

# PÅ TO SIDER AF ET SPEJLHAV, ADSKILT FRA HINANDEN AF ET FÆLLES SPROG?

Kroppen i narrativ antropologi og videnskabelig medicin

Sammenbragt kan Jung, Haraway, Lacan og Strathern fortælle os, at menneskeheden må blive eller allerede er blevet (tilbageskuende måske altid har været) cyborgsk – en organisme, som ifølge Haraway er mere end en enhed og mindre end en dyade og det første ekstensionsredskab, der vil blive i stand til at skabe sig selv i kraft af sit narcissistiske billede i moderens legemliggjorte øje eller, lidt senere, i spejlet, lille spejl på væggen...



Mellem socialantropologien og den kliniske medicin indkiler der sig et spejl, hvorigennem og hvori den ene betragter den anden, men blot ser sig selv (kærligt, hadefuldt, ambivalent, men aldrig ligegyldigt). Ligesom spejlet på Eric Gills stik, som en mand ser ind i for at se sig legemliggjort som kvinde, ligesom kvinden, der kigger ind i det og ser sig selv i mandskrop.

Det spejl, de ser ind i, er kroppen selv, men samtidig er denne krop forskellig og dog den samme. Antropologien befinder sig på samme side som lægevidenskaben, men også på den anden side. Hver især befinder de sig på begge sider af samme spejl, og dog ser hver især ind i et forskelligt spejl. Hvorledes kan da deres på én og samme tid sammenslyngede og bortvendte blik komme til skueren – patienten – til gavn? For nu at citere Strathern ude af sammenhæng: „At skifte perspektiv, som mellem antropologi og feminisme, fordrer hverken, at et forladt stand-

Eric Gill: Kunstner og spejl II (1932)  
(Venligst stillet til rådighed af Victoria & Albert Museum).

punkt opgives eller, at det underordnes“. Hvis denne relation kan tænkes mellem antropologi og feminisme, hvorfor da ikke også mellem biomedicin og antropologi?

Det er den kliniske medicins mål at diagnosticere årsagerne til en episode af kropsligt ilde-befindende ved, om muligt, at få den til at ligne tilsvarende episoder, der klassificeres som sygdom. Denne kan allerede være velkendt, eller lægevidenskaben kan, som i tilfældet med HIV-sygdomme og AIDS, „opfinde“ en ny kombination af delvis forudeksisterende symptomer. Sygdommen beskrives eller opfindes for specifikt at fremme forståelsen af disse årsager og deres virkninger, således at man kan fremskynde og lette sygdomshedens forsvinden fra den person, der er ramt af den. Praktikere kan godt finde på at sige: „vi tror, dvs. vi ved, at normalt er årsagen til det her...“ – et udsagn, der sigter mod at blive (og faktisk ofte bliver) fortolket af patienten som et: „årsagerne er, behandlingen er“. Den stiltiende slutningsmåde er, at hvis patienten efterkommer lægens råd eller underkaster sig behandlingsmåden, vil hun/han før eller senere blive eks-patient og kunne vende tilbage til verden som et personligt subjekt. Denne pragmatiske tilgang kræver brugen af, om ikke Occams rasekniv, så dog hans skalpel. Det, der søges, er den mest enkle forklaring, som effektivt vil fremme behandlingen. Fra dette synspunkt kan man medicinsk se eller undlade at se patienten som helhed eller, bortset fra i den mest bogstavelige forstand, undlade at se patienten overhovedet. Kvantitative sandsynligheder kan være tilstrækkelige, og den sociale og kulturelle baggrunds finere detaljer kan være overflødige eller forsinke indgreb unødigt.

Den kliniske udspørger er, hvad enten det drejer sig om personlig behandling eller om epidemiologisk og ætiologisk bestemmelse, normalt ikke optaget af, om der er andre til stede i lokalet, af den udspurgtes sindsstemning eller af, om hun/han ville afgive de samme svar eller fortælle samme historie i en anden situation. Patientnotaterne, journalen, den offentliggjorte artikel i *British Medical Journal* eller i *Ugeskrift for Læger* forventes at være afgørende – så at sige bogstaveligt afskærende – og definitiv: den bedste viden, der i øjeblikket står til rådighed, og som tilbageviser tidligere påstande og slutninger. Mængden af fakta og faktorer, der tages i betragtning, er blevet begrænset af hensyn til den praktiske nytteværdi. Virkeligheden er der, men en udvalgt virkelighed – medicinernes virkningsfuldhed, de erfaringer, der lader sig uddrage af behandlingsforsøg – men ikke „det hele menneskeliv“.

Klinikeren og den kliniske videnskabsmand tænker i (sørgelige?) tal, nødvendigvis, for det er det, der for dem er blevet defineret som den acceptable måde at legitimere handling på. Som Kleinman (1988:22f) har gjort gældende i forbindelse med psykiatrisk epidemiologi, er de fanget i modsigelsen mellem den traditionelle kliniske anerkendelse af det idiosynkratiske individ og den epidemiologiske laden hånt om det statistisk atypiske. Af samme grunde er de bundet til alene at søge den enkeltstående lineære årsag, som kan isoleres inden for den „naturlige“ patologis parametre: virkelig, episodisk sygdom, lokaliseret i den (somatiske, dvs. segmenterede) krop som læsion (se Armstrong 1987). Det betyder ikke nødvendigvis, at multikausalitet og forklaringspluralisme ikke anerkendes, men man må se bort fra dem til fordel for helbredelsens pragmatiske politiske økonomi. Læger ikke blot lytter til deres patienter; de lokker en historie ud af dem – en beretning, der hører hjemme inden for biomedicinens allerede indlærte og selvfølgelige diskurs, og som (oftest virkningsfuldt og selvfølgelig rationelt) giver svar på de spørgsmål, som de stillede ved undersøgelsernes begyndelse.

Antropologer drejer skarpt i den modsatte retning. Med afsæt i en svarmængde, som

emisk lægges frem for antropologer af de personer, de iagttagere, og i hvis liv de søger at tage del (for så vidt de da er i stand til at overskride deres egne subjektive forudopfattelser eller de krav, disciplinen selv pånøder dem), vil de til sidst være i stand til at formulere nye spørgsmål. I det mindste har den akademiske fortolkende antropologi som mål at forstå den sociale proces, som måske – måske ikke – viser sig at have betydning for, hvordan enkle årsager indvirker på det direkte resultat af begivenheder. Antropologer kan ikke på forhånd gå ud fra, at nogen som helst handling skulle være betydningsløs, og de må derfor vikle sig selv ind i deres undersøgelsessubjekters erfaringsverden på en måde, der ikke blot ikke forlanges af klinikerne, men som oftest også faktisk forbydes hende/ham, fordi det anses for uetisk eller at give anledning til tab af objektivitet. Antropologer kan meget vel tælle og regne på differentierende eller differentielle egenskaber, men i modsætning til klinikere behøver de aldrig at tabulere kvantificerbare svar på de spørgsmål, som formelt stilles til deres undersøgelsessubjekter. Hvis det lykkes for dem, kan de bidrage med indsigter i processer over tid, mere end i en umiddelbar handlingsmængde. Resultatet af deres arbejde forventes ikke nødvendigvis at være definitivt, som det foreligger. Det skal dog, sandt nok, kunne sammenholdes med tidligere arbejde inden for området, men det må samtidig gerne være modsigelseslystent, uforeneligt med og overskride tidligere arbejde, uden dog, som kliniske konklusioner, at skulle erstatte sine forgængere.

Man vil her ej heller finde – som det er og må være tilfældet inden for medicinen – et enkelt og anerkendt beslutningshierarki, hvor f.eks. reservelægen kun sidder inde med trumfkortet, så længe der ingen overlæge er til stede. For antropologiens løser ortodoksier udgør pluralismer ingen fare, ikke mindst fordi de – hvor imperialistiske de end kan have fremstået og måske stadig fremstår – ikke indskriver deres konklusioner på informanternes kroppe. De kan fastfryse de andres historie i deres tekster, men de udtager ikke dele af disse andres kroppe for at transplantere dem ind i atter andre eller for at lagre dem i laboratorier eller på mikroskopets objektglas. De tvinges ikke af tid eller andre pragmatiske hensyn til at spærre sig selv inde bag de grænser, som pånødes af det syn på individualiseret sygdom, som ser den som afgrænset af tid og rum. De har al mulig grund til at analysere den samme generaliserbare sygdom som en konstruktion inden for medicinens kulturområde (se diskussionen af Ludwik Fleck i Löwy 1988). Og samtidig kan de udforske det videre begreb lidelse, sådan som dette bliver til igennem historisk og geografisk specifikke udtryk for den legemliggjorte lidens praksis. Denne kan, som vi skal se, selv være indlejret i sociale, politiske og økonomiske bestemtheder og bestemmelser af sygelighed i særdeleshed og liden i almindelighed.

Man kan således anskue den kliniske videnskab og den medicinske antropologis diskursive praksisformer som en refraktion af den vellignende forskel mellem, på den ene side, de praktiske forhold vedrørende den politiske handling i tidligere tiders koloniale områder, og på den anden side, den udredning af stammelovgivning, som den politiske antropologi holdt så meget af i fyrreerne og halvtredserne. Når nogle antropologer – som Evans-Pritchard (Evans-Pritchard 1949), der mødte den italienske undertrykkelse i Cyrenaica, eller Gluckman og Rhodes Livingstone Instituttets lærerstab, der energisk kæmpede mod den Centralafrikanske Føderation (Epstein 1992) – søgte at radikaliseres, for ikke at sige revolutionere sig selv, søgte de efter, i værste fald, måder at blive fortalere på, i bedste fald, måder at samarbejde med deres førhen undersøgelsessubjekter på.

Før vi yderligere udfolder argumentet, kan vi sammenfatte, hvad jeg hidtil har sagt, i

følgende temmelig skematiske og meget forenklede opstilling, som hverken gør fordring på at være definitiv eller udtømmende:

### **Antropologi og epidemiologi: at se ind i spejlet. En erfaringsopsamling.**

#### **Biomedicin**

handling  
valgfri kompleksitet  
episodisk  
lineær årsagssammenhæng  
+/- sociokulturelle faktorer  
++ formelle spørgsmål  
+/- andre til stede  
definitiv og falsificerbar  
begrænset virkelighedsafspejling  
ikke-involvering  
skal tælle  
det atypiske ignoreres

#### **Sygdøm som primærfokus**

virkelige, kropssituerede  
læsioner, der tages for givet  
  
fremlokker svar inden for  
sin egen diskursive ramme  
ender med at give svar på  
spørgsmål, stillet fra begyndelsen

↓

*ukreativ, men sand!*

#### **Socialantropologi**

forståelse  
nødvendig kompleksitet  
flydende strøm  
overdetermination  
++ sociokulturelle faktorer  
+/- formelle spørgsmål  
++ andre til stede  
konsistent, men udvidelig  
helhed  
deltagelse  
kan tælle  
det atypiske er afgørende

#### **Lidelse som primærfokus**

uafgrænset i tid og rum  
socialt konstrueret i situeret praksis og derpå  
*Sygelighed* socialt, økonomisk og politisk de-  
termineret → *Sygdøm* som social konstruktion  
forsøger at godtage emiske diskursive rammer  
  
ender med at formulere spørgsmål  
til svar, der var der i begyndelsen

↓

*kreativ, men forkert?*

En ny, frisindet anvendt antropologi om sygelighed i almindelighed og AIDS i særdeleshed måtte søge tilsvarende begreber, der kunne bygge bro – men til hvem: klinikkens beboere eller brugerne af den statistiske computerpakke? Den troede at kunne finde dem i et symbiotisk forhold til en mellemdisciplin, epidemiologien, der har visse værdier til fælles med antropologien, og andre med mere ortodoks klinisk medicin. Var det ikke kærlighed ved første blik, så var der dog i det mindste en vis afprøvende, gensidig tiltrækning. Som jeg hævder andetsteds (Frankenberg 1993), udgør epidemiologien, også selvom den i Storbritannien og det meste af Europa arbejder inden for og ud fra den kliniske medicin, en større udfordring for sidstnævnte end f.eks. homøopati og akupunktur. For disse forbliver, hvor meget de end i andre henseender udfordrer ortodoksien radikalt, dog fokuseret på individet. Socialepidemiologien er selvfølgelig lige netop, hvad navnet angiver. Den

retter søgelyset mod sociale frem for individuelle karakteristika; den leder efter „sygdoms“årsager, som er at finde i det sociale miljø, og som enten ikke, eller endnu ikke, befinder sig i inde i den isolerede krop. Dertil kommer, at den baserer sig på et formodet (om end ikke altid på overbevisende måde) moralsk neutralt risikobegreb (se Douglas 1983; Douglas & Wildavsky 1983), som afdækkes ved, at man identificerer en kategori af personer: de sandsynligst symptom- eller syndromramte. Disse kendetegnes nu som risiko-„gruppe“ (som det nu hedder med en farligt misvisende betegnelse), og de relevante egenskaber og adfærdsformer hos medlemmer af denne „gruppe“ identificeres så som risikofaktorer. Disse sættes i forbindelse med en formodet ydre årsag, og herigennem søger man ved argumentation og udglattende sprogbrug at overbevise kliniske og kommercielle kritikere om, at dette er måden, overføringen til kroppen sker på. Epidemiologisk standardpraksis hviler på sådanne sociokulturelle, kropsudvendige undersøgelser, efterfulgt af teoretisering over problemet, indsamling og klassifikation af tilfælde, identifikation af en eller flere kategorier af risikopersoner, identifikation af risikofaktorerne, som så danner overgangen til påvisningen af kropsoverføringsmåden og den kropsvendige/bionaturale påvisning af patologiske processer.

I tilfældet med AIDS/HIV kom epidemiologien hurtigt igennem dette normale kulturelle forløb. Den navngav fem kategorier af personer, som var udsat for risiko. Man opfandt det undseeligt humorale begreb, udveksling af kropsvæsker (og som skulle dække blodtransfusion, kønslig omgang og intravenøs injektion), til at beskrive den fælles overføringsrisikofaktor, og til sidst påviste man virusinfektionen og den immunologiske læsions ætiologiske processer. På dette trin blev det besluttet – for måske var man blevet bedraget af den konventionelle betegnelsesmådes magt: *risikogruppe* i stedet for *risikokategori* – at man havde et gruppekulturelt problem, og som tidligere indkaldte man kultureksperterne: antropologerne. Smiger og et vagt bestemt, men tilsyneladende fælles grænsebegreb i forening er et kraftigt virkemiddel til intellektuel forførelse. Der var en gensidig erkendelse af en mulig alliance ud fra det princip, at de (henholdsvis inden for medicinen på den ene og samfundsvidenskaben på den anden side), der ikke er imod os, er med os. Dette overskyggede det mere forsigtige synspunkt, at når man ukritisk billiger andres situationsdefinition, er man enig i den. Derfor udviklede der sig en uheldig kompleks mængde paradokser: at gode etnografiske beskrivelser kunne føre til katastrofale følgesygdomme, og slette til mindre katastrofale. Endnu bitrere viste det sig, at fremragende etnografi med gavnlige politiske resultater på ét sted og ét tidspunkt kunne misbruges katastrofalt under andre omstændigheder og i andre perioder, blot få måneder senere eller få kilometer væk (Sophie Day: personlig meddelelse; jf. Day 1988; Day et al. 1988).

Hvad jeg vil foreslå – for nu omsider at genoptage min indledende figur – er, at der delvis kunne findes en løsning på disse kategoriforvirringer ved at forlade den indbildning, der består i at se sin egen krop i den andens „som i et spejl, dunkelt“ og ved, i stedet, at holde kroppene adskilt og alligevel lade dem glide sammen (jf. om Gills arbejds-metode: McCarthy 1989) – altså i praksis at opgive dette tilsyneladende fælles risikobegreb og i stedet at søge nydelserne og farerne ved at tage kroppen selv som et nyt grænsebegreb.

John Jacobs hævder (1988), at i og med at patienten i bevægelsen fra primær over sekundær til tertiær behandling mister ekspertise, kontrol og mulighed for informeret og derfor ægte at kunne vælge, bliver anvendelsen af lægevidenskaben mere „ren“ i den

forstand, der – som jeg læser det – er netop, hvad Scheper-Hughes og Lock kritiserer i deres nu klassiske artikel om den åndfulde krop (Scheper-Hughes & Lock 1987). Der foreslår de, at der eksisterer mindst tre kroppe. Den første, den sociale krop, blev først – på hvad man kunne kalde en præanalytisk måde – omtalt af den franske sociolog og Durkheim-elev Marcel Mauss (Mauss 1973), da han i 1935 henledte opmærksomheden på, at franskmænd og englændere brugte deres krop på forskellig måde, når de marcherede, svømmede, gravede eller gjorde alle mulige andre ting. Det, han kaldte „kropsteknikker“, delte et fælles (han talte om et naturligt) produktivt, instrumentelt formål i bevægelsen og det praktiske arbejde, men samtidigt kendetegnedes de af en ekspresiv (kulturel/social) forskellighed, så der aldrig for den indviede iagttagere var tvivl om, hvem der var fransk, og hvem engelsk. Han hævdede, at den psykologiske determination i individuel forstand blot var et lille hjul i overførslen, og at hver ny generation blev indlært i og efterlignede – omend ikke slavisk – deres umiddelbare forfædres kropslige sædvaner.

I fransk sociologi genoptog Bourdieu mere end et halvt århundrede senere sin forgængers betegnelse for dette: *habitus*; han udviklede og forfinede den, så den kunne afbilde den kropsholdning over for verden, som i et vist omfang deles af f. eks. alle franskmænd, men som også er forskellig i kraft af klasse, køn og uddannelse. De, der har retten til at styre, sidder ikke blot inde med viden i kognitiv forstand, men også med den korrekte optræden. De, der har pligt til at adlyde, fremviser, om ikke det uudslettelige kainsmærke, så dog en adfærd som Adams efter syndefaldet eller den evigt smilende Marthas ydmygende geskæftighed. Set fra individets synspunkt, bliver dets kulturelle kapital legemliggjort viden, ikke blot om, hvad der skal siges, men om, hvordan man skal udtrykke det i ord og andre kropslige gebærder og fremstillinger. Set fra samfundets synspunkt i bred forstand, afspejles den sociale verdens institutioner i de måder, kroppe arbejder og forlyster sig på.

Mary Douglas (1970, 1973) forenede resultatet af denne durkheimiske genealogi med et fra samme ophav, som dog kunne føres tilbage i en anden linje gennem Bernstein's analyse af sproglige koder og principper for klassifikation og hierarkisering. Hun minder os om måder, hvorpå social forandring – formidlet igennem samklang i alle kodekanaler (bevægelse, klæder, talestil, udførelse af kropsfunktionerne) – leder til overførsel og kontrol af kropsadfærd, f.eks. fra den ranke gang, afsnuppede tale og moustacherne blandt officererne i Republikaner- eller Livgarden til den omhyggeligt plejede sjuskethed med friserer og positurer, der bogstaveligt afmærker den intellektuelle eller skønånden. Blot denne korte omtale har allerede delvist ført os til frem til Scheper-Hughes og Locks anden krop: den politiske. For det står klart, at det sociale interaktion med det enkelte samfundsmedlems individuelle krop ikke lades uberørt af den asymmetriske magt. Foucault, blandt andre, har overbevisende hævdet både det socialt nødvendige i, at staten udøver kontrol over sine „underlemmers“ kroppe, og påpeget de mangeartede måder, hvorpå samfundsmedlemmerne til forskellige tider er blevet skiftevis tvunget, overvåget, hæmmet og samvittighedstyngtet til at styre deres egne lemmer. Den moderne medicin er jo iøvrigt selv vokset frem af og har udviklet sig i sprækkerne mellem disse diskontinuerte forskydninger i magtudøvelsens metoder og omfang. Faktisk forstærker den dem, om den da ikke, med sit blik, skabte dem. Indgreb i det, man opfattede som den syge kroppe mekanismer – herunder klassifikation og tegn og symptomer, indkredsning og navngivning af enkeltsygdomme og syndromer – er kulturelle og konjekturale produkter, steds- og tidsbestemte og afhængige af interne og eksterne iagttageres respektive positioner. Det sam-

me gælder for den krop, man opfatter som normal, til trods for, eller måske rettere i kraft af de biologiske videnskabers iagttagelser – som Laqueur (1990) har påvist det for forplantningsapparatets historie.

Marx skulle være blevet berømt oversat for at have sagt, at mennesket skaber sin egen historie, men ikke i ét stykke (Marx 1951). Det samme er blevet hævdet af en anden nedstammingslinje – nemlig fra Merleau-Ponty – af franske tænkere, men nu om de to primære køns kroppe. Den levede krop, *legemet* (se Ots 1990), eller den åndfulde krop, skaber sig selv inden for den kulturelle ramme, dvs. de processer, hvorigennem den selv skaber sine andre, som den finder sig omskrevet af. Romanyshyn skriver:

I dag kender vi alle ganske indgående denne erfaring af fremmedhed, for den afstand, der skiller vor viden om verden fra vores erfaring af den, er vokset og vokset. Mellem min krop, som jeg kender fra mit liv sammen med andre, og den medicinske kundskabs krop, eller mellem stoffets atomare struktur og tingene i verden, sådan som jeg sanser dem, breder der sig en umåelig afstand, og i de fleste henseender forbliver enhver af os fremmede over for disse konstruerede realiteter. Vi har, ofte ned i de allermindste detaljer, *viden* om den verden, vi har forestillet og drømt os, den verden, vi har skabt, men ikke kan erfare. Lige meget hvor store anstrengelser, jeg gør mig – f.eks. for at *erfare* det at se en smuk solopgang som elektromagnetisk strålings indvirkning på mine øjeæblers regnbuehinde, hvor komplicerede elektrokemiske reaktioner finder sted, som forvandler fysiske stimuli til fysiologiske hændelser – er jeg dømt til at lide skibbrud. Selvfølgelig kan jeg have held til at omdanne alle disse fysiske og fysiologiske processer til skærmvisualiseringer, som jeg så kan se, men de linjer og mønstre, man kan iagttage på kontrolskærmen er ganske tydeligt *ikke* det samme som synsoplevelsen af en strålende solopgang. Og skulle jeg ærligt og i fuld alvor påstå, at jeg var i stand til at *erfare* solopgangen som en samordning af fysiske stimuli og fysiologiske hændelser, ville man regne mig for sindssyg. Dette danner indbegrebet af fremmedhed, for den selv samme verden, som skabes af et selv på afstand, anses både for at være *real* – den måde verden er til på: et kompleks af fysisk-kemiske reaktioner, omdannet til neurokemiske hændelser – og *indbildt*. Det er næppe sært, at vi i denne fremmedhed er begyndt at fare vild (Romanyshyn 1989:68).

Forfatteren fortsætter med at påpege, at opfindelserne af perspektivet og liget var samtidige. Han viser, hvorledes forståelsen af, på den ene side, fyrstendømmets samfundslegeme og af borgernes legemer på den anden side blev distanceret og gjort mere pålidelig, gentagelig og reproducerbar, samtidig med at deres særegne måde at være til i verden på blev forvansket og forenklet. Han gør det ved at modstille en udsigt over Firenze, fra før opfindelsen af perspektivet, og en, malt umiddelbart efter. Ved det første får vi en fornemmelse af meget vel at kunne støde ind i såvel mure som medmennesker. Vi kan næste lugte det, italienerne – i modsætning til fromhedens odeur – kalder humanitas. Ved den anden udsigt bringes vi på afstand. Bygningerne ses som pæne rækker og alt for langt væk, til at man kan vide, om de overhovedet er beboede: det første trin i en proces, der skulle lede til luftfotografiet og befolkningsstatistiske kalkulationer. Disse to udsigter holder Romanyshyn sammen med to portrætter af anatomer, stående ved siden af menneskekroppe.

På det første betragter og omfatter videnskabsmanden kroppen i sin helhed, og det er få detaljer ved den, man kan opfatte. På det andet er Vesalius afbildet: han fremviser det indre af en afskåret arm; han træder til side, mens han holder armen op uden at se på den. Han ligner en, der lige har opfundet den dybe tallerken. Han har sønderdelt den værende, levende krop som grundlaget for liv og lægekunst og har opfundet både liget og det blot

somatiske fragment. Han har lagt det usikre, men varige fundament for modsætningen mellem læg og læge inden for sundhedsvæsenet (herunder modsætningen mellem sygeplejerske og doktor: „Sygeplejerskerne på Afdeling 7H udførte ikke post mortem-behandling på døde kroppe. De plejede patienter, som de kendte, før og efter døden“ (Wolf 1990:68). Som Romanyshyn konkluderer:

Med kunstkritikeren Charles Wentincks ord „[er dette] en krop, der er blevet en næsten umenneskelig abstraktion, langt fjernere fra naturen end på noget andet tidspunkt i historien“. Det er en afbælget krop – en krop, „hvor alle de naturlige aktiviteter, at høre, ånde, tale og gestikulere, er ... blevet erstattet af tekniske funktioner“ – en krop, lukket omkring sig selv og isoleret fra verden. Et hovedproblem for vor tid er at forstå de måder, vi er krop på. Og det er et hovedproblem, fordi den måde, vi forstår og behandler vores krop på, afspejler den måde, vi forstår og behandler verden på (Romanyshyn 1989:103).

Vi må gå ud fra, at oldtidens læger ligesom pårørende næsten altid, og de religiøse eller nutidens sygeplejersker – som nævnt ovenfor – så deres patienter bevæge sig fra de levende til de døde, snarere end fra at være personificeret krop til at være affaldsstof. Ikke desto mindre er det sandsynligvis rimeligt at anerkende, at det, vi kunne kalde korporlig erkendelse, netop blev muliggjort af denne distancering og mangel på respekt. Selv før den moderne lægevidenskabs højteknologiske fase forøgede den sin viden om den korporlige krop ved minutøst at specialisere sig i dens enkelte dele og disses systemer. Dette kunne vi kalde den *somatiske* krop. Hvad den moderne lægevidenskab har nået – og det er selvsagt ganske betragteligt – afhænger først af, at der skabes afstand mellem den kliniske iagttagelse/praktiker og den inkarnerede krop, der reduceres til korporlig krop. Derpå udlemmes den korporale krop i sine somatiske komponenter. Og disse kan tydeligvis ofte erstattes i perioder på minutter, måneder, ja endog år.

Inden for den fænomenologiske tradition har Bologh (1971,1981) hævdet, at det for medicinen, i dens mest videnskabelige form, ikke var nødvendigt at anerkende, at patienten havde kreative åndsevner, derimod alene at hun/han kunne være i besiddelse af en genstridig vilje. I et samfund, der hviler på og fascineres af elektronisk kontrolleret maskinteknologi, gør lægevidenskaben på den anden side mere end blot at helbrede. Den udviser forståelse for og giver forklaring på den barske natur og besidder en evne til effektivt at bekæmpe dennes luner. På grund af sin raffinerede teknologi giver den tættere pleje både nydelse ved og nærer håb, rettet mod samfundet, selvom den ikke altid yder velvære. Jacobs (1988) anfører Hirschmans sondring (både hvad angår hjemmets og lægevidenskabs varige forbrugsgoder) mellem velværefrembringere og nydelsesfrembringere. Nydelse består i oplevelsen af at bevæge sig fra ikke-velvære til velvære, hvor denne sidste nås på ankomststedet. Derfor består der en modsætning mellem nydelse og velvære: for at opnå nydelse må man midlertidigt ofre velværet. Derfor tillader og ønsker samfundet, at lægevidenskaben „anvender ekstraordinære ressourcer på at tage sig af ekstraordinære sygdomsmanifestationer. De ressourcer, der helliges organtransplantationer, er ude af trit med enhver anden mulig nytte, samfundet måtte høste deraf“ (Jacobs 1988:59).

Det må også indrømmes, at det er samfunds,,videnskabsfolk“, der efter at have skænket titlen „biomedicin“ til dem, der udøver den, nu stiller spørgsmålstejn ved, om de kan gøre krav på at beholde den! Hæderlige læger har – hvor modern(istisk)e de nu måtte være – redeligt indrømmet, ja tilmed i erindringer og anekdoter gjort sig til af, at en hel

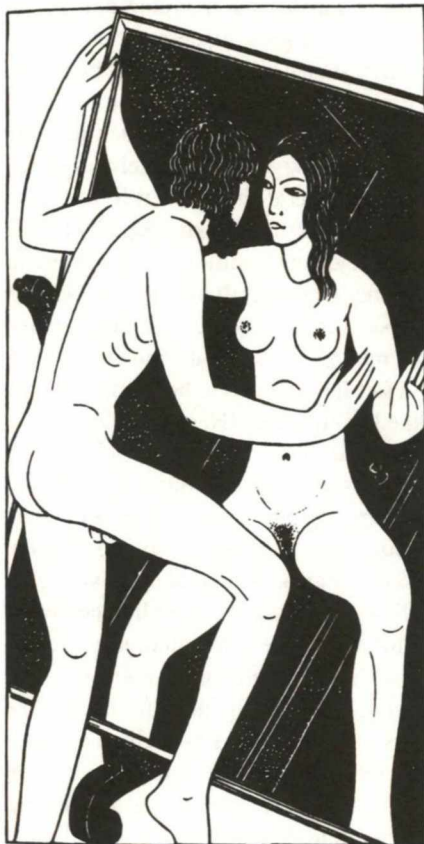


del lægekunst hviler langt mere på fornemmelsen og erfaringen end på biologien. Endnu mere fundamentalt er det dog, at læger – i modsætning til deres patienter, som bringer deres intakte eller læderede, hele kroppe til kirurgiske indgreb eller medicinsk behandling – er velgørende selektive over for de legemsdele, de vier deres opmærksomhed. På ethvert tidspunkt vil det medicinske blik koncentrere sig om delen frem for om helheden, og mere på nutiden eller den nære fortid med et øjekast mod fremtiden (prognose og behandling), end på den biologiske evolutions æoner eller molekylærbiologiens nanosekunder. Det medicinske syn på kroppen adskiller sig fra det biologiske ved at begrænse omfanget af sit kropsrum og sin kropstid. Dette af nødvendighed begrænsede, men vigtige syn – et fokuseret blik – har jeg kaldt *somatisk* for derved at skelne det fra det bredere, biologiske *korporlige* syn. For – endelig – på en grov måde at beskrive den åndfulde krop, har jeg uden dog at fæstne lid til en kartesiansk dikotomi indført betegnelsen den *inkarnerede* krop – og det i en bestræbelse på at lede tanken hen på den følelse af helhed, som for mange er, eller burde være, den normative tilstand. Sammen har min kollega fra Brunel University, Judith Monks, og jeg undersøgt en række selvbiografier fra personer med dissemineret sklerose, og på baggrund heraf mener vi at have fundet belæg for den emiske brug af „krop“ på alle tre måder (Monks & Frankenberg 1994). Når Ots (1990) på fænomenologisk grundlag i et nyligt arbejde om traditionel kinesisk medicin gør brug af de „germanske“ termer: krop og legeme, svarer det til mine to sidstnævnte betegnelser. Vi befinder os dog stadig, om end nok så svagt, i målingens verden. Kirsten Hastrup har for nylig påpeget, at der ikke er nogen måling, man kan anvende på erfaringen af at lide i almindelighed og af langvarig sult i særdeleshed. Hvor hungerperioder er en del af den kollektive hukommelse, kan sult ikke kvantificeres (Hastrup 1993:729).

Den begrebslige skilsmisse mellem videnskab og kunst, sjæl og legeme, ord og bilde, fornuft og følelse, som man sporer tilbage til Aristoteles over Platon og fra Platon over Descartes til højmodernismen, sætter sig igennem i den medicinske praksis gennem mekanicismen (eller organicismen?) i kraft af en dualistisk fejlslutning, som jeg her har prøvet at opridse. På grund af en nødvendighed, der er tragisk, fordi den er uafvendelig, har medicinen måttet give afkald på den udsigelige, utænkelige og usynlige helhed til fordel for den beskrivelige, analyserbare og derfor tænkelige manipulation af kropsfragmenter. Det er disse, der danner de taksonomiske hoveddrammer for *sygdom* og diagnose, og især, kirurgiske specialer. Patienterne, derimod, holder sig inden for en diskurs, som beherskes af *lidelse*, hvori symptomer opfattes i forlængelse af og forbindelse med andre genvordigheder. Det er patientens differentierede diagnose af lidelsen, som afgør valget af, hvem menes at kunne stille ressourcer til rådighed: lægen, sagføreren, den elskede, politibetjenten eller vennen. Lægens differentialdiagnose bestemmer valget af kropspatologi: hjertesygdom, hjerneskade, leverdysfunktion. Det er et kunstprodukt, der skyldes den moderne medicin og arbejdsdelingen i specialer inden for den, at den sidste række af diagnoser så på sin side fører til et yderligere valg af særligt kvalificerede ressourcepersoner (en diskussion af dette i forbindelse med angina inden for medicinen finder man i Helman 1985, og i Frankenberg 1994). Forskellene mellem dem, der lider, og dem, der heler, består derfor efter min mening ikke blot i forskellige forklaringsmodeller (se Kleinman 1980, men sammenlign med Kleinman 1988; om brugen af forklaringsmodeller på linje med det, jeg her slår til lyd for, se Farmer 1988, 1990, 1992), men i helt forskellige diskursfelter med helt forskellige syn på erkendelsers natur og på disses gensidige forbindelser. Læger søger samtykke til behandlingsmåder i én diskurs,

patienten giver det i en anden. De er ikke nødvendigvis uenige om, hvad resultatet skal være, selvom deres fælles misforståelse vejer tungere end deres fælles forståelse.

Det er af denne grund, at nogle forfattere har føjet *sygelighed* til begreberne om lidelsen, som erfares af patienten, og sygdommen, som behandles af lægen. Som Gerry Simpson og Barbara Webb (1975) i Storbritannien, og Eliott Friedson i USA, for længe siden hævdede, er konsultationer sædvanligvis, om ikke oftest, forhandlinger, hvorunder diskurser over delvis modstridende virkeligheder overfladisk forliges. Dette er nu blevet en kliché i den primære pleje, skønt forskelle i viden stadig tilslører realiteterne i den sekundære og tertiære sektor.



Jeg har defineret både sygelighed og medicinsk antropologi som *kulturel performance* – en ludisk metafor, der har rod i det syttende og attende århundredes operations- og forelæsningsauditorier (Stafford 1991), og hvis sigte det er at medtænke et, på ingen måde, interesseløst publikum. Samspejlet mellem læge og patient er hverken symmetrisk eller socialt neutralt, hverken i sin inderste kerne eller mere perifert (Comaroff 1985; Vaughan 1991; MacLeod & Lewis 1988). Dette turde være af oplagt betydning for det såkaldte indvilgelsesproblem (som man måske snarere burde kalde patientvalg); for sundhedsfremme (Davison, Davey Smith et al. 1991); for etikken i de individuelle og sociale beslutninger, der ikke mindst træffes vedrørende behandlingsafslutningen; og – vigtigst af alt – for den daglige praksis blandt sygeplejersker, fordi de skal spille rollen som tolk mellem lægesnak og patientsnak (Gadow 1980; Benner 1984; Lawler 1991).

Oversat af Kennet Pedersen

Eric Gill: Kunstner og spejl I (1932)  
(Venligst stillet til rådighed af Victoria & Albert Museum).

## Litteratur

Armstrong, David

1987 Theoretical Tensions in Biopsychosocial Medicine. *Social Science and Medicine* 25(11):1213-8.

Benner, Patricia

1984 From Novice to Expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice. Menlo Park, California: Addison Wesley.

Benner, Patricia & J. W. Rubel

1988 The Problem of Caring. Menlo Park, California: Addison Wesley.

Bolgh, Roslyn

1979 Dialectical Phenomenology: Marx's Method. London: Routledge & Kegan Paul.

1981 Grounding the Alienation of Self and Body: A Critical Phenomenological Analysis of the Patient in Western Medicine. *Sociology of Health and Illness* 3(2):186-206.

Comaroff, Jean

1985 Body of Power: Spirit of Resistance. Chicago: Chicago University Press.

Davison, Charlie, George Davey Smith & Stephen Frankel

1991 Lay Epidemiology and the Prevention Paradox: The Implications of Coronary Candidacy for Health Education. *Sociology of Health and Illness* 13(1):1-19.

Day, Sophie

1988 Prostitute Women and AIDS: Anthropology. *AIDS* 2:421-8.

Day, Sophie, H. Ward & J. R. W. Harris

1988 Prostitute Women and Public Health. *British Medical Journal* 297:1585.

Douglas, Mary

1970(1966) Purity and Danger. Harmondsworth: Penguin Books.

1973 Natural Symbols (2nd ed.). London: Barrie & Jenkins.

1985 Risk Acceptability According to the Social Sciences. London: Routledge & Kegan Paul.

Douglas, Mary & Aaron Wildavsky

1983 Risk and Culture. Berkeley: University of California Press.

Epstein, A. L.

1992 Scenes from African Urban Life: Collected Copperbelt Essays. Edinburgh: Edinburgh University Press.

Evans-Pritchard, E. E.

1949 The Sanusi of Cyrenaica. Oxford: Clarendon Press.

Farmer, Paul

1988 Bad Blood, Spoiled Milk: Bodily Fluids as Moral Barometers in Rural Haiti. *American Ethnologist* 15(1):62-83.

1990 Sending Sickness: Sorcery, Politics and Changing Concepts of AIDS in Rural Haiti. *Medical Anthropology Quarterly* (NS) 4(1):6-27.

1992 AIDS and Accusation: Haiti and the Geography of Blame. Berkeley: University of California Press.

Frankenberg, Ronald

1993 Risk: Anthropological and Epidemiological Narratives of Prevention. I: Shirley Lindenbaum & Margaret Lock (eds.): Knowledge, Power and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life. Berkeley: University of California Press.

1994 What is Power? How is Decision? The Heart has its Reasons. I: Ian Robison (ed.): Life and Death under High Technology Medicine. Manchester: Manchester University Press.

Gadow, Sally

1980 Existential Advocacy: Philosophical Foundation of Nursing. I: Stuart F. Spicker & Sally Gadow (eds.): Nursing: Images and Ideals. Opening Dialogue with the Humanities. New York: Springer Publishing Company.

- Haraway, Donna J.  
1991 *Simians, Cyborgs and Women*. London: Free Association Press.
- Hastrup, Kirsten  
1993 *Hunger and the Hardness of Facts*. *Man* 28(4):727-39.
- Helman, Cecil  
1985 *Disease and Pseudo-Disease: A Case History of Pseudo-Angina*. I: Robert A. Hahn & Atwood D. Gaines (eds.): *Physicians of Western Medicine*. Dordrecht: D. Reidel Publishing Company.
- Jacobs, John  
1988 *Doctors and Rulers: A Sociology of Professional Values*. London: Routledge.
- Kleinman, Arthur  
1980 *Patients and Healers in the Context of Culture*. New York: University of California Press.  
1988 *Rethinking Psychiatry: From Cultural Category to Personal Experience*. New York: The Free Press.
- Laqueur, Thomas  
1990 *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Lawler, Jocalyn  
1991 *Behind the Screens: Nursing, Somology and the Problem of the Body*. Melbourne: Churchill Livingstone.
- Löwy, Ilana  
1988 *Ludwik Fleck on the Social Construction of Medical Knowledge*. *Sociology of Health and Illness* 10(2):133-55.
- Lugard, Lord  
1922 *The Dual Mandate*. London.
- McCarthy, Fiona  
1989 *Eric Gill*. London: Faber and Faber.
- MacLeod, Roy & Milton Lewis (eds.)  
1988 *Disease, Medicine and Empire*. London: Routledge.
- Marx, Karl  
1951(1897) *The 18th Brumaire of Louis Bonaparte...* *The Story of a Sawdust Caesar*. New York: Labor News Company.
- Mauss, Marcel  
1973(1935) *Techniques of the Body*. *Economy and Society* 2(1):70-88.
- Monks, Judith & Ronald Frankenberg  
1994 *"Being Ill and Being Me": Self, Body and Time in MS Narratives*. I: Benedicte Ingstad & Susan Reynolds Whyte (eds.): *Anthropology and Disability*. Berkely & Los Angeles: University of California Press.
- Ots, Thomas  
1990 *The Angry Liver, the Anxious Heart and the Melancholy Spleen: The Phenomenology of Perceptions in Chinese Culture*. *Culture, Medicine and Psychiatry* 14(1):21-58.
- Romanyshin, Robert D.  
1989 *Technology as Symptom and Dream*. London: Routledge.
- Scheper-Hughes, Nancy & Margaret Lock  
1987 *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*. *Medical Anthropology Quarterly* (NS) 1(1):16-41.
- Stafford, Barbera Maria  
1991 *Body Criticism: Imaging the Unseen in Enlightenment Art and Medicine*. Cambridge, Mass.: MIT Press.

Star, Susan Leigh

1988 The Structure of Ill-structured Solutions: Boundary Objects and Heterogenous Distributed Problem Solving. I: Les Gasser & Michael Huhns (eds.): Distributed Artificial Intelligence 2. Menlo Park, California: Morgan Kauffman.

Stimmson, Gerry and Barbera Webb

1975 Going to See the Doctor: The Consultation Process in General Practice. London: Routledge & Kegan Paul.

Strathern, Marilyn

1991 Partial Connections. Maryland: Rowman and Littlefield.

Vaughan, Megan

1991 Curing Their Ills: Colonial Power and African Illness. Cambridge: Polity Press.

Wolf, Zane Robinson

1990 Nurses Work. The Sacred and the Profane. Philadelphia: Pennsylvania University Press.

