

TELO V ČASU HIV/AIDS S Poudarkom na BOCVANI

Živa Gobbo

119

IZVLEČEK

Na podlagi terenskega dela v nevladni organizaciji v boju proti HIV/aidsu v Bocvani in na podlagi prebrane literature poskuša avtorica v pričujočem prispevku predstaviti določena razumevanja problema HIV/aidsa in telesnosti v Bocvani. Ker je v tej državi odstotek okuženosti zelo visok, prežema vse sfere življenja in celotno družbo. Poleg tega je potrebno pretresti dosedanje razumevanje same bolezni in njenih posledic za družbo, saj je to stvar, ki posega v najbolj intimne človeške odnose, kot so spolnost, ljubezen, reprodukcija, telo. S samo fizično pojavnostjo bolezni se pojavijo še številni družbeni faktorji, kot so stereotipi, predsodki, različna razumevanja in opravičevanja bolezni.

Ključne besede: HIV/aids, telo, antropologija, Afrika/Bocvana, spolnost

ABSTRACT

Based on her fieldwork in a NGO fighting HIV/AIDS in Botswana and consulted literature, the article presents certain perceptions of the HIV/AIDS issue and bodiness in Botswana. Because the infection rate in this country is very high, the disease permeates all spheres of life and the entire society. It is therefore necessary to re-examine the present perception of the disease and its consequences to society, because it is an issue that interferes with the most intimate human relations – sexuality, love, reproduction, and the body. Beside the physical phenomenology of the disease, a great number of social factors play a role - stereotyped opinions, prejudices, different perceptions, and apologetics for the disease.

Key words: HIV/AIDS, body, anthropology, Africa/Botswana, sexuality

Bocvana

Bocvana je država na jugu Afrike, ki na severu in zahodu meji na Namibijo, na jugu na Južnoafriško republiko in na vzhodu na Zimbabve.

Ime izhaja iz besede *cvana* (bantujski jezik), ki poimenuje največje ljudstvo v Bocvani. Predpona *bo-* označuje državo. Prebivalci – državljani Bocvane so *bacvana* (poleg državljanov se tako imenujejo tudi pripadniki ljudstva Cvana). *Ba-* je predpona za ljudi in to tudi pomeni (*batho* so ljudje, v ednini *motho*, zato je tudi Bocvanec/ka *mocvana*).

Najbolj razširjen jezik, ki je tudi nacionalni jezik (angleščina je uradni jezik poučevanja od 5. razreda osnovne šole naprej) in v njem poučujejo v osnovnih

šolah do 4. razreda, je *secvana* (se- za jezik) – bantujski jezik. Poleg *secvane* in angleščine v državi govorijo še številne druge jezike: *seherero*, *sembukušu*, *seyei*, *sekgalagadi* in mnogo drugih, vendar uradno niso priznani.

Velika je okrog 600.000 km² in ima okrog 1.6 milijona prebivalcev.

Velike površine države pokrivajo brezcestne savane, puščave, močvirja in slane površine, naravni rezervati (*game reserve*). V povezavi z naravnimi rezervati skuša država spodbujati (kar ji tudi uspeva) elitni turizem (safarije; taki turisti so le redko v stiku z domačini). To naj bi bil tudi eden od razlogov za razselitev ljudstev, ki živijo v puščavi. Govorilo se je (na terenu) tudi o tem, da naj bi se na tem področju nahajali diamanti in druge rudnine.

120

Mednarodno velja Bocvana za »afriško zgodbo o uspehu«, saj se je leta 1966 mirno osamosvojila in od takrat naprej krepila svojo ekonomijo ter gojila demokratičen politični sistem. Državne ustanove, kot so bolnišnice, ambulante in šole, stojijo po celi državi, šolanje in zdravstvo sta brezplačna.

V primeru Bocvane gre za osamosvojitve ene izmed desetih najrevnejših držav na svetu. Kmalu po osamosvojitvi so odkrili diamante. Ti predstavljajo tri četrtine celotnega državnega izvoza. BDP (13.9 milijonov ameriških dolarjev, na prebivalca pa 8.800¹ ameriških dolarjev v letu 2003 (Factbook 2005) je med najvišjimi v Afriki (takoj za JAR). Vendar na podeželju še vedno vlada revščina. In kljub »zgodbi o uspehu« se niso izognili moderni kugi, ki prazni državo – virusu HIV/aidsu. Bocvana ima namreč najvišji delež okuženih z virusom HIV – 39 odstotkov (na podlagi testiranja nosečih žensk²).

Še vedno pa so velik problem brezposelnost, migracije v mesta, visoka stopnja rodnosti in občasne naravne katastrofe.

TCM v Bocvani

Projekt TCE (*Total Control of the Epidemic* – Popolna kontrola nad epidemijo)/TCM (*Total Community Mobilisation* – Mobilizacija celotne skupnosti; v Bocvani so ime iz TCE spremenili v TCM na željo vlade, da bi se razlikovalo od programov v drugih državah) je produkt delovanja, v katerem so sodelovali bocvanska vlada, BOTUSA, CDC (*Center for Disease Control* – center za kontrolo bolezni) in Humana People to People (organizacija, ki je sestavila in vodila program; s sedežem na Danskem), in naj bi deloval kot samostojna organizacija. Program naj bi trajal tri leta.

Cilj projekta TCE/TCM je bil sistematično doseganje vseh ljudi, ki jih je prizadela epidemija HIV/aidsa, da bi spravili bolezen in virus pod nadzor. Sistem skuša to doseči z zaposlovanjem »terenskih delavcev« (*FO-field officer*, v Bocvani je bilo tako zaposlenih več kot 500 ljudi) in angažiranjem domačinov za prostovoljno delo (*passionates*), ki delujejo v mikroregiji in s svojim delom v lastni skupnosti

¹ Podatek o BDP-ju na prebivalca je lahko zavajajoč, saj je razporeditev zelo neenakomerna.

² Podatek sem izvedela na terenu, poleg tega pa še na nekaj internetnih straneh: CIA, UNAIDS ...

skušajo ustvarjati vzdušje, v katerem bi ljudje sami začeli omejevati epidemijo in skrbeti zase in za prizadete. Podpirali naj bi samoiniciativnost samih skupnosti.

Izvir organizacijske strukture projekta TCM je vojaški, uporablja vojaško terminologijo in strukturo. Vsaka odločitev potuje preko več nivojev, pobude potujejo formalno preko prošenj in odobritev na več nivojih.

V okraju, kjer sem delovala (Ngamiland, sedež v Maunu na severozahodu Bocvane), smo bile tri prostovoljke (DI – *development instructor*) in en »specialec« (SF – *special force*). V obdobju junij–december 2002 smo to bili: Živa (jaz), Meelike (Estonka) in Sylwia (Poljakinja) ter Mephius (Zambija). Pod seboj smo imeli 50 »terenskih delavcev« (FO) in dva TC (*1/2 troop commanderja*: Monica in Kupembona (Bocvana) – vsak je bil zadolžen za polovico *troopa*). 121

Skrbeli smo za mikrokoordinacijo, pregledovanje in urejanje poročil »terencev« (FO), za izobraževanje FO-jev, pomoč pri implementaciji prireditelj, sodelovanje z lokalnimi oblastmi in organizacijami; poleg tega še za promocijo programa in organizacijo delavnic za različne ciljne skupine (cerkve, ostale organizacije – NVO-je, učitelje, tradicionalne zdravilce, delovne prostore – tovarne, pisarne, urade ...) in raznih akcij z namenom osveščanja (prostovoljno testiranje za protitelesca HIV, deljenje kondomov, organiziranje plesnih tekmovanj ipd.).

Na ta način sem preko samega dela spoznavala teren in ljudi, hkrati bila del organizacije (kot prostovoljka) in antropologinja (saj sem bila ves čas na terenu in delovala med ljudmi). Tako sem združila etnografijo (teren) in samo delo v organizaciji. Ta način dela je bil bolj kot opazovanje z udeležbo »udeležba z opazovanjem«, saj sem bila tam primarno kot prostovoljka.

Preko samega dela sem imela priložnost prisostvovati in sodelovati na različnih prireditvah, pri cerkvenih obredih, spoznala sem ljudi in organizacije (vladne in nevladne) na terenu, kgosije (glavarje – župane vasi) in ostale pomembne osebe, tako kot tudi najrevnejše predele vasi in odročne pašne postojanke.

Informatorjev ne bom navajala, saj jih je bilo preveč, poleg tega nisem izvajala veliko intervjujev, temveč bolj pogovore z različnimi ljudmi.

Pri sami krovni organizaciji – Humana People to People – so bile profesionalnost, participatornost/ sodelovalnost, inovativnost zelo vprašljive. Učbeniki so bili neprofesionalno napisani, svetovalno izobrazbo je (poleg usposobljene psihologinje, ki pa je ostajala v Gaboroneju – glavnem mestu, ki je na skrajnem jugovzhodu države – in ni potovala po terenu) vodila prostovoljka (Poljakinja), ki je imela zaključeno le prvo leto študija psihologije, inovativnost pa je bila zavirana že zaradi same birokracije (strukture projekta), ki je bila potrebna za vsako spremembo in odstop od glavnega programa. Projekt je bil zastavljen tako, da lahko funkcionira po programu le, če so pogoji idealni. Ni bil upoštevan ne človeški in ne geografski faktor. Zaradi birokratizacije samega projekta in okostenele strukture je bilo težko doseči spremembe, ki bi ga prilagodile specifičnim okoliščinam. K težavnosti spreminjanja so pripomogli tudi značaji posameznih

oseb, saj so bile stalno prisotne (zaposlene) osebe v projektu prepričane, da imajo vedno prav in da je po njihovo najboljše.

Večje možnosti za manjše inovacije (tudi za samo etnografsko delo) so se pokazale na področjih, ki so bila oddaljena od nadrejenih. Tak primer je bila naša regija (Ngamiland), kjer so bili prvi nadrejeni oddaljeni 500 km (Francistown). Tako se jih je lahko implementiralo, tudi brez vednosti in navodil »od zgoraj«, imeli smo več svobode pri delu in odločanju, kar je včasih privedlo do sporov z nadrejenimi.

122 Poleg tega se je včasih FO-jem godila krivica; nadrejeni so jih obravnavali kot manjvredne, v tem primeru se je poznala evropocentričnost in prikriti rasizem do domačinov. To je včasih pripeljalo do osebne prizadetosti in živčnih zlomov tudi pri nas, prostovoljcih.

Ne morem pa reči, da projekt ni bil vsaj delno učinkovit, saj je bilo zaslediti uspehe in spremembe na nivoju znanja o bolezni – kljub vsem težavam v delovanju organizacije.

HIV/aids v Bocvani

Kulturna konstrukcija bolezni je to, kar ljudje doživljajo. Bolezni konstruirajo verovanja in znanja, ki variirajo v času in prostoru. Konec koncev so ljudje biološka in kulturna bitja (Romanucci - Rossi, Moerman in Tanceredi 1991: IX).

Bolezni vplivajo na kulturo, kultura pa vpliva na bolezni. Primer HIV/aids to dobro kaže. Ta bolezen je vplivala na spremembo spolnih praks in vrednot, medtem ko naj bi kulturni odgovori nanjo, kot npr. pregledovanje (*screening*) krvi in uporaba kondomov, upočasnili njeno širitev (Romanucci - Rossi, Moerman in Tanceredi 1991: 196).

Aids je področje, na katerem se prepleta mnogo za človeka pomembnih zadev: telo, spolno izražanje in občevanje, ljubezen, intimnost, čustva, želje, osebni odnosi, okužba, bolezen in smrt (Lupton, Tulloch 1998: 13).

V Afriki se virus HIV širi predvsem skozi heteroseksualne spolne odnose, z vertikalnim prenosom iz matere na otroka in nekaj z okuženo krvjo in krvnimi proizvodi (Macdonald 1996: 1326).

V Bocvani so trije glavni faktorji, ki vplivajo na širitev virusa: položaj žensk v družbi, predvsem pomanjkanje moči pri pogajanjih o spolnih odnosih, kulturne norme v povezavi s fertilitnostjo in vzorci družbenih migracij (Macdonald 1996: 1327). Poleg teh treh faktorjev imajo nezanemarljiv vpliv še določene prakse nekaterih tradicionalnih zdravilcev (npr. puščanje krvi, brazgotinjenje), očiščevalne prakse nekaterih cerkva (puščanje krvi), prenos iz matere na otroka (med nosečnostjo, ob porodu in med dojenjem) in skrb za bolnike ob nepoznavanju načinov prenosa virusa.

Tradicionalna kulturna verovanja in vrednote zelo močno vplivajo na obnašanje Bocvancev in Bocvank. Zapuščina teh kulturnih tradicij je pomembna za razumevanje sodobnega položaja žensk v družbi in za povezavo s prenosom in hitrim širjenjem virusa HIV.

To je npr. *lobola* – ženitno plačilo, ki pogojuje vtis, da je ženska moževa last. Tradicionalno poročeni moški so lahko imeli druge ženske kot konkubine. Lobola lahko znaša od ene do deset in več krav oz. njihovo denarno protivrednost (ena krava je vredna okrog tisoč pul, kar je v slovenski protivrednosti okrog štirideset tisoč tolarjev; za primerjavo naj navedem, da smo prostovoljci dobili mesečno tisoč dvesto pul, kar nam je zadoščalo za hrano in zabavo (bivanje smo imeli brezplačno), FO-ji – terenski delavci (domačini) pa so na mesec dobili od 600 do 1100 pul, kar si mladi moški le težko privoščijo, zato se tudi veliko ljudi odloča za sobivanje in morda kasnejšo poroko.

Danes velja za kulturno sprejemljivo, da ima moški več kot eno spolno partnerico in da imajo poročeni moški konkubine. V neki raziskavi domačij so ugotovili, da ima 40 odstotkov bocvanskih moških dve ali več partneric (aids/STD³ enota ministrstva za zdravje, Bocvana, 1993) (Macdonald 1996: 1328). To je bilo mogoče opaziti tudi pri delu na terenu. Navedla bom dva primera:

Ob turističnem izletu z deblakom nam je krmar na vprašanje, ali je poročen, odvrnil, da ima ženo in ljubico. To je bilo v vasi Seronga, kjer živita večinoma ljudstvi Bayei in Mbukušu.

Kgosi, glavar (župan) vasi Beetsha, je poročen s štirimi ženami (tradicionalno poročen, saj se lahko legalno poroči le z eno), od katerih je imela vsaka svojo hišo, med seboj so imeli dogovorjen urnik obiskov. Bil je pripadnik ljudstva Mbukušu. Tradicionalno so se lahko moški poročili s toliko ženami, kolikor so jih lahko vzdrževali.

V večini literature je govora o moških z več partnericami, vendar lahko imajo več partnerjev tudi ženske, kar se je pokazalo pri našem delu na terenu. Vzorci so podobni kot pri nas, le da pri nas fertiliteti ne cenimo toliko in že zaradi tega uporabljamo kontracepcijska sredstva. Zato ima skoraj vsak bocvanski mladostnik/ mladostnica, ki sem jih spoznala, najmanj enega otroka, kar pomeni, prakticiranje spolnosti brez kondoma.

Sodelavka, okoli 26 let, neporočena, je pričakovala tretjega otroka s tretjim moškim, s katerim ni živela in ni bila v partnerski zvezi.

Ženske so imele občutek, da morajo sprejeti partnerjevo odklonitev uporabe kondoma in da se nimajo pravice odločati v zvezi z njegovo uporabo. To je najbolj očitno pri poročenih ženskah, ki težko dosežejo, da bi njihovi možje uporabljali kondome, saj naj bi s tem namigovali na njihovo nezvestobo (kar je žalitev, tudi če je res) ali pri možeh povzročale sume o svoji nezvestobi. To mi je izpričalo več žensk, ki so bile po večini doma, možje pa so delali. Rekle so, da vedo, da imajo njihovi možje ljubico(e), vendar jih ne morejo prepričati, da bi uporabljali kondom.

Bocvana ima eno največjih stopenj fertiliteti v podsaharski Afriki, predvsem med mladimi neporočenimi ženskami. Manjka vzgoja (izobrazba) za odraslost in te vrzeli niso zapolnile niti različne cerkve kot moralni varuhi mladine ali staršev.

³ STD – sexually transmitted diseases – spolno prenosljive bolezni

Bocvanci dojemajo s spolnostjo povezane teme kot občutljive in jih umeščajo na osebno področje.

Za samske mlade ženske velja kulturni imperativ, da morajo imeti otroka in s tem dokazati svojo plodnost (Macdonald 1996: 1328). Enako tudi mladi moški svojo moškost dokažejo z zaploditvijo otroka. Tako je imel otroka skoraj vsak nad dvajset let star moški, ki sem ga spoznala. Otroci so ob ločitvi ostali z materjo.

Sodelavec Kupembona je rekel, da ima raje punco z otrokom kot brez, saj tako ve, da je plodna. Ko sta sklenila partnersko zvezo, je ona že imela otroka.

Nekateri tradicionalni zdravilci so podpirali prepričanje, da je aids resnično že stara bolezen (*boswagadi*), zato je Ministrstvo za zdravje priredilo serijo delavnic za tradicionalne zdravilce na temo aidsa (Macdonald 1996: 1331). Pogovarjala sem se z zdravilcem (iz Etshe 6), ki je želel sodelovati pri organizaciji delavnice – srečanju zdravilcev v svoji regiji, da bi jim tudi on povedal, da lahko sami zdravijo le oportunistične infekcije, ne pa samega aidsa.

Kljub obstoju prostitutk (le v večjih mestih, kot sta Francistown in Gaborone) je veliko bolj razširjena oblika »prodaje spolnih uslug« na bolj subtilen način – na neformalni in slučajnostni osnovi. To so lahko ženske, ki imajo več partnerjev, ki jih lahko opredelijo kot »fante« ali pa kot slučajnostne partnerje, ne pa kot kliente. V zameno ne dobijo neposrednega plačila, pač pa jim moški kupijo obleke, priboljške in druga darila, ki jim pomagajo izbljšati življenjski stil (Macdonald 1996: 1331). Tega nihče ne razume kot prostitucijo, ne ženske ne moški. Ko sem povpraševala po obstoju prostitucije v manjših krajih (kot sta npr. Maun in Shakawe), so mi vsi zatrdili, da tega pri njih ni, čez nekaj časa pa so povedali, da imajo nekatera dekleta več partnerjev, ki jih vodijo na pijačo, izlete. V revnejših delih vasi, ker spijejo in proizvajajo veliko »tradicionalnega piva« (vodi v velikih sodih dodajo plodove divje rastline ali sirkovo moko in sladkor ter pustijo na soncu vreti za nekaj dni), prihaja do izmenjav spolnih uslug za ceno vrčka piva.

Kljub mitu, da v Bocvani ni homoseksualcev, so opazili nekaj prostitutov v večjih mestih, kot sta Gaborone in Francistown (Macdonald 1996: 1331). Ljudje, s katerimi sem se pogovarjala, so vsi po vrsti trdili, da homoseksualcev ni – o tem se niso želeli niti pogovarjati. Nato pa sem spoznala mladega moškega, ki mi je povedal, da je tudi homoseksualec, vendar tega ne obeša na veliki zvon. V Maunu so se homoseksualci srečevali predvsem s pomočjo nekega Škota, ki je prebival v teh krajih.

Obstoj homoseksualnosti in zato možnost pogovora o tem s sodelavci – domačini so zanikali tudi naši nadrejeni.

Še en faktor, ki vpliva na širjenje aidsa v Bocvani, so prenosljive spolne bolezni (STD), ki so precej razširjene in jih velikokrat zdravijo šele v poznih stadijih (po pogovoru z medicinsko sestro v Ikogi), saj ljudje ne pridejo dovolj zgodaj k zdravniku.

Programe za ženske so ponavadi usmerjali na prenehanje odvisnosti žensk od družine, natančneje – od njihovih mož. To naj bi delno dosegli z izboljšanjem izobrazbe in možnostmi za zaslužek. Po drugi strani je pomembno ugotoviti, da je cilj spremeniti odnose v družini in ne ločitev žensk od družine, pomen družine kot celote in odnosov v njej, ne le posameznih akterjev (Korten 1990: 170).

Kljub temu, da je uporaba kondomov med mladimi narasla, je naraslo tudi število mladih z več spolnimi partnerji (Macdonald 1996: 1332).

Preučevanje HIV/aida v antropologiji

Romanucci - Ross, Moerman in Tancredi (Romanucci - Rossi, Moerman in Tancredi 1991: 297) opišejo antropologa kot mediatorja v medkulturnem razumevanju, ki je večkrat omenjan kot kulturni posrednik. Je opazovalec z udeležbo in preučuje drugo kulturo z dvojnimi namenoma. Prvi je naučiti se raznolikosti človeških odzivov na probleme, s katerimi se srečujejo različne skupine ljudi v obliki ekološke adaptacije, preživetja v primeru srečevanja s smrtjo in boleznijo, in evalvacija družbenih sistemov, ki omogočajo ljudem, da živijo skupaj. Drugi razlog je boljše razumeti lastno družbo z vpogledom, ki ga je pridobil z antropološkim raziskovanjem, da lahko vidi globlje strukturne podobnosti, v tistem, kjer je navidezna razlika velika, saj vse skupine poskušajo reševati podobne probleme.

125

»Težko si je predstavljati, da bi lahko intervjuval človeka, ki umira za boleznimi, povezanimi z aidsom, ker nima denarja, da bi si kupil hrano in da bi se odpeljal do bližnje bolnišnice, kjer bi ga lahko za silo oskrbeli. Taki scenariji, neizogibne moralne dileme, so nujni v antropološkem raziskovanju aida in lahko enostavno kažejo na to, da je raziskava le neprimeren odgovor na trpljenje. V takih primerih lahko vidimo, da so osebna integriteta in profesionalni interesi lahko najboljše poplačani tako, da postavimo na stran snemalce zvoka in terenske zvezke.« (Gilbert, Leindenbaum 1992: 315)

Včasih je težko že, če delamo v organizaciji, ki se ukvarja s problemom aida, saj ob obiskovanju domačij vidimo umirajoče ljudi, trpeče družine, kljub temu, da smo tam, da na nek način pomagamo. Še težje pa je biti v takem položaju kot raziskovalec. Sama sem imela to srečo, da sem to dvojje lahko združila. Res pa je, da to ni razlog za opustitev raziskav in razglabljanj o HIV/aidu in njegovem pomenu v družbi.

Splošne ugotovitve v socialnopsihološki literaturi so, da je odnos med znanjem (vedenjem) in spolnim obnašanjem površen. Če informatorji rečejo, da tvegajo (so *at risk*), je to ponavadi zato, ker imajo tako službo, delo (npr. delavci v zdravstvu). Vendar pa je velik odstotek ljudi izpostavljen tveganju zaradi lastnega spolnega obnašanja (Boulton 1994: 51). Saj veliko ljudi v Bocvani ve veliko o HIV/aidu, vendar še vedno ne uporabljajo dovolj kondomov, še vedno se obnašajo tvegano. To je povezano s samim dojemanjem sebe in svojega telesa, in utelešenjem lastnega bitja v družbi.

Tako so nas, DI (*development instructor* – prostovoljci, ki smo delali v projektu) in FO (*field officer* – terenski delavci; domačini, ki so bili zaposleni v projektu TCM), kot delavce, ki ozaveščajo o aidsu in so v stiku z mnogimi ljudmi, imeli za ljudi z visoko stopnjo tveganja. Kot take so se in so nas (prostovoljce) videli tudi FO sami. To pa tudi zato, ker so se nekateri prostovoljci izpostavljali tveganju s pogostim menjavanjem spolnih partnerjev (s tem so verjeli v »zahodni« mit o neomejeni spolni svobodi v Afriki, ki so ga nekateri s pridom izkoristili). Tu se nam prikaže še pomen doumevanja lastne telesnosti in neranljivosti posameznikov/

prostovoljcev – t. i. zahodnjakov. Lahko bi rekli, da so problem dojemali kot tuj, kot bolezen Drugih.

Aids je komplicirana bolezen in jo je zaradi močnih vedenjskih in kulturnih komponent, ki so vtisnjene v njegovi prevenciji in povzročitvi, težko raziskovati (Boulton 1994: 53). Še težje postane, ko je celotna družba prežeta s podobnim problemom. Noben segment družbe v Bocvani ni izključen ali pa privilegiran.

Predstava racionalnosti je globoko zakoreninjena v debatah o varnih spolnih odnosih (Boulton 1994: 60). To se pozna tudi pri mnogih organizacijah, ki se ukvarjajo s problemom aidsa. Ljudje naj bi se racionalno odločali za bolj zdravo in varno spolno življenje, če jim le damo prave informacije. Torej naj bi bile informacije dovolj. Vendar so te največkrat le informacije o samem virusu in bolezni, ne pa o spolnosti širše. Poleg tega se velikokrat pozablja na telo kot del posameznika, ne pa kot odvojeni del, na telesnost, utelešenje individuumov. Ni dovolj poudarka na neracionalnem v kulturah.

126

Spolnost in HIV/aids

Od pojava epidemije HIV/aidsa je postala spolnost patologizirana. Medtem ko diskurzi o užitku in pomembnosti samouresničitve, samoizražanja (*self-expression*) skozi spolnost še vedno krožijo, spolno aktivnost vse bolj povezujejo s tveganjem. Kot je opomnila Linda Singer, »večina sodobnega diskurza o spolnosti ni zelo seksi, saj operira skozi logiko in jezik »spolne epidemije« (1993: 122). Tako smo se tudi prostovoljci, ki smo delali na projektu proti širjenju HIV/aidsa, velikokrat zapletli v to zanko in govorili o spolnosti kot o nečem tujem, kar je treba zdraviti. Včasih smo pozabili, da je to ena izmed stvari, ki so razumljene kot najbolj normalne pri večini ljudi, in stvari, ki so del naših življenj in se tičejo nas.

Spolne aktivnosti, tako hetero- kot homoseksualne, so po novem definirali kot nevarne, pri katerih se je treba vesti varovalno in zaščitno ali pa se jim popolnoma izogibati. Ti posamezniki so spolno telo smatrali za fragmentirano in ranljivo, ogroženo od zunanjih napadalcev – dobesedno in metaforično (Lupton, Tulloch 1998: 3–4).

Preskrbovanje z informacijami o HIV/aidsu so v uradnih diskurzih dolgo časa reprezentirali kot najprimernejšo rešitev za epidemijo v odsotnosti učinkovitega zdravila ali pa zdravljenja. To vztrajanje na »informacijah« je bilo še posebno intenzivno v odnosu do mladih. V tem kontekstu »informacija« označuje omejen niz »znanstvenih dejstev« o HIV/aidsu, v kombinaciji z duhovniškim namenom spodbujanja mladih, da vodijo odgovorno spolno življenje in pri tem ohranjajo občutek integritete ter izkazujejo ustrezno skrb za druge (Lupton, Tulloch 1998: 5).

»Afriške kulturne prakse« kot vzrok širjenja bolezni?

Polaganje krivde za širjenje aidsa na »afriške kulturne prakse« je del razširjenega diskurza (Gausset 2001: 509).

Razni raziskovalci in tudi drugi so kot spodbujevalce širjenja virusa HIV/aidsa oziroma vsaj kot oviro pri razumevanju in preprečevanju epidemije videli določene prakse in verovanja specifičnih afriških kultur. Vendar je glavni z aidsom povezan problem, kako izposlovati (*negotiating*) varno spolnost – in ta je primerljiv s tistimi na zahodu (Gausset 2001: 510). To je povezano z razumevanjem lastnega telesa, njegovega položaja v družbi in z določanjem njegovih družbenih omejitev. Prostovoljke smo ugotovile primerljivost lastnih spolnih praks in tistih v domačem okolju z navadami v Bocvani.

Aids je spet legitimiziral raziskovanje spolnosti v Afriki. Ob ponovnih raziskavah pa je vzniknilo veliko enakih kulturnih predsodkov kot v preteklosti. Npr. afriškega moškega so opisovali kot spolno divjega in nenasitnega (Gausset 2001: 510).

Najprej je prišla teorija o izvoru virusa z zelenih opic, skozi spolne stike med opicami in ljudmi ali pa skozi »eksotične« kulturne prakse. Nato se je ponovno pojavilo zanimanje za »eksotične« rituale in spolne prakse, ki so jih opisovali kot neracionalne ali divje ali podobne živalskim (Gausset 2001: 511). Podobno so nekateri prostovoljci in tudi nekateri zaposleni v organizaciji, pri kateri sem delala (TCM), opisovali Afričane. Kot razlog za tako razširjenost virusa HIV v Bocvani so krivili predvsem »eksotične« ali »afriške« spolne navade ljudi, njihovo spolno nenasitnost, lahkotnost v razkazovanju telesa, nespodobnost (povezano s samim telesom in fizičnimi stiki z drugimi posamezniki), neodgovornost, prelaganje krivde in preveliko zanašanje na državo in podobno.

Zaradi želje po reševanju življenj je upadla raven etičnega, teoretičnega in metodološkega samonadzora raziskovalcev (Gausset 2001: 511) in delavcev v HIV/aids prevenciji.

Ko ni bilo jasnih razlag za takšen obseg epidemije, so krivdo valili na »afriško kulturo«. Tu je prisoten dvoličen diskurz: ko so odkrili povezavo med HIV in uporabo modernih pripomočkov, tehnik ter institucij (*facility*), jih je bilo potrebno bolje razviti in dopolniti. Ko so odkrili korelacijo med HIV in kakšno afriško kulturno prakso, jo je bilo potrebno izkoreniniti (Gausset 2001: 511).

Ni pomembna monogamija ali poligamija, temveč zvestoba ali prakticiranje varne spolnosti v izvenzakonskih odnosih.

Upiranje ljudi pred testiranjem lastne krvi je povezano s stresom, ki ga doživljajo, ko se morajo testirati in čakati na rezultate, kot tudi s stigmatom, povezano s seropozitivnostjo. Odgovor na vprašanje, zakaj se nočejo testirati (ob izvajanju mobilnega testiranja na terenu), je bil, da nočejo biti pod stresom – da nočejo vedeti, saj bodo nekega dne umrli v vsakem primeru. To je povezano, kot že povedano, s stigmatom in vsemi ostalimi težavami, ki jih predstavlja aids v družbenem življenju. Poleg tega pa samo testiranje predstavlja podiranje meja telesa – analiza krvi kot telesne tekočine, ki ne pripada več posameznikovemu telesu, temveč zunanjim Drugim.

Skarifikacija (urezovanje v kožo) in skupinski zdravilni rituali lahko širijo virus, če je pri tem uporabljeno isto rezilo za skupino. Niso pa problematični, če je

vsaka oseba urezana z drugim rezilom (Gausset 2001: 513). Tako naj bi v primerih, ko zdravilci ali pa duhovniki izvajajo očiščevalne rituale, ki zajemajo tudi urezovanje in puščanje krvi, bilo dovolj, če bi imel vsak udeleženec takega obreda svoje rezilo in se ne bi uporabljalo istega rezila za celo skupino. Nekateri sodelavci so prakso urezovanja v cerkvah opustili po pridobljenem znanju o širjenju virusa, nekateri duhovniki pa priporočali, da si ljudje rezilo prinesejo s seboj.

Nekateri tradicionalni zdravilci (npr. v bližini vasi Tsau in tudi drugod) pravijo, da je to tradicionalna bolezen, in trdijo, da jo lahko zato tudi pozdravijo, preprečijo infekcijo ipd. – Mishek, mladenič iz vasi Tsau, je uporabljal zvarek, ki naj bi preprečil okužbo.

128

Danes imajo tradicionalni zdravilci uradno priznano lastno združenje. Prek tega lahko dobijo potrdilo – licenco, da so kvalificirani za opravljanje svojega dela.

Ti zdravilci imajo precejšnji vpliv na vaščane in njihovo iskanje zdravja. Še vedno pa se daje prednost zahodnim biomedicinskim poročilom o infekcijah z virusom HIV. Nekateri zdravilci so kooperativni in sprejemajo sodobne zdravstvene informacije, drugi pa so skeptični in raje ostajajo na distanci. Slednji lahko zagovarjajo vedenje, ki je kontraproduktivno pri preprečevanju širjenja bolezni. Upoštevaloč resnost epidemije aidsa in verjetnost, da bo pojavnost bolezni v Bocvani v bližnji prihodnosti še naraščala, je zelo pomembno v teh zdravilcih vzbuditi zavedanje, kako velika je njihova vloga pri zaščiti pred to boleznijo (Handwerker 1990: 68). Ta ugotovitev je bila aktualna tudi v času mojega dela v Bocvani.

Pogosto je rečeno, da Afričani zaradi verovanj in predsodkov nočejo uporabljati kondomov (spolni odnos s kondomom, pravijo, je kot da bi jedli zaviti bonbon). Moški in ženske krivijo drug drugega, češ da nočejo uporabljati kondomov. Poleg tega pa je to umetni, tuj pripomoček, ki ločuje eno telo od drugega. Pri tem je pomembna primerjava z zavitim bonbonom, saj je to prisposoba za telo, katero je postavljeno pred oviro, ki naj bi jo uporabljalo, neke vrste ločnica med osebama, ki sta vključeni v spolni odnos, ki naj bi bil v osnovi združitve, ne pa ločevanje. Saj je prodor telesa v telo zelo intimno dejanje.

Vprašanje zaupnosti (zavračanje testiranja in zdravljenja oportunističnih infekcij v lokalnih klinikah, kjer se vsi poznajo in kjer nekatere informacije zaupnega značaja lahko pridejo na dan), povezovanje rabe kondomov s pomanjkanjem medsebojnega zaupanja in z nezvestobo, pomanjkanje komunikacije med spoloma so veliko večji problemi kot »kulturne ovire«. Ti problemi so enaki v Evropi in v Ameriki, niso specifično afriški (Gausset 2001: 515). Kot sem že omenila, smo prostovoljci ob pogovoru o lastnih spolnih praksah ugotovili, da ni takih razlik, poleg tega pa je to potrdilo tudi samo obnašanje (nekaterih) prostovoljcev. Res pa je, da je v »zahodnem svetu« kondom dosti bolj razširjen in uporabljan v heteroseksualnih spolnih odnosih, primarno za preprečitev nezaželenih nosečnosti.

Pogosto predstavljana »kulturna ovira« je napačen cilj izobraževanja o aidsu. Saj naj bi po tej razlagi morali odstraniti t. i. kulturne ovire, torej spreminjati kulturo, ki pogosto ni enaka raziskovalčevi oziroma izobraževalčevi (Drugemu). Tu so prisotni predsodki pred drugimi in poveljevanje lastne kulture (Evropo/zahodno-centrizem).

Ob takih primerih pride na dan tudi skriti rasizem, katerega se niti sami včasih ne zavedamo. Lahko pride tudi do tega, da se pretehta mnogo razlogov za tako veliko razširjenost HIV/aidsa, od teh pa se noben ne zdi pravi oziroma dovolj prepričljiv, tako da se išče krivdo tam, kjer naj se je ne bi – najlažje je reči, da je kriva kultura; to je dovolj splošen in enostaven argument, s katerim si lahko razlagamo stvari, kljub temu, da ni pravi. Poleg tega bi se morali skoncentrirati na prilagajanje obstoječe kulture na novo bolezen, ne pa je spreminjati, skušati napraviti podobno naši (t. i. zahodni), ki naj bi bila bolj racionalna, zdravorazumska, odgovorna.

Tudi antropologi so uvideli univerzalnost glavnih problemov, povezanih z aidsom. Kar je skupno različnim kulturam, je pri aidsu bolj pomembno kot to, kar je drugačno. Pomembno je narediti kulturne prakse varnejše, ne pa jih izbrisati (Nichter, Lock 2002: 158).

129

Zvrčanje krivde za širitev aidsa na kulturne prakse lahko kreira imaginarno skupnost za tiste (prostovoljce, raziskovalce, t. i. Druge), ki jih take prakse ne zadevajo (tudi kot izgovor in najlažja rešitev pri iskanju učinkovitih rešitev, kar pa seveda lahko zmanjša učinkovitost preventivnih akcij), kar ni prava rešitev. Lahko tudi odtujijo lokalno populacijo, katere sodelovanje je bistvenega pomena za omejitev širitve virusa v prihodnosti. Poleg tega ni namen delovanja organizacij obtoževanje, temveč poskusi reševanja obstoječega problema.

V nekaterih znanstvenih besedilih se pojavljajo kot vzroki za takšno razširjenost epidemije hitra urbanizacija v afriških mestih (pozabljajo pa, da je velik odstotek ljudi na vasi okužen – ravno toliko kot v mestih, včasih je težko razmejiti mesto od vasi, Bocvana je večinoma ruralna država). Kot glavni razlog se navaja tudi razkroj tradicionalnih kulturnih vzorcev (Nichter, Lock 2002: 158). Kultura se ves čas spreminja, ni zaprta celota. Poleg tega pa bi lahko začetek razkroja t. i. tradicionalnih kulturnih vzorcev postavili že v sam začetek intenzivne kolonizacije afriškega kontinenta. Tako da tudi ta argument ni prepričljiv.

Nekaj pogledov na telo v povezavi s HIV/aidsom

Nekateri avtorji skušajo preseči klasično dualistično razumevanje telesa: zunaj/znotraj, čisto/umazano, zdravo/bolno. Saj na telo ne moremo več gledati kot na le fizični konstrukt, temveč je treba upoštevati tudi telo kot živeto, razumljeno od znotraj (kot del Jaza) in od zunaj (kot ga razumevajo Drugi).

Pri tem nam lahko pomaga teorija opisana v Williamsovem članku (1998: 18), ki ni popolna, vendar skuša podreti dualistično razumevanje telesa in posameznika. Telo je predstavljano kot fluidno, kot tok, ne le kot stanje:

“Razlog da so telesa v prvi vrsti ekscesivna/transgresivna je, ker je naša korporealnost (telesnost), nas kot senzualnih (erotičnih) bitij, zapleteno povezana s (človeškimi) željami v nasprotju z (živalsko) potrebo: tok, ki se (samo)izraža v in skozi modalnost užitek/bolečina (oz. bolezen, op. a.). Tako branje telesa je poudarjeno skozi (poststrukturalistično) procesno metafiziko fluidnosti in toka; le-ta nam odpira možnost radikalno preoblikovane nedualistične ontologije telesa, osvobojene predhodnih ozkih/ožajočih binarnih opozicij.”

“Kar ni na noben način antitetično »foundationalist⁴ « oziroma fenomenološkemu branju telesa kot napredujoče (ongoing) strukture živete izkušnje. Telesa so resnične telesne bitnosti, ne le enostavne intertekstualne posledice ali brezkončni nematerialni procesi nastajanja. To nam lahko služi kot spodbuda za delo na mejnem področju med materializmom in konstrukcionalizmom, izkušnjo in reprezentacijo, če želimo doseči zadovoljiv pristop k problemu človeške korporealnosti in ekscesivne želje (desire).” (Williams 1998: 19)

Korporealnost sama po sebi zahteva meje, ki so kulturno ali historično postavljene/prisotne v posameznih obdobjih in kulturah. Korporealnost – telesnost je sama po sebi kulturna in historična kategorija, ki ni statična.

130

Pomembnost poskusov preseganja takega razumevanje telesa se pokaže najbolj razvidno v času raznih bolezní. Primer virusa HIV je, da nima zunanjih znakov, dokler se ne razvije v bolezen (aids). Tako da samo razumevanje bolezní v lastnem telesu oziroma njena možnost obstoja ni vidna, ni eksplicitna. Predvsem zaradi pomanjkanja zunanjih znakov (lahko tudi opozorilnih znakov za samega posameznika) se jo dojema kot fantomsko bolezen (nekateri jo poimenujejo radijska), ki pa kot možnost le obstaja. Tako da je prisotna v (pod)zavesti (predvsem v Bocvani, kjer je okoli 39 odstotkov okuženih z virusom HIV), saj večina ljudi ve, da obstaja in da je njen procent visok. Kljub temu si večina zatiska oči pred možnostjo, da so sami okuženi, saj ne čutijo sprememb v lastnem telesu, v počutju, kot je to običajno pri večini drugih bolezní. Večina jih tudi pozna različne načine prenosa virusa, vendar je za zaustavitev tega potrebna sprememba načina izmenjave telesnih tekočin in sprememba spolnega vedenja, o katerem se ne govori dosti.

Spolnost posega v najbolj privatne sfere psiho-fizičnega in kulturnega delovanja, bivanja.

Kljub temu, da je golota razumljena drugače kot v tako imenovanem »zahodnem svetu«, so intimni organi za javnost tabu. Golota je bolj sprejemljiva, kar ne pomeni, da je vezana na spolnost. Telo ni le spolni objekt, ki bi ga bilo treba v imenu »čistosti« skriti pred očmi javnost, kar sicer velja za pregovorno toliko bolj liberalno »zahodno kulturo«.

Telo kot simbol je centralnega pomena. Telesne tekočine, ki gredo preko meja telesa (Williams 1998: 9), podirajo dualističen pogled na telo. Podirajo mejo oziroma jo relativizirajo med zunaj/notri. Pri HIV/aidsu so te telesne tekočine tiste, ki postanejo nevarne, ki so kužne in prenašajo virus (radikalno Drugi v sebi).

Razne STD (*sexually transmitted diseases* – spolno prenosljive bolezni), vključujoč aids, razumejo kot »ženske bolezni«, ki se prenašajo iz žensk na moške. Spolni odnos po porodu ali menstruaciji razumejo kot nečist, v tem kontekstu pa dojemajo tudi HIV (Macdonald 1996: 1329). Ena izmed napačnih predstav (*misconception*) je tudi ta, da lahko moški dobi virus, če ima spolne odnose z žensko, ki je splavila (podobno je v Bocvani). Bolezen so povezali z aidsom, ki naj bi tako bil stara bolezen (Gausset 2001: 515). Od tu izvira razlaga, da naj bi bil

⁴ Primernegega prevoda v slovenščino nisem zasledila.

aids tradicionalna bolezen žensk, ki niso spoštovale družbenih norm in so splavile. Tako so postale kužne, nečiste. To je povezano s telesnimi tekočinami, ki so v primeru žensk razumljene kot nečiste.

Po drugi strani pa najstnice, preden postanejo odrasle ženske, veljajo za čiste, tako da je prišlo do situacij, ko je starejši moški (*sugar daddy*) spal z najstnico, ker naj bi bila bolj čista, neokužena.

Otrok je način potrditve lastnega jaza kot spolnega (*sexual in gendered*) subjekta v družbi. Hkrati pa opredeljuje in razkriva HIV status, saj naj bi ženske, ki so HIV pozitivne, ne dojile. Tudi tu se vidi pomen telesnih tekočin. V tem primeru mleko ni nečista telesna tekočina, je pa pomemben simbol v družbi, simbol zdravja, materinskosti. Ženske, s katerimi smo govorili, so povečini rekly, da nočejo hraniti dojenčkov po steklenički, saj bi tako vsi sosede mislili, da imajo aids, s tem pa bi posredno potrdile tudi svojo promiskuitetnost. Poruši se lahko njihov dotedanji status v družbi. To gre včasih za ceno lastnega življenja in življenja otroka. V tem primeru trčita skupaj po dva pomembna elementa življenja: materinstvo in ženskost, zvestoba in promiskuiteta, bolezen/življenje in smrt, stigma in sprejetost. Ker so vsi elementi zelo pomembni v vsakdanjem življenju, se ženske težko odločajo za eno od teh možnosti. Ene se obrnejo stran in se delajo, kot da ni nič, druge pa prevzamejo tveganje stigme nase.

Kljub temu, da je dualni pogled na telo in družbo pomanjkljiv, nam lahko pride prav pri opisovanju pojavov, kot je HIV/aids. Saj ravno tako kot so razumljene telesne tekočine kot nečiste (predvsem ženske), je nečisti tudi Drugi, tisti od zunaj.

Tako so nas, DI-je (*development instructor* – prostovoljci, ki smo delali v projektu) in FO-je (*field officer* – terenski delavci; domačini, ki so bili zaposleni v projektu TCM) kot delavce, ki ozaveščajo o aidsu in so v stiku z mnogimi, imeli za ljudi z visoko stopnjo tveganja. Poleg tega so nas nekateri razumeli kot Druge, tiste od zunaj, ki prinašajo virus v njihove domove. Podobno je bilo zaslediti zgodbe o nastanku oziroma prihodu HIV/aidsa s cepivi, ki so jih razne organizacije uporabljale za otroke. Še eno zgodbo lahko povežem v ta kontekst, in to je, da je bolezen prišla s Portugalci in njihovimi ladjami, se iz podgan razširila na Zimbabvejce (ki tudi veljajo za Druge, tiste »od zunaj«) in preko njih na Bocvance (to mi je izpričala starejša gospa iz vasi na severovzhodu države).

Tako da telo (ko govorim o telesu, mislim na posameznika v njem in fizični pojav samega telesa – telesnosti) v okolju, kjer visi nad njim »fantomska« bolezen, prevzame drugačno funkcijo, kot bi jo imelo v »zdravem« okolju – v okolju brez visokega tveganja. Predstavlja izraz, branik in hkrati posredovalca bolezni. Dobiva več pomenov, kot bi jih imelo sicer. Prej je bilo del vsakdanjega življenja, spolnosti, reprodukcije, družabnosti. Zdaj pa ga je potrebno redefinirati.

Pomen časa in prostora/prostornosti

V svojem članku se je Marja - Liisa Honkasalo (1998: 1,2) skušala približati problemu »subjekta kot utelešenega«, gledajoč na subjektivnost skozi prostor in

prostornost (space and spatiality). Glavna predpostavka je bazirana na razumevanju prostornosti kot določene skozi subjektive izkušnje bolečine v lokalnem kulturnem kontekstu.

Jaz bom skušala njene predpostavke aplicirati na razumevanje boleznih oziroma virusa HIV kot način utelešanja, kot način razumevanja in izkušanja. Samo utelešenje bolečine, HIV/aidsa je že kulturno opredeljeno, razumljeno.

Po Honkasali (1998) naj bi bila prostornost (in ravno tako časovna komponenta) najpomembnejša dimenzija izkušanja boleznih in bolečine.

132 Pri aidsu je to še bolj eksplicitno, ko je pacient že bolan in se ne more več gibati, leži doma in je odvisen od drugih. Ne more več opravljati svojih družbenih aktivnosti, lastna percepcija se spremeni, saj se spreminja tudi identiteta, ker je ne le telo, temveč tudi dodatna, nova komponenta (bolečina, bolezen, virus) prisotna in neoddvajljiva od utelešenega Jaza. To je očitno v družbi, kot je bocvanska, saj večina družbenega življenja poteka na prostem.

S krčenjem fizičnega prostora se človek počuti, kot da bi se krčil tudi sam v času in prostoru. Ne gleda več iz telesa v svet, temveč je fokus skrčen na telo (Honkasalo 1998: 3). Virus postane meja, ki ločuje Jaz od Drugih (Honkasalo 1998: 4). Ravno tako zavedanje prisotnosti virusa v telesu. Le-ta namreč predpostavlja določene meje (ki pa niso fiksne), katere lahko človek zavedno sprejme ali pa ne.

Ta prostornost je sestavljena skozi izkušnje (ne tu in ne tam) – razumljena skozi gibanje (Honkasalo 1998: 6). Tako samo telo v prostoru, kot tudi gibanje med zunanostjo in notranostjo telesa (fluidnost).

Ljudi moti lastna nezmožnost ustvariti spremembo, težko je sprejeti stanje lastnega Jaza kot nezmožnega kontrolirati situacijo, spremeniti stanje, ki je v danem trenutku dano, katerega se ne more spremeniti z lastno voljo. Zato se išče možnost prebroditve, prekoračitve tega na druge načine (primeri, ko so ljudje zatrjevali, da je možno pozdraviti, izbrisati HIV/aids – npr. s pomočjo religije, iskanjem vzroka v grehu). Bolezen je razumljena kot nesreča (nekaj izven lastnega Jaza). Vpliva na želje, užitke in lastno rast, poleg samega trpljenja. Bolezen (tako kot bolečina opisana v članku Honkasalo 1998) ne reorganizira le časa in prostora, temveč tudi odnos/relacijo do/z ostalimi ljudmi.

Bolečina je radikalno subjektivna (Honkasalo 1998: 10), ravno tako kot aids – vsaka izkušnja s HIV/aidsom je radikalno subjektivna, kljub temu, da je veliko skupnih točk, je doživljanje boleznih in same okuženosti zelo različno od posameznika do posameznika. Aids predstavlja radikalno Drugega, ki biva v posamezniku. Poleg posameznika pa biva tudi v ljudeh, ki so vezani na posameznika in na družbo, kot je Bocvana, kjer je okuženost tako visoka. Radikalno subjektivna izkušnja je kljub temu, da je del družbe in da ravno tako kot posameznik, ki je utelešen s svojim virusom (ki je neoddvajljiv od telesa) del družbe, družben.

Osvoboditev skozi govor pomeni razširjanje prostorskega (zajetje prostora, ki je širše od telesa). Občutek osamljenosti je najpogostejša spremljajoča komponenta bolečine (Honkasalo 1998: 13), ravno tako kot aidsa. Ker je v zvezi s HIV/aidsom

še vedno veliko stigmatiziranosti, je ovira za govorjenje o tem ne le fizična, temveč tudi in predvsem družbena. Tako da tudi sama stigma predstavlja mejo lastni razprostranjenosti in razširjanju.

Kar bolečina potrebuje, je dom v telesu in jeziku. Takega doma pa ob bolezni, ki je zanikana, stigmatizirana, ne more dobiti. To predstavlja velik problem za posameznike, ki si želijo pomoči, podpore, hkrati pa si samega HIV/aidsa ne upajo ubesediti v družbo.

Misliti telo (skupaj z njegovim virusom) kot živeto odpira možnosti za razumevanje prostora, ne kot objektivnega in geometričnega, temveč kot živete (Honkasalo 1998: 16). Ne smemo pozabiti, da v Bocvani ni samo eno telo v prostoru tisto, ki je okuženo, temveč so potencialno tudi vsi posamezniki. Saj so vsi na robu same okužbe, ki je na neki način vse okoli njih, jih konstantno ogroža.

133

Posameznik se je skozi ogledalo drugega (bolečina, bolezen, tudi posameznik, ki jo nosi v lastnem telesu) primoran soočiti z mejami (robom) lastne subjektivnosti, z lastnimi mejami kot subjekt, ki daje pomen (*meaning-giving subject*). Ves čas je prisotna liminalnost (Honkasalo 1998: 19).

Zaključek

HIV/aids je neoddvojljiv od teles posameznikov v družbenem prostoru. Prežema vse sfere človekovega življenja. Ker je telo fizična pojavnost posameznika v družbi, sem skušala predstaviti razumevanje telesnosti v družbi, kjer vlada visoka stopnja ogroženosti, ki je inherentna telesom. Poleg same bolezni so pomembni še stereotipi, predsodki in pogledi na bolezen in telo, katerega percepcija se mora spremeniti v času stalne grožnje. Dokler bolezen ni sprejeta kot del družbe in kot resničnost, obstaja le kot fantom – vsi vedo, da je tam, nihče pa tega noče sprejeti kot del sebe. Šele ko pride do sprejema bolezni kot dejanskosti, se lahko začne resnično omejevanje in prevenjacija. Takrat se lahko začne spreminjati tudi dojemanje telesa, telesnih tekočin, spreminjati se lahko začne vedenje posameznikov, ki ni več tako ogrožujoče (varna spolnost ...).

Poleg tega se poraja potreba po redefiniranem razumevanju telesa, na telo ne moremo gledati le kot na dualno strukturo, temveč je potrebno to razširiti. Ta potreba se pokaže tudi v situacijah povezanih s HIV/aidsom, ki naj bi bile t. i. nenormalne situacije, a so glede na število okuženih v Bocvani že »normalne«.

V Bocvani je veliko prostovoljcev, raziskovalcev in delavcev v zdravstvu za tako visoko razširjenost bolezni krivilo »afriškost«, »afriške kulturne prakse«, kar je napačna predpostavka pri delu v povezavi s HIV/aidsom in lahko le zavira napredovanje raziskav, preventivnih akcij ipd.

Zahvala

Velik del informacij na terenu so mi pomagali pridobiti sodelavci domačini in prijatelji: Meelika, Sylwia, Silvia, Jan, Harold, Gaothope, Kesegofetse, Kups, Thuso, VJ, Mohammed. To jih je le nekaj, katerim se srčno zahvaljujem.

Zahvalo si zaslužijo tudi sodelavci: Caroline Mazongo, Ivy Masebeki, Robert Marewa, Monicah Kaisa, Judith Kambimbi, Thatayotho Nkape, Senkamile Molapisi, Balathegi Ntema, Tagwa Masole, Mavis Gaebolae, Alice Nyame, Ollah Morapedi, Thatayaone Matenanga, Moses Bingana, Kagiso Phodiso, Segametse Oduetse, Gaotswesepo Mokube, Semakaleng Bagatiseng, Thetelelo Thekiso, Onkaetse Dipapiso, Jacob Ndiane, Mmabaledi Olekeng, Baboloki Mathaio, Sethwara Kesegofetse, Zulu Motanzi, Puisano Ntemogang, Galebuse Maboga, Nchetisang Ntema, Kabelo Moriri, Ontiretse Marophe, Ngando Kayunde, Moeti Thekiso, Oarabile Moneya, Gorekwamang Monkgelababo, Keletile Olebeng, Kesemetsweng Tembwe.

134 LITERATURA IN VIRI

ADKINS, Lisa

2001 Risk culture, self-reflexivity and the making of sexual hierarchies. *Body & Society* 7, št. 1, str. 35–55.

AIDS

1997 Živeti z aidsom – med zasebnim in javnim. V: *Aids ne pozna meja*. Ljubljana: Inštitut za zgodovino medicine Medicinske fakultete. Str. 53–58.

BOTSWANA

2001 Responses of the churches to hiv/aids <www.e-alliance.ch> (23. 8. 2005)

2002 Botswana, Epidemiological fact sheets on hiv/aids and sexually transmitted infections, UNAIDS, UNICEF, WHO, <www.aegis.com> (23. 8. 2004)

BOULTON, Mary (ur.)

1994 *Challenge and innovation: methodological advances in social research on HIV/AIDS*. London: Taylor and Francis.

FACTBOOK

2005 The world factbook: Botswana. <<http://www.cia.gov/cia/publications/factbook/geos/bc.html>> (19. 7. 2005)

GALLANT, Melanie; MATICKA - Tyndale, Eleanor

2004 School-based HIV prevention programmes for African youth. *Social Science & Medicine*, št. 58, str. 1337–1351.

GAUSSET, Quentin

2001 AIDS and cultural practices in Africa: the case of the Tonga (Zambia). *Social Science and Medicine*, št. 52, str. 509–518.

GILBERT, Herdt; LEINDENBAUM, Shirley (ur.)

1992 *The time of AIDS: social analysis, theory and method*. Newbury Park etc.: Sage.

HANDWERKER, W. Penn (ur.)

1990 *Births and power: social change and the politics of reproduction*. Boulder etc.: Westview Press.

HIRD, Myra J.

2002 Unidentified pleasures: gender identity and its failure. *Body & Society* 8, št. 2, str. 39–54.

HIV INSITE

2005 Botswana <<http://hivinsite.ucsf.edu/global?page=cr09-bc-00>> (23. 8. 2005)

HONKASALO, Marja - Liisa

1998 Space and embodied experience: rethinking the body in pain. *Body & Society* 4, št. 2, str. 35–57.

HUBER, Joan; SCHNEIDER, Beth E.

1992 *The social context of AIDS*. Newbury Park etc.: Sage.

HUMANA

2005 The international Humana people to people movement. <<http://www.humana.org>> (19. 7. 2005)

KORTEN, David C.

1990 *Getting to the 21st century: voluntary action and the global agenda*. West Hartford, Conn.: Kumarian Press.

135

LUPTON, Deborah; TULLOCH, John

1998 The adolescent 'unfinished body': reflexivity and HIV/AIDS risk. *Body & Society*, 4, št. 2, str. 19–34.

MACDONALD, David S.

1996 Notes on the socio-economic and cultural factors influencing the transmission of hiv in Botswana. *Social Science & Medicine* 42, št. 9, str. 1325–1333.

NICHTER, Mark; LOCK, Margaret (ur.)

2002 *New horizons in medical anthropology*. London, New York: Routledge.

PARKER, Richard

2001 Sexuality, culture, and power in HIV/AIDS research. *Annual review of anthropology* 30, str. 163–179.

PARSONS, Neil

Brief History of Botswana. <<http://www.thuto.org/ubh/bw/bhp1.htm>> (23.8.2005)

POLITICS

1988 *Politics and society in contemporary Africa*. Boulder, Colo.: Lynne Rienner.

ROMANUCCI - ROSSI, MOERMAN in TANCEREDI

1991 *The anthropology of medicine: from culture to method*. New York: Bergin & Garvey.

SHAW, Rhonda

2003 Theorizing breastfeeding: body ethics, maternal generosity and the gift relation. *Body & Society* 9, št.2, str. 55–73.

SHOEPF, Brooke G.

2001 International AIDS research in anthropology: taking a critical perspective on the crisis. *Annual review of anthropology* 30, str. 335–361.

SOCIAL IMPACT

2001 BTW 2001/001: The Sexual Behavior of Young People in Botswana, Evaluation report <http://www.unicef.org/evaldatabase/index_15342.html> (19.7.2005).

UNSAFE

2003 Unsafe sexual behaviour in South African youth. *Social Science & Medicine*, št. 56, str. 149–165.

WILLIAMS, Simon J.

1999 Bodily dys-order: desire, excess and the transgression of corporeal boundaries. *Body & Society* 4, št. 2, str. 59–82.

BESEDA O AVTORICI

Živa Gobbo je diplomirana etnologinja in kulturna antropologinja, podiplomska študentka na Oddelku za etnologijo in kulturno antropologijo na Filozofski fakulteti, Univerza v Ljubljani. Smer študija: neevropska etnologija – Afrika.

Pričujoči članek je nastal na podlagi šestmesečnega terenskega dela v Bocvani, kjer je delala v eni izmed nevladnih organizacij v boju proti HIV/aidsu.

ABOUT THE AUTHOR

Živa Gobbo, who has a degree in ethnology and cultural anthropology, is a post-graduate student at the Department of Ethnology and Cultural Anthropology of the Faculty of Arts, University of Ljubljana. Study direction: non-European ethnology – Africa. The present article resulted from six-month fieldwork in Botswana where she worked with a NGO fighting HIV/AIDS.

136

SUMMARY

THE BODY IN THE AGE OF HIV/AIDS, WITH SPECIAL EMPHASIS ON BOTSWANA

The article explores the relation between the body and HIV/AIDS. It discusses the phenomenon of the virus and disease in Maun, Botswana, people's perceptions of HIV/AIDS, and the problems connected with the perception and prevention of the disease.

Since HIV/AIDS is a phenomenon that permeates all spheres of an individual's and society's life, and certainly in Botswana (39% infection rate), it has to be researched in its social dimensions. The issue is tackled from different angles.

The article is based on field experience with the HPP (Humana People to People) organisation – in a TCM (Total Community Mobilisation) program, which operated as an NGO. The basic task of the project was to make the population aware of the disease, provide the necessary information (about treatment, options, the course of the disease, the care of others, etc.) in order to make the inhabitants decide to fight the disease and do something to stop the virus or confine it.

The article tries to show different perceptions of the virus itself and the disease among the local population, the staff of NGOs, and different authors who write about AIDS issues. Among others, the article reveals several stereotyped opinions about the disease and how Western writers, volunteers and workers in NGOs blame "African cultural practises" for the problem.

Another section of the articles discusses different perceptions of the body and bodiness, because the body is man's inseparable part and its importance shows particularly intensively and in specific ways in diseases.