

SYDAFRISKANSK DEMOKRATISERING

*mellem vækst og fordelingsproblemer,
protest og ytringsfrihed*

D E N N Y V E R D E N
TIDSSKRIFT FOR INTERNATIONALE STUDIER

DIIS • København • 2007

Sundhedspraksisser og sundhedssystemer i Nkomazi

Sundhed optager en central plads i politiske, økonomiske, sociale og kulturelle diskussioner i Sydafrika – ikke mindst på grund af hiv/aids. Fremskrivninger indikerer at pandemien vil sinke eller helt ødelægge mulighederne for udviklingen af en sund nation (Johnson 2004; HSRC 2002). Samtidig har hiv/aids-problematikken været omgærdet af intens konflikt. Ikke mindst præsident Thabo Mbeki og hans sundhedsministers paradoksale stillen spørgsmål ved forbindelsen mellem hiv og aids har åbnet dybe sår i Sydafrika og, ifølge mange, forhindret Sydafrika i at begrænse pandemien (Posel 2004; Walker og Reid 2004). På det seneste synes præsidentens modstand mod biomedicinsk behandling at være blevet mindre, og regeringen og udenlandske donorer er begyndt at investere store summer i informationskampagner, behandling, forebyggelse og forskning.

Det enorme fokus på hiv/aids har samtidig betydet, at andre sundhedsproblematikker er blevet mindre synlige. Den måde, hvorpå sundhed er blevet sat lig med hiv/aids, har betydet, at det er blevet et emne for eksperter, sundhedspersonale og forskere. I denne diskussion er der ikke megen plads til de mennesker, der er ramt af sygdom, det være sig hiv/aids eller anden form for sygdom – eller de mennesker, professionelle eksperter forestiller sig er ramt. Modsat dette fokus på eksperter, søger vi at vende problemstillingen om og spørge de mennesker, der lever i områder, der generelt forestilles at være epicentre for sygdom, hvad de gør, når de bliver syge, og hvordan de forsøger at holde sig raske. Som det vil vise sig, er svaret på disse spørgsmål, at folk opsøger en lang række forskellige aktører fra traditionelle helbredere over præster til læger, sygeplejersker og psykologer. Kun ved at stille disse simple spørgsmål kan vi begynde at forstå mere komplekse sammenhænge mellem sundhed, 'patienter' og de forskellige konkurrerende sundhedsleverandører.

Begrebsmæssigt trækker artiklen på Arthur Kleinman (1993) og Paul Farmer (2005). Lad os starte med Kleinman¹. Han foreslår at vi studerer, hvad han kalder sundhedssystemer, det vil sige det samlede sundhedsfelt som er til rådighed for bestemte individer i en bestemt lokalitet. Inden



for et sundhedssystem finder vi en række konkurrerende 'kliniske realiteter' eller grundantagelser om måden, bestemte sygdomme skal forstås på. Disse konstruerede realiteter opererer inden for bestemte sektorer. Kleinman skelner mellem tre forskellige sektorer: den nære sektor, *popular sector*, som inkluderer familie, venner, naboer og andre netværk. Dernæst er der den professionelle sektor, *the professional sector*, som er den institutionaliserede sektor, hvor vi finder læger, klinikker, psykologer, men også traditionelle helbredere eller autoriserede traditionelle helbredere, *inyanga*'er, organiserede i professionelle sammenslutninger (for eksempel *the National Traditional Healers Association of South Africa*). Endelig er der den uformelle sektor, *the folk sector*, hvor vi finder ikkeautoriserede *inyanga*'er, lægfolk, kloge koner og troshelbredere, *faith healers*. Af disse tre sektorer er, siger Kleinman, den nære sektor klart den vigtigste. Hvordan vi møder sygdom er helt afgørende bestemt af de råd, vi får og lytter til blandt vore nærmeste – dem vi stoler på. Dette gælder ikke kun for Sydafrika, men er ligeså sandt i Danmark eller USA. Det vil sige, at en analyse af sundhedspraksisser ikke kan begynde med de professionelle og dermed med den vestlige kliniske realitet, som har italesat Nkomazis altoverskyggende sundhedsproblem som værende hiv/aids. Vi må i stedet tage udgangspunkt i menneskers faktiske praksisser. Når vi gør det, opdager vi, at hiv/aids umiddelbart ikke spiller den rolle i folks hverdag, som man kunne forestille sig – hvilket ikke er det samme som at sige, at sygdommen ikke er vigtig. Det vender vi tilbage til.

Kleinmans akademiske projekt er at hive sundhed ud af kløerne på biomedicinen og gøre den kulturspecifik. Som vi skal se, giver det god mening. Men Kleinman giver os et andet problem. Samtidig med at hans udgangspunkt styrker vores forståelse af folks evne til at manøvrere i et komplekst felt af forskellige kliniske realiteter, bliver al sygdom og lidelse reduceret til noget kulturelt. Dette kulturalistiske syn gør det, ifølge Paul Farmers, svært at se de strukturelle former for vold, der gør bestemte handlemønstre mulige og andre umulige (Farmer 2005). Kun ved at fokusere på de globale måder social lidelse eller *social suffering* produceres lokalt i det Joao Bihl kalder *zones of abandonment* (Biehl 2001) kan vi forstå, hvordan folk handler, når de bliver syge. Farmer insisterer endvidere på, at økonomiske forhold er afgørende for, hvordan folk handler. Sagt på en anden måde, de økonomiske og sociale ressourcer folk har til rådighed – ikke deres kultur – er afgørende for, hvordan de kan søge om hjælp og dermed også for de måder, hvorpå de dør.

Selvom der er en spænding mellem Kleinman og Farmers analyser, kan deres perspektiver berige hinanden. I denne analyse vil vi netop søge at lægge vægt på både de kulturelle forståelsesformer, der afgør folks sundhedspraksisser og på de strukturelle former for vold, der sætter rammerne om selv samme praksisser. Empirisk bygger artiklen på materiale fra Blok A i Nkomazi, som var en del af det gamle hjemlandsområde KaNgwane, op ad Swaziland og Mozambique. Elleve tilfældigt udvalgte hushold

udfyldte over en fire måneders periode dagbøger og blev interviewet om sundhedspraksisser og sygdom. Derudover interviewedes sundhedsarbejdere, socialarbejdere, *inyanga*'er, præster og de såkaldte *homebased care workers* eller hjemmehjælpere om deres arbejde. Dette omfattende feltarbejde gjorde det muligt at analysere både lokale sundhedspraksisser og de former for social lidelse, der strukturerede sundhedspraksisserne.

Artiklen begynder med en kort gennemgang af Blok A med særligt fokus på sundhedssystemet. Dernæst analyserer vi to cases fra dagbogsstudierne, Mr. Mulas hoste og Mr. Magagulas mavesmerter. Efter at have præsenteret de to cases konkluderer vi kort på artiklens hovedspørgsmål, samtidig med at vi vender tilbage til forholdet mellem hiv/aids og sundhedspraksisser.

Strukturel vold og sundhedssystemet i Blok A

I Blok A bor der omkring 20.000 mennesker, hovedsageligt flygtninge fra borgerkrigen i Mozambique. Hovedparten af indbyggerne kom fra slutningen af 1980'erne til begyndelsen af 1990'erne, hvor borgerkrigen var på sit højeste. På baggrund af uhørt traumatiske oplevelser, flugten til Sydafrika og den efterfølgende forfølgelse i Sydafrika forsøgte de at genskabe et liv. På den måde var de dobbelt ramte: de var uønskede flygtninge fra et land i krig, og de var sorte i et apartheid-Sydafrika, som havde etableret hjemlandene som det rige lands *zones of abandonment*. Blok A blev oprettet som et *tribal area* i 1950'erne efter omfattende tvangsflytninger fra områder, der skulle blive nogle af Sydafrikas mest produktive landbrugsområder. I 1994 led apartheid en betimelig politisk død, men selvom hegnene faldt, bestod hjemlandene som marginaliserede økonomiske og sociale størrelser. Igennem 1990'erne forsøgte ANC-regeringen at integrere hjemlandene i den formelle økonomi. Gennem diverse økonomiske og produktionsrelaterede reformer lykkedes det til dels. Store infrastrukturelle investeringer betød at ressourcer tilfød Nkomazi, og sociale velfærdsydelser og primær sundhedspleje gjorde deres til at reducere Nkomazis marginalisering. Men hverken den begrænsede økonomiske vækst eller de sociale ydelser blev universelt fordelt, og uligheden steg voldsomt (Jensen 2006). Samtidig ramte hiv/aids-pandemien, og folk begyndte at dø. Om døden ramte bredere eller dybere, er svært at sige, men den ramte i hvert fald på nye måder.

De mozambiquiske flygtninge og deres efterkommere rammes hårdt. Ressourcer og autoritet blev fordelt langs nationale og etniske linier, hvor sydafrikanere privilegeres før udlændinge. Flygtningene var og er i en særlig problematisk position. Mange af dem har for eksempel stadig ikke identitetspapirer, og af frygt for at blive sendt tilbage til Mozambique, opsøger de kun nødtigt staten for at opnå id-papirer eller for at få hjælp. At nogle af dem, blandt andet Mr. Magagula, hvis historie vi beretter

neden for, har klaret sig godt, skyldes et sammenfald af held og evner til at navigere i et ustabil miljø. Men langt fra alle klarer sig godt, som Mr. Mulas historie viser. Det er disse strukturelle forhold, der producerer social lidelse, og som skaber rammerne for folks sundhedspraksisser.

Sundhed spiller, af mange grunde, en stor rolle i Blok A. Alle de familier, der førte dagbog, havde næsten dagligt historier at fortælle om lidelser, irritationer og sygdom. Der er ingen dokumenteret sammenhæng mellem niveauet af sygdom og antallet af sundhedsaktører, men i Blok A er der en stor mængde aktører. Tilstedeværelsen af relativt mange ressourcer (om end ulige fordelt) samt en intervererende stat og udenlandske donorer har skabt et komplekst felt af sundhedsudbud. I Blok A alene talte vi således 77 *inyanga*'er (hvoraf nogle er særdeles velhavende mens andre kun sjældent har 'kunder') og præster, hvis primære formål var at helbrede. Derudover var der 34 kirker, der alle i forskellig grad yder troshelbredelse. De mange små og større forretninger havde alle et rigt udbud af vestlig medicin. Flere 'gade-apoteker' solgte helbredende urter og anden traditionel medicin, *muthi*. Derudover har staten udbygget et stort hospital tæt ved med fuld bemanning af læger, sygeplejersker og psykologer. Staten har også opnormeret den lokale sundhedsklinik. Flere private læger har slået sig ned i nærheden af Blok A og lever hovedsageligt af de nye statsansatte med privat sygeforsikring. Endeligt yder flere ngo'er også sundhedstjenester, ikke mindst på grund af hiv/aids. Disse sundhedsudbydere tilhører, hvad Kleinman kalder henholdsvis den professionelle og den uformelle sektor og eksisterer altså side om side i et fælles forum af behandlingstilbud. Derudover diskuteres sundhedsproblemer intenst af familier, naboer, venner og andre netværk og fællesskaber – det Kleinman som nævnt begrebsliggør som den nære sektor.

Sundhedspraksisser

Det er inden for dette komplekse og sammensatte sundhedssystem, at Robert Mula og Petrus Magagula søger lindring for henholdsvis deres hoste og deres mavesmerter. De befinder sig i hver sin ende af et kontinuum af muligheder. Hvor Robert Mula ikke har identitetspapirer, har Petrus Magagula et sydafrikansk pas. Hvor Robert Mula er arbejdsløs med enkelte jobs som daglejer i dårligt betalte landbrugsjobs, er Petrus Magagula statsansat med sygeforsikring. Hvor Robert Mula er fattig, er Petrus Magagula relativt velstillet. Vi begynder med Petrus Magagula.

Petrus Magagulas mavesmerter

Som så mange andre mozambiquiske mænd i begyndelsen af 1980erne tog Petrus Magagula til Sydafrika for at arbejde. Han fik job på en kommerciel farm, men efter få år blev han arresteret, sat i fængsel og sendt tilbage til det nu borgerkrigshærgede Mozambique. Kort efter vender han

tilbage til Sydafrika med sin nye kone Martha. Uden at han helt forstår hvorfor, har Department of Home Affairs ham registreret som havende opholdstilladelse, og uden problemer får han udskrevet et nyt id-kort, der giver ham ret til at søge arbejde og være i Sydafrika. Med det i hånden får han arbejde i en afdeling for offentlige anlæg. Mens borgerkrigen raser og hans landsmænd jages på begge sider af grænsen, bosætter Petrus og hans kone sig i Blok A, bygger hus og får børn. I begyndelsen af 1990'erne bliver Martha syg. Hun bliver rask fordi, siger hun, hun fulgte *inyanga*'ens råd og modtog oplæring som *inyanga* selv. At blive *inyanga* er noget man kaldes til af ens forfædre som kan 'tale' til en, ofte gennem sygdom. At Martha blev *inyanga* betød, at familiens økonomiske strategier blev endnu mere diversificerede og dermed kriseresistente. Da vi mødte dem i foråret 2006, var familien velfungerende, økonomisk sikret og veludstyret med for eksempel bil, og Martha havde op til flere lærlinge, der gjorde det meste af hus- og markarbejdet.

På trods af denne umiddelbare succes led familien under adskillige helbredsproblemer. Værst var Petrus' mavesmerter. Mavesmerterne var begyndt i efteråret 2005 som udvendige sår. Martha styrede grundet sin uddannelse – hun tilhører hvad Kleinman ville kalde den professionelle sektor – familiens og især Petrus' sundhedspraksisser. I første omgang konsulterede hun sin søster. De bliver enige om at han havde *lehlangu*, som Martha forklarede er en sygdom fra Swaziland, og at han derfor havde brug for en særlig mikstur. De enedes også om, at han måtte til en anden *inyanga*. I løbet af flere måneder forsøgte han sig hos fem eller seks forskellige og betalte betydelige summer ved hver konsultation. Til sidst blev Martha, hendes søster og Petrus enige om at stole på en af *inyanga*'erne, som mente, at der var uro blandt Petrus' forfædre, og at de ønskede, at han skulle begynde sin oplæring som *inyanga*. Petrus valgte derfor at betale startgebyret og begynde på den kur, der skulle forberede ham og hans forfædre på hans nye tilværelse.

I begyndelsen af 2006 bliver Petrus syg igen, denne gang er smerterne flyttet ind i kroppen. Samtidig med at Petrus fortsat tager den medicin, som Martha foreskrev, lytter han (med Marthas samtykke) til et råd om at besøge en ny, meget dygtig profet eller *faith healer*. Over flere timelange seancer beder profeten for ham. På trods af de mange forskellige kure, lider Petrus stadig af smerter. I marts anbefaler Martha, at Petrus opsøger en vestligt uddannet læge – noget han kan, fordi han har sygeforsikring gennem sit arbejde. I løbet af en måneds tid, og med samtidige og forskellige behandlinger, får Petrus at vide at han har mavesår. Lægen udskriver medicin, som Petrus tager. I løbet af relativt kort tid får Petrus det bedre og klager ikke længere over mavesmerterne.

Dette kunne være historien om den vestlige medicins overlegenhed og er det sikkert for mange, men ikke for hverken Petrus, Martha, hendes søster eller de medlemmer af hans menighed, der anbefalede ham profe-

ten. De så mere komplekse sammenhænge og drog andre konklusioner. For Martha var der en umiddelbar forbindelse mellem hans sår uden på og indvendig i kroppen. Som Martha forklarede: *lihlangu* er en sygdom, hvor sårene kan flytte sig enten indefra og ud eller udefra og ind. Hun selv har haft stor succes med sine behandlinger af patienter med *lihlangu*. Ydermere havde Petrus haft *lihlangu* i lang tid, mindst siden 2000, hvor han var blevet behandlet af en *inyanga*, mr. Mnisi, som desværre døde før Petrus var helt helbredt. Mens Mr. Mnisi behandlede Petrus, mistænkte han, at Petrus måske var blevet forgiftet med *isidliso*, en gift med magiske egenskaber. Han sendte derfor Petrus og Martha videre til en kollega, som var ekspert i opkastninger, *uphalaza*. Petrus kastede op, og der blev ganske rigtigt fundet spor af *isidliso*. Martha mente, at *isidliso*'en var skyld Petrus' mavesmerter, som hun havde diagnosticeret som *lihlangu*. Samtidig var både Petrus og Martha sikre på, at *isidliso*'en havde forbindelser tilbage til 1980'erne, hvor Petrus i et par måneder havde været indlagt på et hospital og gik til *inyanga*'er for at blive behandlet for en forgiftning (og syfilis). Petrus mente, at han blevet forgiftet af en af sine kollegaer, der var jaloux på Petrus' succes. Jalousi er den mest brugte forklaring på, hvorfor folk som Petrus udsættes for hekseri. Det var følgerne af denne mere omfattende historie, Petrus kæmpede med i 2006.

Martha og Petrus afviste langt fra vestlig medicin, og Martha følte ingen konkurrence fra den kant. Hun mente, at problemet med den vestlige medicin var, at den ikke kunne diagnosticere selve problemets årsag, som var en over tyve år gammel forgiftning. Da vi forlod familien, var Petrus i gang med flere forskellige behandlingstyper med hver deres kliniske forståelse af hans problem: en religiøs, en biomedicinsk og en traditionel forståelse. Men som casen viser, blev de første to forståelser underordnet den traditionelle forståelse. I løbet af sin sygdomsperiode blev Petrus behandlet af en hel række forskellige professionelle og læg-helbredere, inklusive sin egen kone, men han fik råd fra endnu flere i sin umiddelbare nærhed. Hans kone var central og fungerede som brobygger mellem den nære og den professionelle sektor. Hendes interventioner gjorde endvidere, at de forskellige behandlinger blev økonomisk overkommelige. Hun behandlede ham selv; hun trak på sine mange netværk og på sin familie. Ydermere var Petrus dækket af sygeforsikring, som gjorde det muligt for ham at få hjælp fra vestlige læger. Det vil sige, at Petrus benytter sig af et væld af forskellige former for hjælp, uden at disse på nogen måde står i konflikt til hinanden. Hans kone, Martha, har heller intet problem på trods af, at hun er i en konkurrencesituation med det vestlige og det religiøse. Samtidig viser casen, at det er Martha og hendes netværk, der ene og alene afgør Petrus' valg. Om Martas ro ville være intakt, hvis Petrus, efter at være blevet kureret af den vestligt uddannede læge, frabad sig flere af Marthas råd, kan vi kun spekulere over. Denne problemstilling er mere relevant for den næste case.

Robert Mulas hoste

Omtrent samtidig med at Petrus vender tilbage til Sydafrika, krydser Robert Mula grænsen som 18-årig. I modsætning til tidligere er det blevet svært for mozambiquere at finde arbejde i minerne. Han arbejder derfor som landarbejder, hvor han ofte bliver fysisk afstraffet og bestjålet af farmere, der ved, at mozambiquere uden id-kort er lette ofre for udbytning. I 1999 flytter han fra grænsebyen Komatipoort til Blok A sammen med sin forlovede Anya. De bor stadig i det samme hus (omkring 10 m²), men nu med deres to børn på tre og seks. Den treårige hedder Happiness, men der er intet lykkeligt over familien Mula. Hverken Robert eller Anya har andet end usikkert daglejerarbejde. Ingen af børnene går i skole men må passe sig selv, mens forældrene er væk. Huset er ekstremt beskidt, og der ligger madaffald, og hvad der ligner afføring, på stengulvet. Robert har hostet længe. I løbet af vores feltarbejdet bliver hans tilstand gradvist værre.

Udover at drikke planteudtræk, *linyatselo*, taler Robert med Anya, naboer og sin bror (som bor i Johannesburg) om sin hoste. Naboerne foreslår at han lider af *tinsilia*, som er et syndrom, man får, når tabu brydes omkring død (seksuelle eller omgangstabuer). For at komme af med det, skal man til *inyanga* og gennemgå et renselsesritual. Robert troede på diagnosen, da han havde overtrådt adskillige seksuelle tabuer. Han havde forhørt sig, og *inyanga*'en skulle have mere end han kunne skaffe, omkring 100 kr. Hans kone og hans bror opponerede mod *tinsila*-diagnosen, og begge foreslog at han besøgte den gratis klinik. Uden at Robert hørte det, udtrykte Anya frygt for, at Robert havde fået hiv/aids, fordi han havde haft sex med andre end hende flere gange. Robert var ikke interesseret i klinikken; han havde ikke tid, var nervøs for sygeplejerskerne og troede ikke det virkede. Han prøvede derfor desperat at få fat i de 100 kr. så han kunne betale *inyanga*'en.

Efter flere besøg begyndte Robert at lytte til en af os, som i stigende grad var blevet bekymret for hans tiltagende hoste. Vi foreslog, at han måske led af tuberkulose, tb, og at han burde testes for det. Anya og broderen støttede forslaget – Anya ikke mindst fordi det måske betød, at han ville blive testet for hiv. Efter nogen tid tog Robert til klinikken, og i løbet af et par uger viste testen positiv for tb. Han skulle på et stramt medicinsk program og overholde det i de næste seks måneder. Men da Robert kom hjem fra klinikken, fortæller han, havde Anya skiftet mening. Efter at have set pillerne, erklærede hun, at naboen havde haft den samme slags piller, og at de ikke hjalp. Desuden mente hun, at han havde *tinsila*, og at de derfor skulle finde penge til en *inyanga*. Implicit i hendes protester mod diagnosen var, at den ikke forholdt sig til hendes anklager om udenomsægteskabelig sex og faren for hiv/aids, som hun til sidst i feltforløbet gav højlydt udtryk for. I den sammenhæng var *tinsila* en 'bedre' diagnose², fordi den i det mindste åbnede for at deres ægteskabelige problemer kunne blive diskuteret. Robert ville ikke vide

af dette, men bestemte sig for at tro på lægen og holde op med andre behandlere.

Konklusion

Robert havde i modsætning til Petrus meget få ressourcer at flytte rundt med, og hans sundhedsvalg var derfor stærkt begrænsede. De blev reduceret til at han drak planteudtræk og til sidst frekventerede den ellers fravalgte klinik. Han havde ikke mulighed for at søge den assistance, alle omkring ham med enkelte undtagelser foreslog, nemlig de traditionelle metoder. Dette, samt Petrus' case, illustrerer to væsentlige pointer. For det første er sundhedspraksisser bestemt af finansielle eller netværksressourcer. I den sammenhæng er traditionelle helbredelsesmetoder ikke de billigste. Man kan altså først udnytte de traditionelle metoder, hvis man har substantielle ressourcer til sin rådighed. For det andet er traditionelle kliniske realiteter ikke modstillet vestlige sundhedspraksisser i disse menneskers opfattelse; de udgør en del af sammensatte sundhedspraksisser, der eksisterer samtidigt og uden modsætninger.

Hvor mange af vores informanter, der var smittet med hiv/aids, er umuligt at sige. Vores gæt var, at en del dødsfald og andre sygdomme, inklusive måske Roberts, var forbundet med pandemien – men vi kan ikke vide det. Professionelle, vestlige sundhedsaktører vil mene, at løsningen er at gøre informationen bedre, at bryde tabuer. Det er muligt. Ikke desto mindre viser vores arbejde, at det er nødvendigt at tage udgangspunkt i folks faktiske praksisser og forståelse af sygdom og sundhed. Disse er aldrig kun afhængige af sygdommens karakter; de er i lige så høj grad afhængige af hvilke ressourcer, man har til rådighed, og, som Roberts og Anyas ægteskabelige diskussioner viste, hvilke andre konflikter, de er bundet op af. Selvom fokus på hiv/aids og billig medicin er væsentlig, viser vores analyse, at det er en uomgængelig nødvendighed at holde sig folks hverdag for øje, både i praktisk medicinsk forstand og i vores analyser af, hvorfor folk gør, hvad de gør.

*Steffen Jensen, seniorforsker ved
Rehabiliterings- og forskningscentret for torturofre (RCT)*

og Enos Sikhauli, Pretoria Universitet

Noter

¹ Kleinman er blevet berettiget kritiseret for sine rigide kategorier. Ikke desto mindre kan hans analyser bruges i helt specifikke sammenhænge som denne.

² *Tinsilas* ambivalente karakter gør endvidere, at hiv/aids ofte omtales som det. Det er så at sige en mulighed for at tale om seksuelt overførte sygdomme på en ikkestigmatiserende, men kulturelt acceptabel måde.

Litteratur

Biehl, Joao. 2001. Vita: life in a zone of social abandonment. *Social Text* 68: 131-149

Farmer, Paul. 2005. *Patologies of power: health, human rights and the new war on the poor*. Berkeley: University of California Press

HSRC, Human Sciences Research Council. 2002. *Hiv/aids in southern Africa*. Pretoria: HSRC Press

Johnson, Krista. 2004. The politics of aids policy development and implementation in post-apartheid South Africa. *Africa Today* 51: 107-128

Kleinman, Arthur. 1993. *Patients and healers in the context of culture: exploration of the borderland between anthropology, medicine and psychiatry*. Berkeley: University of California Press

Posel, Deborah. 2004. Getting the nation talking about sex: reflections on the discursive constitution of sexuality in South Africa since 1994. *Agenda*, December: 53-63

Walker, Liz & Graeme Reid. 2004. *Waiting to happen: hiv/aids in South Africa*. Boulder: Lynne Reiner

