

Ut over "illness" og "disease"

En faghistorisk introduksjon til medisinsk antropologi

KARINE AASGAARD JANSEN er postdoktor i forskningsprosjektet "Epidemics, vaccination and the power of narratives" på institusjonen for kultur- og medievitenskaper ved Umeå universitet, hvor hun jobber med ulike problemstillinger knyttet til svineinfluensa-pandemien i Skandinavia. Jansen er Cand. Polit i sosialantropologi og har en PhD i kulturvitenskap fra Universitetet i Bergen, Norge, med avhandlingen *Otherness and Disease in Réunion: The Politicisation of the 2005 to 2007 Chikungunya Epidemic* (2013). Hun jobber primært innenfor fagfeltet medisinsk antropologi, og da med fokus på politisering av epidemier og lokale forestillinger om sykdom.



i 1848 erklærte den anerkjente tyske patologen Rudolf Virchow at "medisin er en samfunnsvitenskap og at politikk kun er medisin på en større skala" (Mackenbach 2009:182). Virchow, som i dag oppfattes som grunnleggeren av samfunnsmedisinen, var overbevist om at sosial ulikhet var den primære årsaken til dårlig helse. Han var motstander av bakteriologien, og argumenterte for at det var fattigdom og vanskelige levekår som førte til datidens høye dødelighet blant arbeiderklassen. Samtidig hevdet han at myndighetene favoriserte de bemedlede i stedet for de med behov, og at tilgangen til helsetjenester derfor var skjevt fordelt i befolkningen (Baer m.fl. 2003).

Selv om Virchows påstander om direkte årsakssammenhenger mellom biologi og sosiologi ikke holder stand som vitenskapelig etiologisk forklaringsmodell i dag, viser han likevel hvordan sykdom blir påvirket av politiske forhold og derfor kan ramme oss ulikt. Denne tankegangen har også hatt stor påvirkning på utviklingen av fagfeltet medisinsk antropologi. Dette gjelder spesielt den såkalte kritiske medisinske antropologien. Begrepet ble lansert av Merrill Singer og Hans Baer i 1982 på årsmøtet til American Anthropological Association (Ingstad 2007:209), og var en motreaksjon mot den da dominerende fortolkende tilnærmingen til medisin og sykdom i antropologiske studier.

Bidraget mitt til dette temanummeret om medisinsk humaniora, er å gi en historisk innføring i fagfeltet medisinsk antropologi med særskilt fokus på det fortolkende og det kritiske perspektivet. I stedet for å oppfatte disse tilnærmingene som teoretiske motsatser, ønsker jeg å vise hvordan de kan komplementere hverandre i studier av helse og sykdom, og på den måten fungere som bro-

bygger mellom humaniora og samfunnsmedisin. Formålet med artikkelen er å diskutere og utfordre den konvensjonelle vitenskapelige dikotomien som jeg mener ofte kjennetegner oppfattelsen av medisinsk humaniora og samfunnsmedisin.

HVA ER FAGFELTET MEDISINSK ANTROPOLOGI?

I likhet med samlebetegnelsen medisinsk humaniora, finnes det ingen entydig definisjon av medisinsk antropologi. Mens medisinsk humaniora ofte blir oppsummert som humanistiske studier av helse og medisin (Ekström og Sörlin 2012), blir medisinsk antropologi gjerne beskrevet som et underfelt av sosialantropologien. I en nordisk, men ikke alltid i en europeisk sammenheng, innebærer dette at faget inkluderes i samfunnsvitenskapene. Som i medisinsk humaniora er det likevel først og fremst forskningsinteressen for og fokuset på de kulturelle dimensjonene ved helse, sykdom og medisin som identifiserer og definerer fagfeltet. Dette innebærer blant annet en grunnleggende forståelse av sykdom som en sosial, kulturell og historisk konstruksjon. "Kultur" kan her forstås i begrepets videste forstand som det nettverket av meninger mennesker spinner rundt seg (Geertz 1973).

Selv om medisinske antropologer jobber med ulike helserelaterte spørsmål over hele verden, har de primært vært opptatt av hvordan helse og sykdom erfares, forklares og behandles på et lokalt plan. Undersøkelser av dette har tradisjonelt blitt gjort gjennom langvarige etnografiske feltarbeid og med bruk av sosialantropologiens egen "kjernemetode" deltagende observasjon. Samtidig ivaretar fagfeltet sosialantropologiens komparative prosjekt

ved å gjøre systematiske sammenligninger mellom enkelttilfeller på tvers av livsområder som religion, økonomi, politikk, hushold osv. som gjerne behandles mer isolert i en del andre fag.

DEN MEDISINSKE ANTROPOLOGIENS SPEDE BEGYNNELSE: MEDISIN OG MAGI

Selv om fagfeltet slik vi kjenner det i dag tok form på begynnelsen av 1970-tallet, regnes det tidligste bidraget til medisinsk antropologi å være William H.R. Rivers' bok *Medicine, Magic, and Religion* som kom ut allerede i 1924.¹ I 1898 ble psykologen Rivers rekruttert til den såkalte Torresstredet-ekspedisjonen mellom Ny-Guinea og Australia, og boken er et resultat av de studiene han gjorde underveis. Stikk i strid med den gjengse oppfatningen i samtiden hevdet han at såkalte "primitive" syn på helse og sykdom hadde sine egne rasjonelle forklaringslogikker. Dette gjorde ham likevel ikke til en kulturrelativistisk foregangsfigur. Argumentasjonen hans bar for eksempel sterkt preg av evolusjonisme i den forstand at den lokale, eller i dette tilfellet "innfødte" medisinen, ble framstilt som primitiv overtro i møtet med biomedisinen (Good m.fl. 2010). Likevel var han altså den første antropologen til å se på medisin som en egen sosial institusjon på linje med andre sosiale institusjoner (Ingstad 2007). Med dette la Rivers også den første steinen i oppbyggingen av etnomedisin eller folkemedisin som et eget studieobjekt i medisinsk antropologi.

Rivers sitt syn på medisin som en integrert del av kultur ble ført videre av Edward E. Evans-Pritchard (Good m.fl. 2010). Studien hans om medisinsk kunnskap og hekseri blant Azande-folket i Su-

dan på 1930-tallet blir oppfattet som en av sosialantropologiens klassiske tekster. Kort gjenfortalt beskriver han hvordan hekseri blant Azande-folket utgjør et lokalt kunnskapssystem som forklarer hvordan og hvorfor noen blir utsatt for sykdom eller ulykker. Azande-folket har for eksempel mye erfaring med og kunnskap om termitter som spiser opp treverk i hus, og på den måten forårsaker at bygninger kollapser. I verste fall kan dette føre til at noen skades eller til og med dør. Likevel mener Azande at termitter i seg selv ikke gir en god nok forklaring på hvorfor det skjedde akkurat når det gjorde eller med nettopp den personen og ingen andre. Ingenting ser altså ut til å skje ved en tilfeldighet i følge Azande-folket. I stedet hevder de at det er hekseri som er den egentlige årsaken til uhellet (Evans-Pritchard 1976).

FORTOLKENDE MEDISINSK ANTROPOLOGI: SYKDOMMENS MENING

Å søke etter bakenforliggende årsaker til hvorfor en selv eller ens nærmeste blir rammet av sykdom eller uhell, er ikke kun forbeholdt Azande-folket på 1930-tallet. Selv om de fleste av oss ikke tror på hekser lenger, kan nok mange av oss kjenne oss igjen i behovet for å forstå noe som ellers virker uforklarlig: Hvordan kan jeg ha fått lungekreft når jeg aldri har røykt en sigarett i hele mitt liv? Hvorfor meg?

Slike eksistensielle spørsmål og resonnement handler i stor grad om å forsøke å finne mening med noe som virker uforklarlig og derfor oppfattes som dypt urettferdig. Det er også slike og liknende problemstillinger som var utgangspunktet for etableringen av den såkalte meningsorienterte eller fortolkende medisinske antro-

pologien, som fra begynnelsen av 1970-tallet og framover har hatt en sentral rolle både i antropologiske og humanistiske studier av helse, sykdom og medisin. Agendaen for retningens erfaringsnære fokus på folks egne opplevelser og fortolkninger av sykdom, ble satt på begynnelsen av 1970-tallet av psykiateren og antropologen Arthur Kleinman (1973). I artikkelen "Medicine's symbolic reality: On a central problem in the philosophy of medicine", argumenterer han for nødvendigheten av å studere den vitenskapelige medisinen som en av mange forklaringsmodeller til sykdom. Med dette legger han også grunnlaget for det som senere har blitt kjent som "helseomsorgsmodellen" (Kleinman 1980). Helseomsorgsmodellen handler om forestillinger, fortolkninger og behandling av sykdom, og beskriver det interne forholdet mellom det Kleinman oppfatter som tre ulike helse-systemer. Disse består av den profesjonelle sektor, den folkelige eller den alternative sektor og egenomsorgssektoren. Modellen i seg selv er ment å skulle være universell, mens innholdet i sektorene vil variere i forskjellige samfunn og i ulike tidsepoker.

Den profesjonelle sektoren er spesialistsektoren og består av etablerte og autoriserte behandlingsutøvere. I Norge og Sverige vil dette være biomedisinen og konvensjonelle helsetjenester utført av leger på sykehus, helseklinikker eller legekontorer. Samtidig er sektorene fleksible og overlapper hverandre. Akupunktur er et godt eksempel på dette. Da akupunktur først ble introdusert i Norge tilhørte den primært den folkelige sektoren. I dag tilbys akupunktur også ofte i den profesjonelle sektoren som for eksempel smertelindring under graviditet eller fødsel. Den folkelige sektoren består av etno- eller fol-

kemedisinens forklaringsmodeller og behandlere. Dette er behandlere utenfor biomedisinen og refererer til såkalt "alternativ" eller "komplementær" medisin og behandling avhengig av det øyet som ser (Alver m.fl. 2013). Dette kan for eksempel være samiske sjamaner eller homeopater. Egenomsorgssektoren er både den største og den mest sammensatte av de tre da den består av folks egne forestillinger om sykdom og pleie. Det er her symptomer blir identifisert og tolket som sykdom, og man gjør valg om hva slags behandling man trenger og i hvilken sektor. Denne kan like gjerne ta form som egenpleie i form av varm drikke og ullteppe mot forkjølelse (egenomsorgssektoren), eller å oppsøke fastlegen hvis en mener at det er nødvendig med reseptbelagt behandling (profesjonell sektor). Noen vil også kunne gå til innkjøp av solhattekstrakt eller andre urter på oppfordring fra en homeopat (folkelige sektor). Hvilke tiltak som oppfattes som nødvendig når, vil variere i løpet av sykdomsforløpet. Alver, Fjell og Ryymin (2013:27) beskriver denne praksisen som å "shoppe rundt" på det de kaller den medisinske markedsplansen.

Folks kunnskap om sykdom produseres altså gjennom informasjon som blir hentet fra alle de tre sektorene samtidig. Sykdom kan tolkes på mange forskjellige måter, og er basert på tidligere erfaringer og reaksjoner fra omverdenen på sykdomssymptomene våre. Det er også dette som utgjør Kleinmans berømte distinksjon mellom "disease" som diagnose og "illness" som erfaring med egen sykdom. Ved å illustrere hvordan sykdom ikke nødvendigvis oppfattes likt av den som er syk og av den som skal behandle sykdommen, peker distinksjonen på de iboende maktforskjellene i medisinsk kunnskapsproduksjon.

Samtidig viser Kleinman hvordan folk ikke nødvendigvis tar biomedisinsk kunnskap for god fisk, og søker hjelp og forklaringer der de måtte mene det er mest hensiktsmessig og dermed meningsfullt. Distinksjonen mellom "disease" og "illness" har sånn sett også et kritisk potensial.

Som Ingstad (2007:40) kan man kanskje konkludere med at sykdom former mennesket, og at mennesket former sykdom. For å få tilgang på hvordan dette spiller seg ut empirisk, har man i stor grad fokusert på sykdomsfortellinger i den fortolkende medisinske antropologien. Sykdomsfortellinger er folks egne beskrivelser av opplevelser og erfaringer med sykdom eller smerte, hvordan dette har påvirket både deres eget og familiemedlemmers liv, møter med ulike behandlere og terapier osv. (Kleinman 1988). Til forskjell fra tidligere etnografiske beskrivelser av sykdom som en integrert del av religiøst og rituelt liv, trådte kroppen fram som ett av de mest sentrale forskningsfokusene i den fortolkende medisinske antropologien. Det var ikke en hvilken som helst kropp som kom i fokus, men derimot kroppen slik den blir forstått i fenomenologien. Fenomenologien handler i stor grad om hvordan vi som mennesker forholder oss til omverdenen, og kan dermed oppfattes som et kjent og kjært prosjekt i sosialantropologi og annen kulturforskning. I følge den franske filosofen Maurice Merleau-Ponty (2002 [1945]) skjer dette gjennom kroppslige erfaringer. Kroppen er således både et utgangspunkt for og et resultat av forholdet til omverdenen. Kroppen er altså både subjekt og objekt på en og samme tid. Det er også på dette grunnlaget at antropologen Thomas Csordas (1994) tar i bruk begrepet kroppsliggjøring, eller "embodiment", for å beskrive hvordan kultur nedfeller seg i kroppen på

den ene siden og samtidig skaper kultur på den andre siden. Kroppen er en levd kropp bestående av et vidt spekter av erfaringer som blir gjort i løpet av et menneskes livsløp. Kroppsliggjøringen av disse erfaringene fører til at kultur blir en integrert del av oss og noe vi derfor sjelden stiller spørsmålsteget ved, men som likevel påvirker hvordan vi forholder oss til omverdenen og de valgene vi gjør i møtet med den. Ved å tolke folks fortolkninger av egne erfaringer med sykdom og smerte gjennom sykdomsfortellinger, får man også en innsikt i hvordan mennesker konstruerer livsverdenen sin i følge Csordas (1994).

KRITISK MEDISINSK ANTROPOLOGI: SYKDOMMENS POLITISERING

Fokuset på sykdomsfortellinger i den fortolkende medisinske antropologien har resultert i en rekke betydningsfulle publikasjoner. At den anerkjente medisinske antropologen Michael Jackson publiserte boken *Life Worlds: Essays in Existential Anthropology* i 2013, sier også noe om retningens stadige sterke innflytelse både i og utenfor fagfeltet. Dette betyr likevel ikke at fortolkende medisinsk antropologi ikke har blitt utsatt for kritikk. Parallelt med utviklingen av perspektivet, vendte også den medisinske antropologien seg

mot det kritiske og det politiske på 1980-tallet. Post-modernismen sveipte over faget med studier som var inspirert av både marxismen og post-strukturalismen. Spesielt Foucaults arbeider på biomakt gjorde seg bemerket her. Biomakt som senere ble videreutviklet til det kanskje mer kjente begrepet biopolitikk, tilkjennegir hvordan makthavere kontrollerer og disiplinere befolkningen ved bruk av ulike medisinske virkemidler (Foucault 2004 [1976]). Spesielt viktig var reguleringen av seksualitet med tanke på den biologiske reproduksjonens sammenkobling med den nasjonale (Foucault 2001 [1977]).

Maktperspektivet som Foucault brakte fram, preger også de spørsmålene såkalte kritiske medisinske antropologer diskuterer i dag. Ved å ta opp tråden fra blant annet Virchow, har de hevdet at helse er tvers igjennom et politisk spørsmål (Singer 1995). De argumenterer for at sosial ulikhet i helse er skapt av spesifikke politiske og økonomiske maktforskjeller og interesser. I følge Singer (1995) skjer dette på fire ulike maktnivåer som han identifiserer som makro-, mellom-, mikro- og individnivå: Makronivået beskriver de helsemessige konsekvensene av utbredelsen av kapitalismen som et globalt økonomisk system. Sentrale aktører her er den farmasøytiske industrien, Verdensbanken og Verdens Helseorganisasjon. Mellomnivået er derimot gjerne nasjonalt, og handler i stor grad om økonomiske og politiske prioriteringer i folkehelsen. På oppdrag fra den forrige norske regjeringen ble det for eksempel satt ned et nasjonalt helseprioriteringsutvalg, Norheimutvalget, som hadde som oppgave å komme med forslag over hvilke pasientgrupper som skal ha prioritet i framtidens norske helsevesen. Mikronivået tar plass på den lokale arenaen og dreier seg primært om pasient-

behandler relasjonen og altså forhandlinger om "illness" og "disease". Til forskjell fra de andre tre maktnivåene, handler ikke individnivået om en ytre maktutøver, men om enkeltpersoners respons på sykdom og lidelse. Dette innebærer en erkjennelse av individer som aktører som foretar valg om behandling på den medisinske markedsplassen ut fra de forutsetningene og begrensningene som samfunnet rundt har gitt dem.

Et sentralt poeng i den kritiske medisinske antropologien er at disse maktnivåene ikke er adskilte, men glir i hverandre. Norheimutvalget, som la fram rapporten sin i midten av november 2014, argumenterer for eksempel for at rusmisbrukere ikke bør betale egenandel hos fastlegen. Det er et kjent problem i den norske legestanden at mange rusmisbrukere ikke prioriterer medisinsk behandling da kostnadene for dette går på bekostning av rusmidler eller mat. I følge en artikkel i regionavisen *Bergens Tidende* 12. november 2014, har dette vært en kampsak for Allmennlegeforeningen i mange år. Hvis rusmisbrukere slipper å betale egenandel vil dette kunne føre til at flere oppsøker lege når de mener at de har behov for det. Eksempelet viser dermed tydelig hvordan mellomnivået (Norheimutvalget), mikronivået (Allmennlegeforeningen) og individnivået (rusmisbrukere) henger sammen.

Å avdekke hvordan makronivået påvirker folks helse på det lokale plan, kan derimot være vanskeligere. Det er likevel her mange kritiske medisinske antropologer har satt inn sitt primære støt. Legen og antropologen Paul Farmer (1999) hevder blant annet at den sosiale ulikheten som produseres av slike kapitalistiske krefter, er sykdomsfremkallende i seg selv. At sosial ulikhet generer sykdom er også

fokuset for såkalt syndemisk forskning eller "syndemics" i kritisk medisinsk antropologi. Begrepet er opprinnelig hentet fra epidemiologien, og beskriver hvordan synergien mellom to eller flere sykdommer øker den totale sykdomsbyrden og hva slags konsekvenser dette har for samfunnet (Singer og Clair 2003:425). Med et utgangspunkt i blant annet Farmers påstand, fokuserer syndemiske studier på synergien mellom sosiale betingelser og biologiske prosesser i produksjon av sykdom (Singer 2009).

"Syndemics" utviklet seg på 1980-tallet som en direkte respons på de globale og samfunnsmessige konsekvensene av HIV/AIDS-pandemien. Det er likevel først og fremst fra midten av 1990-tallet og utover at perspektivet har begynt å slå rot i den medisinske antropologien ettersom fagfeltet stadig har beveget seg nærmere det globale helsefeltet. Sammenkoblingen som "syndemics" gjør mellom sosial ulikhet og helse understreker samtidig den sterke politiske motivasjonen som ligger bak utviklingen av det kritiske perspektivet. For eksempel oppfordrer retningen til politisk aktivisme mot strukturell vold (Singer 1995; Ginsburg og Rapp 1995). Begrepet strukturell vold ble utviklet av freds- og konfliktforskeren Johan Galtung på 1960-tallet og beskriver prosessene som genererer fattigdom, politisk undertrykkelse, vold osv. (Ingstad 2007). I følge Kleinman med flere (1997) fører strukturell vold til sosial lidelse eller "social suffering". Dette kan skje ved at en ikke har råd til medisinsk behandling som i tilfellet med norske rusmisbrukere, eller at man selger organene sine på det svarte markedet for å brødfø familien sin. I følge Farmer (1999) er noen mennesker mer sårbare i møtet med sykdom, og dette er alltid de som allerede er nederst på den

økonomiske, sosiale og politiske rangstigen i samfunnet. Som Virchow før ham, hevder Farmer at fattigdom "fører" til sykdom (i et etiologisk anførselstegn vel å merke). Å dokumentere sosiale lidelser i et forsøk på å motvirke strukturell vold er kjent som "bearing witness" eller å bære fram vitnesbyrd i den kritiske medisinske antropologien. Retningens politiske prosjekt er altså både teori og praksis (Ginsburg og Rapp 1995). I følge Singer (1995) har et slikt engasjement derimot vært totalt fraværende i den fortolkende medisinske antropologien. Den eneste maktforskjellen som perspektivet har løftet fram er, i følge Singer, den mellom "illness" og "disease". Og hvor viktig er denne... egentlig? Som tittelen på artikkelen "Beyond the ivory tower: Critical praxis in medical anthropology" indikerer, mener han at den fortolkende medisinske antropologien har brukt "kultur" som et begrep å gjemme seg bak for å unngå å måtte forholde seg til en til tider ubehagelig virkelighet. Videre argumenterer han for at vi som medisinske antropologer har et ansvar overfor informantene våre om å si klart i fra til respektive myndigheter om de konsekvensene strukturell vold har i lokalsamfunnene hvor vi gjør feltarbeid. Med studier som fokuserer utelukkende på erfaringsnære sykdomsfortellinger, bidrar dessuten den fortolkende medisinske antropologien til indirekte å opprettholde forestillinger om individet som den primære produsenten av egen helse, og ikke maktforskjeller.

EN TEORETISK FORSONING?

DEN TRE-DELTE KROPPEN

Jeg mener at Singers kritikk av den fortolkende medisinske antropologien er over-

dreven polemisk. Som den observante leser kanskje har lagt merke til, er for eksempel Kleinman et navn som går igjen både i den fortolkende og i den kritiske medisinske antropologien. Det burde dessuten være mulig å utføre analyser som tar hensyn til alle Singers maktnivåer uten at det ene nødvendigvis går på bekostning av det andre (eller det tredje eller det fjerde maktnivået). Samtidig peker den kritiske medisinske antropologien på at fortolkende perspektiver kan komme til kort hvis intensjonen vår virkelig er å ha en så holistisk tilnærming som mulig til helse som studieobjekt. Dette mener jeg er berettiget kritikk. Som empirikere er vi fullstendig klar over at vi ikke kan løsrive (det syke) mennesket fra den sosiale konteksten det befinner seg i og er en integrert del av. Dette gjelder uavhengig av hvorvidt vi er primært opptatt av hvordan personen fortolker og gir mening til egen sykdom i seg selv, eller sosial lidelse som uttrykk for en kroppsliggjøring av strukturell vold.

I artikkelen "The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology" (Scheper-Hughes og Lock 1987), gir Nancy Scheper-Hughes og Margaret Lock oss en mulighet til å kombinere det fortolkende og det kritiske perspektivet. Dette gjør de ved å foreslå en analytisk modell av kroppen som bestående av tre adskilte, men samtidig sammenvevde deler: den personlige, den sosiale og den politiske kroppen, eller biopolitikk om du vil. Den personlige kroppen er den fenomenologisk levde kroppen som beskrevet av den fortolkende medisinske antropologien. Det er den kroppen vi lever med hver dag og som utgjør vår livsverden. Den sosiale kroppen er kroppen i møte og samspill med omverdenen og dens muligheter og begrensninger for ut-

foldelse. Kroppen som diskuteres i Mary Douglas (2002 [1966]) sin klassiske studie om hva ulike samfunn oppfatter som rent og urent av kroppslige funksjoner, er for eksempel den sosiale kroppen. I følge Douglas handler ikke slike forestillinger om faktisk hygiene, men derimot om kulturelle forståelser av kroppen som representasjon og symbol (Scheper-Hughes og Lock 1987). I en slik sammenheng er det ofte kroppsvæsker som sæd, menstruasjonsblod, brystmelk osv. som oppfattes som mest problematiske da de krysser grensene mellom innsiden og utsiden av kroppen (Douglas 2002 [1966]). Den politiske kroppen er derimot den overvåkede, regulerte og kontrollerte bio-politiske kroppen som er beskrevet av Foucault. Det er også denne kroppen den kritiske medisinske antropologien er mest opptatt av når de dokumenterer hvordan maktnivåer former lokal helse.

Modellen av den tre-delte kroppen er i utgangspunktet ment å illustrere hvordan kroppen framstår ulikt i forskjellige empiriske sammenhenger ut fra av hvem som ser på den. Som jeg har forsøkt å vise overfor, mener jeg at dette også i stor grad gjelder hvorvidt en har på seg fortolkende eller kritiske medisinske antropologiske briller når en studerer helse som et kulturelt, sosialt, historisk og politisk fenomen. Samtidig viser modellen at disse delene ikke kan ses uavhengige av hverandre. Fjerner man et vitalt organ vil dette nødvendigvis føre til et kroppslig handikap. I stedet viser modellen hvordan man samtidig kan studere sykdom som subjektiv erfaring (den personlige kroppen), som en gjenspeiling av samfunnet (den sosiale kroppen) og som et resultat av politiske og økonomiske interesser og agendaer (den politiske kroppen). På denne måten gjør modellen det empirisk mulig å overkomme

forestillingene om dyptpløyende uforenligheter mellom fenomenologien og sosialkonstruktivismen (Gilje 2006). Hvis sykdom er subjektiv erfaring og en kulturell og politisk konstruksjon på en og samme tid, betyr ikke dette at kroppen også er fenomenologisk og konstruktivistisk konstituert?

AVSLUTTENDE KOMMENTAR:

Å SAMMENLIGNE DET

USAMMENLIGNBARE, ELLER "JA TAKK, BEGGE DELER"?

Scheper-Hughes og Locks artikkel ble publisert i 1987, altså for nesten tretti år siden. I den medisinske antropologiens relativt unge liv, er den derfor bortimot en klassiker å regne. Jeg har allerede diskutert en av årsakene til at jeg mener den stadig har relevans for studier av helse og sykdom i dag. En annen årsak er det jeg oppfatter som modellens iboende potensial til å få oss til å tenke ut over konvensjonelle oppfattelser av humanistiske og samfunnsmedisinske studier av sykdom og helse.

Noe av problemet med den medisinske antropologien er at den gjerne framstilles både i og utenfor faget som svaret på en brist eller som en kritikk av den biomedisinske vitenskapen. Dette gjelder kanskje i enda større grad medisinsk humaniora, hvor fag som folkloristikk og etnologi tradisjonelt har lagt stor vekt på det fortolkende perspektivet. Dette gjør at fagfeltene ofte oppfattes som enten komplementære eller i motsetning til medisinen. Dette poenget understrekes ytterligere med vektleggingen av dikotomien "illness" og "disease" som i mange tilfeller tar for gitt *a priori* konfliktfylte motsetninger mellom pasienters og legers oppfattelser

av og erfaringer med sykdom (Otto 2000). Selv om det naturligvis kan være slik, betyr det ikke at det alltid er det. Problemet oppstår i det begrepene essensialiseres (Otto 2000:169). I mange tilfeller handler det heller om oppfatninger vi har av grunnleggende vitenskapelige forskjeller mellom samfunnsmedisinske, medisinske antropologiske og humanistiske forskningsobjekter og agendaer. I artikkelen "Medical anthropology and epidemiology: Divergences or convergences?" (Inhorn 1995) går for eksempel Marcia Inhorn systematisk gjennom fem feilaktige forestillinger hun mener at den medisinske antropologien har om epidemiologien. Disse hevder hun forhindrer et mye etterspurt og nødvendig samarbeid mellom de to fagfeltene. Sykdom er både et biomedisinsk og et kulturelt fenomen, samtidig som det spiller seg ut på både en global og på en lokal arena. Sykdom som forskningsobjekt krever derfor studier som evner å vise dette. Dette mener jeg at modellen av den tre-delte kroppen kan hjelpe oss med å oppnå. Ved å fokusere på hvordan både mikro- og makroprosesser former og produserer sykdom, gjør den at erfaringsnære beskrivelser ikke trenger å gå på bekostning av de maktkritiske og omvendt.

For å kunne se mot framtiden, er det ofte nødvendig å gå tilbake til fortiden. Det er dette jeg har forsøkt å gjøre i denne artikkelen. Ved å gi et historisk overblikk over hvordan fagfeltet medisinsk antropologi har utviklet seg, peker det også på muligheter for videre studier på tvers av konvensjonelle fagdisipliner. Dette innebærer ikke at jeg mener at alle studier av helse og sykdom må være tverrdisiplinære. Det jeg har lite til overs for derimot er faglige monopoliseringer. Det er ved å shoppe rundt på den medisinske markeds-

plassen at en kan finne det beste "tilbudet" etter min mening.

FOTNOT

¹ Jeg velger ikke å skrive om fysisk antropologi i denne artikkelen, da jeg oppfatter det som et blindspor i en diskusjon om framveksten av medisinsk (sosial)antropologi.

REFERANSER

- Alver, Bente Gullveig; Fjell, Tove & Rymmin, Teemu, 2013. *Vitenskap og varme bender: Den medisinske markedsplassen i Norge fra 1800 til i dag*. Oslo: Scandinavian Academic Press.
- Baer, Hans A.; Singer, Merrill & Susser, Ida, 2003. *Medical Anthropology and the World System* (Second Edition). Westport: Praegera.
- Csordas, Thomas J. (ed.), 1994. *Bodyment and Experience: The Existential Ground of Nature and Self*. New York: Cambridge University Press.
- Douglas, Mary, 1966 (2002). *Purity and Danger*. New York: Routledge Classics.
- Ekström, Anders & Sörlin, Sverker, 2012. *Alltings mått: Humanistisk kunskap i framtidens samhäll*. Stockholm: Norstedts.
- Evans-Pritchard, Edward. E., 1976. *Witchcraft, Oracles, and Magic Among the Azande*. Oxford: Clarendon press.
- Farmer, Paul, 1999. *Infections and Inequalities: The Modern Plagues*. Berkeley: The University of California Press.
- Foucault, Michel, 2004 (1976). *Society Must be Defended: Lectures at the Collège de France, 1975–76*. London: Penguin Books.
- Foucault, Michel, 2001 (1977). *Seksualitetens Historie*. Oslo: Exil Forlag.
- Geertz, Clifford, 1973. *The Interpretation of Cultures*. New York: Basic Books.
- Gilje, Nils, 2006. "Fenomenologi, konstruktivisme og kulturforskning: En vitenskapsteoretisk diskusjon", i *Tidsskrift for Kulturforskning* 5 (1): 5–22.
- Ginsburg, Fay D., & Rapp, Rayna (eds.), 1995. *Conceiving of the New World Order: The Global Politics of Reproduction*. Berkeley: University of California Press.
- Good, Byron. J.; Fischer, Michael M.J.; Willen, Sarah S. & Good, Mary-Jo DelVecchio (eds.), 2010. *A Reader in Medical Anthropology: Theoretical Trajectories, Emergent Realities*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Ingstad, Benedicte, 2007. *Medisinsk antropologi: En innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Inhorn, Marcia, 1995. "Medical anthropology and epidemiology: Divergences or convergences?", i *Social Science & Medicine* 40 (3):285–290.
- Jackson, Michael, 2013. *Life Worlds: Essays in Existential Anthropology*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Kleinman, Arthur, 1973. "Medicine's symbolic reality: On a central problem in the philosophy of medicine", i *Inquiry* 16:206–213.
- Kleinman, Arthur, 1980. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, Arthur, 1988. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Kleinman, Arthur; Das, Veena & Lock, Margaret, 1997. *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Mackenbach, Johan P., 2009. "Politics is nothing but medicine on a larger scale: Reflections on public health's biggest idea", i *J Epidemiol Community Health* 69:181–184.
- Merleau-Ponty, Maurice, 2002. (1945). *The Phenomenology of Perception*. New York: Routledge Classics.
- Otto, Lene, 2000. "Etnologi og humanistisk sundhedsforskning", i Rogan, Bjarne & Alver, Bente Gullveig (red.), *Norden og Europa: Fagtradisjoner i nordisk etnologi og folkloristikk*. Oslo: Novus Forlag.
- Scheper-Hughes, Nancy & Lock, Margaret, 1987. "The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology", i *Medical Anthropology Quarterly*, New series 1 (1):6–41.
- Singer, Merrill, 1995. "Beyond the ivory tower: Critical praxis in medical anthropology", i *Medical Anthropology Quarterly* 9 (1):80–106.
- Singer, Merrill & Clair, Scott, 2003. "Syndemics and public health: Reconceptualising disease in bio-social context", i *Medical Anthropology Quarterly* 17 (4):423–441.
- Singer, Merrill, 2009. *Introduction to Syndemics: A Critical Systems Approach to Public and Community Health*. San Francisco: Jossey-Bass.

SUMMARY

Beyond "Illness" and "Disease"
An Historical Introduction to Medical Anthropology
(Ut over "illness" og "disease"
En faghistorisk introduksjon til medisinsk
antropologi)

In this article I introduce readers to the history of medical anthropology. Medical anthropology is a subfield within social anthropology that has the cultural dimensions of health and illness as its main research interest and focus. Similar to studies within the medical humanities, medical anthropology considers the human body and its capabilities and restrictions to be primarily cultural constructions. In this article I discuss medical anthropology's theoretical relevance for the broader field of medical humanities. I focus primarily on the so-called interpretative and critical perspectives, and suggest a revitalization of Nancy Schemper-Hughes and Margaret Lock's (1987) model of

the three bodies as a reconciliatory approach between the two perspectives. Rather than approaching illness and disease from either the perspective of phenomenology or social constructivism, I believe that the model enables studies which acknowledge the interrelations between macro and micro processes in the shaping of local medical knowledge, meaning and experience. This, in my opinion, is necessary in order to bridge some of the gaps between the medical humanities and social medicine. With this in mind, the objective of the article is to challenge what I believe to be preconceived perceptions of so-called insurmountable divergences between humanistic and social medical understandings of health.

Keywords: history of medical anthropology, interpretative approach, critical perspective, medical humanities, social medicine.

Karine Aasgaard Jansen, Postdoctoral Researcher, Medical Anthropology, Department of Culture and Media Studies, Umeå University, Umeå, Sweden.