brugt til at bekræfte et billede af de 'fremmede' som værende anderledes, underudviklede og styret af eksotiske forestillinger.

Det var blandt andet frustrationer over dette, der var med til at vække min interesse for ting, som netop ikke virkede eksotiske f.eks. lægemidler. Men det var også en interesse, der blev vakt i erkendelsen af, at når vi er optaget af det, der er umiddelbart anderledes, overser vi de fænomener, der er genkendelige for os, men som måske har stor betydning i folks hverdag. Hvis vi i vores beskrivelse af, hvordan folk håndterer deres problemer, fokuserer på det, de gør, der er anderledes, får vi det til at lyde som om, folk hele tiden er i gang med at forholde sig til f.eks. ånder, selvom de egentlig også foretager sig mange andre ting, når de er syge og har problemer. Lægemidler er noget, vi alle kender til, hvilket gør det til en endnu større udfordring at underkaste dem et analytisk blik på samme måde som ånder og hekse. Antropologiens opgave er stadig at vise det anderledes og forunderlige – men at gøre det gennem genkendelige fænomener er mindst lige så vigtigt som at beskrive det eksotiske.

- Så det var i høj grad andres brug af antropologien, der forårsagede denne medikalisering?

Andre faggruppers brug af vores arbejde spillede afgjort en rolle, men der skete også ting indenfor antropologien selv, der var med til at rette opmærksomheden andetsteds hen. Her tænker jeg blandt andet på, at antropologien på mange måder begyndte at blive mere handlingsorienteret. Vores antropologiske forfædre studerede ritualer, kosmologier og symboler og var optaget af den logik, der lå i disse. I slutningen af 70'erne og særligt i 1980'erne begyndte antropologien generelt set at være mere interesseret i praksis og mindre optaget af at beskrive kulturelle modeller, kosmologier og forskellige former for rationaliteter. Da vi begyndte at kigge på, hvordan folk rent praktisk håndterer verden, vendte vi os fra ritualerne og symbolerne til de konkrete problemer, folk står overfor. For den medicinske antropologis vedkommende ville det sige, at vi begyndte at interesse os for håndtering af sygdom i forskellige situationer. Derved opdagede vi også, at der var mange former for handlinger, der var langt mindre dramatiske end de store ritualer, vi ellers havde yndet at beskrive, f.eks. lægemidler og folks brug af sundhedssystemet. Det fokus på praksis var et paradigmeskift, der gav en helt anden slags studie, og som var afgørende for udviklingen af medicinsk antropologi som fagligt felt.

- Hvad indeholder medicinsk antropologi som felt så mere nøjagtigt?

Ja, efterhånden bør man spørge, hvad det ikke indeholder. Når det handler om liv og død, om lidelse og sundhed, så kan man vel kalde det medicinsk antropo-

logi. Der er mange ting, der defineres som værende del af feltet, men man kan sige, at det grundlæggende handler om, at vi har en krop, og at vi er sociale individer. Det er kroppen i dens sociale sammenhæng, der interesserer os. Og så er det de samfundsinstitutioner, der har til opgave at tage sig af kroppen, af sundhed og sygdom, dvs. alt fra sundhedssystemer til rituel praksis. Men som med al anden antropologi er det vigtigt at kontekstualisere og kigge på de større sammenhænge, en problematik indgår i. Handler det f.eks. om lægemidler, er også økonomiske og politiske aspekter af lægemidlernes tilgængelighed særdeles centrale. Der er i den medicinske antropologi en kerne af empirisk interesse for kroppen, men der kan trækkes tråde derfra i mange forskellige retninger. Man kan heller ikke tale om en særlig teoretisk tilgang inden for medicinsk antropologi. Tværtimod henter den sin inspiration til at se på sundhed og sygdom med nye øjne netop ved at trække på teoretiske diskussioner i den generelle antropologi.

- Hvornår begyndte du selv at tænke på dit arbejde inden for rammerne af medicinsk antropologi?

I 1982 var jeg i Tanzania for Danida, og det var faktisk det første, jeg lavede, som var erklæret sundheds- og sygdomsforskning. Det var en dansk psykiater, Fini Schulinger, som kontaktede mig, da han skulle lave en undersøgelse for Danida om Tanzanias 'Mental Health Programme'. Han havde fået den ide, at der skulle være en antropolog med. Jeg kendte ham ikke. Jeg ved ikke en gang, hvordan han fandt frem til mig, men det blev til lidt over to måneders feltarbejde i Tanzania i samarbejde med nogle psykiatere. Det var også min første erfaring med tværfaglig forskning, og det var meget lærerigt på mange måder (Whyte 1984a, 1984b, 1991c, 1991b, Whyte et al. 1991). De var interesserede i at vide noget om folk med epilepsi, om udviklingshæmmede, alkoholikere, hjerneskadede, psykotiske m.m. Det var kendt, at disse kroniske lidelser blev forsøgt håndteret ved hjælp af forestillinger og behandling, som havde at gøre med eksotiske fænomener som hekseri og ånder. Derfor mente de, der var brug for en antropolog. Mit arbejde bestod blandt andet i at indsamle cases, dvs. historier om familier som havde levet med disse problemer i mange år. I løbet af dette arbejde blev det tydeligt for mig, at folk ikke kun forsøgte sig med hekse og ånder men også med mange andre ting. Meget af det, de havde afprøvet, havde ikke virket, og det, følte jeg, bidrog med en vigtig pointe i forhold til noget af al den klassiske antropologi om ritualer og symboler. Disse studier drejede sig oftest om, hvor logisk folks tankegang var, og at deres ritualer og symboler havde en funktion i den særlige sociale og kulturelle sammenhæng, de levede i – 'the effectiveness of symbols' som Lévi-Strauss (1963) formulerede det. Men nu stod jeg pludselig med en række cases, hvor symbolerne

ikke havde virket. Det skabte et behov for en anden indgangsvinkel og for en metode, der gjorde det muligt at følge et menneske eller en familie over en længere periode. Jeg forsøgte at rekonstruere deres problemer over tid for at se, hvad der var sket, og hvad de havde gjort (Whyte 1988), og det var uden tvivl med til at udvikle min senere interesse for, hvordan pragmatismen kan hjælpe os med dette.

Noget andet, jeg blev opmærksom på gennem dette studie i Tanzania, var, at folk bevægede sig frem og tilbage mellem biomedicinske sundhedsarbejdere, sandsigere og åndemanere eller gjorde brug af flere af dem på samme tid (1984c). Det var desuden bemærkelsesværdigt, hvordan nogle helbredere var begyndt at præsentere sig selv som 'traditionelle helbredere'. Det traditionelle var blevet en måde at 'sælge' sig selv på. De var blevet professionaliserede traditionelle helbredere. Samtidig var vi i antropologien begyndt at få øje på, hvordan det såkaldt 'traditionelle' skulle have gåseøjne, hvordan intet kunne ses som uforanderligt over tid. Meget af det, de 'traditionelle' helbredere foretog sig, var tydeligvis heller ikke videre traditionelt. Alt i alt var der mange vigtige ting omkring medicinsk pluralisme, sundhedssøgende adfærd, professionalisering af helbredere m.m., som gik op for mig i løbet af det studie, og som også var nogle af de ting, der optog andre medicinske antropologer i 1980'erne (f.eks. Janzen 1978, Last & Chavunduka red. 1986).

Formålet med projektet var, at man gerne ville udvikle behandlingsmuligheder på det primære sundhedstjenesteniveau, så jeg var nødt til også at kigge på folks brug af biomedicin. Det var en af de første gange, Danida brugte en antropolog i forbindelse med sundhedsprojekter, og for mig blev det starten på min kontakt til Danida og Verdenssundhedsorganisationen (WHO). Derved begyndte jeg også at lære om den institutionelle struktur i udviklingsorganisationer og fik lagt kimen til min interesse for anvendt antropologi. Min involvering i dette projekt blev på mange måder skelsættende for mig: Det vakte min interesse for biomedicin, for medicinsk antropologi, for anvendt antropologi og for tværfagligt samarbejde, og det var også grundlaget for, at jeg senere blev interesseret i funktionshæmning, 'disability' – eller handicap som det ofte oversættes til på dansk.

- *Var det allerede på det tidspunkt, medicinsk antropologi begyndte at udvikle sig som felt på instituttet i København?*

Med undtagelse af mit arbejde i Tanzania så foregik de første egentlige medicinske antropologiske studier her på instituttet faktisk i Danmark. Det var også Fini Schulsinger, der kontaktede os i forbindelse med et projekt om kræft, som der var fire studerende, der blev involveret i. Han var medlem af det første psykosociale forskningsudvalg i Kræftens Bekæmpelse, og det var ham, der foreslog, at

man kunne lave antropologisk forskning om, hvordan danske patienter oplevede kræftbehandling. Det var et projekt, der kom til at betyde meget for medicinsk antropologi her på instituttet (Steffen et al. 1987). Det var svært. Det var første gang, vi arbejdede med den slags. Vi havde at gøre med meget syge mennesker. Det tog lang tid - og ja, så kom der en interesse og et sammenhold omkring det. De fire, der blev involveret i det, blev alle optaget af medicinsk antropologi. Tre af dem arbejder stadig med sundhed her i Danmark, og den fjerde beskæftiger sig nu med Afrika.

Der havde været nogle enkelte studier før kræftprojektet, bl.a. Beth Elverdam der lavede et projekt om indvandrerkvinders møde med det danske sundhedssystem. Der var også et par andre her i København, og der var vist også nogle i Århus. Vibeke Steffen og Helle Samuelsen har skrevet en artikel om medicinsk antropologis historie i Danmark, der henviser til mange af disse tidlige studier (Steffen & Samuelsen 1992). Det allerførste kursus i medicinsk antropologi i København blev undervist af Niels Fock og Kirsten Ramløv sidst i 70'erne eller begyndelsen af 80'erne. Det tog udgangspunkt i ritualer, symboler og kosmologier, men på det tidspunkt begyndte der også at være anden litteratur om emnet som f.eks. George Foster (1976), der skrev om forskellige ideologier brugt til sygdomsforklaringer. I 1980 udkom så Kleinmans bog *Patients and Healers in the Context of Culture*, og den blev grundlaget for, at man begyndte at se medicinsk antropologi som et særskilt felt.

- *Så selvom det startede i Tanzania for dit vedkommende, så har medicinsk antropologi her i landet i vid udstrækning udviklet sig fra studier i Danmark?*

Det kan man godt sige, men det er vigtigt at huske, at det komparative aspekt er grundlæggende for antropologien. Selvom nogle af de første studier måske nok blev lavet i Danmark, så var vi jo inspireret af litteratur, der var baseret på studier fra andre steder i verden. Vi kunne finde nye vinkler på det umiddelbart genkendelige netop ved at bruge studier af det anderledes.

Fokus på sociale transformationer

I slutningen af 1980'erne blev det muligt for Michael og jeg at vende tilbage til Uganda efter nogle år, hvor krig og politiske uroligheder havde forhindret det. I mellemtiden havde vi lavet et fælles feltarbejde i Kenya om familieliv og arbejdsmigration (Whyte og Whyte 1981, 1985, Whyte 1980, 1982, 1984d, 1990a), og senere havde jeg desuden lavet en større undersøgelse for et Danida-finansieret ernæ-

ringsprojekt i Kenya (Whyte og Kariuki 1991). Da jeg endelig fik mulighed for at vende tilbage til Uganda, var det med et projekt om lægemidler (1991d, 1992). Jeg havde blandt andet læst en artikel af Ferguson (1981), hvor hun beskrev salget af lægemidler i El Salvador. Der var et eller andet, der umiddelbart vakte min interesse. Igen var det noget med det forunderlige i det velkendte. Egentlig havde jeg skrevet noget om penicillin i *Social Science and Medicine* (Whyte 1982b) men ligesom med så mange andre af de tidlige ting, så havde jeg ikke tænkt på det som medicinsk antropologi. Det gjorde jeg derimod i slutningen af 80'erne, og jeg vidste, at Danida var begyndt at støtte et lægemiddelprojekt i Uganda, og at der desuden var begyndt at komme gang i handlen med lægemidler. Men jeg søgte ikke direkte tilknytning til Danidas 'Essential Drugs Programme'. Jeg definerede mit eget projekt og tog til Uganda i 1989 for at undersøge lokal omgang med lægemidler. Det blev begyndelsen på mange spændende forskningsaktiviteter, som jeg stadig er i gang med, og som samtidig har åbnet døre til andre ting (se bl.a. Odoi Adome et al. 1996). Pludselig handlede det ikke længere bare om sygdomsforklaringer men om eksistentielle problemer kombineret med politisk udvikling og globalisering. Det gav mulighed for at binde forskellige niveauer sammen, som jeg ikke havde kunnet forbinde på anden vis. Desuden blev det starten på mit lange og gode samarbejde med Sjaak van der Geest fra Amsterdams Universitet (Van der Geest & Whyte 1988, Van der Geest et al. 1996).

Nogle år senere vendte jeg også tilbage til 'disability'. Det var Benedicte Ingstad fra Norge, der kontaktede mig, fordi hun kendte det, jeg havde lavet i Tanzania. Der var ikke publiceret ret meget om handicap i ikke-vestlige lande, så vi besluttede os for at kontakte kollegaer, som vi mente kunne skrive noget om emnet (Ingstad og Whyte 1995). Jeg tog udgangspunkt i materialet om epilepsi fra Tanzania, men jeg blev samtidig nødt til at læse et helt nyt felt op for at kunne placere det i en diskussion om handicap. Det viste sig hurtigt at være et område, hvor antropologiens bidrag var oplagt. Det fængede blandt andet, fordi handicap er noget, der oftest er kronisk, og som derfor bringer os væk fra klinikken og ind i hverdagslivet til nogle fundamentale antagelser om, hvad et menneske er, og hvad socialt liv er. Samtidig gav dette arbejde os indsigt i, hvordan opfattelser af person og krop var ved at ændre sig som følge af bistandsprojekter og etableringen af institutioner for handicappede. Så det var som med lægemidlerne en måde at arbejde med sociale transformationer på (Ingstad og Whyte 1998, Whyte 1999).

- Hvilke linier ser du fra sandsigerne i starten af halvfjerdserne til lægemidler og handicap?

Jeg tror, det er det med sociale transformationer. Min antropologiske inspiration kom jo meget fra klassiske studier, som britiske afrikanister havde lavet. Jeg

var opdraget med Evans-Pritchard og Meyer Fortes. Jeg var interesseret i sociale relationer, men i starten måske ikke så meget i de historiske forandringer. Erfaringerne fra Tanzania, og siden med lægemidler satte forandringsprocesser i fokus. I forbindelse med handicap handlede det om, hvordan en identitet som handicappet var ved at blive formet, hvordan en ny mulighed, der ikke havde eksisteret før, opstod for folk. Vi begyndte i stigende grad at interessere os for økonomisk udvikling og nye former for bevidsthed. Vi talte endnu ikke om globalisering, men det var mange af de samme processer som det, der nu kaldes globalisering, som vi var interesserede i (se også Whyte og Whyte 1992, 1998, Whyte 2001b). Det er denne interesse for, hvordan tingene udvikler sig over tid, der er blev den røde tråd i mit feltarbejde, og som også har medvirket til, at Michael og jeg er fortsat med at vende tilbage til det samme område i Uganda.

Med pragmatismen som indgangsvinkel

- I dit senere arbejde har du vist interesse for pragmatismen. Kan du forklare, hvad det indebærer?

Pragmatismen er ikke ny. Det er en filosofisk retning, som antropologien har vist interesse for i de senere år, og som jeg anvendte i bogen *Questioning Misfortune* (1997). Kernen i pragmatismen er, at man forstår ting i forhold til deres konsekvenser. Ting og fænomener er ikke noget i sig selv. Deres betydning ligger i de konsekvenser, de får; i hvad der kommer til at ske senere. Pragmatismen som indgangsvinkel vil simpelthen sige, at man retter sin opmærksomhed mod udfald og konsekvenser, mod praksis og det procesuelle. 'Time will tell', som man siger på engelsk.

Pragmatismen har meget til fælles med nogle af de spørgsmål, man arbejder med inden for narrativ analyse og praksis-antropologi. Mit valg af pragmatismen er ikke isoleret fra den generelle udvikling i antropologien, men når det er sagt, så synes jeg alligevel, at pragmatismen rejser nogle vigtige spørgsmål i forhold til generelle teoretiske diskussioner i antropologien. Pragmatisme er særlig anvendelig i forhold til at forstå problemer, håndtering af problemer og søgen efter problemløsninger. Det er heldigvis ikke alt i livet, der handler om problemer, så pragmatismen er ikke nødvendigvis altid den mest brugbare tilgang. Men i forbindelse med fænomener, der præsenterer sig som problematiske, og hvor man som individer og som fællesskaber bliver nødt til at handle, så er det oplagt at søge hjælp i pragmatismen til at forstå folks handlinger. Pragmatismen drejer vores op-

mærksomhed hen på, hvordan vi definerer problemer, hvem det er, der definerer dem, hvilke muligheder der er for at håndtere dem, og hvordan man forestiller sig udfaldet kunne være. Dette indebærer, at vi ikke kan nøjes med at se på individer som rationelt beregnende men også må forstå, hvilke ressourcer, der er tilgængelige for folk i hvilke situationer, og hvordan samfundet er konstitueret, så nogle ressourcer er mere oplagte end andre. De vigtigste ressourcer er måske vores ideer, værdier og forestillinger, men de institutioner og teknologier, der er tilgængelige for folk, er også en form for ressourcer.

Når jeg læser min ph.d.-afhandling igen, ser jeg, at konturerne af denne diskussion lå der allerede på det tidspunkt. Det, jeg skrev om, var sociale implikationer af fortolkning af ulykke i Uganda. Ideen om implikationer var der allerede, og interessen for usikkerheden omkring udfaldet af et problem var der også. Men pragmatismen gav mig en ramme, der gjorde det muligt at diskutere det mere systematisk. Den gav en rettesnor til at følge noget over tid og til at kigge på udfaldet af folks handlinger. Temporaliteten har jeg, inspireret af William James, begrebsliggjort som 'directionality' - at livet har en rettedhed. Når vi kigger tilbage, så kan vi se, om det, vi forestillede os, kom til at passe, og hvad udfaldet af vores handlinger blev (Whyte 2002).

- *Hvordan hænger pragmatismen sammen med din interesse for anvendt antropologi?*

Noget af det, der har været brugbart for mig, er, at pragmatismen ikke blot rejser teoretiske spørgsmål, men at den også kridter et felt op, hvor vi som forskere er med i feltet og er involveret i at løse problemer. Dewey (1922), en af de pragmatisme-tænkere jeg er inspireret af, var interesseret i, hvordan vi vurderer og overvejer det, vi støder på, hvordan vi oplever problemer, gør os erfaringer og lærer gennem det at være involveret i problemløsning. Den bedste måde at lære noget på, siger han, er gennem forsøg på at forandre noget, at gøre noget ved verden. Han ønskede at ophæve skellet mellem at tænke og gøre. At engagere sig i et problem er for ham i sig selv en måde at afprøve og udvikle intelligens. Denne værdsættelse af et engagement i verden giver de af os, der er interesseret i at gøre noget ved problemer i verden, et grundlag for at forstå og overveje vores muligheder for at gøre dette. Anvendt antropologi er derved ikke blot noget med at være en tekniker, der bliver kaldt ud til løsningen af nogle problemer. Pragmatismen giver os et grundlag for at kombinere vores intellektuelle arbejde med vores engagement i problemer. Det er, når verden gør modstand, og vi prøver at gøre noget ved den, at vi lærer om den. Den pragmatiske tilgang er i bund og grund meget empirisk baseret, og teorier skal ikke bruges til at sige noget om logiske og systematiske sammenhænge eller bruges til at sammenligne elegancen i én teori med

en anden. Teorier er brugbare udelukkende, hvis de belyser empiriske situationer, som forskeren er involveret i. Det er ikke et spørgsmål om at være teoretiker eller empiriker men om en anden måde at tænke teori på. Det er et praksisorienteret forsøg på at bruge teori. Praksis og temporalitet er de to vigtige elementer, som pragmatismen har bidraget med for mig.

- *Hvori ligger så pragmatismens begrænsninger?*

Noget, der måske ikke er problematiseret nok i pragmatismen, er de antagelser med hvilke, vi hver især går til problemløsning. Vi har alle ideer om, hvad problemer er, hvordan de håndteres, og hvad mulige løsningsmodeller er. Eftersom pragmatismen ikke forholder sig til disse, får den let aktørerne til at se ud som rationelt handlende individer. Men i antropologien har vi en lang og stærk tradition for at tale om kultur, dvs. om hvad vi som mennesker tager for givet, hvad der er 'naturligt' for os. Der er nogle ting, der virker lade-sig-gørlige og meningsfulde, og andre vi slet ikke får øje på. Det er det, Bourdieu forsøger at indfange med begrebet *illusio* (1990), at vi handler inden for en ramme af, hvad der er meningsfuldt, hvad vi har lært at tage for givet og forestille os kan være værdifuldt. Pragmatismen rejser ikke overordnede spørgsmål om disse kulturelle rammer for, hvordan vi går til problemløsning. Det er der, hvor antropologien har noget at bidrage til de filosofiske tanker om pragmatisme. En del af denne diskussion er også, hvornår vi stiller spørgsmålstejn ved eller reviderer disse rammer, denne *illusio*. I den forbindelse kan det f.eks. være særdeles interessant at studere ny medicinsk teknologi. Sådanne studier kan være med til at vise, hvordan vores forestillinger og håb for fremtiden ændrer sig, når nye muligheder opstår. Det er i mødet mellem studiet af kulturhistoriske forandringer og den konkrete empiriske pragmatiske tilgang, jeg ser antropologiens potentiale. Det interessante er ikke, hvordan diskursen former subjekter, men hvordan folk i bestemte situationer tager diskursen i munden eller i hånden, hvordan de håndterer problemer, bruger diskursen eller undgår at bruge den (Jöhncke et al. i tryk). Det, at bevæge sig frem og tilbage mellem det, vi kan kalde diskursanalyse eller kulturanalyse på den ene side og pragmatismen på den anden, er noget medicinsk antropologi i vid udstrækning gør, og det er gennem dens erfaringer med dette, at den kan levere vigtige bidrage til den generelle antropologi. Det er også en indgangsvinkel, der er højst relevant både i forbindelse med sundhedsproblematikker i Danmark og i udviklingssammenhænge.

En andet af pragmatismens begrænsninger ligger i dens fokus på intentioner og konsekvenser. Det er en nyttig tilgang, når man interesserer sig for, hvad aktører, f.eks. individer, grupper eller regeringer, vil. Men problemet er for det første, at

intentioner og konsekvenser altid er i flertal. Folk og institutioner har mange samtidige og til tider modstridende hensigter og intentioner, og forskerens arbejde er ofte først og fremmest med til at kortlægge, hvordan diverse intentioner og konsekvenser er flettet ind i hinanden og virker i forhold til hinanden. For det andet er der måske situationer, hvor intentioner slet ikke er så fremtrædende i folks liv. Det er ikke alt det, vi gør, der er præget af intentioner, planer, problemer og konsekvenser. Pragmatismen indebærer som alle andre tilgange et særligt menneskesyn, hvor mennesket er motiveret, intentionelt og fremadskuende. Men sådan er vi ikke altid som mennesker. Som nævnt er det derfor særligt, når man interesserer sig for de aspekter af livet, hvor problemløsning er i højsædet, at pragmatismen har noget at bidrage med.

Tværfaglighed og samarbejde

Når jeg kommer i tværfaglige sammenhænge, både i forhold til undervisning og forskning, bliver det altid tydeligt for mig, at antropologiens muligheder for at bidrage med noget nyt kommer fra den almene antropologi, ikke fra medicinsk antropologi som sådan. Det kommer fra antropologiens generelle virke og vores faglige arv og ofte fra de debatter og teoretiske diskussioner, der foregår inden for faget, og som ikke nødvendigvis har noget med sundhed at gøre. Hvis vi bliver alt for specialiserede i et meget specifikt underfelt af antropologien, kommer vi let til at arbejde med prædefinerede problemstillinger og tilgange, som ikke er særligt nyskabende i forhold til, hvad andre samfundsvidenskabelige sundhedsforskere også kommer med. Det er derfor en vigtig udfordring for medicinsk antropologi at holde fast i dens forankring i den generelle antropologi.

- Hvilken rolle ser du så tværfagligheden spille for den medicinske antropologi?

Tværfagligt samarbejde er noget vi skal bestræbe os på, men vi skal ikke være naive med hensyn til, hvor let det er. Ofte ender man i en form for inter-faglighed, hvor det er hverken det ene eller det andet - f.eks. hverken god epidemiologi eller god antropologi. Tværfagligt samarbejde har størst potentiale, når udgangspunktet er, at man har et fælles empirisk problem, der skal løses eller belyses. Så kan man sammensætte et hold af folk med forskellig faglig tilgang, og som vil definere forskellige forskningsspørgsmål. Grundlæggende er vi nemlig interesseret i forskellige spørgsmål inden for de forskellige fag, og det skal vi respektere, hvis vi vil have noget ud af samarbejdet.

Det er let at bilde sig ind, at man er interesseret i et andet fag uden virkelig at tage sig tid til at sætte sig ind i, hvilken slags viden, det er, de andre er ved at skabe, dvs. hvilke slags spørgsmål de synes, det er værd at besvare, og hvilke metoder de anvender for at besvare dem. Det er vigtigt for samarbejdet, at man er ærlig om og gør sig klart, hvad det er for spørgsmål, man er i gang med at besvare. En af vores samarbejdspartnere i TORCH (se senere), Frank Kaharuza, som er læge og epidemiolog, laver f.eks. en undersøgelse af intervallerne mellem ugandiske kvinders fødsler. Han er interesseret i, hvilke sundhedskonsekvenser korte intervaller har for både det foregående og det efterfølgende barn. Han er optaget af nogle biologiske mønstre og nogle statistiske og tekniske overvejelser om, hvordan man måler den slags. Han konstaterer at høj spædbarnsdødelighed er associeret med korte intervaller. Når et barn dør, følger der ofte hurtigt en ny graviditet efter. *Hvorfor* kan han ikke sige meget om, men det er heller ikke hans forskningsspørgsmål. Når jeg sætter mig ind i hans arbejde, begynder jeg derimod straks at tænke på kvinderne som medlemmer af familier, og på de forestillinger de og hele familien har om fremtiden, om meningen med livet, om betydningen af børn m.m. Min interesse går hele tiden mod det menneskelige og sociale, så i grunden har vi to ganske forskellige interessefelter. Det er også tilfældet med mine projekter om lægemidler. Mine medicinske kollegaer er optaget af resistens og af, hvordan billige og effektive behandlingsmuligheder hurtigt bliver ineffektive overfor infektioner, fordi de bliver brugt forkert. De er interesserede i den farmakologiske interaktion mellem kemiske midler og bakterier og i den langvarige udvikling på befolkningsniveau. De problemer, som folk oplever, deres erfaringer og bekymringer og alt det, der er vigtigt for dem, og som former deres brug af medicin, er det, der interesserer mig som forsker. Vi kan ikke have tværfagligt samarbejde, hvis vi ikke har en meget eksplicit diskussion af vore grundlæggende forskellige interesser. Hvis vi skal samarbejde, skal det være om et problem ude i verden, der ikke i udgangspunktet er et medicinsk problem eller et antropologisk problem, men et problem som folk, der lever med det selv, oplever som et problem, og som vi med vores forskellige tilgange hver især kan bidrage til at hjælpe dem med at løse eller omformulere.

Jeg tror, at en vigtig del af tværfaglighed har at gøre med opmærksomhed på faggrænser og faglige standarder, så vi ikke skaber en blandingsvidenskab, der ikke lever op til nogen af standarderne. Vi skal hver især forsøge at sætte os ind i modpartens tilgang, og derfor er vi utroligt glade for nu at have oprettet en master i medicinsk antropologi, der giver ikke-antropologer muligheder for at få indblik

i vores indgangsvinkel. Forhåbentlig får deltagerne på denne master nogle redskaber, de derefter kan bruge i deres daglige arbejde, og de får kendskab til, hvori den antropologiske tilgang består, hvilket vil være med til at lette fremtidigt tværfagligt samarbejde. Det ville tilsvarende være nyttigt for mange antropologer, der beskæftiger sig med medicinsk antropologi, at få en indføring i medicin, farmakologi, eller hvad der nu er relevant for deres arbejde, uden nødvendigvis at skulle tage hele lægeuddannelsen.

- Mange af dine erfaringer fra tværfaglig forskning kommer for det ENRECA-projekt, som du og Michael Whyte har sat i gang i Uganda. Kan du fortælle om den rolle, det har spillet for jeres arbejde?

Danida startede det, de i første omgang kaldte forskningsbistand. Det var Mogens Kristensen, som havde arbejdet i Uganda som rådgiver for 'The Essential Drugs Programme', der kontaktede Michael og jeg og spurgte, om vi ville være med til at starte et ENRECA-projekt i Uganda. Det, syntes vi, var en tiltalende idé af flere grunde. Dels var vi som unge ph.d.-forskere blevet utroligt godt modtaget i Uganda, og dette var en mulighed for at give noget tilbage. Desuden gav det mulighed for at komme tilbage til Uganda regelmæssigt. Vi tog kontakt til nogle epidemiologer, da vi gerne ville lave et tværfagligt projekt, og det er der kommet mange interessante studier ud af (se f.eks. Nshakira et al. 2002, Sserunjogi et al. 2003, Jitta et al. 2003, Katahoire et al. 2003, Kyaddondo et al. 2003).

Det er nok også det mest anvendelsesorienterede, jeg har været med til. I forbindelse med lægemidler og disability havde jeg arbejdet med grundlæggende problemstillinger og generelle teorier i antropologien: ting, varer, kulturel økonomi, personopfattelse, identitet, diskurs, globalisering osv. Men i forbindelse med ENRECA projektet blev det vigtigt at forsøge at definere forskningsemner, der var relevante for distriktssundhedsfolk og for det ugandiske sundhedsministerium. Desuden var vores forskningspartnere i Uganda langt mere anvendelsesorienterede, end vi var, og det har vi lært meget af. Det har sat en masse tanker i gang om, hvad forskningsproblemer overhovedet er (Whyte og Birungi 2000, Whyte 2000, Whyte 2001a).

Der er sket meget, siden vi i 1980'erne i forbindelse med f.eks. kræftprojektet skulle overbevise videnskabelige komiteer på hospitalerne om, at antropologi er videnskab. Tværfagligt samarbejde er stadig svært, men vi skal også huske, at meget af den oprindelige interesse for at involvere antropologien i sundhedsproblematikker kom fra læger og sygeplejersker. Ikke mindst sygeplejersker så mange potentialer i kvalitativ forskning, og deres interesse for vores fag har leveret vigtige bidrag til dets udvikling.

Komparationens potentiale

Det er vigtigt at være tværfaglig, men vi skal også holde fast i, hvad det er, der er antropologiens særegne bidrag i den sammenhæng. Noget af det, vi skal være opmærksom på, er, at jo flere vi bliver, og jo mere specialiserede vi bliver, jo større er faren for, at vi bliver opdelt i underfelter, og at det, vi tidligere oplevede som en fælles interesse, går hen og bliver flere specialiserede underfelter. Jeg er særligt opmærksom på, at vi ikke deler os i dem, der arbejder med medicinsk antropologi i Danmark og dem, der arbejder med international sundhed. Vi skal for det første holde fast i, hvad der er de fælles problemstillinger for den medicinske antropologi og sørge for at læse litteraturen bredt og på tværs af regioner. For det andet skal vi være opmærksomme på, at det, der binder os sammen, er antropologien og ikke den medicinske antropologi.

- Du henviser her til komparationens betydning?

Ja, netop. Som nævnt var noget af det, der virkelig fangede min interesse ved lægemidler, netop, at emnet gjorde betydningen af det komparative så centralt. Lægemidler er noget, vi alle kender fra vores hverdag, men at studere det i Uganda var at studere det i en helt anden sammenhæng og at begynde at stille nogle spørgsmål, som man ikke stiller sig selv derhjemme. Folk i Uganda bruger det på en anden måde og har adgang til det på en anden måde, hvilket gør det nødvendigt for os at tænke betydningen af konteksten og tænke sammenlignende. Det er det, vi har arbejdet videre med i den bog, Sjaak van der Geest, Anita Hardon og jeg nu har skevet om *Social Lives of Medicines* (2002). Det er det tværkulturelle, det sammenlignende perspektiv, der hjælper os med at se tingene med andre øjne. Lægemidler, der kommer fra Europa, har en næsten forførende kvalitet for folk i Afrika, hvorimod vi i Danmark snarere forføres af det, der sælges som naturmedicin. Vi er alle optaget af det, der kommer langt væk fra, af noget der har kræfter, vi ikke rigtigt forstår osv. Men den slags får vi kun øje på, fordi vi har det tværkulturelle blik. Og det er derfor, jeg synes, det er så utroligt vigtigt, at vi holder fast i dette sammenlignende blik i den medicinske antropologi. Ellers risikerer vi, at feltet bliver delt mellem dem, der arbejder med international sundhed og dem, der arbejder med Danmark eller Europa. Sker det, går vi glip af nogle af de muligheder, som netop karakteriserer antropologien. De færreste undersøgelser er designet som sammenlignende, men ved at følge med i debatten, læse litteraturen og gå i dialog med folk, der arbejder forskellige steder i verden, opnår vi dette særlige komparative blik. Jeg tror det er dér, vi som fag kan blive ved med at være innovative. Det er der, vores bidrag ligger, også i tværfaglige sammenhænge.

Den medicinske antropologis retning

Den medicinske antropologi er ved at være så bredt et felt, at der uundgåeligt vil komme flere og flere forgreninger, der går i mange forskellige retninger, ligesom det også er sket for den almene antropologi. Det er vigtigt, at vi ikke isolerer os inden for de enkelte forgreninger – ligesom den medicinske antropologi ikke skal isolere sig i forhold til den almene antropologi. Desuden mener jeg, vi skal holde fast i vores samarbejde med folkesundhed og international sundhed og være åbne over for de stier, som disse felter leder os ind på. Et af de empiriske felter, som jeg forestiller mig, vi igen vil komme til at arbejde mere med, vil derfor sandsynligvis være HIV/AIDS og seksualitet. Studier af sundhedssystemer vil fortsat også have deres berettigelse. Vores fokus på den uformelle side af systemet og på almindelige menneskers forståelse og håndtering af systemet forbliver vigtigt, ikke mindst i lyset af at der fra den medicinske profession og fra politisk side er en voksende interesse for 'brugersiden' og en stigende opmærksomhed på brugerens ansvar både for behandling og for at holde sig sund. Da antropologien havde skabt en opmærksomhed omkring det eksotiske anderledes, måtte den selv være med til at nuancere, hvori begrænsningerne af det eksotiskes forklaringsværdi ligger. Tilsvarende skal vi nu være opmærksomme på det samme med hensyn til interessen for 'brugerne'. Formålet med at inddrage almindelige menneskers skæve vinkler på systemet bør ikke være at bidrage til, at al ansvar flyttes fra systemet til brugerne. Antropologiens rolle er derimod fortsat at bidrage med innovative måder at stille spørgsmål ved det, der på et givet tidspunkt opfattes som selvfølgeligheder - om det er det eksotiskes forklaringsværdi, eller det er brugernes ansvar, det handler om.

Medicinsk teknologi er også et område, der uden tvivl vil komme en øget opmærksomhed på. I Danmark er der endnu ikke bygget så mange broer mellem antropologer og dem, der arbejder inden for denne del af sundhedsvidenskaben, som det er tilfældet med folkesundhed og international sundhed. Men det er på vej. Tine Tjørnhøj-Thomsen (1999) har i en årrække arbejdet med reproduktiv teknologi, og Mette Nordal Svendsen har netop afsluttet en ph.d. om cancergenetisk rådgivning (2003). De har begge taget udgangspunkt i klassiske antropologiske problemstillinger om slægtskab og sociale relationer, men ud fra et empirisk synspunkt må vi sige, at deres arbejde også er del af det medicinske antropologiske felt. Disse studier er derfor gode eksempler på, hvordan nytænkning inden for feltet opstår ved, at vi konstant vender blikket udad mod dets grænseflader i den almene antropologi og i den medicinske verden.

Når jeg kigger tilbage på mit eget arbejde, er det i høj grad de bestillingsopgaver, jeg fik om psykiatri i Tanzania og ernæring i Kenya, som tvang mig til at tænke i baner, jeg ellers aldrig ville have fundet på at tænke i. Den medicinske antropologi er ikke en størrelse, der eksisterer i kraft af sig selv, og det skal den heller ikke tilstræbe at være. Den vokser i spændingsfeltet mellem medicin og antropologi, og det er kun ved konstant at vende blikket tilbage mod de nye spørgsmål og nye vinkler, de to discipliner hver især tvinger den til at se verden igennem, at den medicinske antropologi fortsat vil udvikle sig.

Noter

- 1) ENRECA står for 'Enhancement of Research Capacity' og er et Danida-finansieret program for forskningssamarbejde.

Litteratur

- Birungi, H. & S.R. Whyte 1994 Injections in Uganda - Cause for Concern. I: *Essential Drugs Monitor* 18: 11-12. Geneva: WHO.
- Birungi, H. & Delius Asiimwe; S.R. Whyte 1994 *Injection Use and Practices in Uganda*. (WHO/DAP/94.18). Geneva: WHO.
- Bourdieu, P. 1990 *The logic of practice*. Polity Press.
- Dewey, J. 1922 *Human Nature and Conduct*. New York: Random House Modern Library.
- Evans-Pritchard, E.E. 1937 *Witchcraft, Oracles and Magic among the Azande*. Oxford: Clarendon.
- Ferguson, A. 1988 Commercial Pharmaceutical Medicine and Medicalization: a Case Study from El Salvador. I: *Culture, Medicine and Psychiatry* 5: 105-134.
- Foster, G. 1976 Disease etiologies in non-western medical systems. I: *American Anthropologist* 78: 773-82.
- Ingstad, B. & S.R. Whyte (red.) 1995 *Disability and Culture*. Berkeley. Los Angeles & London: University of California Press.
- Jitta, J. & S.R. Whyte; N. Nshakira 2003 Availability of drugs: what does it mean in Ugandan primary care? I: *Health Policy* 64 (2): 167-179.
- Jöhncke, S. & M. Nordahl Svendsen; S.R. Whyte (i tryk): *Løsningsmodeller*. I: Hastrup, K. (red.): *Viden om Verden*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Janzen, J. M. 1978 *The Quest for Therapy in Lower Zaire*. Berkeley: University of California Press.
- Katahoire, A. & F. Scheutz; S. Sabroe; S.R. Whyte 2003 The importance of maternal schooling for child morbidity and mortality and maternal health behaviour in south-eastern Uganda. I: *Journal of Health and Population in Developing Countries* 5 (1).
- Kleinman, A. 1980 *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.

Kyaddondo, D. & S.R. Whyte 2003 Working in a decentralized system: a threat to health workers' respect and survival in Uganda. I: *Health Planning and Management*.

Last, M. & G.L. Chavvunduka (red.) 1986 *The professionalization of African Medicine*. Manchester: Manchester University Press.

Lévi-Strauss, C. 1963 The Effectiveness of Symbols. I: *Structural Anthropology*. New York: Basic Books.

Nshakira, N. & M. Kristensen; F. Ssali; S.R. Whyte 2002 Appropriate treatment of malaria? Use of anti-malarial drugs for children's fevers in district medical units, drug shops and homes in eastern Uganda. I: *Tropical Medicine and International Health* 7 (4): 309-316.

Odoi Adome, R. & S.R. Whyte; Anita Hardon 1996 *Popular Pills: Community Drug Use in Uganda*. Amsterdam: Het Spinhuis.

Sserunjogi, L. & F. Scheutz; S.R. Whyte 2003 Postnatal anaemia: neglected problems and missed opportunities in Uganda. I: *Health Policy and Planning*, 18 (2).

Steffen, V. & S. Skov; H. Johannesen; H. Samuelsen 1987 *Hvad er meningen med kræft: en antropologisk undersøgelse blandt danske patienter og behandlere*. København: Kræftens Bekæmpelse.

Steffen, V. & H. Samuelsen 1992 Fra sygdom til sundhed – anvendt medicinsk antropologi i Danmark. I: *Socialmedicinsk tidsskrift* 9-10: 425-434.

Turner, V. 1967 *The Forest of Symbols*. Ithaca: Cornell University Press.

Van der Geest, S. & S.R. Whyte 1989 The charm of medicines: metaphor and metonym. I: *Medical Anthropology Quarterly* 3 (4): 345-367.

Van der Geest, S. og S.R. Whyte (red.) 1988 *The Context of Medicines in Developing Countries: Studies in Pharmaceutical Anthropology* Dordrecht. Boston & London: Kluwer Academic Publishers.

Van der Geest, S. & S.R. Whyte, Anita Hardon 1996 The anthropology of pharmaceuticals: a biographical approach. I: *Annual Review of Anthropology* 25: 153-178.

Whyte, S.R. 1980 Wives and co-wives in Marachi, Kenya. I: *Folk* 21-22: 133-146.

- 1981 Men, women and misfortune in Bunyole. I: *Man* 16 (3): 350-366. London.
- 1982a Til ondets rod - spådomme og behandling i Uganda. I: *Jordens Folk* 17 (4): 155-163.
- 1982b Penicillin. Battery acid and sacrifice: cures and causes in Nyole medicine. I: *Social Science and Medicine* 16 (23): 2055-2064.
- 1983 Kvinder er mere modtagelige for ånder. I: *KULU Bladet* 15-16: 16-20.
- 1984a Primær sundhedspleje og sindslidelser i Tanzania. I: *Den Ny Verden* 18 (1).
- 1984b Antropologi og psykiatri. I: *Agrippa - psykiatriske tekster* 6: 33-40.
- 1984c Medicinmænd og moderne medicin. I: *Udvikling* 11 (sænummer om sundhed): 30-33.
- 1984d Enkens drøm: sex og døden i det vestlige Kenya. I: *Stofskifte* 8 (11): 61-76.
- 1986 Dialog og diagnose: sandsigelse om sygdom i Østafrika. I: Hastrup, K. & P. Elsass (red.): *Sygdomsbilleder*, s. 61-78. Copenhagen: Gyldendal.
- 1986 The cultural construction of epilepsy in Eastern Africa. I: Rosenberg, R. & F. Schulsinger; E. Stromgren (red.): *Psychiatry and Its Related Disciplines. The Next 25 Years*, s. 161-168. Copenhagen: World Psychiatric Association, 1986.
- 1989 Anthropological approaches to African misfortune: from religion to medicine. I: Jacobson-Widding, A. & D. Westerlund (red.): *Culture, Experience and Pluralism: Essays on African Notions of Illness and Healing*, s. 289-301. Stockholm: Almqvist & Wiksell.

- 1990a The widow's dream: sex and death in Western Kenya. I: Jackson, Michael & Ivan Karp (red.): *Personhood and Agency: Bias and Experience of Self and Other in African Cultures*, s. 95-114. Uppsala: Acta Universitatis Upsaliensis.
- 1990b Uncertain persons in Nyole divination. I: *Journal of Religion in Africa* II (1): 41-62.
- 1991a Knowledge and power in Nyole divination I: Peek, Philip M. (red.): *African Divination Systems: Ways of Knowing*, s.153-172. Bloomington: Indiana University Press.
- 1991b Attitudes towards mental health problems in Tanzania. I: Schulsinger, Fini & Assen Jablensky (red.): *The National Mental Health Programme in the United Republic of Tanzania. Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum No. 364. vol. 83: 59-76.*
- 1991c Family experiences with mental health problems in Tanzania. I: Schulsinger, Fini & Assen Jablensky (red.): *The National Mental Health Programme in the United Republic of Tanzania. Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum No. 364. vol. 83: 77-111.*
- 1991d Medicines and self-help: the privatization of health care in Eastern Uganda'. I: Hansen, Holger Bernt & Michael Twaddle (red.): *Changing Uganda: The Dilemmas of Structural Adjustment and Revolutionary Change*, s. 130-148. London: James Currey.
- 1992 Pharmaceuticals as folk medicine: transformations in the social relations of health care in Uganda. I: *Culture, Medicine and Psychiatry* 16.
- 1997 Questioning Misfortune: The Pragmatics of Uncertainty in Eastern Uganda. *Cambridge Studies in Medical Anthropology* 4. Cambridge: Cambridge University Press.
- 1999 Slow cookers and madmen: competence of heart and head in rural Uganda. I: Jenkins, Richard (red.): *Questions of Competence: Culture, Classification and Intellectual Disability*. Cambridge: Cambridge University Press.
- 2000 Global pharmaceuticals - local knowledge. I: Kristensen, Mogens B. (red.): *Jubilæumsskriftet*, s. 42-47. Copenhagen: Lægemiddelkataloget.
- 2001a Community participation in Essential National Health Research. I: Neufeld, Victor & Nancy Johnson (red.): *Forging Links for Health Research: Perspectives from the Council on Health Research for Development*, s. 81-108. Ottawa: International Development Research Centre.
- 2001b Creative commoditization: the social life of pharmaceuticals in Uganda. I: Liep, John (red.): *Locating Cultural Creativity*, s. 119-132. London: Pluto Press.
- 2002 Subjectivities and subjunctivities: hoping for health in Eastern Uganda. I: Werbner, Richard (red.): *Post-Colonial African Subjectivities*, s. 171-190. London: Zed Press.
- (i tryk): Uncertain undertakings: practicing health care in the subjunctive mood. I: Jenkins, Richard & Hanne Jessen; Vibeke Steffen (red.): *Matters of Life and Death: the Control of Uncertainty and the Uncertainty of Control*. Copenhagen: Museum Tusulanum.

Whyte, M. & S.R. Whyte 1981 Cursing and pollution: supernatural styles in two Luyia-speaking groups. I: *Folk* 23: 65-80.

- 1985 Peasants and workers: the legacy of partition among the Luyia-speaking Nyole and Marachi. I: *Journal of the Historical Society of Nigeria* XII (3 & 4): 139-158.
- 1988 At tælle skikke: deltagelse med Land Rover i Uganda'. I: Hastrup, K. & K. Ramløv (red.): *Feltarbejde. Oplevelse og Metode i Etnografien*, s. 123-137. Copenhagen: Akademisk Forlag.
- 1989 Hambas skind: mennesker, medier og ånder i Uganda. I: Hastrup, K. & K. Ramløv (red.): *Kulturanalyse*, s. 143-160. Copenhagen: Akademisk Forlag.

- 1992 Boomtime in Busolwe: culture, trade and transformation in a rural Ugandan town. I: De Soto, Hermine G. (red.): *Culture and Contradictions: Dialectics of Wealth, Power and Symbols*, s. 112-129. San Francisco: Mellen Research University Press.
 - 1998 The values of development: conceiving growth and progress in Bunyole. I: Hansen, Holger Bernt & Michael Twaddle (red.): *Developing Uganda*, s. 227-244. London: James Currey.
- Whyte, S.R. & H. Birungi 2000 The business of medicines and the politics of knowledge in Uganda. I: Whiteford, Linda M. & Lenore Manderson (red.): *Global Health Policy, Local Realities: The Fallacy of the Level Playing Field*, s. 127-148. Boulder, CO: Lynne Rienner.
- Whyte, S.R. & P. Kariuki 1991 Malnutrition and gender relations in Western Kenya. I: *Health Transition Review* 1 (2): 171-187.
- Whyte, S.R. & F. Schulsinger; R. Kempinski 1991 Summary and conclusion of the baseline study. I: Schulsinger, Fini & Assen Jablensky (red.): *The National Mental Health Programme in the United Republic of Tanzania. Acta Psychiatrica Scandinavica*. Supplementum No. 364. vol. 83: 130-132.
- Whyte, S.R. & S. van der Geest; Anita Hardon 2002 *Social Lives of Medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.
- .