

Den talande kroppen

Ett antropologiskt perspektiv på anorexi och bulimi

Birgitta Hellmark

Lisbeth Sachs

Artikeln är ett försök att använda antropologin vid analys av anorexi. Det innebär att författarna applicerar antropologiska tankegångar och teorier på ett problem som vanligtvis kategoriseras som medicinskt/psykiatriskt. Utgångspunkten är att sjukdomen kan vara kopplat till kulturella normer och idéer. Författarna följer fyra nära sammanlänkande delperspektiv; att kroppen fungerar som metafor för samhället, att kroppen är konstruerad i enlighet med normer och konventioner, att kroppen utgör ett medel för kommunikation av kultur samt att kroppskontroll är ett centralt tema i vårt samhälle.

Birgitta Hellmark är forskarstuderande vid Kulturantropologiska institutionen vid Uppsala universitet men studerar för närvarande vid Journalisthögskolan i Stockholm. Lisbeth Sachs har i detta sammanhang fungerat som handledare till Birgitta Hellmark.

Inledning

Anorexi uppfattas populärt som ett västerländskt syndrom.¹ Det tas ofta upp i massmedia och vi är många som fascinerats och skrämts av de dramatiska uttryck tillståndet tar sig. De flesta av oss har också någon gång konfronterats med problematiken på närmare håll; professionellt, som vän, anhörig eller arbetskamrat.

Denna artikel är ett försök att använda en antropologisk infallsvinkel på anorexi. Det antropologiska intresset för medicin och psykiatri har ökat de senaste åren där huvudfokus utgörs av försök att koppla ihop

biologiska aspekter av hälsa och sjukdom med kulturella konceptualiseringar. Men när det gäller anorexi finns det knappt något antropologiskt material alls att tillgå. Vi gör därför ett försök att applicera antropologiska tankegångar på ett problem som vanligtvis kategoriseras som medicinskt/psykiatriskt. Artikeln kan ses som en pilotstudie av teoretisk karaktär som skall kunna fungera som utgångspunkt för en fortsatt studie där frågeställningarna kan studeras med hjälp av antropologiskt fältarbete.

Vad är anorexi och bulimi?

Enligt Diagnostic and Statistical manual of Mental disorders (DSM-III-R 1987) är de båda syndromen nära relaterade till varandra². Syndromen kännetecknas av kraftig fixering vid mat och vikt. Typiskt är att problemen börjar under tonåren eller i ett tidigt skede av vuxenlivet.

Anorexi (självsvält)

Diagnostiska kriterier (DSM-III-R 1987)

A Vägran att vidmakthålla en kroppsvikt över en för ålder och längd minimalt normal kroppsvikt.

B Extrem rädsla för övervikt, som inte avtar med minskande vikt.

C Störd kroppsuppfattning när det gäller vikt, storlek och form.

D Hos kvinnor, minst tre uteblivna menstruationer.

Självsvält karakteriseras av vägran att vidmakthålla en kroppsvikt över en minimal normalvikt. Anorekti-

¹ Termen anorexi används för att beteckna både anorexia nervosa och bulimia nervosa så länge en distinktion inte fyller något särskilt syfte.

² Det har skett en förändring av synen på anorexi och bulimi. I DSM-III (1980) beskrivs syndromen som "mutually exclusive", dvs att syndromen aldrig förekommer samtidigt.

kern har en intensiv skräck för att öka i vikt eller bli fet trots uppenbar avmagring. Hennes kroppsuppfattning är störd och hon upplever sig ofta som tjockare än hon är. Hon är extremt upptagen av och ofta missnöjd med sitt fysiska utseende. Viktnedgången uppnås genom reducerat matintag ofta i kombination med tvångsmässig motion. Ofta finns även självframkallade kräkningar och användande av laxermedel med i bilden (i sådana fall kan eventuellt diagnosen bulimi också ställas). När viktminskningen fortskridit till en viss punkt uppkommer även andra fysiska och psykiska symtom på svält. Hos kvinnor är ett av de första symtomen utebliven menstruation. Anorexi är mycket vanligare bland kvinnor än män (95 % resp 5 %). Det är svårt att med säkerhet bedöma hur vanligt syndromet är. Studien av olika befolkningsgrupper har rapporterat allt från 1 av 800 till 1 av 100 kvinnor mellan 12 och 18 år³. Anorexi visar en tendens att öka såväl i Sverige som i övriga Västeuropa och i USA (Bergh-Rosén, Russel 1987).

Bulimi (hetsätning)

Diagnostiska kriterier (DSM-III-R 1987)

A Återkommande hetsätningsattacker.

B En stark känsla av att inte ha kontroll över det egna ätandet under attackerna.

C Att personen regelbundet framkallar kräkningar, använder laxermedel, urindrivande medel, genomför strikta bantningskuror, fastar eller tränar fysiskt väldigt hårt, allt för att förebygga viktuppgång.

D Ett minimum av minst två hetsätningsattacker per vecka under minst tre månader.

E en ihållande fixering vid kroppsform och vikt.

Bulimi karaktäriseras av återkommande episoder av hetsätning (binge-eating), dvs snabb konsumtion av stora kvantiteter mat under en begränsad tidsperiod. Efter en hetsätningsattack gör bulimikern sig av med maten igen och detta sker ofta med hjälp av självframkallade kräkningar och/eller stora doser av laxermedel. Människor drabbade av bulimi är mycket upptagna av sin vikt och sitt fysiska utseende och gör upprepade försök att kontrollera sin kropp med hjälp av olika dieter, kräkningar och tvångsmässig motion. Det

är vanligt att vikten fluktuerar men den håller sig i regel kring vad som bedöms vara normalvikt.

Berg-Rosén (1988b) har bland andra kritiserat att man uppfattar anorexi och bulimi som två skilda syndrom⁴. Den kliniska verkligheten har snarare visat att de båda tillstånden överlappar varandra och att anorexi ofta i ett senare skede övergår i bulimi. På Akademiska sjukhuset i Uppsala gör man, enligt Bergh-Rosén, ingen skillnad mellan patienterna utan "ser alla som inneslutna i samma konflikt, den anorektisk-bulimiska konflikten", dvs viktfobi och matfixering (1988b:81). Vidare kritiserar hon att viktnivån tillskrivs "en alltför stor betydelse, trots att patienterna i alla andra avseenden är påfallande lika" (1988b:81).

Medikalisering

"Under senare decennier har vi i västvärlden upplevt ett mycket speciellt historiskt skeende då en enda institution – den medicinska – haft monopol över den sociala konstruktionen av kroppslig verklighet. Förändringar i kroppen har av biomedicinens företrädare tolkats med hjälp av en universell uppsättning kategorier" (Sachs 1989a:118).

Detta skeende brukar ofta sammanfattas med termen medikalisering. Biomedicinens expansion, medikaliseringen, är intressant i flera avseenden. Det finns två aspekter vi finner särskilt motiverade att lyfta fram här. Den första aspekten är att den medicinska vetenskapen lokaliserar sjukdom till den individuella kroppen. Den andra är frågan om vårt biomedicinska sjukvårdssystem har expanderat på bekostnad av andra kulturella system.

Den individcenterade medicinen är specifik för vår tid enligt bland andra Michel Foucault (1973). Han kontrasterar dagens medicinska tänkande med en kunskapsteoretisk tradition som ser sjukdom som "a nucleus of circumstances" (1973). Enligt Robert Crawford (1980), amerikansk statsvetare, finns det ett samband mellan den individcenterade medicinen och den specifika etiologin⁵. Med hjälp av nya forskningsmetoder och ny teknologi blev det möjligt för vetenskapsmän i slutet av 1800-talet att isolera aktiva mikroorganismer som gav upphov till infektionssjukdomar. Man byggde genomslagskraftiga förklaringsmodeller ut-

³ Maria Råstam (1990) har visat att 1 av 100 kvinnor (15–18 år) hade anorexia nervosa i Göteborg 1984.

⁴ Se även Fries (1982), Russel och Treasure (1989).

⁵ etiologi – förklaring av sjukdomars orsaker och uppkomst.

.....

Förebyggande åtgärder mot sjukdom skapar regler och rekommendationer för nästan alla typer av mänsklig aktivitet

.....

person drabbas vid just en viss tidpunkt. Hon kan vara utsatt för häxeri!

Om vi nu återknyter till Zolas hypotes om att biomedicinen har blivit en institution för social kontroll avser han inte i första hand hur medicinska förklaringsmodeller kommit att ersätta andra, utan snarare hur sociala fenomen som tidigare tillhört andra samhällssfärer alltmer har inkorporerats i den medicinska. Det ökade intresset för sjukdomsprevention och hälsokampanjer hör hit. Förebyggande åtgärder mot sjukdom skapar regler och rekommendationer för nästan alla typer av mänsklig aktivitet (hur vi sover, vad vi äter och dricker, var vi arbetar, fritidsaktiviteter osv).

I ett idéhistoriskt perspektiv kan man kanske hävda att hälsoupplýsning och förebyggande hälsovård inte är en ny företeelse. Medicinska företrädare förordade t ex redan på 1700-talet värdet av fysiska kroppsövningar för både den fysiska och moraliska hälsan (Qvarsell, 1989). Men samtidigt finns det stor anledning att fundera över hur definitioner av hälsa kan ha haft olika innehåll och betydelse i olika tidsperioder och för olika grupper av människor. Vi antropologer menar att synen på hälsa och den egna kroppen är kulturellt betingade och att den hälsoupplýsning och förebyggande hälsovård som existerar i vår tid ger uttryck för betydelser som både kan likna och skilja sig från 1700-talets hälsoupplýsning.

Idag har hälsobegreppet utvidgats till att gälla något mer än bara frånvaron av sjukdom. Listan kan göras lång över företeelser som indikerar ett växande intresse för kropp och hälsa: gymning, Friskis och Svettis, hälsokost, gym, work-out, anti-kolesterol, antikoffein, saltfritt, Lätt och Lagom, friskvård, hälsoprofil, Coca-cola light, minimjolk, fettsugning, ansiktslyft, antibakskampanjer...

Crawford (1980) skriver om holistiska hälsorörelser som strävar efter en helhetssyn på människan där friskvård prioriteras framför sjukvård. Enligt Crawford utgör de nya alternativen till den biomedicinska vetenskapen fortfarande källor till individuell reduktionism.

Detta trots den ofta seriösa strävan att erhålla ett holistiskt perspektiv på den sjuke. Individen skall med hjälp av kunskap och insikt i den egna livssituationen förstås att bygga bort "osunda vanor". Individen görs på så sätt *ansvarig* för sin hälsa. Hälsa är med andra ord en status man förvärfvar och övervikt skvallrar om misslyckade försök.

Anorexi är ett exempel på samhällsfenomen som medikaliserats med den negativa effekten att kulturella förklaringar kommer i skymundan. Man skiljer nogsamt mellan "normal kroppsfixering" (alla har väl någon gång bantat) och kroppsfixering som definieras som sjuklig. En person måste ha minst två hetsättningsattacker i veckan under tre månader för att kvalificera sig för diagnosen bulimi (DSM III-R 1987). Förklaringsmodellerna utgår ifrån individen och fokuserar ofta familjerelationer.

Inom amerikansk psykiatri har det gjorts en del fämlande försök att ringa in "kulturella drivkrafter" bakom syndromen. David Garner och Paul Garfinkel skriver att det finns "multifaktoriella orsakssammanhang" bakom anorexi (1980).

Begreppet multifaktoriella orsakssamband är emellertid ett ganska vagt och intetsälgande begrepp men vittnar ändå om att förklaringar som tar sin utgångspunkt i kulturen är legitima i studiet av anorexi.

I ett klassiskt antropologiskt perspektiv är diskussionen kring individens relation till samhället inte särskilt ny. Det kan sägas vara ett antropologiskt axiom att människan bör studeras i sitt speciella sammanhang. Sedan kan man naturligtvis fokusera individen med skilda teoretiska utgångspunkter. Sjukdom kan inte *bara* förklaras utifrån ett kulturellt perspektiv. Sjukdom tar sig i första hand *uttryck* på individuell nivå. Det blir därför naturligt att förklaringar och behandling tar just individen som utgångspunkt. Männskor har olika bakgrund och skilda erfarenheter vilket

.....

Anorexi är ett exempel på samhällsfenomen som medikaliserats med den negativa effekten att kulturella förklaringar kommer i skymundan. Man skiljer nogsamt mellan "normal kroppsfixering" och kroppsfixering som definieras som sjuklig

.....

också påverkar eventuella sjukdomsförlopp.

Vårt argument är dock att konsekvenserna av en individuell orientering ofta utesluter den betydelse sociala och kulturella faktorer kan ha för sjukdom vilket försvårar möjligheterna att nå full förståelse av exempelvis anorexi och relaterade fenomen.

Är anorexi ett kulturbundet syndrom?

Kulturbundna syndrom i icke-västerländska samhällen har länge intresserat antropologer och psykiatriker. De syndrom som uppmärksammas har, i våra ögon, vanligtvis varit av mycket dramatisk och exotisk karaktär. Klassiska studier av kulturbundna syndrom har exempelvis handlat om *pibloktoq* – ofta också kallad arktisk hysteri som bland annat förekommer hos eskimåer på Grönland. Tillståndet inleds med att den drabbade uppträder lättirriterad eller inåtvänd. Utan förvarning blir personen i fråga plötsligt extremt uppvarvad, och börjar slå omkring sig och skrika, kanske sliter hon av sig sina kläder och rusar ut i snön. Attacken varar från några minuter upp till en halvtimme. Den övergår sedan i konvulsioner och slutligen faller den drabbade i djup och långvarig sömn. Hon återhämtar sig snabbt och uppträder efter sömnen precis som vanligt och har inget minne av det inträffade. För vissa återupprepas händelsen en eller flera gånger. Andra kan drabbas vid bara ett enda tillfälle (Kennedy 1973:1152–53).

Susto anses vara ett syndrom som förekommer i Latinamerika. Tillståndet karaktäriseras av trötthet, rastlöshet, apati, depression och inåtvändhet. Det är också vanligt med fysiska symtom som diarré, smärtor i mage och rygg och ibland feber. Sjukdomen bottnar i att den drabbade har förlorat sin själ till ett andligt väsen. Behandlingen av

susto sker genom att en medicinman hjälper till att locka tillbaka själen (Kennedy 1973:1164 och Sachs 1987:154).

Windigo är ytterligare ett exempel på ett s k kulturbundet syndrom som förekommer bland indianer i nordöstra Kanada. Den första fasen innebär depressiva morbida känslor, illamående och aptitlöshet. Därför upplever sig den drabbade ofta som besatt av windigo: Windigo är i mytologin ett stort monster med kannibalistiska tendenser. Människor med windigo-syndrom behandlas först av shamaner. Men om den drabbade börjar förgripa sig på sina medmänniskor, dvs blir kan-

nibal, dödar man honom (Kennedy 1973:1156 och Sachs 1987:155).

Sammanfattningsvis kan man säga att sökandet efter kulturbundna syndrom inriktats på samhällen med kulturer som är främmande för oss. Betyder det att det inte finns kulturbundna syndrom i vårt eget samhälle? Eller är det ett utslag av etnocentrism i forskningen? Den kanadensiska psykiatern H Murphy (1977) som har inriktat sig på transkulturell psykiatri hävdar att den klassiska forskningen av kulturbundna syndrom är etnocentrisk och argumenterar för att transkulturell forskning även borde inbegripa vår egen verklighet. Han skriver att:

”För de flesta framstår beteenden och förväntningar som utvecklats i den egna kulturen som ”naturliga” och ”logiska”, medan de som uppkommer i andra kulturer framstår som onaturliga, kulturspecifika eller uppkomna under abnorma förhållanden” (Murphy 1977:370).

Illness och disease

Emellertid har intresset för kulturbundna syndrom inom det västerländska samhället ökat under 80-talet (Ritenbaugh 1982, Swartz 1985, Cassidy 1982, Prince 1985). Detta hör delvis ihop med det alltmer accepterade perspektivet att sjukdom *alltid* har en kulturell dimension.

Inom medicinsk antropologi har man försökt utveckla detta synsätt genom att bryta ner sjukdomsbegreppet i flera delar. Med hjälp av det engelska språkets nyanserade vokabulär för begreppet sjukdom har man gjort en teoretisk distinktion mellan *illness* och *disease*. Kleinman lägger in följande betydelser i begreppen⁶:

Disease syftar på abnormiteter i biologiska och/eller psykologiska processer medan termen *illness* syftar på den psykosociala upplevelsen och betydelsen av uppfattad *disease*. *Illness* definieras som en sekundär personlig och sociokulturell respons på *disease*. *Illness*-dimensionen av sjukdom innefattar också kommunikation av *disease* inom olika sociala kontexter (1980:72).

Men det är inte givet att *illness* och *disease* förekommer samtidigt. *Disease* kan förekomma utan *illness* och tvärtom. Vid akuta sjukdomar som akut förgift-

⁶ Se även Young (1982), Eisenberg (1977) och Sachs (1983, 1987).

ning eller en akut infektion hinner inte sjukdomen (disease) formas till en illness-erfarenhet. En läkare kan också finna disease utan att några yttre symtom har förekommit. Patienten har således inte uppfattat sin sjukdom och illness-erfarenheten har uteblivit. Det omvända förhållandet kan vara att en person kan uppleva sig sjuk (illness) utan att få någon disease bekräftad av en uppsökt specialist. Det vanligaste är att illness och disease förekommer samtidigt och att det är svårt att särskilja. Kleinman intresserar sig främst för illness-dimensionen av sjukdom och menar att det är inom detta fält antropologin har mycket att bidra med.

Han skriver att även om både disease och illness kan involvera psykosociala och kulturella faktorer sker det på olika sätt. Vid fysisk disease kan det psykosociala och kulturella sammanhanget orsaka, vidmakthålla sjukdomsförloppet eller bestämma utgången för sjukdomen. Vid psykologisk disease utgör den sociala och kulturella kontexten själva innehållet i sjukdomen. Men, fortsätter Kleinman, illness är den sociala och kulturella responsen som ger disease en betydelse och bildar dess symboliska form (1980:78).

Kleinman slår alltså fast att även om kulturella normer och värderingar kan påverka illness och disease direkt är det främst genom den kulturella konstruktionen av illness-kategorier och erfarenheter som kultur påverkar patienten och hennes sjukdom. Han exemplifierar med kroniska sjukdomar som t ex astma där det finns en ständig feedback mellan illness och disease (Kleinman 1980:78–79). Följden av att illness definieras som en kulturellt konstruerad respons på disease blir också att man kan betrakta symtomen som konstruerade.

Det vore kanske önskvärt om man kunde skilja mellan symtom som i första hand är relaterade till disease och symtom relaterade till illness. Förmodligen är det mycket svårt och kanske t o m omöjligt:

”Eftersom illness-beteende inkluderar perceptionen, den känslomässiga responsen till, kognitionen och värderingen av sjukdomssymtomen (symptoms of disease), tillsammans med vad symtomen kommunicerar (verbalt och icke-verbalt), är alla symtom formade av illness-upplevelsen” (Kleinman 1980:75).

Samtidigt tillägger Kleinman i ett annat sammanhang att det kulturella formatet av symtom kan vara obetydligt och producera ”illnesses” som i stort sett liknar varandra i ett tvärkulturellt perspektiv

.....
Vi vill betrakta de anorektiska symtomen som kulturspecifika. Däremot kan vi inte ta ställning till om syndromet som helhet är specifikt för vårt samhälle
.....

(1980:77). Symtom kan med andra ord vara mer eller mindre kulturspecifika. Det kan bero på om symtomen i första hand är kopplade till disease eller illness även om det är svårt och ibland omöjligt att entydigt avgöra om symtomen är närmare relaterade till det ena eller andra.

Vi vill betrakta de anorektiska symtomen som kulturspecifika. Däremot kan vi inte ta ställning till om syndromet som helhet är specifikt för vårt samhälle. Det kan vara så att anorexi som disease förekommer på andra platser medan illness-dimensionen (de uttryck tillståndet tar sig) är specifik för den industrialiserade världen.

Sammanfattningsvis kan man säga att distinktionen mellan illness och disease är ett försök att på ett systematiskt sätt göra den kulturella dimensionen av sjukdom tillgänglig även för samhällsvetenskaplig analys. Poängen med distinktionen är att disease alltid involverar en psykologisk, social och kulturell reaktion, dvs illness. Distinktionen är nödvändig för att vi på ett sofistikerat sätt skall kunna undersöka hur kultur påverkar disease och illness, samt hur illness och disease påverkar varandra (Kleinman 1977, 1980).

Konsekvensen av ett sådant synsätt blir att gränsen mellan klassiska kulturbundna syndrom och andra former av avvikelser alltmer suddas ut. Kanske blir följden också att begreppet kulturbundna syndrom ej längre blir meningsfullt. Varför skall man urskilja vissa syndrom som exklusivt förknippade med en viss kontext när grundantagandet är att *alla* sjukdomar har en kulturell dimension? Ett sätt att hantera begreppsproblematiken är att definiera om vad som är ett kulturbundet syndrom.

Cheryl Ritenbaugh (1982) och Claire Monod Cassidy (1982) har gjort ett försök att bredda definitionen och i högre grad än tidigare fokusera olika betydelser (meaning) som sjukdom kommunicerar. Istället för att skilja mellan kulturbundna och icke-kulturbundna

Är en viss sjukdom unik för ett visst samhälle eller representerar den en variation på ett universellt syndrom?

sjukdomar är syftet att skapa ett ramverk för hur sjukdom kan reflektera kulturella föreställningar. Ramverket kan omfatta olika sjukdomar i varierande grad beroende av hur specifika symtomen är.

En kritik av tvärkulturella jämförelser

Det är möjligt att i debatten om kulturbundna syndrom urskilja två centrala frågor. Är en viss sjukdom unik för ett visst samhälle eller representerar den en variation på ett universellt syndrom? För att besvara dessa frågor har man försökt klassificera olika kulturbundna syndrom med hjälp av västerländska diagnossystem. Kleinman (1977) har riktat hård kritik mot denna typ av tvärkulturella jämförelser som främst gjorts av företrädare för den sk transkulturella psykiatrin. Han har pekat på problemen med att använda diagnostiska kategorier, som växt fram i västvärlden, i studiet av syndrom i andra samhällen. Intresset för att finna universella fenomen som passar in i ett redan existerande klassifikationssystem framför att fokusera skillnader har varit och är ofta större. Även om man finner syndrom som är klassificerbara med hjälp av snäva definitioner menar Kleinman att man också utesluter en lång rad fenomen som egentligen kan ge oss mer information om hur kulturella värderingar och normer inverkar på sjukdom.

Jämförelser har en central plats i den antropologiska metoden. Att jämföra är en naturlig följd av försök att systematisera olika skillnader och likheter som präglar mänskligt liv i olika samhällen. Men det är också en antropologisk truism att jämförelser lätt tenderar att bli etnocentriska. Vi måste vara uppmärksamma på vad det är vi jämför. Fenomen som vid första anblicken kan uppfattas som lika varandra kan vid en noggrannare studie visa sig ha skilda kulturella betydelser. Dessa betydelseskillnader kan vara så stora att en jämförelse lätt blir meningslös. Äktenskapet som social institution är ett klassiskt exempel på detta. Kleinman säger att många tvärkulturella jämförelser av psykiatriska syndrom är problematiska just på att man försöker

klassificera dem med hjälp av västerländska (och kulturspecifika) kategorier. Ofta innehåller tvärkulturella jämförelser av den typen också en snäv uppfattning av kultur-begreppet. Kulturen reduceras till att vara ett slags yligt lager som döljer den "rena formen" (disease) av olika syndrom. När man väl isolerat olika syndrom går det att kategorisera dessa med hjälp av ett universellt klassifikationssystem fritt från kulturella normer och värderingar.

Vad är då konsekvensen av denna kritik? Att alla typer av jämförelser bör överges? Snarare menar vi att det är viktigt att klargöra syftet med en viss jämförelse. Ett syfte kan vara att bevisa att ett visst syndrom bara finns i en specifik kontext. ett annat kan vara att fokusera hur sjukdomskategorier interagerar med kulturella föreställningar. Det senare syftet ligger närmare vår målsättning. I fallet anorexi har det inte gjorts några systematiska studier av syndromets globala spridning. Men det tycks inte heller finnas några rapporterade fall i samhällen med begränsad västerländsk influens (Prince 1985). Istället för att vänta på att en sådan studie görs, om det nu är möjligt att erhålla några användbara resultat genom en sådan tvärkulturell studie, finns säkert alternativa sätt att närma sig en förståelse av hur kulturella värderingar och normer kan vara relaterade till anorexi. Och alternativa angreppssätt behöver inte utesluta den tvärkulturellt jämförande metoden. Tvärtom blir jämförelse en viktig del av analysen, men på ett annat plan. Istället för att undersöka kulturbundna syndrom för att se huruvida de liknar andra syndrom eller utgör unika fenomen utifrån ett färdigkonstruerat klassifikationsschema kan det vara meningsfullt att bryta ner syndromet i mindre och mer jämförbara aspekter. En sådan aspekt av anorexi är den specifika uppfattning av kroppen som tillståndet reflekterar.

Istället för att undersöka kulturbundna syndrom för att se huruvida de liknar andra syndrom eller utgör unika fenomen utifrån ett färdigkonstruerat klassifikationsschema kan det vara meningsfullt att bryta ner syndromet i mindre och mer jämförbara aspekter

Anorexi och Ritenbaughs definition av kulturbundna syndrom

Ritenbaugh definierar kulturbundna syndrom som:

”En konstellation av symtom som kategoriseras som en sjukdom och som kan kännetecknas av ett eller flera av följande drag:

1. Syndromet kan inte förstås skild från sin specifikt kulturella eller subkulturella kontext.
2. Etiologin summerar och symboliserar centrala betydelser och beteendenormer i den kulturen.
3. Diagnosmetoden bygger på en kulturspecifik teknologi och ideologi.
4. Framgångsrik behandling uppnås bara av medlemmar i kulturen.

Följdsatser:

1. Symtomen kan kännas igen samt vara organiserade på ett liknande sätt i en annan kultur utan att vara kategoriserad som samma sjukdom.
2. Behandling som bedöms som framgångsrik i en viss kulturell kontext är kanske inte betraktad som framgångsrik från ett annat perspektiv.
3. Det faktum att biomedicin inte inkluderar kultur i sin grundläggande förklaringsmodell leder till:
 - a) svårigheter att känna igen kulturbundna syndrom i det västerländska samhället och inom det biomedicinska systemet;
 - b) att syndrom i andra samhällen definieras om med hjälp av biomedicinska termer så att potentiellt viktiga kulturmönster kan bli irrelevanta för diagnos eller behandling'' (1982:351).

Cheryl Ritenbaughs grundläggande syfte är att det inom ramen för definitionen skall vara möjligt att jämföra sjukdomskategorier i olika sjukvårdssystem inklusive det biomedicinska. Antropologen bör enligt henne granska det biomedicinska sjukvårdssystemet lika kritiskt som man granskar andra system. Att det biomedicinska sjukvårdssystemet ur detta perspektiv har varit förbehållet en sällan ifrågasatt status beror, enligt Ritenbaugh, på att man tenderar att blanda ihop det biomedicinska klassifikationssystemet med de biologiska data på vilket systemet är baserat. Sjukdomskategorier är alla som andra kategorier kulturellt konstruerade och Ritenbaugh är intresserad av hur olika kulturer organiserar sin information om mänsklig biologi i sjukdomskategorier (1982:347–350).

När hon presenterar definitionen exemplifierar hon med en analys av fetma (mild-to-moderate obesity). På en nivå kan man finna likheter mellan fetma och anorexi som kulturspecifika syndrom men det finns också skillnader vilket gör användningen av definitionen

problematisk i några avseenden. I hennes fallstudie beskrivs fetma som en kategori som saknar en entydig koppling till det som hon benämner biologiska fakta. Hennes argumentation är övertygande just i fallet fetma men är inte helt överförbar till en studie av anorexi. Anorexi är inte bara en kulturellt konstruerad kategori utan också ett högst reellt existerande tillstånd. Kopplingen mellan tillståndet och patologiska förändringar är tydlig i de fall av anorexi som möter den biomedicinska diagnosens kriterier; både tillståndet och kategoriseringen av tillståndet bör beaktas i diskussionen. På denna punkt skiljer sig vår problemorientering från Ritenbaughs.

Den grundläggande teoretiska ansatsen bakom Ritenbaughs definition stämmer överens med vår. Den stora skillnaden beror på att vi diskuterar två skilda fenomen och att vi finner det relevant att även fokusera de uttryck anorexi tar sig i form av olika kulturspecifika symtom (illness). När det gäller sjukdomskategorin anorexi finns några intressanta reflexioner att göra och i ett sådant sammanhang utgör Ritenbaughs definition en meningsfull analysram. En annan viktig poäng är att den fokuserar vad i ett kulturellt sammanhang som uppfattas som problematiskt (avvikande, sjukt) och hur detta relateras till sjukvårdssystemet och tar sig uttryck i form av olika sjukdomskategorier.

Syndromet kan inte förstås skilt från sin specifika kulturella eller subkulturella kontext

För att förstå anorexi måste tillståndet sättas in i en kontext där stor betoning läggs på ett slankt kroppsideal. Syndromet uttrycker en överdriven fixering vid mat och vikt. Denna fixering kan också spåras i andra och mer accepterade sammanhang i vårt samhälle. Bantning, fettsugning och olika former av fysisk kroppsträning har t ex kommersialiserats i ökad omfattning och kan idag sägas utgöra en storindustri. Via reklam (vare sig det gäller chips, jeans eller bilar) förmedlas mer eller mindre uttalat ett skönhetsideal som blivit allt

Om vi accepterar att de uttryck anorexi tar sig kan kopplas till kulturella värderingar och normer implicerar det att betydelsen av anorexi förändras på samma sätt som sådana värderingar kan förändras över tid

Om vi knyter diskussionen till Ritenbaughs fokus av sjukdomskategorier kan vi fråga oss vad definitionen har för implikationer för anorexi som sjukdomskategori. Ritenbaugh (1982:351) argumenterar i sitt exempel för att övervikt som sjukdomskategori inte är giltigt utanför en biomedicinsk diskussion. Hon menar t ex att övervikt i många samhällen symboliserar skönhet och hälsa framför ohälsa och istället är eftersträ-

Biomedicinens sjukvårdskategorier är inte oavhängiga kultur. Kleinman kritiserar biomedicinens sätt att se sjukdom som en väl avgränsad "entitet" (1980). Diagnosen för anorexi gör en klar skillnad mellan vad som är sjukt och vad som är friskt. Men vid klassifikation av vad som är normalt och vad som är avvikande krävs också en definition av normalitet och hälsa. Vad menar vi egentligen med hälsa? Är det inte ett relativt begrepp?

Diagnos för anorexi gör en klar skillnad mellan vad som är sjukt och vad som är friskt. Men vid klassifikation av vad som är normalt och vad som är avvikande krävs också en definition av normalitet eller hälsa

Att betrakta anorexi som ett avvikande beteende skilt från kulturella föreställningar om skönhetsideal och uppmuntran till kontroll av aptit och vikt uttrycker en ideologi som förespråkar medikalisering av samhällsliga fenomen

Ur ett sociokulturellt perspektiv tycks det mera logiskt att uppfatta anorexi som ett extremfall längs ett kontinuum. Hans Fries har uppmärksammat en undersökning av balettdansöser i England där man fann att sju av 100 dansare uppfyllde de diagnostiska kriterierna för anorexi. Samtidigt rekommenderade forskarna viss försiktighet med sjukdomsetiketten "eftersom samtliga tycktes fungera normalt i sin elev- och yrkesroll" (1986:12). Fries menar att dessa observationer illustrerar begränsningar av traditionella diagnostiska sjukdomskriterier för anorexi i icke-kliniska sammanhang (1986:12).

Att betrakta anorexi som ett avvikande beteende skilt från kulturella föreställningar om skönhetsideal och uppmuntran till kontroll av aptit och vikt uttrycker en ideologi som förespråkar medikalisering av samhällsliga fenomen.

Framgångsrik behandling uppnås bara av medlemmar i kulturen

Vad som betraktas som framgångsrik behandling är i sig en fråga om kultur. Behandling som uppfattas som framgångsrik i ett kulturellt sammanhang kanske inte bedöms som framgångsrikt ur ett annat perspektiv (jämför följsats 2). De olika behandlingsmetoder som används idag när det gäller anorexi utgår ifrån olika psykologiska teorier och involverar alla en form av kommunikation. Om behandlingen bedöms vara framgångsrik är denna bedömning avhängig den teoretiska utgångspunkten.

En viktig förutsättning för olika behandlingsmetoders möjligheter att bota är att vi tror på dem. Behandlingar involverar kommunikation som förutsätter att de inblandade delar en gemensam föreställningsvärld.

Claude Lévi-Strauss (1963:186–205) har gjort en intressant jämförelse mellan shamanism och psykoanalys som illustrerar detta. Jämförelsen bygger på en analys av en sydamerikansk magisk och religiös sång som

Cuna-indianerna använde i samband med svåra förlossningar. När shamanen framför sången använder han sig av symboler i en myt som den födande kvinnan är väl införstådd med. Shamanen förser kvinnan med ett språk som gör det möjligt för henne att hantera sina smärtor på ett sådant sätt att förlossningen kan fullbordas. Avsikten med den shamanistiska riten, liksom psykoanalys, är att få upp omedvetna psykologiska konflikter till en medveten nivå. Lévi-Strauss uppfattar psykoanalys och shamanism som jämförbara på en strukturell nivå genom att de använder sig av symboler för att nå annars svåråtkomliga medvetandenivåer. Däremot finns det skillnader mellan olika symboliska system. Dessa skillnader är emellertid enligt Lévi-Strauss underordnade strukturen även om naturligtvis Cuna-indianernas rit inte skulle vara lika framgångsrik i ett svenskt förlossningssammanhang.

I mötet mellan patienten och behandlaren inom ett sjukvårdssystem pågår hela tiden en diskurs. Patienten beskriver sin upplevelse av tillståndet och behandlaren tolkar denna information inom ramen för en viss etiologi och ställer en diagnos. Men precis på samma sätt som behandlaren tolkar sin patient tolkar patienten behandlaren. Det sätt på vilket behandlaren förmedlar sin kategorisering av tillståndet kan också påverka patientens sätt på vilket hon presenterar sina problem.

Lévi-Strauss visar hur effektiva symboler kan vara i behandlingssituationer och att behandling också förutsätter att de människor som är involverade tolkar in samma betydelse i symbolerna. Men om man ser till studier av pluralistiska medicinska system finns det mycket som talar för att botande ofta kan involvera flera ideologier samtidigt. Janzon (1978) har t ex visat hur man i Kongo inkorporerat den västerländska medicinen i den traditionella medicinen och att de båda systemen samexisterar snarare än utesluter varandra.

Även Sachs (1989b) har visat hur tolkningar av västerländska mediciner i ett traditionellt ayurvediskt me-

På samma sätt som behandlaren tolkar sina patienter tolkar patienten behandlaren. Det sätt på vilket behandlaren förmedlar sin kategorisering av tillståndet kan också påverka patientens sätt på vilket hon presenterar sina problem

Symboler som är förankrade i kroppen är mycket kraftfulla. Det rådande slankhetsidealet kan ses som ett exempel på en sådan kulturell konstruktion

man uppfatta kroppen som kulturellt konstruerad. *Den mänskliga kroppen blir verklig för oss genom kunskap och kunskapen skapas i en sociokulturell kontext.* Vår kunskap om och uppfattning av kroppen formas av normer och värderingar i det samhälle vi lever samtidigt som den kan ge upphov till fysiska uttryck för dess kultur.

När väl en kunskap blivit förkroppsligad, förankrad i kroppsliga symboler och "naturlig" är den svår att distansera sig ifrån. Symboler som är förankrade i kroppen är därför mycket kraftfulla. Det rådande slankhetsidealet kan ses som ett exempel på en sådan kulturell konstruktion.

Parallellt med den starka betoningen av slankhet i vårt samhälle finns en stigmatisering⁷ av övervikt. En stigmatiserad individ avviker på något sätt från vad människor klassificerat som normalt. Vad som klassificeras som normalt är emellertid en konstruktion som varierar mellan samhällen.

Avvikelse uppfattas ofta som ett hot mot en rådande ordning. Mary Douglas använder begreppet smuts när hon talar om avvikelse:

"smuts är aldrig en unik, isolerad företeelse. Där det finns smuts finns det ett system. Smuts är biprodukten av ett systematiskt ordnande och klassificerande av ting, så länge ordnandet inbegriper förkastande och olämpliga element" (1966:35).

Om man följer Mary Douglas skulle man kunna se vårt slankhetsideal som en del av ett system där olika former av kropps- kontroll uppmuntras. Övervikt representerar motsatsen, dvs avsaknad av kontroll som ofta förklaras med hjälp av begrepp såsom "svag karaktär" och "brist på självdisciplin" (Bergh-Rosén 1988a).

Kroppen är inte bara att betrakta som en fysisk enhet utan också som en symbol för samhälle och kultur. Hälsa och sjukdom är i enlighet med detta betraktel-

sesätt inte händelser som går att isolera från sitt sammanhang. Snarare är det fråga om kommunikation:

"Det är organens språk genom vilket naturen, samhället och kulturen talar samtidigt. Den mänskliga kroppen kan ses som den arena eller terräng där sociala sanningar och motsättningar utspelas" (Sachs 1989a:122).

Anorexi och bulimi är exempel på förkroppsligade kulturella föreställningar som är specifika för oss i västvärlden. Anorektikern förkroppsligar en strävan efter *fullständig kontroll av kroppen*. Bulimikern förkroppsligar motsättningen som finns i vår kultur mellan att konsumera (bejaka lustar) och att ha full kontroll.

Den kontrollerade kroppen

Anorektikern strävar efter kontroll över kroppen genom sträng diet och överdimensionerade träningspass. Kraven på kontroll präglar också andra delar av en anorektikers vardag. Går hon i skolan bedrivs studierna ofta med en mycket målinriktad precision och ett litet misslyckande kan upplevas som en stor katastrof. Hetsätaren har också en extrem rädsla för att öka i vikt och "löser" konflikten med sitt överdimensionerade matintag med hjälp av kräkningar och laxermedel. Anorektikerns och bulimikerns strävan att kontrollera sin kropp kan ses som en grov karikatyr av västerländska kulturella föreställningar.

Strävan efter kroppskontroll och konformism till ett kulturellt konstruerat ideal är två anorektiska symtom som kan definieras som viktiga komponenter i vår idévärld i väst. Därför bör man kunna analysera anorexi med utgångspunkt från att tillståndet är ett samhällsproblem lika mycket som det är ett individuellt problem som medikaliseras.

Etnologen Anders Salomonsson (1989) föreslår i en artikel om löpning att kroppen har fått rollen som en sista frizon som personligt går att påverka i ett alltmer storskaligt samhälle. Denna tanke ligger väl i linje med det ökande intresset för hur man som enskild individ kan och bör sträva efter att kontrollera sin hälsa med hjälp av olika insikter om hur kroppen fungerar.

Samtidigt lever vi i ett samhälle av överflöd och det finns en motsättning mellan att ha full kontroll över kroppen samtidigt som vi uppmanas att leva ut och ge utlopp för våra lustar. Kanske kan vi med viss cynism kalla vårt samhälle för bulimiskt när delikatessbutiken ligger vägg i vägg med gymet. I damtidningarna kan vi

⁷ "Stigma-situationen för individen som är diskvalificerad från socialt erkännande" (Goffman 1963:9).

.....
I vårt samhälle finns det en hel industri som tillverkar produkter som syftar till att utplåna eventuella spår av våra naturliga "utdunstningar" som t ex svett och dålig andedräkt
.....

finna alla dessa motstridiga budskap utkristalliserade. Bantningsartiklarna presenteras jämte det nya vårmotet. På nästa uppslag finner vi förslag på läckra maträtter och goda kakor att baka. I kvällstidningarnas söndagsbilagor får vi veta hur vi på tre veckor kan skaffa oss fastare lån och en vackrare stjärt. Klarar vi inte av att fullfölja det rekommenderade träningsschemat kommer nästa veckas söndagsbilaga som en räddning genom att presentera en översikt av kliniker som kan erbjuda fettsugning till varierande priser.

Som kvinna har man idag många och ibland motsägelsefulla roller att leva upp till. Det har t ex påpekats att det finns en ironi i att sexualitet och sensualitet förknippas med en slank kropp när samtidigt förmågan att reproducera sig i många fall avtar kraftigt för en kvinna som kretsar kring den vikt som idag ofta uppfattas som ideal. (Miss World var 1980 175 cm lång och vägde 49 kg!).

I Mary Douglas perspektiv handlar kontroll om att bevaka att gränser inte överträds. För att kontrollera kroppen måste vi bevaka dess gränser. I många samhällen är blod, saliv, sperma exempel på kroppsvätskor som omgärdas av olika regler och tabun. I vårt eget samhälle finns det en hel industri som tillverkar produkter som syftar till att utplåna eventuella spår av våra naturliga "utdunstningar" som svett och dålig andedräkt. Finns det kanske några likheter mellan amerikanska och parfymade tamponger och en menshydda i Nya Guinea? Det är i alla fall klart att det även i vårt samhälle finns definierade regler för hur vi bör hantera vår kropp. Vi manipulerar våra kroppar och på vilket sätt vi manipulerar våra kroppar är enligt Douglas relaterat till den sociala strukturen. Hård social kontroll åtföljs i Douglas modell alltid av hård kontroll av kroppen (1970:99). Kopplingen kan på ett visst plan bli alltför direkt och mekanisk. Vi kan inte i det industrialiserade samhället längre tala om social kontroll i traditionell bemärkelse trots att mycket talar för att kroppen i vårt samhälle är extremt kontrollerad och

manipulerad. Vi kan helt enkelt inte reducera den kroppsliga vecklighetens kulturella mångfald till enbart den sociala strukturen.

På ett annat plan finns det en bärkraftighet i Zolas hypotes (1972) att medicinen har blivit en institution för social kontroll. Det finns också många andra institutioner som är intresserade av att kontrollera kroppen. Konfektionsindustrin lanserar ständigt nya modetrender som vägleder oss i hur vi skall klä våra kroppar. Kosmetikaindustrin tycks aldrig upphöra med att erbjuda nya sätt att "göra rynkig hud slät" eller att minska omkretsen på kvinnolår. Läkemedelsindustrin vill vara med och bestämma hur och med vad vi helar vår kropp. Livsmedelsindustrin gör stora investeringar i reklam för ett nästintill oöverskådligt utbud av föda – allt från potatischips till minimjölk. Tobaksbolagen vill att du ska både snusa och röka och samtidigt varnar socialstyrelsen oss för tobaksbrukets skadliga inverkan på vår hälsa. Systembolaget strävar efter att minska sin försäljning även om det tycks finnas en inbyggd konflikt i budskapet.

Avslutning

Anorexi-problematiken är komplex och kan belysas på många olika sätt. Vi har här närmat oss syndromet utifrån ett antropologiskt perspektiv. Artikeln är också en kritik av tendensen inom vårt sjukdomssystem att medikalisera syndromet. Diagnosen för anorexi gör en klar skillnad mellan vad som är normalt och vad som är avvikande. Denna klara distinktion kan kanske förklaras med de fysiska konsekvenser som anorexi är förknippad med, men också med att den positivistiska modell som dominerar vårt sjukvårdssystem har svårt att integrera sociokulturella förklaringar. Ytterligare en förklaring kan vara att vi har svårt att ifrågasätta och diskutera grundläggande normer och värderingar i vårt eget samhälle. Enligt vårt sätt att se det kan och bör inte hälsa och sjukdom isoleras från sitt kulturella och sociala sammanhang: de anorektiska symtomen uttrycker grundläggande värderingar i vårt samhälle.

Med den utgångspunkten har det varit naturligt att titta närmare på påståendet att anorexi är ett kulturburet syndrom. Debatten kring kulturbundna syndrom har präglats av en snäv kultursyn och etnocentrism. Cheryl Ritenbaugh försöker undvika problematiken med alltför snäva dimensioner av kulturbundna synd-

.....

Kanske är det dags att överge begreppet kulturbundna sjukdomar helt och hållet och istället försöka finna andra vägar att undersöka hur sjukdom kan vara kopplat till kulturella normer och idéer

.....

rom genom att ha ett mer betydelseorienterat fokus. Istället för att fastställa om anorexi är kulturbundet eller ej syftar definitionen till att utgöra ett ramverk för hur sjukdom är relaterat till sitt speciella kulturella sammanhang. För att förstå anorexi måste vi sätta in syndromet i ett sammanhang där kroppskontroll och strävan att konformera till ett kulturspecifikt skönhetsideal framstår som viktiga komponenter även för människor som inte lever upp till de diagnostiska kriterierna för anorexi. Vi tror att de anorektiska symtomen formats av normer och idéer utifrån grundantagandet att *alla* sjukdomar har en kulturell dimension.

Begreppet kulturbundenhet innefattar ofta en statisk syn på kultur- begreppet. Kulturella värderingar och normer varierar inte bara geografiskt utan förändras också över tid. Anorexi är ingen ny sjukdom även om antalet fall har ökat de senaste tjugo åren. Den heliga Katarina från Siena hade anorexi men orsakerna bakom hennes fastande hade en annan innebörd än vad självsvält har i dagens samhälle. Kanske är det därför dags att överge begreppet kulturbundna sjukdomar helt och hållet och istället försöka finna andra vägar att undersöka hur sjukdom kan vara kopplat till kulturella normer och idéer.

Mot den bakgrunden har vi undersökt ett perspektiv på anorexi där kroppen är i fokus. Vi har försökt följa fyra nära sammanlänkade delperspektiv; att kroppen fungerar som metafor för samhället, att kroppen är konstruerad i enlighet med normer och konventioner, att kroppen utgör Ett medel för kommunikation av kultur samt att kroppskontroll är ett centralt tema i vårt samhälle.

Tanken bakom uppdelningen i fyra delperspektiv är att tydliggöra dimensioner av kroppen som vi ofta är blinda inför. Kroppen har en kulturell dimension som är svår att skilja från den fysiska kroppen. Värderingar och normer påverkar vårt sätt att uppfatta och hantera

kroppen vid både hälsa och sjukdom. Vår kroppsliga verklighet är kulturellt konstruerad och när väl en idé har förkroppsligats, dvs förankrats i kroppsliga symboler och blivit "naturlig" är den svår att distansera sig ifrån, idén har blivit verklig och självklar. Vårt skönhetsideal är ett exempel på en sådan konstruktion som har institutionaliserats och strävan efter kontroll av kroppen är ett genomgående tema i vår idévärld.

Kroppen kan också betraktas som en sista frizon som vi personligt kan påverka. Genom att ha kontroll över kroppen upplever vi kanske, en känsla av att kontrollera vår tillvaro. Samtidigt är vi inte särskilt självständiga i vårt sätt att hantera kroppen. Vi utsätts ständigt för olika influenser som förmedlar klara värderingar och normer för hur en vacker kropp kan och bör se ut. Dessa normer och värderingar skapas kulturellt och är inte universella hur "naturliga" de än kan tyckas vara.

REFERENSER

- Douglas M* (1966): *Purity and Danger*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Douglas M* (1970 o 1982): *Natural Symbols*. New York: Phanteon Books.
- Eisenberg L* (1977): Disease and illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1:9–23.
- Garner D M, Garfinkel P E* (1980): Sociocultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10:647–656.
- Kleinman A M* (1977): Depression, somatization and the "New cross- cultural psychiatry". *Social Science and Medicine*, 11:3–10.
- Lock M, Scheper-Hughes N* (1987): *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*. *Medical Anthropology Quarterly*, 1:6–41.
- Prince R* (1985): The concept of culture-bound syndromes: Anorexia nervosa and Brainfag. *Social Science and Medicine*, 21:197–203.
- Qvarsell R* (1989): Människan och hennes hälsa: Om hälso- begreppet och hälsoupplysningens idéhistoria. I *Hälsa som livsmening*. Red Philipson S M och Uddenberg N. Stockholm: Natur och Kultur.
- Ritenbaugh C* (1982): Obesity as a culture-bound syndrome. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6:347–361.
- Russell G, Treasure J* (1989): The Modern History of Anorexia Nervosa. An Interpretation of Why the Illness has Changed. *Annals New York Academy of Sciences*, 575:13–27.
- Swartz L* (1985): Anorexia nervosa as a culture-bound syndrome. *Social Science and Medicine*, 20:725–73.

Fullständig referenslista kan fås genom författarna.