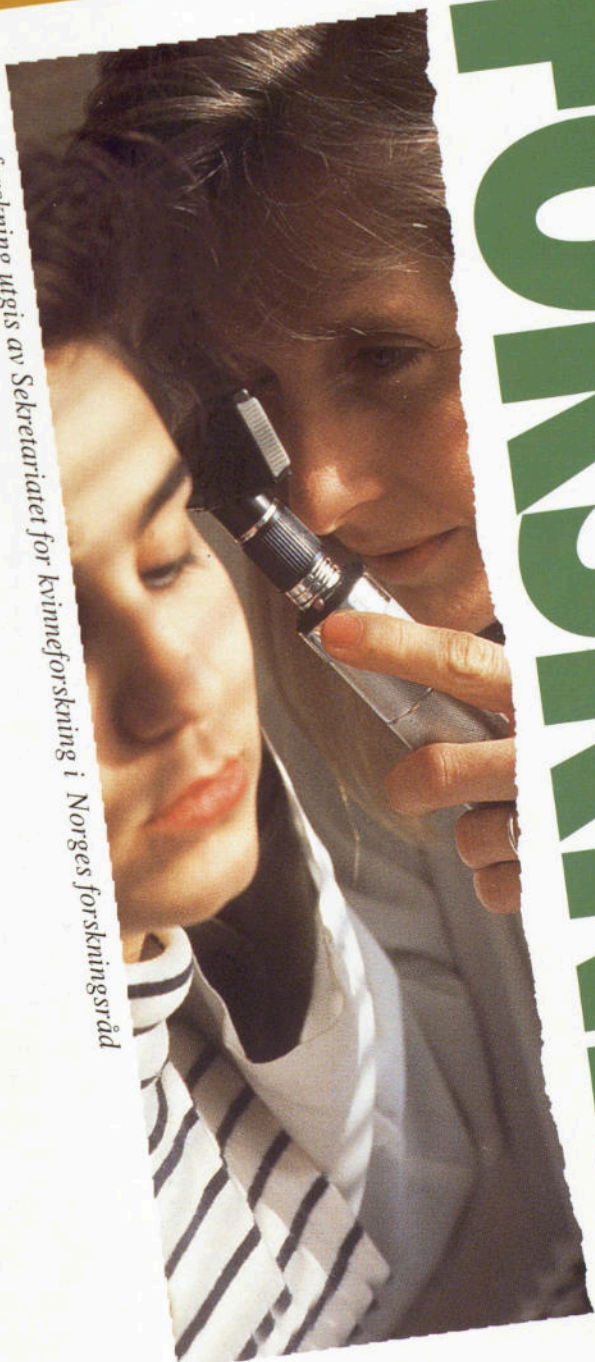


Kvinner's  
medisin og helse I

# Kvinner's FORSKNING



Kvinneforskning utgis av Sekretariatet for kvinneforskning i Norges forskningsråd

**KVINNEFORSKNING**  
fra Norges forskningsråd  
Sekretariatet for kvinneforskning  
Årgang 20, 1996.

Redaksjonen:  
Sekretariatet for kvinneforskning  
Ansvarlig redaktør: Tove Beate Pedersen  
Redaktør: Elin Svenneby  
Omslag: Harald Gulli  
Sats: Jet Z  
Trykk: GCS AS  
ISSN: 0806-6256

Utkommer med 4 nummer pr. år.  
Ettertrykk er tillatt når forfatter samtykker og kilde oppgis.  
Tillatelsen gjelder ikke illustrasjoner.

Løssalg: kr. 60,-  
Abonnement: kr. 200,-

Post: 0809.22.37444

Redaksjonens adresse:  
**KVINNEFORSKNING**  
Norges forskningsråd  
Postboks 2700 St. Hanshaugen  
0131 Oslo

**I SEKRETARIATET:**

Seksjonsleder Tove Beate Pedersen  
Rådgiver Elin Svenneby  
Rådgiver Anne Søyland  
Konsulent Evy Haneborg  
Konsulent Toril Finsen Enger  
Sekretær Karin Anker Hassel



## Kjære leser!

Onsdag den 27. september i fjor sto følgende utsagn å lese i Aftenposten: «Norge er langt fra verdensmester innen forskning og synliggjøring av kvinners helse. Det burde vi være.» Det er forskningsleder Berit Schei som fastslår at Norge ligger dårligere an enn både Sverige, Danmark og Canada på dette feltet. Helsevesenet møter fremdeles kvinnelige pasienter med stereotype forestillinger om hva kvinner feiler, sier hun videre, noe som kan resultere i at kvinner verken får riktig diagnose eller den behandlingen vi trenger.

På denne bakgrunn ble medisin- og helsekyndige kvinneforskere fra ulike fag inviterte til å skrive artikler til et tema-nummer av *Kvinneforskning*. Og responsen var så stor at vi kunne dele artikkelmengden på to numre! Det bladet du nå holder i hånda er følgelig Kvinners medisin og helse I, mens Kvinners medisin og helse II ganske snart vil følge etter.

Den første artikkelen er signert Inger Nordal, som har latt seg inspirere av Karin Johannissons bok *Den mörka kontinenten – kvinnan, medisinen och fin-de-siècle* (slutten på hundreåret – 1800-tallet). Vi synes denne artikkelen om tilstanden for hundre år siden egner seg godt som bakgrunn for vår tids problematikk. Mye er endret, selvsagt, men mye står også ved lag, om enn i nye former. Hvem var den syke? Hva feilte det henne? Hvordan ble hun behandlet? Hvorfor ble hun syk? Sykeliggjøringen av kvinnen blir tydelig. Men dersom kvinnen på slutten av 1800-tallet virkelig ble *gjort syk*, hva kan være årsaken(e) til det? Det finnes flere mulige forklaringer, blant dem den altfor trange behage- og omsorgsrolle mange jenter ble tvunget

inn i. Og «Frøken L.» havner på sinnssykehus på indikasjon (meddelt av faren) å være grepet av *emansipasjonsideer*. Men nå er vi jo så frigjorte! Hva kan vi lære av historien? Hva betyr «biologiseringen» av mennesket – av kvinnen – ved *denne fin-de-siècle*?

Den medisinske diagnosen er endepunktet for en kunnskapsprosess der menneskelig samhandling, persepsjon og tolkning utgjør grunnleggende elementer. Kjønn og makt gir sentrale, men ofte usynlige, bidrag til prosessen, og dermed også til «produktet». Dette kan vi overse hvis vi velger å se på diagnosen som et biologisk *faktum*. Kirsti Malterud velger å se den medisinske diagnosen som en sosial konstruksjon, og den kliniske kunnskapen som et samhandlingsprodukt.

Kroppen er i dag kommet i fokus også i samfunnsvitenskapene. Og kroppen har en mangetydig status. Den er fysisk avgrenset og i en viss forstand kan vi si at individet «eier» sin egen kropp. Den kan gi positive opplevelser like mye som den kan gi plager og smerter. Gjennom kroppen opplever vi andre mennesker. Kroppen uttrykker kultur og spiller tidsånden, og det knytter seg rotfestede, men ofte uuttalte forestillinger til den. Mannskroppen viser til koder for maskulinitet og kvinnekroppen til koder for femininitet, som blir kriterier for vurdering og oppgavefordeling, og der det maskuline overordnes det feminine. Tross denne interessen for kroppen er *kroppslig berøring* i ulike typer relasjoner blitt viet lite forskningsmessig oppmerksomhet. Rannveig Dahle knytter diskusjonen til helseyrkene, som jo har andres kropp som sitt spesielle arbeidsfelt.

God berøring kan fjerne smerte. Men kan en kvinne *vite* – i streng, vitenskaps-teoretisk forstand – at hun har vondt?

Også derom strides filosofene! Men, spør en av dem – Hildur Kalman, om *kvinne selv* ikke vet – hvem kan da vite? Hva er forresten «å vite»? Hva mener vi egentlig med det? Hvem vet? Og hvordan vet vi? spør Kalman videre, med utgangspunkt i kvinnelige pasienters opplevelser koblet til klassiske, kunnskapsteoretiske formuleringer av typen «S vet at p».

Det kan bli både «for mye» og «for lite» kjønn – og gjerne samtidig – i forskning om forholdet mellom arbeid og sykdom, advarer Kitty Strand, og tar utgangspunkt i en forelesning ved Senter for kvinneforskning ved Universitetet i Oslo i fjor, som hadde tittelen: «Er det sunnhetsskadelig for kvinner at arbeide?» Mama mia, here we go again! kommenterer Kitty. Utallige forskerårsverk er gjennom de siste tjue år brukt på denne problemstillingen, og resultatene peker *entydig* i retning av at lønnsarbeid snarere fremmer enn truer kvinners helse. Men vi må holde tunga rett i munnen og gå fram med forsiktige og kunnskapsbaserte skritt i slike diskusjoner.

Anne Luise Kirkengen tar for seg det vonde temaet om virkninger av (her: skjulte) seksuelle krenkelser. En dialog mellom to kvinner: lege og pasient, åpner for en slik bortgjemt fortelling som så får danne grunnlag for en kritisk tilnærming til medisinen og psykiatriens tolkninger av kroppslige og mentale uttrykk. Hva er tegn på sykdom hos en pasient og hva skal forstås som noe annet? «Veronika» ble misbrukt seksuelt i en lang periode, og for å overleve stengte hun av for hørselen. Hennes i bunn og grunn livsbeva-

rende anstrengelser medførte plager og væremåter som legene uriktig tolket som (først) kropps- og (så) sinnssykdom.

Den siste artikkelen tar opp et annet tema: Den nye generasjonens forhold til likestilling. Den 18-årige rødruesspresidenten i Oslo i fjor var en jente som allerede hadde gått på lederkurs, som hadde gjennomsnittskarakter på 5,2 og som sikter mot en karriere som jurist med egen advokatpraksis. Dette betyr vel ikke annet enn at likestillingen mellom kjønnene er oppnådd i Norge! Harriet Bjerrum Nielsen er ikke så sikker på det, og ved å sammenholde denne informasjonen, som sto å lese i Aftenposten 7. mai i fjor, med de andre budskapene avisen bringer, finner hun paradoksale og forvirrende bilder av kjønn og kjønnsroller i avisen.

Bokmeldingene denne gang er Karen Klitgaard Povlsens, som skriver om Elisabeth L'orange Fürst: *Mat – et annet språk* og Else Skjønbergers om Rounaq Jahan: *The elusive agenda – mainstreaming women in development*. Vi har litteraturkommentarer som særlig gjelder temaet kvinner, medisin og helse.

Tove Beate Pedersen rapporterer fra en dag under kvinnekonferansen i Beijing, og Fride Eeg-Henriksen skriver videre fra sine erfaringer som leder av det nye nordiske instituttet for kvinne- og kjønnsforskning. Harriet Clayhills har vært i Stavanger og sett utstillingen *Den sterke kvinnen*, som i løpet av 1996 skal ut på nordisk turné.

God lesning og god vår!

Red.



## Innhold

|                                                                                                                                       |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <i>Inger Nordal: Kvinnebiologi ved et sekelskifte .....</i>                                                                           | 4  |
| <i>Kirsti Malterud: Den medisinske diagnose – feministiske perspektiver .....</i>                                                     | 13 |
| <i>Rannveig Dahle: Profesjonell berøring .....</i>                                                                                    | 21 |
| <i>Hildur Kalman: Vem vet att en kvinnlig patient har ont? .....</i>                                                                  | 32 |
| <i>Kitty Strand: Det kan bli både «for mye» og «for lite» kjønn .....</i>                                                             | 41 |
| <i>Anne Luise Kirkengen: Veronikas to liv .....</i>                                                                                   | 50 |
| <i>Harriet Bjerrum Nielsen: Nye kjønn – med og uten roller .....</i>                                                                  | 64 |
| <br>BOKOMTALER                                                                                                                        |    |
| Rounaq Jahan: <i>The Elusive Agenda – mainstreaming women in development</i> . Omtale ved Else Skjøsberg .....                        | 74 |
| Elisabeth L'orange Fürst: <i>Mat – et annet språk. Rasjonalitet, kropp og kvinnelighet</i> . Omtale ved Karen Klitgaard Povlsen ..... | 77 |
| LITTERATURKOMMENTARER .....                                                                                                           | 80 |
| FRIDES SIDE .....                                                                                                                     | 83 |
| MØTER, SEMINARER, KONFERANSER .....                                                                                                   | 86 |
| LITT AV HVERT .....                                                                                                                   | 94 |
| PUBLIKASJONER .....                                                                                                                   | 97 |
| EGNE PUBLIKASJONER .....                                                                                                              | 99 |

# Kvinnebiologi ved et sekelskifte

Av Inger Nordal

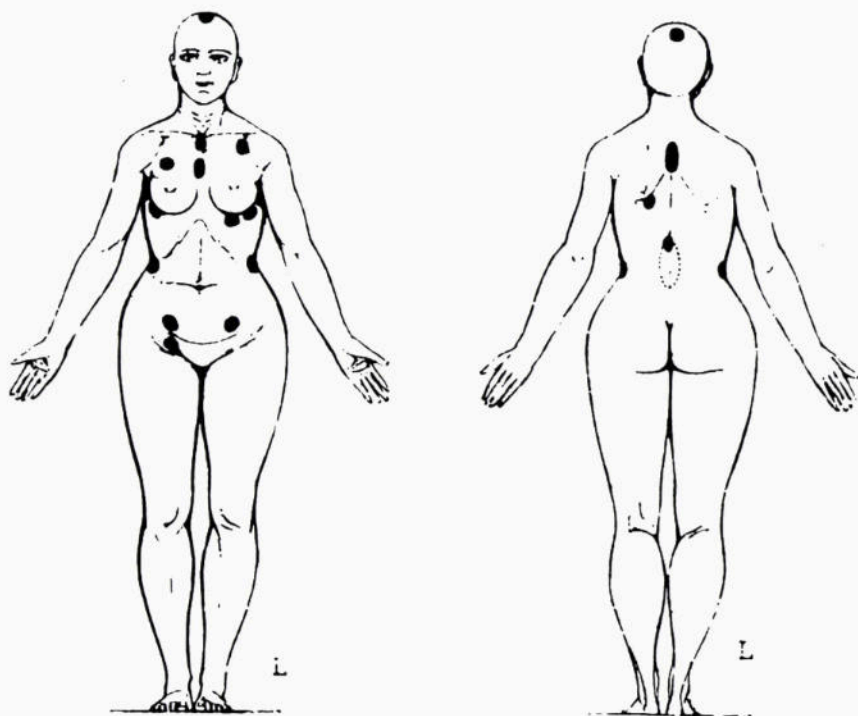
Hvem var den syke? Hva feilte det henne? Hvordan ble hun behandlet? Hvorfor ble hun syk? I lys av Karin Johannissons bok *Den mörka kontinenten – Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle* (slutten på hundreåret – 1800-tallet) stiller Inger Nordal spørsmålene på en måte som gjør sykeliggjøringen av kvinnen tydelig. Men dersom kvinnen på slutten av 1800-tallet ble *gjort syk*, hva kunne være årsaken(e) til det? Det finnes flere mulige forklaringer, blant dem den altfor trange behage- og omsorgsrollen mange jenter ble tvunget inn i. Og «Frøken L.» havner på sinnssykehus på indikasjon (meddelt av faren) å være grepet av *emansipasjonsideer*. Men nå er vi jo så frigjorte! Hva kan vi lære av historien? Hva betyr «biologiseringen» av mennesket – av kvinnen – ved *denne fin-de-siècle*?

«Den kvinnelige sykerollen har sin egen historie. Den er ikke bare kvinnens historie – og ikke bare sykdommens historie. Gjennom den kan et helt samfunn – en kultur – speiles,» skriver Karin Johannisson, idéhistoriker fra Uppsala, som nylig (1994) har utgitt en inspirert og intelligent studie: *Den mörka kontinenten – Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*.

Dokumentert av et fantastisk billedmateriale fra datidens (det vil si annen

halvdel av 1800-tallet) helsehåndbøker, medisinske lærebøker og – ikke minst – malerkunst, tar Johannisson oss med inn i den virkelighet og det tankesett som skapte den sykelige kvinnerollen. Vi blir brakt inn i legekantorene, i de mannsdominerte forelesningssalene, i de kalde operasjonsstuene, i de lugubre skjelett- og disseksjonsrommene. Hun tar oss også med inn i sovekamrene og de stengte gemakkene der kvinnen befant seg «tom, syk og lengtende».





*Kvinnens hysterogene soner. Fra «Iconographie photographique de la Salpêtrière», bd III (1897–80). (Kilde: Karin Johannisson: Den mørke kontinenten – Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle. Norstedts 1994.)*

Spesifikt tar hun opp spørsmål som: Hvem var den syke? Hva feilte det henne? Hvordan ble hun behandlet? Hvorfor ble hun syk? Var det Sykdom eller samfunn? Jeg vil i denne omtalen gi bruddstykker av de svarene hun mener å ha funnet, supplert med noen norske referanser. Til slutt vil jeg for egen del føye til: Hva kan vi lære ved dette sekelskifte – vårt eget?

## Hvem var den syke?

1800-tallet representerer generelt i Europa en overgang fra jordbruks- til industri-samfunn, som skapte det klassesamfunn som dramatisk endret kvinnens liv enten hun tilhørte arbeiderklasse eller borgerskap. Arbeiderkvinnen slites ned av

overarbeid, barnefødsler, fattigdom og dårlige hygieniske forhold. En del av klassens døtre rekrutteres til prostitusjon med all den helserisiko og uverdighet som det medførte. Innen borgerskapet hersket ideene om «den komplementære kjønnsrelasjon»: kvinnens egenart er omsorg og følelser, mannens handling og fornuft. Kvinnen tilpasses hjemmets stille omsorgs- og behage-funksjon med snevre rammer for utfoldelse av talent og personlighet. Den sykelige «forfinete» overklassekvinnen dyrkes og lovprises, Kameliadamen var et ideal.

Hos Johannisson er det nettopp denne borgerlige kvinnens sykелighet som blir det sentrale tema, selv om leseren ikke tillates å glemme arbeiderkvinnens og den prostituerte elendighet. Det blir ikke

langt unna sannheten at de fleste kvinner – som kan tillate seg det – befinner seg i en eller annen sykdomstilstand i tiden.

### Hva feilte det henne?

Hun hadde et utall av mer eller mindre diffuse plager som ble kodifisert som hodepine, migrene, svimmelhet, kvalme og kramper (menstruasjon var unevnelig). I løpet av 1800-tallet ble kvinnen stadig blekere, smalere og skjørere. Til en viss grad var svakheten reell og en følge av sultediett, mangel på mosjon og ekstrem korsetterring. (Da kvinneidealet endret seg etter århundreskiftet, økte kvinnens livlinje statistisk med 40 % i løpet av relativt få år!) Det er imidlertid også klar evidens for innlært sykdoms-atferd og selvoppfyllende profetier. Kvinnen formet mer eller mindre ubevisst sine symptom etter det som samfunnet sanksjonerte.

Sykdommene fikk navn som avløser hverandre fra et tiår til det neste. Rundt midten av sekelet var *bleksott* eller *klorose* en vanlig kvinne-diagnose. Denne avløses av *hysteri*, som peker direkte til kvinnens underliv som sykdomssete (*hysteria* = livmor på gresk). I en rapport om obduserte mentalt syke kvinner noterte en tysk lege i 1884 at en tredel viste sykelige forandringer i underlivet. Med moraliserende overtoner antok man dette å henge sammen med kvinnens seksualitet. Spesielt nymfomani og onani ble anført som utløsende faktorer for mentale sykdommer. Hysteri som kvinne-diagnose var spesielt hyppig i 1880-årenes Paris, der det i Charcots klinikk, Salpêtrière, utspilte seg spektakulære «show», beskrevet av blant andre Strindberg og Freud.

Som dominerende kvinnepatologisk modell ble den «gynekologiske» rundt



Neurasteni. Illustrasjon fra annonse (ca. 1905) for nervepreparatet Sanatogen. (Kilde: Karin Johansson: *Den mørke kontinenten – Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Norstedts 1994.)



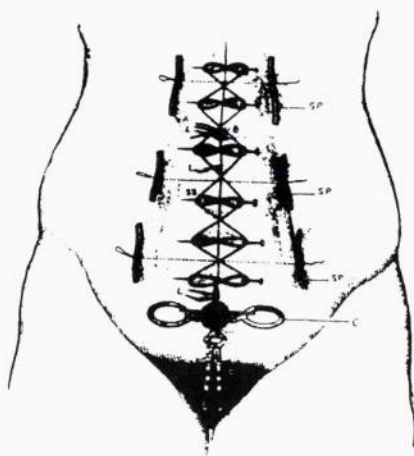
1890 avløst av den «nevrologiske». Det lanseres en nye diagnose: *neurasteni*, som erstatter bleksott og hysteri, og som sies spesielt å ramme «det forfinete nervesystem». Diagnosen ble en umiddelbar suksess over hele Europa. Ved sin grenseløse tøyelighet kunne den koples til en rekke kvinnepatologiske teorier.

Freud kommer etter hvert til å spille en spesiell rolle ved denne forflytning av tyngdepunktet for kvinnenatur fra hennes underliv til hennes psyke. Samtidig slutter han sirkelen mellom en antikk livmormodell og en moderne libido-teori, som fortsetter å bekrefte bildet av kvinnen som psykisk fragil med anlegg for nervesvakhet under ulike navn.

## Hvordan ble hun behandlet?

Årsakene til hennes plager ble dårlig forstått. Og symptomene ble angrepet til dels dramatisk. Det finnes myriader av dråper, piller og pulver, og ingrediensene kunne meget vel være morfin, opium og andre tunge barbiturater (beroligende midler). Ved siden av narkotika er det dokumentert at livmormassasje (pikante metoder presenteres!), elektrisitet og endatil ris ble antatt å ha en gunstig effekt. Sentralt står ellers kirurgien, på den tid nylig revolusjonert av anestesi og nye sterilteknikker. Med kvinnens underliv som sykdomssete for sjelelige skavanker, gikk legene løs med kniv: ovariectomi (bort med eggstokkene, friske såvel som syke), hysterectomi (bort med livmoren) og salpingotomi (ta gjerne egglederne også). I all denne operasjonsgalskap unnsår legevitenskapen seg ikke for å anbefale clitoridektomi, for derved unngås onani, en antatt nøkkel til nervøs kvinnesykelighet.

Denne interessen for kirurgisk radi-  
kalterapi kom til å ligne en slags besatt-

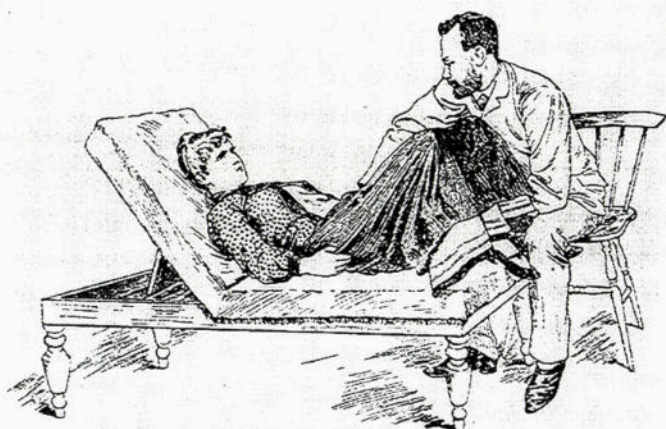


*Tillukking av såret etter ovariectomi. Fra T.G. Thomas: «A practical treatise of the diseases of women» (1868). (Kilde: Karin Johannisson: Den mørke kontinenten – Kvinnan, medicinein och fin-de-siècle. Norstedts 1994.)*

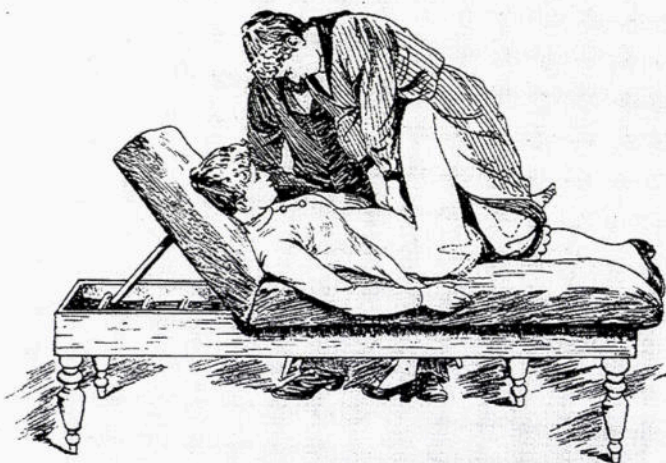
het: «Her smelter vitenskapelig prestisje, kulturelt konstruert kvinnepatologi og dunkel seksuell dialektikk sammen i en eiendommelig symbiose,» skriver Johannisson, og hun våger å spørre: «Når fikk noen den idé å skjære bort penis på grunn av gonoré eller å foreta kastraksjon på grunn av testikkelbrokk?» Gynekologiens kvinnebehandling med den flittige bruk av aggressive teknikker – brenning, etsing og skjæring – får meg, som kvinne, til å fornemme straff, snarere enn behandling.

## Hvorfor ble hun syk?

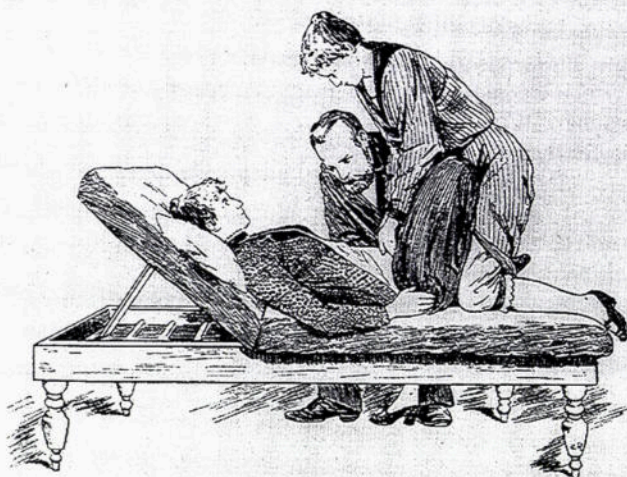
I vår tid, når jenter har full adgang (formelt iallfall) til alle samfunnets institusjoner, og når mosjon og frisk luft oppleves som nødvendig næring for kropp og sjel, forundres vi selvsagt ikke av sekelskiftets sykелighet. Kvinnene fikk åpenbart en negativ kroppssoppfatning. De ble stadig fortalt, i vitenskapelig terminologi, at de var svake; selvsagt ble



a



b



c

Livmorsmassasje. a) Stilling for undersøkelse og massasje. b) Inntrenging i bekkenet. c) Løfting av livmoren. Fra Thure Brandt: «Behandlung weiblicher Geschlechtskrankheiten», 1891. (Kilde: Karin Johannisson: Den mörka kontinenten – Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle. Norstedts 1994.)



de da svekket. Sykerollen blir ellers en livsrolle – i mangel på andre roller – som bekreftelse på kvinnelighet, som trøst for ulyst, som flukt fra samliv og graviditeter og som styringsinstrument i en livssituasjon som opplevdes som uholdbar.

Ellers er det ikke vanskelig å forestille seg at den altfor trange behage- og omsorgsrolle som jentene ble tvunget inn i, måtte skape frustrasjon, for ikke å si desperasjon. Fra norsk side kan vi bidra med «fin-de-siècle»-litteratur som til fulle beskriver situasjonen. I Ibsens Dukkehjem oppdrar Thorvald sin Nora: «Nei, nei! ikke så heftig! ikke så oppspilt ... ikke så egensindig ... vær dog min lille lerkefugl.» Og han gir henne sin ypperste anerkjennelse etter den tragiske tarantellaen: «Er hun ikke deilig, er hun ikke forunderlig deilig ... min lille caprisiøse capri-pike.» Samfunnet tillot stort sett ikke den løsningen som Nora valgte, å stikke av. Sykdom ble en av de få måter å kanalisere desperasjon på. Sterkest uttrykkes kanskje dette hos Amalie Skram når «Hieronymus» (1895), patriarken og psykiateren, finner løsningen for hennes alter ego: «De må i det hele tatt lære å subordinere Dem.» De kvinnene som ikke ville eller ikke kunne føye seg, ble patologisert (sykeliggjort) og ikke sjelden internert på sinnssykehus. Johannisson eksemplifiserer med en «Frøken L.» som blir innlagt på indikasjon (meddelt av faren) å være grepet av emansipasjonsideer. I parentes bemerket er Frøken L.s sykdom til forveksling lik det som i USA på samme tid ble diagnostisert som *drapetomania*, en arvbar mental sykdom som ble funnet å være framtredd hos populasjonen av svarte slaver. Hvordan sykdommen manifesterte seg? Som en uimotståelig trang til å stikke av fra sin herre. (Jf. Ruth Hubbard 1993: *Exploding the gene myth.*)

## Samfunn eller sykdom?

Johannisson dokumenterer spesielle særdrag ved fin-de-siècle-samfunnet som er med på å legge grunnen for den spesielle kvinneverken: en prestisjefylt naturvitenskap, naiv i sin biologisme; møtet med fremmede, skremmende kulturer brakt hjem av de oppdagelsesreisende; og en viktoriansk undertrykt seksualitet og dobbeltmoral.

Innenfor naturvitenskapen hadde darwinismen revolusjonert den biologiske tenking. Darwin skriver selv i 1871 (*The descent of man, and selection in relation to sex*) at gjennom det naturlige utvalg var mannen blitt kvinnen overlegen ikke bare i fysisk størrelse og styrke, men også i energi, intellekt og kreativitet. Kvinnens spesielle egenskaper: intuisjon, persepsjon og imitasjon var karakteristiske for de lavere raser og derfor for et forgangent og primitivt sivilisasjonsstadium. Evolusjonistiske teorier bekrefter derfor den «naturlige» arbeidsdeling – kjønnetenes atskilte livssfærer legitimeres. Den biologiske vitenskap hevdet endatil at ukontrollert kvinnelig aktivitet kunne true med å vri evolusjonsprosessen i gal retning! Årsaken skulle være at hennes energi behøvdes for reproduksjonen – det var derfor hennes egen utvikling hadde blitt bremsset til fordel for artens framgang. (Energien er konstant – jamfør termodynamikkens første lov).

Det biologiserte menneskesynet gjorde det naturlig å tenke at kjønnsorganenes plassering inni kroppen, som hos kvinnen, måtte bety at disse utøvde en mer fundamental påvirkning enn hos mannen, hvor tilsvarende beviselig finnes utenpå. Bakgrunnen for gynekologiseringen av kvinnens sjel ligger her. Vitenskapen om det mannlige kjønn, uro-



logien, ble aldri på samme måte en vitenskap om mannens sjel.

Biologisme har alltid gitt næring til det duale: Det mannlige har vært det «egentlige», det kvinnelige «det avvikende» (jf. Simone de Beauvoir: *Det annet kjønn*). Denne ideologien intensiverte jakten på alt som var annerledes. Den biologiserte medisinen fant at *hennes* nerver, *hennes* blodårer, *hennes* blod, *hennes* lunger, *hennes* milt, for ikke å si *hennes* hjerne, avvek. En målrettet mikroskopering og målevirksomhet skaffet den nødvendige dokumentasjon. Og forskjellene koples til begrep som utviklet/primitivt, overordning/underordning. Ikke bare er kvinnene annerledes, de oppfattes også som mer generaliserbare enn mannen. Menn blir representert som individ, kvinner som kjønn.

Denne medisinske vitenskap inspirerte blant andre Det medisinske fakultet ved Universitetet i Oslo (1882) til vedtaket som møtte de første kvinner som ønsket å studere, nemlig at «kvindens nervesystem og helbred som regel neppe vil tillade de omfattende studier og det strenge aandsarbeide ... med uskadet legemlig og aandelig helbred». Og videre fastslo professorene at «... regelen er vel den, at kvinder, der kommer ind paa disse aandslivets felter, der ligesom av naturen ikke ere anvist dem, tabe deres kvindelighet, at der ved kvinder av denne art er noget abnormt, der ikke tillader nogen tvil om, at kvinden her er udenfor sit naturlige felt». Johannisson påviser generelt at det var få leger som kunne motstå fristelsen å trekke inn *biologi* i kampen mot kvinnens frigjøring. Behovet for å kodifisere kvinnens underordning i biologiske termer ble intensivert i samme øyeblikk som hun begynte å kreve større armslag.

Kvinnedisseksjon kommer ellers til å

representerte en slags ekvivalent til oppdagelsesreisene for viktoria tidens vitenskapsmenn. Like ukjent, like skremmende som Nilens kilder og Kongoflodens forløp, var dette andre «mørke kontinent», kvinnen og hennes underliv. En ung svensk lege siteres fra et amerikansk «operasjonsteater»: «Et klede dras til side ... Blikket søkte til et punkt å dvele ved, til jeg fant en åpning ... Så vandrer blikket til denne åpning og finner en – coalblack negress-vulva!!!» (utropstegnene er legens egne). Johannisson dokumenterer ettertrykkelig den pirrende erobringsslyst, de erotiserte overtoner og den spenningsfylte skrekken som kartlegging av kvinnen og hennes kropp innebar. «I den gjennomskårte kvinnekroppen hvilte kjønnets hemmelighet. Her kunne vitenskap og seksualitet, klinisk og erotisk blick møtes og blandes,» skriver hun. De tallrike bildene i boka avslører en høyt utviklet kikkermentalitet i tidens gynekologiske ikonografi, kall det gjerne en patriarkalsk pornografi.

## Hva kan vi lære ved dette sekelskiftet – vårt eget?

Her og nå er vi inne i en periode med ekstrem fokusering på gener og på menneskets biologi. Pendelen har svingt fra 1950- og 60-tallet da psykologi, oppdragelse og miljøfaktorer var framherskende for å forklare hvorfor vi blir som vi blir. Biologisering av mennesket betyr som regel å forsvare eksisterende sosiale strukturer og status quo, slik ikke minst Johannisson har dokumentert det. Direkte skremmende er det derfor når autoriteter som Watson, DNA-molekylets oppdager, slår fast at det er våre gener «that make us what we are»; vis meg din DNA-sekvens og jeg skal si deg hvem du





«Sykelige kvinneansikter». Fra «Kvinnan som hemmets läkare», 1905. (Kilde: Karin Johannisson: *Den mörka kontinenten – Kvinnan, medicinen och fin-de-siècle*. Norstedts 1994.)

er. Nye gener for en rekke egenskaper slås stort opp i avisene, eksempler fra de par siste årene er gener for homoseksualitet, for alkoholisme, for schizofreni og for manisk depressivitet; de hyppige dementier finner ikke like lett vei til avis-spaltene.

Med The Human Genome Organization («HUGO») kartlegges «menneskets» DNA, base for base, et antall av rundt 3 milliarder. Vi vet, imidlertid, at det er en enorm variasjon i menneske-genomet – du er gjennomsnittlig ulik meg i minst tre millioner basepar. Bare et fåtall individer ligger til grunn for HUGO-sekvensene. Disse må da bli å representere «det normale» – alle vi andre blir en slags genetiske avvikere.

Johannisson dokumenterer at det på slutten av forrige århundre var en overinvestering i kurbad og kvinneleger. I dag ser vi en tilsvarende overinvestering i genteknologi. For hundre år siden skapte «vitenskapen» et marked som trengte de sykeliggjorte kvinnene. I dag ser vi klare tendenser til at genteknologien må skape marked for genetiske tester – med målrettet markedsføring vil for eksempel gravide jenter kunne bli et kjempemarked. Eugenikk, som skrekken fra nazitida feide bort midtveis i vårt sekel, er i ferd med å bli moderne igjen.

For hundre år siden la biologiseringen av mennesket grunnlag for kvinneundertrykkelse og rasisme. Også dette med klare paralleller i dag ved Arthur Jensens notoriske artikler og boka *The Bell Curve*, som blant annet slår fast at ekstraundervisning må slå feil for svarte unger, fordi deres gener gjør dem intel-

lektuelt undermåls i forhold til hvite.

Ved forrige sekelskifte viste evolusjonsbiologien seg å være en blindvei for å forstå kjønnsroller og menneskelig atferd. I våre dager har sosiobiologi og «evolusjonær psykologi» tatt opp igjen denne tråden. Innen disse fagfeltene defineres de genetiske rammene snevre nok til å programmere våre atferdsmønstre, ikke bare hos mennesket generelt, men også hos individer spesielt.

Ingen kan ha unnlatt å merke den sterke fokuseringen på de ulike hjerner, den mannlige og den kvinnelige, som vi har sett i aviser og på fjernsyn i det siste. Med syltynn biologisk evidens slås det fast at gutter «naturlig» har bedre anlegg for matematikk og dessuten bedre romsyn og treffsikkerhet. Det glemmes at den biologiske basis for vår egenart er vår fleksible hjerne, og at nettopp den er årsak til at vi bør forkaste den biologiske determinisme som har sneket seg fram i (pseudo)vitenskap og i massemedia.

Lærdom fra forrige biologiseringsbølge, presentert i *Den mørke kontinenten*, viste nettopp at «vitenskapen» ble selvprofetisk: kvinnen ble svakere og sykere og aksepterte sin underlegenhet, intellektuelt og ellers. I ettertid har vi sett at de biologiske (genetiske) merkelapper på mennesket støttet tidsmessige fordommer. Ved vårt eget sekelskifte: Les boka til Karin Johannisson og ta lærdom av historien!

Inger Nordal  
professor  
Biologisk institutt  
Universitetet i Oslo



# Den medisinske diagnose – feministiske perspektiver

*Av Kirsti Malterud*

Den medisinske diagnose er endepunktet for en kunnskapsutviklende prosess der menneskelig samhandling, persepsjon og tolkning utgjør sentrale elementer. Kjønn og makt gir sentrale, men ofte usynlige, bidrag til prosessen, og dermed også til produktet. Dette kan vi overse hvis vi velger å se på diagnosen som et biologisk faktum. Alternativt kan vi oppfatte den medisinske diagnose som en sosial konstruksjon, og den kliniske kunnskapen som et samhandlingsprodukt. Hvis vi i tillegg betrakter den diagnostiske prosess fra et feministisk perspektiv, kan vi utforske reglene for de spill som konstituerer vår kunnskap om kvinners helse og sykdommer, og dermed også kvinnelighetens medisinske kroppsbilde og patologi. Som grunnlag for en slik analyse forteller jeg først en historie for å forankre diskusjonen i den medisinske hverdag.

## **Eva har vondt i brystet**

«Eva» (58 år) merker at hun har vondt i brystet. Hun er skilt for mange år siden, arbeider i en blomsterhandel og er vel tilfreds med sin livssituasjon. Moren døde av lungekreft, og Eva synes ikke at hennes egne smerter ligner på morens plager. Hun tror plagene skyldes muskelspenninger og uheldig arbeidsstilling. Men tanker fra morens sykdom griper

henne likevel. Hun blir i tvil om sin egen vurdering, og søker lege for å få en avklaring.

Hos legen er det viktig for Eva ikke å bli oppfattet som hypokonder. Hun forteller om sin opplevelse av symptomene, og gjør det hun kan for å framstå som en troverdig person. Eva underkommuniserer sine plager og velger andre ord enn dem som faller naturlig for henne. Legen regner med at hun er redd for hjerte-

sykdom, antar at brystsmertene skyldes stress, og gjetter at Eva har et dårlig ekteskap eller en strevsom jobb. Han oppfatter ikke hennes symptompresentasjon som uttrykk for alvorlig tilgrunnliggende sykdom, men vil vise henne at han utelukker hjertesykdom.

Blodtrykk og hjertelyder er normale, og nakke- og skuldermuskulaturen er øm og stram. Legen sier at han synes Eva er litt overvektig. Han spør om hun røyker, og hun bekrefter dette. Det er ikke noe som kan bekrefte en eventuell hypotese om hjertesykdom, og legen fastslår at Eva er frisk. Han anbefaler henne å legge om livsstilen, og foreslår at hun skal begynne å ta østrogentabletter. Lungekreft sier han ikke noe om. I journalen finner vi følgende diagnoser: «Angst for hjertesykdom. Stress. Nevrose.»

Neste uke får Eva et kraftig båndformet utslett rundt halve brystkassen. Smertene var forvarsel til et utbrudd av helvetesild. Denne gangen søker hun ikke lege.

### «Subjektive» og «objektive» medisinske tegn

Den medisinske diagnose er navnet på sykdommen. Sykdommen, som innen den medisinske kunnskapskultur ofte oppfattes som et biologisk faktum, forårsaker strukturelle forandringer i kroppen som leder til *symptomer* (som pasienten opplever), og *funn* (som legen kan påvise). (Albert et al. 1980) Pasientens symptomopplevelse regnes som *subjektiv*, og har derfor begrenset troverdighet og ut-sagnskraft. Symptomet har ingen selvstendig status, men er bare gyldig hvis det representerer en bakenforliggende årsak, nemlig sykdommen. Sykdommen

kan påvises ved hjelp av *objektive* funn, som er sykdommens spor i kroppen. De objektive funn som legen kan observere er medisinske tegn som utgjør nødvendige og tilstrekkelige kriterier for sykdom. Pasientens symptompresentasjon kan i beste fall danne utgangspunkt for hypoteser for legen om hvilke funn det er aktuelt å lete etter.

Det foreligger altså et klart hierarki for de forskjellige medisinske tegn som den diagnostiske prosess bygger på: funnene har prioritet framfor symptomene, og legens persepsjon har prioritet framfor pasientens persepsjon. Premisser for den logiske strukturen i dette spillet er at det er mulig å skille mellom subjektivt og objektivt, og at legen har fullmakt til å gjøre dette. Et annet premiss er at ingen ekte sykdom finnes i kroppen uten å sette spor som legen kan observere.

Den diagnostiske prosessen starter med at legen etablerer en årsakshypotese om sykdommen ut fra pasientens symptompresentasjon og supplerende spørsmål. Deretter gjennomfører legen undersøkelser der eventuelle funn (eller mangel på slike) bekrefter (eller avkrefter) spørsmålet om sykdom. En slik forståelse av de medisinske tegn overser det forhold at kroppen er et levende biologisk system, og at forståelsen av sykdommers natur endrer seg med den historiske og kulturelle kontekst.

I historien om Eva består pasientens symptomopplevelse av brystsmertene. Når hun søker lege, er det for å utelukke at dette medisinske tegnet skyldes lungekreft. Hennes hypotese, basert på sin persepsjon av symptomet, er at brystsmertene *ikke* skyldes lungekreft. Helvetesild inngår ikke i repertoaret av mulige årsakshypoteser verken for legen eller for Eva. Legen redefinerer Evas erfaring på hennes vegne. Han oppfatter hennes



symptompresentasjon slik at han på hennes vegne fremmer årsakshypotesen om at brystsmertene skyldes hjertesykdom. Siden han selv ser hjertesykdom som lite sannsynlig, leter han først og fremst etter tegn som kan avkrefte hjertesykdom.

Symptomet «brystmerter» representerer i denne historien ulike hypoteser for legen og for pasienten. Her er det legens antakelse om pasientens hypotese som vinner, og som dermed bestemmer det videre forløp av konsultasjonen. Han tillegger henne en symptomopplevelse der brystsmertene forklares med hjertesykdom. Vi som leser historien, vet at dette er et feilaktig utgangspunkt. Likevel ser vi at legens fortolkning av pasientens symptomopplevelse har prioritet, uten at legen i denne historien behøver å sjekke om den stemmer. Legen *skaper* faktisk det medisinske tegn som tillegges pasienten. Det kan se ut til at legens persepsjon her har status som et objektivt faktum.<sup>1</sup> La oss derfor se nærmere på hva som bestemmer gyldigheten og betydningen av et medisinsk tegn i klinisk medisin.

## Det medisinske blikk

I den franske filosofen Foucaults beskrivelser av medisinsk kunnskapshistorie finner vi begrepet «*the medical gaze*» – det medisinske blikk. (Foucault 1994/1973) Det medisinske blikk er legens virkemiddel for observasjon og tolkning av de medisinske tegn. Legens persepsjon av den individuelle situasjon sammenholdes med hans versjon av den kollektive medisinske kunnskapskapital. Ved hjelp av sitt medisinske blikk leser legen de medisinske tegn, vurderer om de er gyldige, og finner ut hva de betyr. Det medisinske blikk og de diagnostiske hy-

poteser fokuseres i den retning som blir relevant ut fra legens persepsjon av pasientens symptompresentasjon. Det medisinske blikk gir legen autorisasjon til å ta slike avgjørelser.

I historien om Eva leser legens medisinske blikk en historie inn i hennes liv som ikke har forankring i hennes virkelighet. Det medisinske blikk konstruerer i denne situasjonen kunnskap om at Eva er redd for hjertesykdom og at hun lever et stressfylt liv uten å være klar over det selv. Ettersom denne historien ikke kommer fra Eva selv, kan vi undre oss over at den får gyldighet i øyeblikket, og vi kan spørre hvor den egentlig stammer fra. Vi begynner å få en mistanke om at både legen som person, og det medisinske kunnskapsgrunnlag som han forvalter, er selvstendige aktører i prosessen fram mot kunnskap som gjør krav på å være objektiv. Vi kan få en mistanke om at legens medisinske blikk er styrt av skylapper som ikke gir åpning for andre medisinske spørsmål og svar enn dem som legen forventer.<sup>2</sup> Kan det for eksempel tenkes at legens forforståelse angående middelaldrende kvinnelige pasienter med brystmerter kan ha overdøvet de kunnskapskilder fra Evas kropp og liv som han burde ha bygget sine overveielser og konklusjoner på? Det medisinske blikks suverenitet gir legen fullmakt til å definere ikke bare forløpet av, men også utgangspunktet for den diagnostiske prosess – uavhengig av pasientens opplevelse, erfaring og stemme. Han *ser* hva hun plages av. Eller mener i hvert fall at han ser det.<sup>3</sup>

Foucault presenterer en utbredt oppfatning om det medisinske blikk: det er fritt og åpent, parat til observasjoner, upåvirket av det menneskelige sinn. Andre steder skriver han om utviklingen av det medisinske kunnskapsfelt at profe-



sjonens egne interesser historisk sett har hatt sterk innflytelse angående hva slags kunnskap som er gyldig. I det kliniske møtet speiles det som legen har observert ved hjelp av det medisinske blikket, opp mot et slikt kunnskapsgrunnlag. Da er kanskje det medisinske blikket likevel ikke nøytralt og «objektivt».

For midt mellom disse to nivåene av påstått objektivitet finner vi legens person. Når det er tegn fra menneskekroppen og menneskelivet som skal fortolkes av legen, er legen – selv i kraft av sitt kliniske blikk – ingen utenforstående. De medisinske tegn oppfattes og får sin mening gjennom legens person og hans medisinske referanseramme. Derfor er den diagnostiske prosess avhengig av legens evne til kroppsempati – til å sette seg inn i den andres opplevelse av sine kroppslige tegn. (Rudebeck 1992) Det medisinske blikk fanger opp informasjon som passer inn i dette puslespillet, og siler ut informasjon som ikke passer. Men hva er det som avgjør hvilke tegn som ikke passer?

### **Medisinsk teknologi: superfakta?**

Vi behøver ikke tro at det er ond vilje som gjør at legen påvirker det han ser. Det er tilstrekkelig å regne legen som et normalt menneske, som en del av den virkelighet han befinner seg i. Selv når legen er trent til å bruke sitt medisinske blikk som virkemiddel, kan han aldri bli en robot. (Tversky & Kahneman 1974) Vi tenker oss kanskje at teknisk utstyr kan eliminere den menneskelige faktor i medisinsk diagnostikk og gjøre kunnskapen objektiv og nøytral. Så enkelt er det imidlertid ikke.

Ved hjelp av medisinsk teknologi forlenges legens medisinske blikk. Moderne billeddiagnostikk gir fantastiske bilder av kroppens organer, produsert ved hjelp av computertomografi og magnetresonansteknikk. Avansert fiberoptikk gjør det mulig å kikke inn gjennom kroppens åpninger og observere dynamiske prosesser. Framskritt i laboratoriet gjør det mulig å kartlegge de minste detaljer av kroppens molekulære sammensetning via blodprøver. Men også innen medisinsk høyteknologi er legens medisinske blikk en menneskelig egenskap. Menneskers persepsjon og tolkning inngår fortsatt i den diagnostiske prosess, selv om legens øye er forlenget med en avansert kikkert av et eller annet slag. Vi tror kanskje at et røntgenbilde forteller en nøytral og utvetydig sannhet. Men til tross for diagnostiske kriterier og standarder er variasjon i funn fra ulike observatører ved tolkning av røntgenbilder såpass vanlig at det blir vanskelig å fastholde forestillingen om de såkalte objektive medisinske fakta. (Elmore et al. 1994)

Vi skal også huske at de fleste resultater som er innhentet ved hjelp av diagnostisk teknologi er representasjoner som gir et indirekte bilde fra et bestemt perspektiv på et gitt tidspunkt. Dette er ikke nødvendigvis et relevant og utvetydig uttrykk for den biologiske virkeligheten, og slett ikke et nøytralt faktum. Det er nemlig ikke slik at alle medisinske tegn i utgangspunktet har lik sjanse for å bli anerkjent og tillagt vekt. Samspillet mellom det medisinske kunnskapsfeltet, det medisinske blikket, og legens plass i et sosiokulturelt landskap bestemmer betydningen av forskjellige medisinske tegn. La oss se nærmere på det sosiokulturelle landskapet omkring konsultasjonen når kvinner søker lege.





(Foto: Will Hansen, Alfa Press/Samfoto.)

## Kjønnets samhandling i medisinsk praksis

Legens medisinske blikk styres av hans kunnskap og erfaringer. Han må vite hva han skal se etter, og han gjenkjenner fenomener han har sett tidligere. Han vet at kvinner rapporterer flere symptomer enn menn, og at de søker lege oftere. (Verbrugge & Wingard 1987) Det kan tenkes at han dermed vil mene at kvinner er mer pysete enn menn, og at mange kvinnelige pasienter søker lege for bagateller. Det er ikke sikkert han kjenner de mange alternative forklaringer på dette feltet. Kanskje legen som møtte Eva knyttet slike stereotype oppfatninger til hennes grunnlag for legesøkning – allerede før hun begynte å framføre sin historie?<sup>4</sup>

Fra sin grunnutdanning kjenner legen kvinnekroppens og kroppens anatomiske og fysiologiske forskjeller, og han vet at kvinnelige og mannlige pasienter søker lege for ulike tilstander. I allmennpraksis er de største diagnosegruppene for kvinnelige pasienter hjerte-karsykdommer, sykdommer i urinveier og kjønnsorganer, muskelskjelettsykdommer og psykiske sykdommer. (Rutle 1983; Nylenna 1985) Mange kvinner rammes av slike sykdommer. Den største forskjellen i kvinners og menns sykkelighet når vi ser bort fra kontakter angående svangerskap, fødsel og prevensjon, finner vi for sykdommer i urinveier eller kjønnsorganer, som oftest rammer kvinner. (Rutle 1983) Legen tror kanskje at muskelskjelett-lidelser er en kvinnesykdom. Da kjenner han ikke forskning som viser at slike plager forekommer omtrent like

ofte hos menn og kvinner. Innen diagnosegruppen er det imidlertid klare kjønnsforskjeller: Menn kommer for ryggplager, mens kvinnene kommer for muskelsmerter i nakken og armene, slitasjegykt og andre revmatiske plager. (Rutle 1983) Han glemmer kanskje at kvinner kan lide av «ordentlige» sykdommer som helvetesild, eller at kvinner med hjertesykdom ofte har symptomer som er annerledes enn hos menn med hjertesykdom.

Legen tror kanskje at han behandler alle sine pasienter likt, og at han ikke gjør forskjell på menn og kvinner. På dette punktet tar han sannsynligvis feil. Kvinner og menn bruker språket forskjellig, og de samme ordene tillegges forskjellig betydning avhengig av om de kommer fra en mann eller fra en kvinne. (Thorne, Kramarae & Henley 1983) Empiriske studier viser at legens fortolkning av pasientens symptomer er kjønnet, i den forstand at de tillegges forskjellig betydning om pasienten er en mann eller en kvinne. 120 leger fikk like-lydende sykehistorier og ble spurt om hva legen oppfattet som årsak til pasientens plager. (Colameco, Becker & Simpson 1983) Halvparten av legene fikk vite at den gjaldt en kvinne, mens den andre halvparten fikk vite at den gjaldt en mann. Psykiske årsaker ble signifikant oftere oppgitt som årsak der legen trodde at pasienten var en kvinne.

I vårt samfunn er ikke alle diagnoser like mye verdt. Innen det medisinske kunnskapsfeltet finner vi også et hierarki hvor ulike sykdommer kan plasseres etter sin status. Det er f.eks. «finere» å lide av hjertesykdom enn av angst. Vi finner vanlige kvinneplager som angst, depresjon og fibromyalgi helt på bunnen i dette hierarkiet. (Album 1991) Mange av disse helseplagene konfronterer legen med hans faglige hjelpeløshet, fordi den

rådende medisinske kunnskap om årsaker og effektiv behandling på dette feltet i dag er utilstrekkelig. (Malterud 1987) Vi kan forestille oss muligheten av at det medisinske blikk innen dette feltet kanskje ikke er fullt så skarpt som når det er hjerteinfarkt eller hjernesvulst som skal diagnostiseres.<sup>5</sup>

Samtidig vet vi at den medisinske kultur tilbyr diagnostikk og behandling av kvinners normale livsfaser som om det handlet om mangeltilstander. (Petersson 1995) Medikalisering av kvinners livsløp kan invitere det medisinske blikk til mange avsporinger som forstyrrer fokus i forhold til de symptomer som pasienten opplever.

## Hvem vet best?

Historien om «Eva» er en karikert historie der legen vet best på alle punkter, og der pasientens bidrag til den diagnostiske prosess bare etterspørres i beskjeden grad. Vi kan få en mistanke om at viktige brikker i det diagnostiske puslespillet allerede er lagt i legens hode før pasienten kommer til orde. De kulturelle rammene omkring denne konsultasjonen gir pasienten beskjeden anledning til å korrigere konstruksjoner som med stor sannsynlighet har en kjønnet dimensjon.

Mange kvinner foretrekker å gå til kvinnelig lege. En slik kjønnspreferanse er klarest blant de yngste og de eldste kvinnene. (Thorsen, Fugelli & Samuelson 1988) og gjelder særlig for underlivsplager, seksuelle problemer, psykiske problemer og konsultasjoner som medfører omfattende somatisk undersøkelse. (Haar, Halitsky & Stricker 1975; Philliber & Jones 1982) Men det finnes selvfølgelig mannlige leger som er flinke til å oppfatte symptomene hos kvinnelige



pasienter, som det finnes kvinnelige leger som hører dårlig etter. Vi skal ikke uten videre tro at samkjønnete lege-pasient-relasjoner garanterer at det medisinske blikk inkluderer pasientens erfaringer i kunnskapsgrunnlaget. Løsningen på de problemer som her er diskutert, er ikke å skaffe kvinnelig lege til alle kvinnelige pasienter. Viktigere for feminister er det å stille spørsmålsteget ved hele prosessen der klinisk kunnskap anvendes og utvikles, i stedet for å ta den for gitt.

## Diagnosen er sjelden et biologisk faktum

Hvis vi neglisjerer betydningen av den kjønnete dimensjon når medisinske tegn skal leses og tolkes, blir det vanskelig å forstå hvordan kunnskap om kvinners helse blir til. Det medisinske kunnskapsgrunnlaget akkumuleres fra et sterkt tilslag av klinisk kunnskap fra den diagnostiske prosess i daglig praksis. I et møte der maktbalansen ikke er symmetrisk, har den sterkeste part «mandat» til å bestemme hva ordene skal bety, og hvilke utsagn som er gyldige. I det medisinske møtet er legen eksperten. Det medisinske blikk har åpenbart en kjønned dimensjon, som kanskje ikke erkjennes fullt ut av legen som ser.

Som feminister kan vi arbeide for å synliggjøre årsakene til og demonstrere konsekvensene av dette. Men først vil det være nødvendig å rokke ved de utbredte forestillinger om diagnosen som et biologisk faktum som kan avdekkes ved hjelp av legens objektive medisinske blikk. Skal vi lære mer om kvinners helse og sykdommer, må vi utvikle metoder for medisinsk forskning og praksis der vi kan snakke høyt om betydningen av det kjønn-

nete medisinske blikk og skaffe bedre plass til kvinners stemmer og erfaringer.

Kirsti Malterud  
professor dr. med.  
Senter for kvinneforskning,  
Universitetet i Oslo  
Seksjon for allmennmedisin,  
Universitetet i Bergen

## Litteratur

- Albert, D.A., R. Munson, M.D. Resnik. *Reasoning in medicine. An introduction to clinical inference*. The Johns Hopkins University Press, Baltimore 1980.
- Album, D. Sykdommers og medisinske spesialiteters prestisje. I *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1991, nr. 111, s. 2127-33.
- Colameco, S., L.A. Becker, M. Simpson. Sex bias in the assessment of patient complaints. I *Journal of Family Practice*. 1983, nr. 16, s. 1117-21.
- Code, L. *What can she know? Feminist theory and the construction of knowledge*. Cornell University Press, Ithaca/London 1991.
- Elmore, J.G., C.K. Wells, C.H. Lee, D.H. Howard, A.F. Feinstein. Variability in radiologists' interpretation of mammograms. I *The New England Journal of Medicine* 1994, nr. 331, s. 1493-9.
- Foucault, M. *The birth of the clinic. An archaeology of medical perception*. Vintage Books, New York 1994/1973.
- Haar, E., V. Halitsky, G. Stricker. Factors related to the preference for a female gynecologist. I *Medical Care* 1975, nr. 23, s. 782-90.
- Malterud, K. Illness and disease in female patients. I. Pitfalls and inadequacies of primary health care classification systems - a theoretical review. I *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1987, nr. 5, s. 205-9.
- Nylenna, M. Why do our patients see us? A study for reasons for encounter in general practice. I *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1985, nr. 3, s. 155-62.
- Petersson, B. *Sygeliggørelse af kvinder*. Foreningen Af Danske Lægestuderendes Forlag, København 1995.
- Philliber, S.G., J. Jones. Staffing a contraceptive service for adolescents: the importance of sex, race and age. I *Public Health Reports* 1982, nr. 97, s. 165-9.

- Rudebeck, C.E. General practice and the dialogue of clinical practice. On symptoms, symptom presentations, and bodily empathy. I *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 1992, Suppl 1.
- Rutle, O. *Pasienten fram i lyset – analyse av legekontakter i primærhelsetenesta*. SIFFs gruppe for helsetjenesteforskning, Oslo, rapport 1/1983.
- Thorne, B., C. Kramarae, N. Henley. Language, gender and society. Opening a second decade of research. I B. Thorne, C. Kramarae, N. Henley (red.). *Language, gender and society*. Newbury House Publishers, Rowley 1983.
- Thorsen, O., P. Fugelli, K. Samuelsen. Befolkningens ønsker for legetjenester i en bydel. Kvernøvik-undersøkelsen – del 3. I *Tidsskrift for Den norske lægeforening* 1988, nr. 108, s. 1102–3.
- Tversky, A., D. Kahneman. Judgment under uncertainty: Heuristics and biases. I *Science* 1974, nr. 185, s. 1124–31.
- Verbrugge, L.M., D. L. Wingard. Sex differentials in health and mortality. I *Women & Health* 1987, nr. 12 (2), s. 103–45.

### Noter

- 1 Nå skal det riktignok bemerkes at pasienten ofte bevarer råderetten over sin symptompresentasjon i større grad enn det «Eva» gjør. Jeg vil likevel fastholde at dette ikke er en ekstrem historie i så måte.
- 2 Jeg mener med dette å gi en rimelig troverdig beskrivelse av en situasjon der legens status i det medisinske kunnskapssamfunnet innebærer sterke rettigheter angående definering av medisinske tegn.
- 3 Sannsynligvis tror han også at han *vet* det.
- 4 Det *vet* vi riktignok ikke noe sikkert om.
- 5 Eller muligens at legen regner pasienten som frisk hvis hun ikke lider av noe han selv oppfatter som alvorlig.



# Profesjonell berøring

*Av Rannveig Dahle*

I dag er kropp blitt et tema i samfunnsvitenskapene. Og kroppen har en mangetydig status. Den er fysisk avgrenset, og i en viss forstand kan en si at individet «eier» sin egen kropp. Den kan gi positive opplevelser like mye som den kan gi plager og smerter. Kroppen er også et sentrum for subjektiv erkjennelse og felles erfaringer, og gjennom kroppen opplever vi andre mennesker. Kropper uttrykker kultur og speiler tidsånden. Vi bærer manns- og kvinnekropper som det knytter seg rotfestede, ofte uuttalte forestillinger til. Mannskroppen viser til koder for maskulinitet og kvinnekroppen til koder for femininitet, som blir kriterier for vurdering og oppgavefordeling og der det maskuline overordnes det feminine. Tross denne nye interessen for kroppen er *kroppslig berøring* i ulike typer relasjoner blitt viet lite forskningsmessig oppmerksomhet. Denne artikkelen handler om hva berøring betyr i behandlingsrelasjoner. Rannveig Dahle knytter diskusjonen til helseyrkene, som alle har andres kropper som sitt spesielle arbeidsfelt.

Kroppslig berøring i profesjonelle relasjoner er et taust felt, ikke bare i forskning, men også i undervisning og lærebøker. Det blir gjerne overlatt til den enkelte helsearbeider å finne private løsninger for å håndtere problemet. Sykepleiere utveksler erfaringer i det skjulte, og spør hverandre om råd og dåd. Lintøyrommet på sykeavdelingene er et yndet sted for å lufte tabuiserte emner. Med en viss ironisk distanse gjør leger et

poeng av at deres undervisning ikke tar opp den slags temaer. Jeg mener imidlertid at temaet er viktig og argumenterer for at profesjonell berøring har langt videre implikasjoner enn bare den enkelte kvinnes og manns personlige håndtering. Å studere feltet nærmere kan utvide vår forståelse av helsevesenets måte å fungere på, dets arbeidsorganisering, samspill og utviklingslinjer.

I de gamle lærebøkene i sykepleie blir

temaet berøring behandlet indirekte under overskrifter som hygiene og etikk. I 1877 skrev Rikke Nissen en *Lærebog i Sygepleie for Diakonisser* der hun går grundig gjennom sykepleierens mange-  
sidige oppgaver. Å stelle syke kropp  
var en kjærlighetsgjerning som krevde  
praktisk erfaring, kunnskap og håndlag,  
hevdet Nissen. Hun skrev ikke bare om  
oppgavens karakter, men også om den  
sosiale organiseringen av sykepleiegjer-  
ningen. Den krevde lydighet overfor  
legens forordninger. Lydighetsnormen  
gjaldt imidlertid ikke uavkortet. En dia-  
konisse hadde ikke bare rett, men også  
plikt til å avstå fra å «utføre sådanne  
Gjerninger hvorved den Kvindelige Blu-  
ferdighet saares, saasom at katheterisere  
eller bade Mænd» (Hamran 1987). Om  
nødvendig skulle sykepleieren opponere  
mot legens påbud. Dette var et imperativ,  
hvis intimitetens grenser ble overtrådt. I  
spenningen mellom verdighet og lydighet  
var sykepleierens egen verdighet over-  
ordnet alle andre hensyn. Det korte sita-  
tet fra 1877 sier noe om distinksjonen  
rent/urent, om seksualitet og om forholdet  
mellom kjønnene i en tidligere histo-  
risk periode. I dag har den viktorianske  
verdighetsetikken veket plassen til fordel  
for et mer moderne syn på profesjonell  
atferd og der grensene for hva en kan og  
skal gjøre blir trukket etter andre kriteri-  
er.

Jeg skal fange opp noen av disse trå-  
dene. Siden feltet er «upløyd mark», gir  
det seg selv at jeg kommer til å reise  
spørsmål mer enn å gi svar.

## Tabuisering av kroppen i vestlige samfunn

Tabuiseringen av kroppen kan forstås  
som et produkt av en lang historisk pro-

sess. I sitt verk *The History of Manner*  
gir Norbert Elias (1936) en framstilling  
av siviliseringsprosessen, gjennom en  
omfattende undersøkelse av *skikkens*  
*historie*. Siviliseringsprosessen som la  
grunnlaget for konstruksjonen av det  
vestlige individbegrepet, handler om  
driftenes disiplinering og kontroll. Pro-  
sessen ligger også til grunn for et annet  
skisma i vestlig tenkesett, nemlig skis-  
maet mellom natur og kultur.

Elias' analyse viser hvordan oppsplit-  
tingen av «oss» i et «jeg» og et «du»  
ledet til dikotomien mellom kropp og  
sjel. Kroppen ble atskilt, intim og priva-  
tisert. Det oppstod unevnelige kroppslige  
soner som skjulte det ekle og det urene  
ved kroppen, og det vokste fram en *fysisk*  
*aversjon* både mot egen kropp og mot  
andres kropp. Idealet var kontroll over  
naturen og kroppen.

Avgrensningen har ført til at vi bare  
har tilgang til hverandres kropp gjen-  
nom intime relasjoner. Berøring er i til-  
tagende grad blitt omgitt av skam og  
forvirring, og begrenset av en mengde  
kontrollformer og forbud. Elias kommer  
stadig tilbake til skamterskelen og hvor-  
dan den gradvis blir hevet. Forbud og  
grenser er to sider av samme sak. Til  
slutt står vi overfor et menneske som er  
forhindret fra å omtale og bearbeide vik-  
tige sider av selve grunnlaget for sin  
individualitet og atskilthet.

Konstruksjonen av individet i vestlige  
samfunn er et menneske med en bevisst-  
het om seg selv som fullstendig fritt,  
selvforsynt og atskilt fra alle andre  
(Asplund 1985). Menneskets evne til  
abstrakt tenkning gjør både vitenskap og  
andre former for kulturskaping mulig.  
Det autonome individets selvkontroll er  
en menneskeoppfatning som er blitt  
framherskende i vitenskapssamfunnet, og  
den preger også fag som sosiologi og



psykologi. Det autonome individets selvkontroll skaper forestillinger om «rasjonell tanke» og «moralsk bevissthet».

I dag ser vi på grensene rundt oss selv som en forutsetning for å konstruere en egen identitet. Vi vet at det har dramatiske konsekvenser for individet om grensene blir overtrådt. Eksempler på ekstrem nedbrytning er ettervirkninger av fysisk mishandling, tortur, voldtekt og incest, der det viser seg å være en vanskelig oppgave å bygge opp en ny identitet.

Ulike former for sosial kontroll og disiplinering av kroppen er trolig et fenomen i alle kulturer, ikke bare i de vestlige. Mary Douglas (1966) analyserer forestillinger om renhet og urenheter i primitive kulturer. Kroppens grenser, hevder hun, er analoge med samfunnets grenser. Kroppens inn- og utganger symboliserer samfunnets inn- og utganger. Jo større mulighet for å overvåke samfunnets eller gruppens grenser, desto større tilbøyelighet til å betrakte kroppen og kroppens utsondringer som urene. Douglas formulerer en universell renhetsregel: Jo større trykk samfunnet utøver på sine medlemmer, desto større blir kravet om fysisk kontroll. Kroppslige prosesser utelukkes i diskursen i samsvar med betydningen av den fysiske kontrollen. Fra et helt annet utgangspunkt analyserer Foucault samfunnets disiplinering av kroppen. Han skiller mellom kjønnsdrift som en del av menneskets biologiske utrustning, og seksualitet som kulturskapt og historisk foranderlig og hevder at vi skaper seksualitet gjennom måten vi omtaler kroppen på. Via språket vokser det fram regler og kontrollerende praksisformer som gjennomsyrrer stadig nye områder av samfunnslivet og blir til en omfattende sosial kontroll.

Skamfølelse, tabuisering av kroppen

og disiplinering blir en drivkraft i den sosiale organiseringen av behandlingsrelasjoner. Huden er det sanseorganet som avgrenser jeget mot omverdenen og understreker grensen mellom andre og oss selv. Berøring av andres hud er risikofyllt, det kan innebære å overskride grenser. Men selv om kroppen blir fornektet og privatisert, kan ikke helseyrkene løse seg ut av forpliktelsen, ja tvangen til å ha direkte tilgang til andres kropp, berøre andres hud.

## Yrkesgruppens håndtering av andres kropp

Kroppsgrenser er altså ikke bare viktig som et allment samfunnsfenomen, men også for forholdet mellom behandler/pleier og pasient, og for organiseringen av helsetjenester. For å få viten, må vi gå inn i selve praksisfeltet for å se hvordan berøring blir håndtert i konkrete situasjoner, og også til den normdannende litteraturen på området. Yrkene har ulike måter og muligheter. Den mannsdominerte og sterkt profesjonaliserte yrkesgruppen, legene, har flest midler for å regulere situasjonen. En hypotese er derfor at distanse og kroppsfornektelse er mest framtreddende i deres yrkesutøvelse. Vitenskapeliggjøringen av den medisinske profesjonen reduserer kroppen til en organsamling som kan gjøres til gjenstand for kontroll og manipulering.

Den gynekologiske undersøkelsessituasjonen kan karakteriseres som en ekstrem variant av en behandlingsrelasjon som illustrerer noen dilemmaer som ligger innebygget i situasjoner der berøringen ikke er til å unngå, og der partene dessuten ofte har motsatt kjønn (Emerson 1970). Gynekologisk undersøkelse krever at legen, ofte en mann, har adgang til



kvinnekroppens mest intime og tabuiserte soner (evt. naturlige funksjoner, seksualitet). Den profesjonelle rammen skal sikre at det er kroppen til en pasient, ikke en privatperson, som står i sentrum. For å kunne gjennomføre den medisinske prosedyren, skaper legen avstand gjennom å definere pasienten som et objekt. Møtet konstituerer nesten pr. definisjon en uverdig situasjon som knapt noen kvinne er uberørt av. Uverdigheten kan bare bli redusert dersom pasienten kjenner seg anerkjent som person. Noen utsagn, f.eks. å karakterisere livmoren som «normal», eller bevegelser, tilkjennevir at kvinnens bekkenregion er et medisinsk organ, mens andre tegn understreker og anerkjenner pasienten som person.

Joan Emerson analyserer hvordan leger tar i bruk en rekke kommunikative strategier for å regulere møtet. Én strategi er å demonstrere avstand gjennom en nonchalant oppførsel. En annen er å tie om ubehagelige episoder som forekommer underveis, og omdefinere møtet mot slutten ved å framstille det som vellykket, f.eks. gjennom å si at «dette gikk jo riktig bra». En velkjent og velbrukt strategi er å bruke fleip eller humor, gjerne henvendt til sykepleieren som vanligvis befinner seg anonymt i bakgrunnen. Det er også mulig å trekke sykepleieren mer direkte inn i samtalen hvis situasjonen oppleves som truende.

Noen pasienter bryter på sin side koden for passende atferd. De kan altfor fritt vise fram tabuiserte (intime) kroppsdeler når de burde ha forstått at kroppsdelenes skulle skjules. Omvendt kan pasienter like gjerne være altfor tilbakeholdne og sjenerte og derved understreke det ubehagelige i situasjonen.

Emersons poeng er at innenfor den profesjonelle rammen kan motstridende definisjoner når som helst dukke opp.

Normer for sosial atferd er retningsgivende bare så lenge de oppleves som meningsfulle av begge parter i en samhandling. Den konstruerte rammen er skjør, og den er alltid utsatt for å bryte sammen på grunn av møtets intime karakter. De involverte partene forhandler i en gjensidig prosess om rammene for fortolkning av hvilket innhold møtet skal ha.

Ulike yrker med ulik grad av profesjonalisering og kjønnsdominans vil ha forskjellige måter å løse problemet med forholdet til kropp og berøring på. I fysioterapien er berøring av pasientens kropp ofte en viktig del av behandlingen. Noen kroppsområder er «nøytrale», mens andre assosieres med seksualitet. De aller fleste behandlerne er kvinner som behandler både kvinners og menns kropp. Når parter av motsatt kjønn står overfor hverandre, har en kvinnelig behandler ikke den samme selvfølgelig profesjonelle maktposisjonen eller autoriteten som en (mannlig) lege. I situasjoner der en mann ligger nesten avkledd på behandlingsbenken og hans kropp blir behandlet/massert av en kvinne, kan hun lett få en tvetydig rolle. Hennes posisjon kan sammenlignes med slavinnens, og kvinnelig underordning blir et iøynefallende trekk. En fysioterapeut opplevde dette i møte med en mannlig pasient da hun masserte et tilsynelatende «nøytralt» kroppsområde. Hun sier:

«Plutselig fór han opp fra benken og kastet seg om halsen på meg. Det kom totalt uventet, for vi hadde faktisk hatt det ganske hyggelig og pratet avslappet sammen, mens jeg masserte nakkemusklene hans. Det var ingen ting i situasjonen forut som hadde forberedt meg på en slik reaksjon fra hans side.»



I et samfunn der makt er ulikt fordelt på de to kjønn, gir dette seg utslag i alle typer behandlingssituasjoner. Behandling kan av enkelte menn bli forbundet med intim-massasje og seksuelle ytelser som understreker den tjenesteytende kvinne-rollen. Kvinnelige terapeuter kan oppleve at de har liten kontroll over situasjonen. De må være i en slags beredskap og søke å unngå at menn skal «tenne» på dem erotisk. Kvinner blir pålagt ansvaret for å trekke grensene for invadering, men de har ikke samme myndighet som menn til å definere innholdet i relasjonen.

Mange strategier kan bli tatt i bruk for å regulere seksualiteten og følelsene i slike møter. En strategi er å skape en offentlighet ved å la flere pasienter få behandling i samme rom. Man kan også velge å betone de teknisk instrumentelle sidene ved behandlingen på bekostning av de følelsesmessige, for å skape større distanse. Den fysioterapeuten som ble overrumplet og plutselig omfavnet av pasienten, valgte senere en mer subtil strategi. Hun «tenkte vekk huden» når hun masserte mannlige pasienter. For henne stod huden for det sensuelle, det følsomme, ved kroppen. I stedet konsentrerte hun hele sin oppmerksomhet om å se på kroppen som en samling knokler og muskelbunter – avkledd huden. Samtidig måtte hun fortsette et arbeid som kunne vekke menns ukontrollerbare seksualitet. Hennes strategi ble å fortrenge angsten for at noe slikt skulle skje på nytt, dvs. hun hadde et problem som ikke lar seg definere bort.

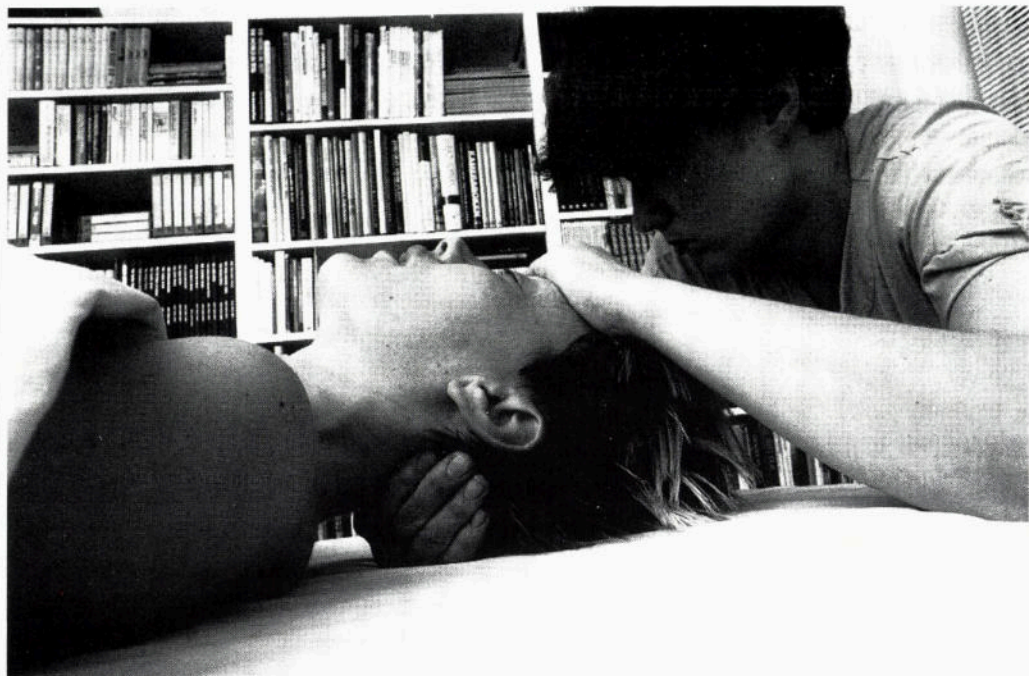
Det er blitt en utfordring for de kvinnedominerte yrkesgruppene som har stått i et langvarig og mer direkte forhold til kropp, å få større kontroll over yrkene sine. Så kan en spørre: Er konsekvensene av deres profesjonaliseringsbestrebelse at de samtidig fjerner seg fra konkrete

kropper og skaper større distanse? Jeg skal forfølge dette resonnementet litt videre.

Å berøre pasientenes kropp er en vesentlig side også av sykepleiearbeidet. I sykepleielitteraturen og forskningen på feltet er det imidlertid en tydelig tendens til at berøringsrelasjonen blir fornektet. Dette til tross for at ideologien er å bedre kvaliteten i sykepleiearbeidet. Sykepleier og filosof Kari Martinsen (1991) kritiserer sterkt den toneangivende retningen i dagens sykepleieforskning, som hun karakteriserer som en *teknisk-instrumentell livsforståelse*. Tilnærmingsmåten innebærer at det konkrete blir tildekket av det abstrakte, noe som er en form for herredømmetenkning. Det *kvalitative* sykepleiearbeidet skal måles og framstilles i et entydig og eksakt språk som skaper avstand. Relasjonen til pasientene blir beregnelig og forutsigbar og følelser og intuisjon må bort, for det kan ikke beregnes. Den gamle sykepleietradisjonen blir en hindring for å realisere nye mål, ikke en verdi det er viktig å ta vare på. Sykepleie blir redusert til teknisk *problemløsning*.

Alternativet er *skapelsestankens* livsforståelse, sier Martinsen, en livsforståelse som innebærer et radikalt skifte av posisjon fra en selv til den andre. Det er *gavehandlinger* som bygger på altruisme og moralsk forpliktelse. Det betyr at vi må gjenreise den tradisjonelle sykepleiens erfarings- og verdigrunnlag og utvikle et annet språk enn det abstrakt vitenskapelige.

Martinsen sier imidlertid lite om hvordan gavehandlingene kan eller skal uttrykkes i møtet med andres kropp. Ved ikke å problematisere verken seksualiteten eller skamfølelsen over det urene og ekle ved kroppen, (f.eks. en syk kropp som lukter motbydelig) kan gave-



(Foto: Mimsy Møller, Samfoto.)

handlingenes livsforståelse komme til å framstå som uttrykk for en idealisert virkelighetsforståelse som i noen henseender fornekte kroppen og berøringens realitet.

Ikke bare sykepleielitteraturen fornekte berøringsrelasjoner. Selv når kroppen står i sentrum for den faglige interessen, er man ikke opptatt av berøringens karakter og muligheter. I undersøkelsen *Kjærlighet og bevegelse* tar fysioterapeut og forsker Gunn Engelsrud opp kroppssynet i fysioterapien. Med utgangspunkt i Merleau-Pontys kroppsforståelse ser hun kroppen som konstituerende for forholdet mellom mennesker. Ved å hevde at mennesket *er* kroppslig, overskrides dikotomien mellom kropp og sjel. Behandlingskonteksten hun undersøker gjelder barn, og ambisjonen er å avdekke hvilke kroppserfaringer som skapes i møtet

mellom pasient og terapeut (Engelsrud 1991, s. 17).

Selv om undersøkelsen eksplisitt fokuserer på det kroppslige møtet, gir den inntrykk av at fysioterapeuter omtrent ikke berører barnas kropp, eller i det minste av at de ikke reflekterer over hvordan kroppskontakten påvirker utformingen av samhandlingsforløpet. Undersøkelsen refererer, så vidt jeg kan se, bare én slik episode. En fysioterapeut forteller om en lekesituasjon der hun og barnet ruller rundt og ligger i en hengekøye sammen. Utelatelsen av denne typen empiri kan imidlertid skyldes forskerens perspektiv og presentasjon av intervjudata, mer enn at fysioterapeuten ikke selv er opptatt av temaet. Engelsrud selv verken kommenterer eller teoretiserer kroppslig berøring som en relasjon. Til gjengjeld legger hun følelser stor be-



tydning når det gjelder å forstå barns behov for nærhet og voksenkontakt. Et tillitsfullt forhold mellom terapeuten og barnet kan bidra til å frigjøre bevegelsesleden. I Engelsrud sin undersøkelse blir språket viktig, idet hun hevder at faglighet forutsetter refleksjon over og analyse av fysioterapeutenes språk (Engelsrud 1991, s. 257). Språket forteller om hvilken posisjon behandleren tar, om de ser på kroppen som et sted for plager og smerter for pasientene og noe de skal «gjøre noe» med, eller om de anerkjenner kroppen som kilde til subjektiv erfaring og erkjennelse.

Behandlingssituasjonen framelsker det jeg kaller *individualiteten*. For det er barnets opplevelse av seg selv som kroppslig, som atskilt fra andre, og respekten for barnets grenser som blir tilagt avgjørende betydning. De mulighetene som ligger i å skape gode kroppsopplevelser og følelser gjennom berøring og kroppskontakt, blir ikke et tema for utforskning. Vi vet at det med svært få unntak er kvinnelige fysioterapeuter som behandler barn. Følgelig skulle forholdene (i behandlingssituasjonen) ligge særlig godt til rette for å bygge videre på den fysiske kontakten som har sin parallell i mor-barn-relasjonen. Det er en kontakt som ikke trenger å være truende. I vår kultur blir barnet fortolket som natur, som *før-individuelt* stadium (Isaksen 1990). Kroppssynet i fysioterapien står i fare for å bli en abstrakt kroppsforståelse der fysioterapeutene blir aktive pådrivere i individskapingen for å knytte barn nærmere til kulturen. Selv når intensjonen er å være konkret, gir forskningen på feltet sitt bidrag til en abstrakt kroppsforståelse.

Et annet yrke der berøring av andres kropp er det viktigste «behandlingsredskapet», var jordmoryrket. Vi kan

stille opp moderne leger og gammeldagse jordmødre som to ytterpunkter når det gjelder yrkesutøvelse. Også jordmødrene var en høyt respektert yrkesgruppe. Den gamle jordmorkunsten illustrerer hvordan berøring var en selvfølgelig og ikke en truende kvalitet ved relasjonen. Å bli bevisst hva hendenes språk betyr i møtet med pasienter, er en kunst som kan læres og oppøves, skriver en sykepleier (Karoliussen 1989). I fødesituasjonen er hånden karakterisert ved at den både kan registrere og formidle samtidig. Hånden på magen kan berolige, formidle nærhet, gi støtte og hjelp til fødekvinne, og samtidig stimulere ve-aktiviteten eller hjelpe til å presse barnet ut.

Å føde barn var sett på som en del av naturens orden. I dag er fødekvinne blitt pasient. Tidligere helsedirektør Karl Evang sa det ved en anledning slik: «Svangerskap er ingen sykdom, men heller naturens mest provoserende og konstruktive demonstrasjoner av helse». Denne spissformuleringen var uttrykk for hans motstand mot utviklingstendenser ved fødselsorganiseringen han så og mislikte. Den gamle jordmorkompetansen er langt på vei blitt erstattet av moderne teknologi. Den vitenskapelige medisinen tilbyr prosedyrer og handlingsformer som skal sikre fødselsomsorgen for mor og barn. Teknikkene har overtatt, svangerskap blir mer kultur enn natur. I stedet for «magehånden» blir det festet elektroder, *cardiotocografen*, på fødekinnens mage. Den teknologiske håndens fortrinn er at den på noen områder utvilsomt gir sikrere informasjon, men den fanger til gjengjeld opp langt færre signaler enn en jordmorhånd om fødselens forløp. Og framfor alt formidler den ikke noe tilbake til fødekvinne. Den kan i stedet være angstskapende og virke fremmedgjørende. Resultatet for føde-



kvinnen er at hennes relasjoner til omgivelsene blir karakterisert av upersonlig service mer enn av omsorg.

Vi kan anta at jordmødrene som yrkesgruppe er ambivalente til utviklingen. Den århundregamle jordmorkunnskapen, som er grunnlaget for yrket, blir omformet slik at dagens jordmødre blir tekniske assistenter som betjener elektroder og utfører legens forordninger. Det er et paradoks at arbeidet blir innlemmet i medisinen tekniske kultur og *samtidig* mister sin gamle selvstendighet – for å bli underlagt mannlig dominans.

## Kropp, vitenskapeliggjøring og profesjonell rangering

Etter å ha sett inn i praksisfeltet kan vi reise nye spørsmål fra en litt annen synsvinkel. Mens den vitenskapeliggjorte medisinen er en del av den vestlige kulturen, tolkes kvinners kroppsrelaterte helsearbeid indirekte som en del av naturen (Isaksen 1990). Også kvinnearbeidet er internt rangert etter graden av kropps-nærhet. Lise Widding Isaksen peker på at det minst statuspregete kroppsarbeidet primært dreier seg om å dekke *andres* kroppslike behov og følgelig blir ansett som nærmere natur enn kultur.

Skal kvinner oppnå status som berettiger autonomi og anerkjennelse, må de bevege seg vekk fra det mest direkte og kroppsrelaterte arbeidet. En slik prosess vil innebære to ting. For det første vil det føre til at det bygges inn større avstand mellom behandler og pasient, som igjen vil føre til at kontakten med pasienten vil bli mer upersonlig og avgrenset og at relasjonene følgelig blir mer servicepregete. For det andre vil det bygges inn konflikter mellom kvinnelige helsearbei-

dere, der en kjerne i konflikten er at alle ønsker å kvitte seg med det mest kropps-nære og foraktede arbeidet, uten at dette kan bli sagt eller uttrykt på denne måten. Slike problemstillinger blir utforsket i bl.a. den norske omsorgsforskningen (Wærness 1984, Nordhus m.fl. 1986). Men hittil har denne forskningen fokusert mer på arbeidsoppgaver og arbeidsorganisering, mindre på kvaliteter ved samhandling som også inkluderer berøring.

Vi har sett at yrkesgrupper som arbeider direkte med andres kropp, velger å se bort fra de problemene berøring og nærhet reiser. Så kan en spørre: Hvorfor er det bedre å ha et reflektert forhold til hva det betyr å berøre pasienters kropp? Svaret er at det vi ikke har fornektet, kan vi bedre håndtere, selv om problemet ikke har noen lettvinne løsninger. Å berøre andres kropp fungerer best når behandleren/omsorgspersonen er trygg og tør være åpen og ekte i situasjonen.

I mange situasjoner har åpenhet når en står overfor andres kropp spesielle konsekvenser for kvinner. Tidligere var *selvutslettelse* et ideal, kvinner skulle ofre seg for andre. Dette idealet gjorde det mulig med berøringer også i profesjonalisert omsorg, men helst overfor kvinner og barn. Berøring av menns intime kroppsdelar var tabuisert som urent i den profesjonaliserte omsorgen. Nå er idealet blitt å *realisere seg selv*, samtidig som grensene for profesjonell atferd er flyttet. Da kan det være truende å være like åpen, slik jeg har vist, fordi det kan skape en redsel for å bli invadert, og forsterke følelser en ønsker å unngå. Det nye idealet har flere likhetstrekk med det mannlige legeidealet, der det upersonlige og objektiviserende forholdet til pasientene får større plass. Problemet er neppe at kvinner ikke ønsker åpenhet. Snarere



dreier problemet seg om at kvinner komme i klemme mellom to idealer som trekker i hver sin retning, og det i seg selv kan være en av drivkreftene som gjør at kvinner går inn i upersonlig service heller enn i omsorgspreget behandling. Forstått på den måten reiser vi nye spørsmål i forhold til omsorgsforskning og kvinners omsorgsrasjonalitet som fortjener større forskningsmessig oppmerksomhet.

Samfunnets nedvurdering av kroppsrelatert arbeid er en annen drivkraft vekk fra berøring. Profesjonalisering blir en bevegelse *fra* kropp til mer kroppsfornekende og statuspregete oppgaver, gjennom å delegere det mest foraktede kroppsarbeidet nedover på den sosiale rangstigen. I det interne sykepleierhierarkiet byr f.eks. tekniske oppgaver på intensivavdelingen på større utfordringer og gir høyere status enn sykeavdelingenes pleiearbeid. I profesjonshierarkiet gir det generelt høyere status å forholde seg til abstrakte framfor til konkrete kropp.

Skillet bæres oppe både av økende vitenskapeliggjøring av alle behandlerrelasjoner og av utformingen av det profesjonelle idealet. Begge deler bidrar til fremmedgjøring. Det forventes at den profesjonelle skal være objektiv, ha oversikt og innsikt og dessuten forholde seg følelsesmessig nøytralt. Følgelig er det et brudd på underforståtte regler for profesjonell atferd å involvere seg i pasientens situasjon og vise nærhet og egne følelser.

Profesjonalisering og vitenskapeliggjøring er nært forbundet. I yrkesgruppens bestrebelser på å vitenskapeliggjøre sine respektive fag, må de følge konvensjonelle vitenskapelige prosedyrer for å frambringe «sikker» kunnskap. I denne prosessen faller kroppskunnskapen ut og blir en hindring som motvirker det en

ønsker å oppnå. Målet er å bli innlemmet i det eksklusive vitenskapssamfunnet.

## Samfunnsfagene tier

Jeg har forsøkt å beskrive en hovedtendens i utviklingen av de profesjonelles forhold til pasientenes kropp. Men det finnes motstridende tendenser som trekker i andre retninger. Ikke minst er det mye som tyder på at folk i økende grad reagerer mot det fremmedgjorte behandlingssamfunnet. Den store og antakelig økende pasienttilstrømningen til alternativ medisin, til healing, soneterapi og dagens mange massasjestitutter, peker i den retningen. At dette reiser nye problemer, f.eks. i forholdet mellom massasje og prostitusjon, er like opplagt. Det skulle være en utfordring for samfunnsvitenskapene å gripe fatt i disse nye utviklingstendensene, og også utforske hva berøring av andres kropp betyr for yrkesutøvelse og yrkesutvikling rent allment.

Den kliniske psykologien har tematisert fenomenet berøring slik det framtrer i behandler-klient-relasjoner. Når vi tar på noen, opplever vi deres kropp og vår egen samtidig, hevder Jourard (1966). Berøringen er en handling som bygger bro over den kløften mange mennesker utvikler mellom seg «selv» og kroppen, og reduserer avstanden mellom mennesker. I vår kultur, sier Jourard videre, lever hver person som om han har et usynlig gjerde rundt kroppen, et gjerde som holder andre på den avstanden han føler er tryggest og mest behagelig. Vi vet lite, konkluderer han, om betingelsene for at en person vil la noen ta på seg, og lite om konsekvensene av kroppslig kontakt.

I psykoterapien står den språklige kommunikasjonen i sentrum. I psykologien er det å være mer opptatt av kropps-



lig berøring blitt betraktet som en positiv utvidelse av metodetilfanget og er blitt forstått som en humanistisk bevegelse innen faget. Noen er imidlertid skeptiske og problematiserer det å aktivt bruke berøring som psykologisk behandlingsmetode (Holroyd og Broadsky 1980, Broadsky 1986), idet de peker på at det er vanskelig å trekke grensen mellom erotisk og ikke-erotisk kontakt. Dette gjelder særlig når terapeut og pasient har motsatt kjønn. Så lenge det mangler en reflektert forståelse som legger både positive og problematiske sider under lupen, er det grunn for psykologer til å være tilbakeholdne. Det er lett å slutte seg til synsmåtene at verken idealistiske eller humanistiske motiver er tilstrekkelige. Endret praksis krever noe mer.

Sosiologien har hittil hatt svært lite å bidra med når det gjelder å forstå og tolke nye utviklingstendenser. Derimot viser en gjennomgang av alle årgangene av *Annual Review of Sociology* fra 1985 og utover, at følelsenes sosiologi er blitt gjort til et eget forskningsfelt. I 1986 ble det på den amerikanske sosiologkongressen dannet en egen gruppe rundt temaet, fordi man i økende grad var blitt opptatt av at mennesket ikke utelukkende er motivert av rasjonelle-økonomiske motiver. «Følelsesmessig tilknytning til andre og følelsesmessig forpliktelse har vesentlig innflytelse på menneskelig atferd,» skriver Thoits i en oversiktsartikkel i *Annual Review of Sociology* i 1989. Dette kan tolkes som en indirekte kritikk av en menneskefjern sosiologi. Men ser vi videre på aktuelle forskningsspørsmål innenfor dette feltet, finner vi at tilnærmingen reflekterer en *fragmentert og objektivisert forståelse*. Et tema er f.eks. følelseskomponentens fordeling på tvers av strukturelle posisjoner. Slike spørsmål blir trolig gjort til gjenstand for større

kvantitative undersøkelser. Andre forskere er opptatt av hvilken betydning følelsene har for sosial stabilitet og forandring. Det framgår videre at viktige mål for forskningen er å kunne bli bedre i stand til å forutsi forventet atferd gjennom å måle den betydningen følelsene har.

Det er kanskje symptomatisk at det var en sykehusprest som nylig ga ut en bok som på norsk fikk tittelen *Berøring* (Autton 1990). Denne boka tar opp hvordan berøring kan brukes aktivt i omsorg og terapi. Auttons utgangspunkt er at i vårt seksualiserte samfunn blir den positive terapeutiske virkningen av ikke-seksuell berøring neglisjert. Fysisk berøring vekker skepsis fordi det er en risikofylt form for mellommenneskelig kontakt. Vi kan skjule oss bak ord, men er mye mer nakne og sårbare og kan komme til å vise mer av oss selv enn vi egentlig ønsker når vi berører hverandres kropp. Behovet for å ta på hverandre kommer i konflikt med redselen for hva det kan innebære. Men overfor svært syke mennesker kan fysisk berøring være et av de aller sterkeste virkemidlene. Ingen andre kommunikasjonsformer kan sammenlignes med den trøstende, oppmuntrende effekten fysisk berøring har, mener Autton. «Du må være gammel og døende før legen kan holde deg i hånden uten at kontakten åpner for feiltolkninger,» konstaterer en lege i boka.

Å reflektere inn en forståelse av berøringens betydning, der ikke bare det gode, det heroiske, men også det tabubelagte og skammelige blir trukket inn og tatt på alvor, har stor sprengkraft. Nye spørsmål og problemstillinger kan kaste lys over prosesser som fører til at behandlingsformene i dagens helsevesen blir stadig mer upersonlige og fremmedgjorte. Vi er vant til å tenke at behand-



ling og pleie er kjønnsnøytralt i den forstand at selve oppgaven står i sentrum og må bli løst på en profesjonelt tilfredsstillende måte, uavhengig av partenes kjønn. Men her ser vi at nye koder for maskulinitet og femininitet utfordres. Vitenskapeliggjøringen av kvinneyrkene må forstås som aktive bestrebelser på å erobre retten til å tale og bli hørt og tale i en intellektuell og abstrakt medisinsk mannskultur. Vi må utforske det sammensatte og motsetningsfylte når det gjelder kvinneyrkesgruppene klatring på den vitenskapelige rangstigen og den enkelte utøvers behov for å bevare sin verdighet og kunne trekke grensen mellom «jeg» og «du» i konkrete kropp-til-kropp-relasjoner. Her står også kvinneforskningen overfor nye utfordringer.

*Rannveig Dahle  
førsteamanuensis  
Institutt for sosialt arbeid  
Universitetet i Trondheim, AVH*

## Litteratur

- Asplund, Johan. *Tid, rum, individ och kollektiv*. Liber förlag, Stockholm 1985.
- Autton, Norman. *Beroring. Beroringens bruk i omsorg og terapi*. Eikstein forlag, Øyslebø 1990.
- Broadsky, Annette M. The Distressed Psychologist: Sexual Intimacies and Exploitation. I R. Kilburg (red.). *Professionals in distress: issues, syndromes and solutions in psychology*. American Psychological Association, Washington 1986.

- Douglas, Mary. *Purity and Danger: An analysis of Concepts of Pollution and Taboo*. Kegan Paul, London 1966.
- Elias, Norbert. *The History of Manner*. Pantheon Books, New York 1936.
- Emerson, Joan. Behaviour in Private Places: Sustaining Definitions of Reality in Gynecological Examinations. I P.H. Dreitzel. *Recent Sociology* 1970, nr. 2.
- Engelsrud, Gunn. *Kjærlighet og bevegelse. Fragmenter til en forståelse av fysioterapeutisk yrkesutøvelse*. Helsetjenesteforskning, rapport nr. 1, Oslo 1991.
- Foucault, Michel. *Seksualitetens historie, 1. Viljen til viden*. Rhodos, København 1978.
- Hamran, Torunn. *Den tause kunnskapen*. Universitetsforlaget, Oslo 1987.
- Holroyd, Jean C. og Anette M. Broadsky. Does Touching Patients Lead to Sexual Intercourse? I *Professional Psychology* 1980, vol. 11, nr. 5.
- Isaksen, Lise Widding. Kropp og kjønn – individualitet og kollektivitet. I *Cogito* nr. 1, Bergen 1990.
- Jourard, S.M. An exploratory study of body-accessability. I *British Journal of Social Clinical Psychology* 1966, nr. 5.
- Karoliussen, Mette. Hendenes skjulte visdom. I *Sykepleien* 1989, nr. 14.
- Martinsen, Kari. Omsorg og makt, ord og kropp i sykepleien. I *Sykepleien* 1991, nr. 2.
- Nordhus, Inger Hilde, Lise W. Isaksen og Kari Wærness. *De fleste gamle er kvinner: Eldreomsorg fra et kvinneperspektiv*. Universitetsforlaget, Bergen 1986.
- Thoits, Peggy A. The Sociology of Emotions I *Annual Review of Sociology* 1989, vol 15.
- Wærness, Kari. The Rationality of Caring. I *Economic and Democracy* 1984, vol. 5.

## Note

- 1 Nøyaktig referanse til dette sitatet har vært vanskelig å finne igjen.

# Vem vet att en kvinnlig patient har ont?

Av Hildur Kalman

Kan en kvinne vite at hun har vondt? Om ikke *hun* vet – hvem kan da vite? Hva er forresten «å vite»? Hva mener vi egentlig med det? Hvem vet? Hvordan vet vi? Med utgangspunkt i spørsmålet om en kvinnelig pasient kan vite at hun har vondt, og i filosofiske tradisjoner som formulerer problemstillinger som «S vet at p», kritiserer Hildur Kalman en individualistisk kunnskapsteori.

Mitt syfte med artikeln är att kritisera den «smala» förståelse av kunskap, och vad som förstås med «att veta» i traditionell kunskapsteori – där kunskapens natur diskuteras gällande satser av typen «S vet att p», och där kunskap är lika med vetande. I diskussionen använder jag som exempel de fakta som framkommit på senare år vad gäller kvinnor med hjärtsjukdom, och särskilt (icke)behandlingen av kvinnor med akut bröstsmärta. Därmed pekar jag på hur «S», «vet» och «att p» är förbundna med sammanhang; såväl socialt som tidsligt och rumsligt, och hur kunskapen är bunden till förståelser eller tolkningar som i sig innefattar handlingar hos agenter. I och med detta argumenterar jag för en naturaliserad kunskapsteori som är informerad av feministisk kritik.

«Naturaliserad» ska då förstås som innefattande inte bara naturvetenskap, utan även innefattande andra former av mänskligt kunskapssökande, bland annat de som finns inom humaniora och samhällsvetenskap.

## Kvinnor och hjärtsjukdom

Under många år har medicinsk vetenskap varit inriktad på att lösa problem, det vill säga diagnosticera och bota sjukdomar på ett sätt som har varit neutralt, och därmed även blint för skillnader mellan könen, såväl biologiska som sociala eller kulturella.<sup>1</sup> Mannen har varit norm för människan, och sjukvård i vårt västerländska samhälle har utformats för män, deras kroppar och deras sätt att leva.



Vad gäller hjärt- och kärlsjukdomar, har man på senare år påvisat stora skillnader både i förhållande till vilka symptom kvinnor respektive män har, och vilken prognos som kvinnor respektive män har vid olika typer av diagnos som till exempel kärklamp eller akut hjärtinfarkt. De undersökningar som varit standard har utgått från forskning gjord nästan enbart på män, och det har nu visat sig att dessa undersökningar ofta inte är tillförlitliga när man ska ställa diagnos på kvinnor. Kvinnors hjärt- och kärlsjukdomar har inte diagnosticerats lika snabbt, om alls, och de har inte fått behandling eller rehabilitering på en nivå som är jämförbar med män i samma situation.

Ända sedan William Heberden för cirka 200 år sen beskrev den typiska kranskärlspatienten som en överviktig medelålders man, har hjärt- och kärlsjukdom setts som en manlig åkomma även om akut hjärtinfarkt är den vanligaste dödsorsaken även bland kvinnor. (Kannell och Abbott 1987, Becker 1990b) Så även om frekvensen av akut hjärtinfarkt är lägre hos kvinnor än hos män så står kvinnornas akuta hjärtinfarkter för 34 % av alla dödsfall i kranskärlssjukdom, och 64 % av de kvinnor som dör i akut hjärtinfarkt gör det utan att ha en diagnosticerad kranskärlssjukdom.<sup>2</sup> Men även de kvinnor som haft en känd kranskärlssjukdom har haft en sämre prognos än män, vare sig de behandlats medicinskt eller kirurgiskt, det vill säga andelen tidiga dödsfall efter en hjärtinfarkt, och i samband med olika typer av hjärtkirurgi är högre bland kvinnor än män.<sup>3</sup> Dessa numera välkända medicinska fakta beskriver situationen såväl i USA som Skandinavien och övriga västvärlden. (Schenk-Gustafsson & Orth-Gomér 1992)

När det gäller undersökningar av patienter med bröstsmärta så har kvinnor vare sig erhållit intensivvård, undersökts eller fått behandling i samma utsträckning som män med symptom av samma, eller mindre svårighetsgrad.<sup>4</sup> Ett flertal undersökningar har visat att den genomsnittliga tid som förflutit från det att bröstsmärtan debuterat tills dess att patienten kommit under intensivvård, har för kvinnor varit 1–3 timmar längre jämfört med män. Skälen till att behandlingen blir fördröjd när det handlar om kvinnliga patienter anses oklara.<sup>5</sup>

Den lägre frekvensen av såväl diagnostiska som terapeutiska åtgärder för kvinnor, säger självklart inte något om huruvida det är kvinnor som «underbehandlas» eller män som «överbehandlas». Dessutom har färre kvinnor än män remitterats till så kallad hjärtrehabilitering, även om det finns belägg för att kvinnor som deltar i «hjärtgympa» får samma träningseffekt som män. Men även om effekten av träning är densamma så har det visat sig att själva uppläggningsen av träningen, kombinerat med det familjeansvar kvinnor ofta har, liksom andra faktorer kring kvinnors liv och hälsa, gör att kvinnor såväl påbörjar som genomför träningen mindre ofta. (Becker 1990a, Schenk-Gustafsson & Orth-Gomér 1992, Wenger, Speroff och Packard 1993)

Allt det här har nu lett till ett ökat forskningsintresse för kvinnors hjärt- och kärlsjukdomar. Det ställs också frågor om särskilda karakteristika hos såväl patienter som läkare som har gjort att kvinnor tidigare så sällan har deltagit i studier, och kring olika psykosociala och ekonomiska faktorer.<sup>6</sup>

## Kunskapsteoretiska frågor

Begrunda följande situation: en kvinna



har kommit till sjukhuset på grund av bröstsmärta. Omständigheterna kring en patient med hjärt-kärlsjukdom är naturligtvis mer komplex än så, men jag hoppas ni accepterar denna förenklade bild, eftersom det jag vill diskutera rymms inom den här förenklade beskrivningen av situationen. *Vilken kunskap* kan finnas, eller uppnås, om kvinnans bröstsmärta, när hon träffar doktorn? Vad består «p» av? *Vad är detta vetande?* Det vill säga, vad är det «att veta»? *Hur* går det till, – hur kan kunskap om bröstsmärtan nås? *Vem* är det som *vet*? Vem kan «s» vara? På vilket sätt kan vi kunskapsteoretiskt närma oss detta problem, som gör det möjligt att förklara och förstå varför det har funnits sådana skillnader mellan det sätt på vilket kvinnor och män har agerat och skillnaderna i de sätt de blivit bemötta och behandlade på?

### Vem vet?

Givet en traditionell individualistisk kunskapsteori, skulle kvinnan *veta* att hon hade bröstsmärta? Givet några tolkningar så skulle hon vara den enda som visste säkert, på grund av hennes «tillgång» till sin egen kropp. Hon skulle därmed ha en privilegierad position, genom att liksom vara den som fanns i kroppen. Några tolkningar skulle säga att hennes privata sinnesupplevelser inte är att lita på, och därmed skulle ingen veta säkert om hon hade ont eller inte.

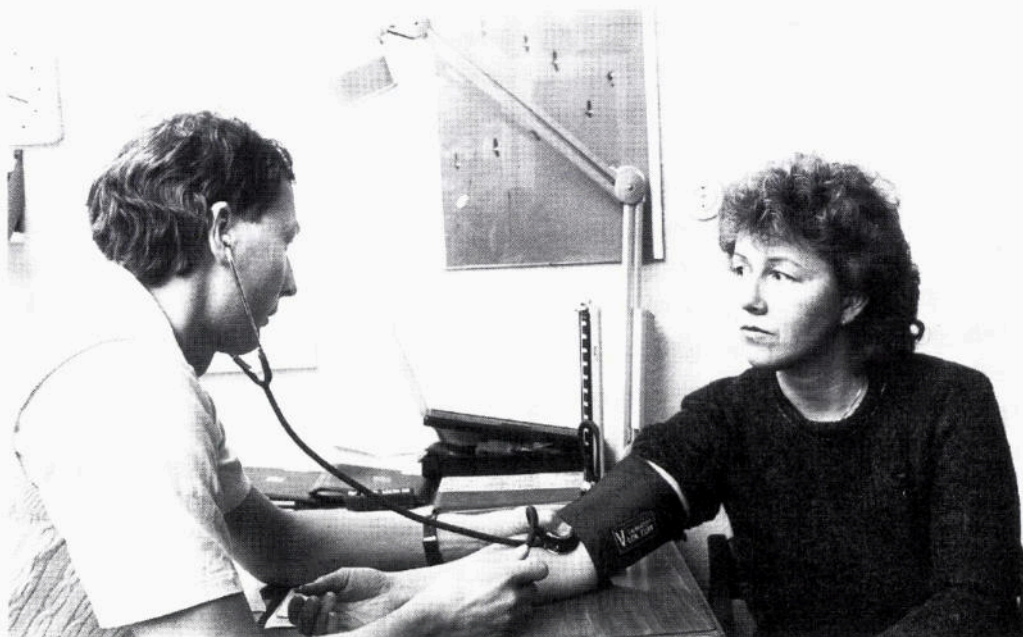
Åter andra skulle hävda att kvinnan vore den sista att *veta* – eftersom hon inte skulle kunna *betvivla* sin egen smärta. Då skulle det däremot vara doktorn och andra som skulle kunna övertygas om verkligheten av smärtan; de skulle kunna ha kunskap om den, en intersubjektivt grundad kunskap. De skulle med andra ord låta sig övertygas om

hennes smärta genom något de kunde observera, som till exempel kallsvetten i pannan, hennes blekhet, andning eller puls. Kanske skulle de höra darret på rösten, – ja rent av låta sig övertygas av vad hon sa! Mest troligt är dock att de skulle observera kurvor från en maskin som registrerar elektriska impulser från hjärtat. Dessa kurvor skulle naturligtvis inte ge någon som helst information om hennes smärta, utan bara om hur retledningssystemet i hjärtat fungerar. Däremot skulle det innebära att om kurvorna på diagrammet tydde på en pågående hjärtinfarkt så skulle ingen av den närvarande sjukvårds-personalen tvivla på hennes smärta. Hon skulle inte ens behöva påpeka att den fanns, för blekhet, kallsveit och till exempel ett jämrande läte alla – dessa tecken skulle vart och ett för sig kunna vara tillräckliga ledtrådar för personalen. När jag nu pekar på möjligheten av att se personalen som de som kan *veta*, betyder det inte att jag frångått den individualistiska tolkningen av vem som är epistemologisk (kunskapsteoretisk, red. anm.) agent. Även om man understryker kunskapens intersubjektiva karaktär, så är det ju fullt möjligt att hävda att det primärt är individer som *vet*.

Åter till den ursprungliga frågan: om vi fokuserar på kvinnan, eller någon annan närvarande som den som *vet*, samt följer individualistiska, «könsneutrala», tolkningar av kunskapsteori, så får vi ingen förklaring till *varför* eller *hur* en kvinna skulle *erfara* och *veta* något om sin smärta på ett annat sätt än en man, handla annorlunda inför smärtan, eller beskriva den annorlunda än en man skulle.

Ett svar på gåtan skulle vara att kvinnor är *väldigt annorlunda*. De skulle vara annorlunda ur så kallade biologiska aspekter, men skulle också kunna vara





(Foto: Per-Anders Rosenkvist, Samfoto.)

annorlunda i det sätt de erfar och vet något om smärtor. Man har inom medicinsk vetenskap visat att det finns skillnader mellan kvinnor och män när det gäller vilka typer av blodfetter, och vilka nivåer av blodfetter som anses normala eller skadliga, och anatomiska skillnader i fråga om kärlvidd hos kranskärlen. (Becker 1990a, Wenger, Speroff och Packard 1993, Whitfield och Alpert 1990) Men man har också visat på att det finns skillnader mellan kvinnor och män i fråga om hur och om man diagnosticerar hjärt- och kärlsjukdomar, och det finns också skillnader i förväntad dödlighet efter att en man respektive kvinna fått diagnosen kärlkramp eller hjärtinfarkt. Dessa skillnader i dödlighet kan kanske delvis förklaras av skillnader mellan kvinnor och män i hur de handlar, re-

spektive i hur de blir behandlade.

Kvinnor verkar vara mindre benägna att söka hjälp akut, och medicinsk personal reagerar och handlar inte lika i de fall då kvinnor söker akut hjälp för bröstsmärtor, som i de fall då män gör det. Så om vi skulle ta de tidigare nämnda biologiska skillnaderna som förklaring, så skulle det ändå vara omöjligt att förklara hur det kommer sig att dessa män och kvinnor skulle handla så olika och bli bemötta så olika, i de fall där de uppenbart handlar likadant, det vill säga söker akut på grund av bröstsmärta, och där de uppenbarligen har samma symptom. Det skulle också vara svårt att som enda förklaring påstå att alla, såväl patienter som personal, handlar med utgångspunkt från myten att hjärt- och kärlsjukdomar är en sjukdom som nästan bara drabbar män.

Men låt oss anta att kvinnor är essentiellt annorlunda än män vad gäller det mentala! Detta antagande skulle leda till att vi behövde en särskild kunskapsteori för kvinnor, annorlunda än den för män. Men fortfarande är frågan obesvarad om varför kvinnor som upplevt smärtor liknande de som män har, och som de trots allt har sökt hjälp för, ändå skulle vara mindre benägna att erkänna existensen av denna smärta lika snabbt som männen gjort, och blivit bemötta och behandlade på annat sätt än de män som sökt hjälp. Detta kan inte förklaras fullt av en essentiell skillnad vad gäller det mentala.

Men vi kan ju då anta att kvinnor är annorlunda mentalt på ett icke-essentiellt sätt, det vill säga: socialiserade som kvinnor i vår kultur kan kvinnor bli benägna att bagatellisera sina smärtupplevelser, med andra ord vara sådana att de inte ställer till besvär. Kvinnor kan ju också finna ett värde i att vara sådana. Men det räcker inte heller som förklaring, för de kvinnor som trots sin socialisation till kvinnor i vårt samhälle, ändå har erkänt sin smärta, och sökt hjälp för den, blir ju inte bemötta på samma vis, och får inte samma medicinska uppmärksamhet som män med samma eller lägre allvarlighetsgrad i symptom, vare sig när det gäller diagnos eller när det gäller terapi.

Naturligtvis kan man i det här läget helt backa från frågan och konstatera att kvinnor helt enkelt är totalt annorlunda, och att de därför erfar smärtor och berättar om dessa smärtor på ett väldigt annorlunda vis, och konsekvensen därav är att kvinnor blir väldigt annorlunda behandlade. Men att ta ett sådant steg innebär att göra ett val, inte att ge en förklaring. På något sätt gör vi alltid ett val, genom att välja att se något som problematiskt, eller inte. I det här fallet innebär det att

välja att se skillnaderna i den vård som ges åt patienter med akut bröstsmärta som något problematiskt eller inte. Jag kommer att återkomma till möjligheten av sådana här val lite senare.

Själv ansluter jag mig till Lynn Hankinson Nelson som, bland andra, ser samhällen, subsamhällen eller gemenskaper som de kunskapsteoretiska agenterna, där individer som *vet* gör det i härledning av den större gemenskapens vetande. (Nelson 1990, 1993)

## Hur kan man nå kunskap?

Hur kan någon veta att en kvinna har smärta i sin bröstorg, jämfört med hur kan någon veta att en man har det? Jag börjar med den individualistiska utgångspunkten, och går därmed tillbaka till några av de alternativ jag diskuterade förut. I den situation som diskuteras så behandlas kvinnor och män uppenbarligen inte lika, så frågan måste gälla vilka kunskapsteoretiska alternativ har vi för att kunna förklara dessa olikheter? Om vi tänker oss att kvinnor och män är *lika* nog ifråga om kropp, hjärta, sjukdomar, smärtor och verbal kapacitet, vad skulle då kunna förklara skillnaderna i behandling? Oavsett kunskapsteoretisk utgångspunkt så kan vi knappast betvivla att dessa kvinnor erfar smärta när de säger att de gör det! På något sätt tycks ju patienterna *veta*, oavsett kön att de har bröstsmärta. Kanske kan de inte på något förståeligt sätt betvivla detta – men ändå vet de att de erfar smärta. Även den som väljer att se kunskap som något som kräver «rimligt tvivel» för att något som följer ska betraktas som kunskap, tycker jag borde kunna se patienterna som deltagare i en intersubjektiv kunskaps-sökande process!

Det skulle vara svårt att se kunskapen



som erhålls i den här situationen som något förbehållet personerna *omkring* patienten. Utan patientens medverkan skulle de vara lämnade åt sina observationer, sådana som: «ser du att hon svet-tas», eller «pulsen är hög», eller «hon håller handen för bröstet och jämrar sig», och till och med «hörde du också att hon sa att hon hade ont?». Jag tycker att patienten måste ses som en deltagare i processen, och inte bara som ett objekt för den! Patienten kan också begrunda sina så kallade objektiva tecken på smärta; som till exempel blekhet, kallsvett och illamående, och sätta dessa i relation till sin smärta. När jag väljer att se patienten som privilegierad i den här processen, betyder det inte att jag förespråkar någon sorts individualistisk kunskaps-teori; tvärtom. Jag ser patienten som en medverkande i en kunskapsgemenskap inom vilken man använder vissa ord och tecken för smärta, och även olika ord för olika sorters smärta. De här olika orden kan då ge särskilt den medicinskt skolade personalen vissa ledtrådar om smärtans ursprung.

Så genom svar på frågor som «är det en brännande smärta?», «känns det som sveda?», «är det en molande värk?», «hugger det?» eller «sticker det?» ges vissa ledtrådar till om det är led-, muskel- eller nervsmärta. Även om jag ansluter mig till synen att det primärt är sam-hällen som *vet*, som primärt de kunskaps-teoretiska agenterna så har vi ändå *situationer*, där situationen skiljer indivi-der åt. Skillnaden är alltså *vem som råkar vara där*. Om jag vill få reda på hur förra veckans operaföreställning var, skulle jag självklart fråga någon som var där, inte för att denna någon skulle vara den enda som kunde svara på sådana frågor, utan för att hon eller han var där. Och i det fall som vi nu diskuterar är det den pati-

ent som upplever bröstsmärta som är där. Återigen: varför reagerar man inte lika-dant när en kvinnlig patient berättar att hon har ont i bröstet, som när en man berättar det? Den enda rimliga förklar-ingen för mig är att *epistemisk, kunskaps-mässig auktoritet är ojämnt fördelad*.<sup>7</sup> Den ojämnt fördelade kunskapsauktori-ten fungerar inte bara åt ena hållet – för det verkar ju inte enbart vara så att man inte lyssnar på kvinnor med samma re-spekt som man lyssnar på män, utan det kan också vara så att kvinnor inte upple-ver sig ha auktoritet, och är vana att ifrå-gasätta och tvivla på sig själva. Med erfarenhet av ett (nästan) livslångt liv som kvinna, där kvinnan ofta blivit ifrå-gasatt när hon uttalat sig auktoritativt, ja till och med när hon försökt berätta om sina upplevelser – blir många kvinnor osäkra och detta kan göra att de saknar förmåga att övertyga.<sup>8</sup>

Med andra ord verkar det som att den kunskap som nås, eller inte nås, i den här situationen har att göra med vilken epis-temisk auktoritet patienten har i den giv-na situationen, och med patientens so-ciokulturella kontext. Och jag frågar: vilken kunskapsteori skulle göra plats för skillnader i epistemisk auktoritet?

## Vad är detta vetande?

Att veta att «här föreligger bröstsmärta», innebär att man vet det i ett sammanhang där det tolkas som ett tecken på något – där kranskärlssjukdom är ett av flera alternativ. Allmänt sett innebär detta att erfara bröstsmärta, känna den, inte nöd-vändigtvis att man innefattar någon tolkning av den, åtminstone inte till att börja med. Smärtan kan i sig själv fram-kalla fysiologiska effekter, och skapa en generell känsla av ångest. Allt detta kan i sin tur leda till olika reaktioner beroende



på personens tidigare erfarenheter.

Men i det specifika fall som jag diskuterar nu så innebär det att personen erfår en invalidiserande eller oroande smärta, som kanske men inte nödvändigtvis kopplas till en allmän kunskap om hur vanligt det är med bröstsmärta i samband med till exempel akut hjärtinfarkt. Den här upplevelsen, som eventuellt har kopplats till en allmänskunskap om hjärtinfarkter, har lett till att personen uttryckt ett behov av hjälp. Så i den här specifika situationen som jag diskuterar så räcker det inte med upplevelsen av smärta – eftersom tanken på den upplevelsen inte kan skiljas från andra tankar om vad den här smärtan står för, eller från känslan av att behöva hjälp från andra.

För sjukvårdspersonalens del innebär kännedomen om bröstsmärtan att man fokuserar på den som ett tecken på något. Som tecken innebär det att man till tolkningen av dessa tecken kopplar tankar om olika åtgärder; både sådana som behövs för att säkerställa en diagnos, som till exempel hjärtövervakning, och andra som är kopplade till att man försäkrar sig om möjligheten att eventuellt behandla patienten. Med andra ord är det uppenbart att det i personalens fall aldrig innebär att man har kunskap om enbart smärtan, utan att den här kunskapen alltid är knuten till ett nätverk av såväl tolkningar som gäller smärtans ursprung, som till ett antal möjligheter att reagera och handla till följd av dessa tolkningar.

Så vad betyder det för de tidigare nämnda skillnaderna mellan män och kvinnor? Om vi tänker på att medicinsk vetenskap, och därmed även massmedia, under ett stort antal år har fokuserat på män i samband med hjärt- och kärlsjukdom, så kan man naturligtvis tänka sig att såväl patienter som personal är något mindre benägna att tänka på sådana dia-

gnoser i samband med kvinnor. Men fortfarande står vi kvar med en massa situationer där kvinnor, trots massmedias budskap, har upplevt och sökt hjälp akut på grund av bröstsmärtor. Vilken kunskapsteori kan förklara det faktum att kvinnliga patienter i de här situationerna har bedömts mer i förhållande till sitt kön än till de symptom de har?

Kan vi nöja oss med att skylla det helt på en ensidig och enögd vetenskap som fokuserat på mannen som norm för människan? I sådant fall anser jag att kunskapsteorin skulle behöva kunna förklara *detta* faktum i sin tur. Detta skulle vara svårt att åstadkomma utan att ta hänsyn till feministisk vetenskapskritik och kunskapssökande från de sista 15 åren, och för att kunna göra det skulle kunskapsteorin behöva vara naturaliserad. Det vill säga att kunskapsteorin, som en teori om hur vi teoretiserar, om hur vi når kunskap, ska inte ha någon sorts privilegierad position som en första kunskap, utan finnas inom vetenskapen.<sup>9</sup> Här vill jag understryka att när jag refererar till *vetenskap*, så är det i en skandinavisk förståelse av begreppet, som avser såväl naturvetenskap som samhällsvetenskap och humaniora.

## Vilken kunskap kan finnas?

Frågor som aldrig ställs, har mycket svårt att bli besvarade. Så länge som den medicinska vetenskapen var fokuserad på män, så visste man inte om de egenheter som kvinnor har när det gäller hjärt- och kärlsjukdomar. Denna enögdhet måste naturligtvis kunna förklaras. Dessutom är detta inte hela historien, för även de kvinnor vars symptom gav upphov till diagnoser som «akut hjärtinfarkt» eller «kärlkramp» fick trots det inte likvärdig behandling, och hade större svårigheter



att hantera sådana besked än vad männen hade – det vill säga att det var svårare för dem att emotionellt och socialt ge utrymme för detta på ett konstruktivt eller rehabiliterande sätt.<sup>10</sup> Kvinnor har ofta skämts över sina hjärtinfarkter, eftersom de känt att de uppenbarligen har gjort något fel, då de inte ansett sig ha några skäl att vara stressade. Män däremot har ofta av sin omgivning fått medkänsla och medömkan för vad de offrat i sina ansträngningar för familj och försörjning. Hjärtrehabiliteringen har dessutom ofta utformats utan hänsyn till det dubbelarbete kvinnor ofta utför. Vid sidan av sitt arbete är de omsorgsgivare gentemot barn, gamla och ofta sjukliga föräldrar, för att inte tala om oftast äldre och inte sällan sjuka män.<sup>11</sup>

Om kvinnor och män får samma sjukdomar och samma diagnoser, hur kan dessa skillnader ändå uppstå? Kunskap om bröstsmärtor, och om sjukdomar i samband med bröstsmärtor, måste ses i relation till handlingar kopplade till denna kunskap. Jag vill alltså att kunskaps-teorin i förklaringarna ska ta såväl praxis som habitus i beaktande.<sup>12</sup> Detta är bara möjligt i en naturaliserad kunskapsteori.

## Sammanfattning

Genom att skärskåda exemplet med kvinnan som söker akut hjälp för bröstsmärtor, har jag försökt peka på ett flertal punkter som är problematiska när det gäller kunskapsbegreppet, om det inte ges utrymme för situationens komplexitet, och den omisskännligt könspräglade inverkan som finns sociokulturellt i såväl specifika som generella situationer av den här typen. För mig verkar det såväl naturligt som nödvändigt att detta kräver en naturaliserad kunskapsteori – en teori som gör fullt bruk av kunskapssökandet i

såväl natur- som social- och humanvetenskaperna, och där man ställt frågor om kön, eller gender.

Jag nämnde tidigare möjligheten av att välja, istället för att förklara. Nu kanske en del av er undrar vem som skulle vilja ha en kunskapsteori där vi väljer? Mitt svar är att det är den enda kunskapsteori vi kan ha. Att erkänna den ständiga närvaron av värdering och val, är en del av ansvarstagandet för vad vi gör med kunskapsteorin. (Code 1994)

Våra val är dock sällan slumpartade, eller kommer helt ur tomma intet. Våra val görs i sammanhang, och val är handlingar som åtminstone delvis har grund i våra föreställningar, den kunskap och den evidens vi har. Naturligtvis måste man för att följa mitt resonemang göra valet att se skillnaden i behandling av kvinnor och män i samband med hjärtsjukdom som problematisk.

Vi har goda skäl för att se såväl kvinnor som män som *mänskliga*, och att därför sikta på en gemensam kunskapsteori. Men den kunskapsteorin måste då ge utrymme för förklaringar av de problem som jag belyst i mitt paper, och för att göra det skulle den behöva vara naturaliserad och därmed informerad av nutida feministisk kritik och kunskapssökande.

*Hildur Kalman  
doktorand  
Institutionen för filosofi och  
vetenskapsteori  
Umeå universitet*

Artikeln har tidigare publicerats i engelsk version, «Women as Patients and Feminist Epistemology». I *Knowing Women : Proceedings of Nordic Network for Postgraduate Students in Feminist Epistemology and Feminist Philosophy of Science*, redigerad av Åsa Andersson och Hildur Kalman.

Umeå 1995. Omarbetad och översatt till svenska för Kvinneforskning av författaren.

## Litteratur

- Becker, Richard C., M.D. Introductory Article. Clinical Highlights and Future Directions. I *Cardiovascular Disease in Women. Cardiology* 77 (suppl. 2), s. 1–5. 1990a.
- Becker, Richard C., M.D. och Jeanne M. Corrao. Cardiovascular Disease in Women: Scope of the problem. I *Cardiovascular Disease in Women. Cardiology* 77 (suppl. 2) s. 6–7. 1990b.
- Code, Lorraine. *What Can She Know? Feminist Theory and the Construction of Knowledge*. Cornell University Press, Ithaca and London 1991.
- Code, Lorraine. Responsibility and Rhetoric. I *Hypatia* vol. 9, no.1, s. 1–20. 1994.
- Holm, Ulla. Behöver moralfilosofin feminister? I *Kvinnovetenskaplig tidskrift* nr. 3, s. 16–30. 1990.
- Holm, Ulla. *Modrande och praxis. En feministfilosofisk undersökning*. Daidalos, Göteborg 1993.
- Kannel, William B., M.D. och Robert D. Abbott. Incidence and Prognosis of Myocardial Infarction in Women: The Framingham Study. I Elaine Eaker et al. (red.). *Coronary Heart Disease in Women*. Proceedings of an N.I.H. Workshop, s. 208–214. Haymarket Doyma Inc., New York 1987.
- Nelson, Lynn Hankinson. *Who Knows: From Quine to a Feminist Empiricism*. Temple University Press, Philadelphia 1990.
- Nelson, Lynn Hankinson. Epistemological communities. I Linda Alcoff och Elizabeth Potter (red.). *Feminist Epistemologies*, s. 121–159. Routledge, New York och London 1993.
- Scheman, Naomi. *Engenderings: Constructions of Knowledge, Authority, and Privilege*. Routledge, New York och London 1993.
- Schenk-Gustafsson, Karin, M.D. & Kristina Orth-Gomér, M.D. Ischemisk hjärtsjukdom hos kvinnor. I Anders Hamsten, Lars Rydén, och

Socialstyrelsen, Rådsgruppen för hjärt- och kärlsjukdomar (red.). *Sekundär prevention vid hjärt-kärlsjukdom*. (SoS rapport 1992: 16), s. 96–104. Socialstyrelsen, Stockholm 1992.

Wenger, Nanette K., M.D., Leon Speroff, M.D. och Barbara Packard, M.D. Cardiovascular Health and Disease in Women. Special article. I *The New England Journal of Medicine* vol. 329, no. 4, s. 247–256. 1993.

Whitfield, Steve, Joseph S. Alpert, M.D. Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty in Women. I *Cardiovascular Disease in Women. Cardiology* 77 (suppl. 2), s. 124–131. 1990.

## Noter

- 1 I min generalisering innefattar jag inte de uppenbart könsdifferentierade områdena obstetrik, gynekologi och urologi.
- 2 Becker 1990a, s. 3.
- 3 Wenger, Speroff och Packard 1993, s. 247.
- 4 Samme sted.
- 5 Schenk-Gustafsson & Orth-Gomér 1992, s. 96.
- 6 Wenger, Speroff och Packard 1993, s. 247.
- 7 Scheman 1993, s. 28.
- 8 Code 1991, s. 186–8.
- 9 Nelson 1990, s. 23.
- 10 Schenk-Gustafsson & Orth-Gomér 1992, s. 97.
- 11 Wenger, Speroff och Packard 1993, s. 249–50.
- 12 Kunskapsteori har alltid ägnat sig åt teoretisk kunskap, men jag vill alltså diskutera ett vidare kunskapsbegrepp, samt ifrågasätta tidigare gränser som satts för vad det är «att veta». Man kan «skilja mellan teori (rent intellektuell verksamhet, kontemplation, observation) och praktik. Praktik kan vara såväl poiesis: (fysiskt arbete och produktinriktad verksamhet) som praxis (sedvanemässigt, kommunikativt handlande).» (Holm 1990, s. 22). *Habitus* står för «de sätt på vilka vi har lärt att föra oss och förmedla identitet genom våra kroppar.» (Holm 1993, s. 198). För en ordentlig genomgång och förklaring av dessa begrepp, se Holm 1993, s. 179–205.



# Det kan bli både «for mye» og «for lite» kjønn

– og gjerne samtidig – i forskning om forholdet mellom arbeid og sykdom

*Av Kitty Strand*

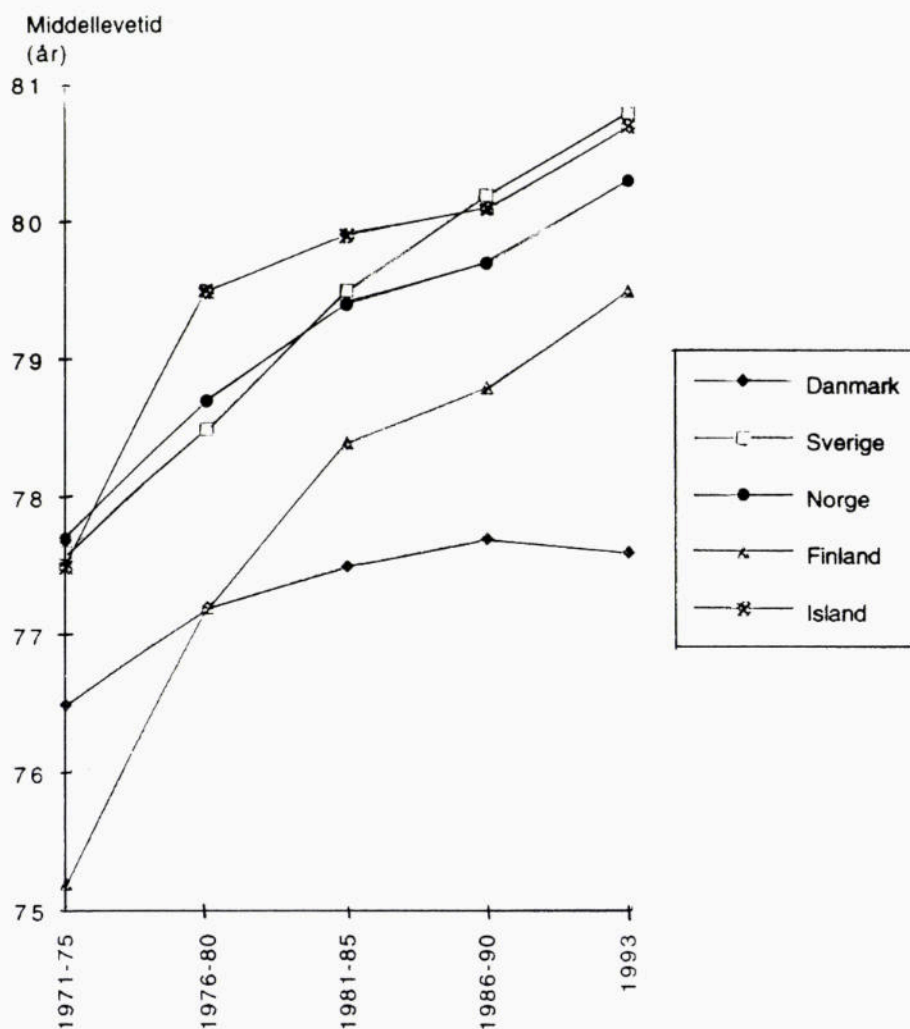
Høsten 1995 ble følgende forelesning annonsert fra Senter for kvinneforskning, Universitet i Oslo: «Er det sundhedsskadeligt for kvinder at arbejde? Betragtninger omkring den ændrede middellevetid for danske – og måske nordiske kvinder». Spontanreaksjonen hos undertegnede var ABBAsk: «Mama mia, here we go again». Mange forskerårsverk de siste tjue år er brukt på denne problemstillingen, og resultatene peker entydig i retning av at lønnsarbeid i seg selv ikke ser ut til å true kvinners helse – snarere tvert imot.

Men etter hvert som forelesningstittelen fikk romstere i fred, ble det klart at den vekket flere assosiasjoner – og det er noen av disse som drøftes i det følgende.

## «For mye» kjønn?

Utgangspunktet for forelesningen var observasjonene i figur 1: i forhold til sine skandinaviske medsøstre, har danske kvinners middellevetid (den tid en nyfødt jente kan forvente å leve dersom den aldersspesifikke dødeligheten forblir som

den er i hennes fødselsår), stagnert fra slutten av 70-tallet, med en mulig nedgang etter 1990. Forskjellene skyldes en relativ overdødelighet blant danske kvinner i aldersgruppene 35–65 år, særlig for lunge- og brystkreft, hjerte/karsykdommer og ulykker/selv mord. En slik forskjell er absolutt interessant, og verd

**Figur 1:**

**Middellevetiden 1971 - 1993**

**Kvinner i Norden**

Kilde: Helsestatistikk for de nordiske land 1993  
NOMESKO 1995



å undersøke. Spørsmålet er hvordan en skal gjøre det.

Første spørsmål blir: er det bare blant *kvinnene* i Skandinavia disse forskjellene finnes? Svaret kan avleses i figur 2: De danske menn har som de danske kvinner lavere middellevetid enn sine skandinaviske brødre – og mindre økning i middellevetiden mellom 1970 og 1990. Dette kan tyde på at det er forskjell i levekår mellom nasjonene; både med hensyn til arbeidslivsvilkår, miljøforhold og levevaner. Og at det dermed kan bli «for mye» kjønn i overskriftens henvisning utelukkende til *kvinnen*s middellevetid.

Det andre spørsmålet blir: gjelder den ulike levetidsutviklingen mellom de danske og de øvrige skandinaviske kvinner *alle* danske kvinner? Eller er det ulikheter mellom kvinner fra f.eks. forskjellige sosiale grupper, slik vi kjenner det fra USA (figur 3)? Det vil si: er det livsvilkår som har betydning for levetid som gjelder bare noen? I Nomeskos rapport fra 1995 drøftes dette for danske menn, men ikke for danske kvinner. Å klemme alle kvinner sammen til én gruppe, er en annen måte å få «for mye» kjønn i analysene på: vi slipper å lete etter klassespesifikke livsvilkår som truer bare *noens* helse. Det betyr at vi får en underspesifikasjon av hva som er likheter og forskjeller i kvinners livsvilkår.

### «For lite» kjønn?

Denne underspesifikasjonen er på underlig vis med på å legge grunn for at vi kan si at forelesningens tittel også varsler «for lite» kjønn når den spør: er det sunnhetsskadelig å arbeide? Det danske arbeidsmarked er – som alle skandinaviske – dypt kjønnssegregert. Det betyr at yrkesaktive kvinner og menn møter et

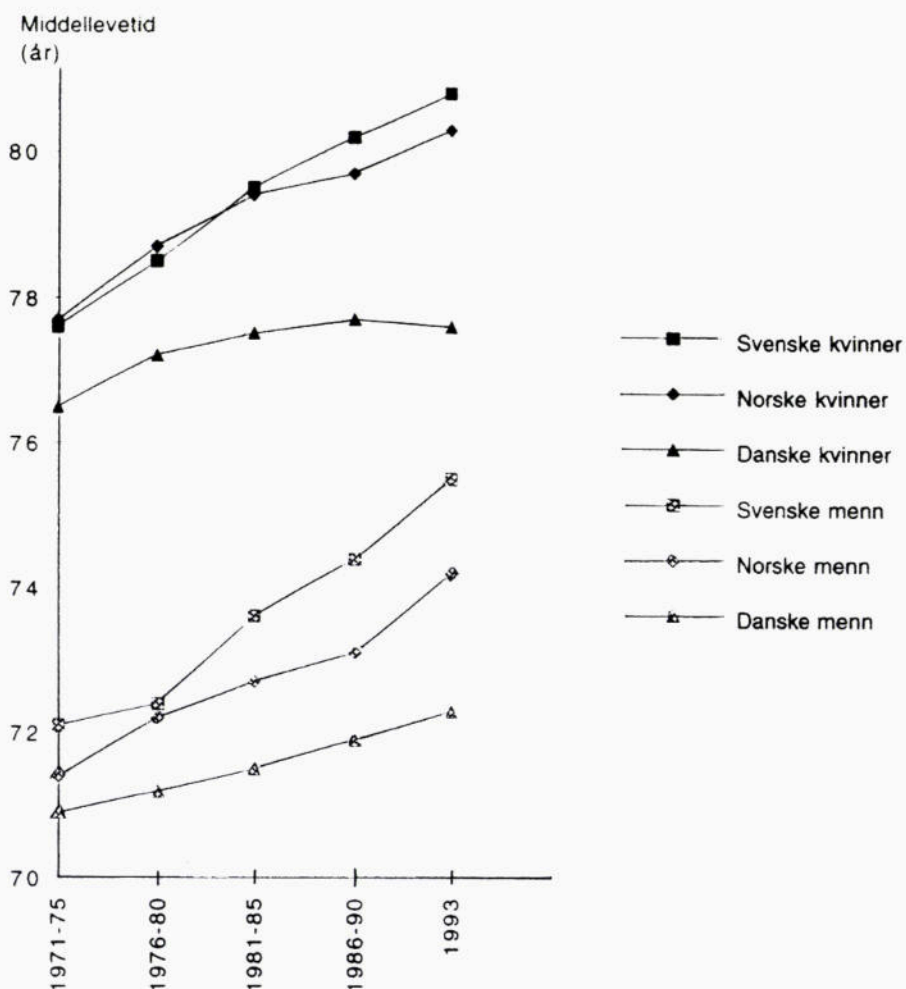
noe ulikt mønster av belastninger og ressurser – og dermed med ulik helserisiko. Det kan jo tenkes at visse grupper av danske kvinner har hatt/har et arbeidsmiljø som setter dem i en ugunstig situasjon vis-à-vis tilsvarende danske menn. Men skal dette undersøkes, holder det ikke med å si «arbeidet». Da må den spesifikke fordelingen av belastninger og ressurser i dansk arbeidsliv studeres.

Tittelen indikerer ytterligere en mulighet for «for lite» kjønn: når den spør om det er sunnhetsfarlig å arbeide – hvilket arbeid menes da? Kvinner har alltid arbeidet, og overgangen til yrkesarbeid er for de fleste en overgang fra ulønnet arbeid for husholdningen til lønnet arbeid i industri, institusjoner og kontorer. Det som skiller menn og kvinner, er at kvinner i større grad enn mennene er dobbeltarbeidende.

Dette var da også foredragets (i motsetning til overskriftens) hovedbudskap: danske kvinner og svenske kvinner kom samtidig til arbeidsmarkedet, og med samme tilknytning (heltidsandel). Men svenske kvinner hadde bedre barnetilsynsordninger, og dermed mindre stress – som igjen demper risiko for hjerte/karsykdommer og (indirekte) kreftsykdommer. De norske kvinnene kom senere i (yrkes-) arbeid og kompenserte for elendige barnetilsynsordninger med deltid. Dette er verdt å tenke på – selv om de finske kvinnene kom inn i arbeidsmarkedet på samme tid som de danske, med høyere heltidsandel, kanskje dårlige barnetilsynsordninger – uten at de finske kvinnenenes middellevetid har utviklet seg på samme måte som de danskes (figur 1).

Men det holder heller ikke å si bare «dobbeltarbeide». Det blir nødvendig å øke spesifiseringsgraden også her, hvis undersøkelsene skal gi resultater som

Figur 2:



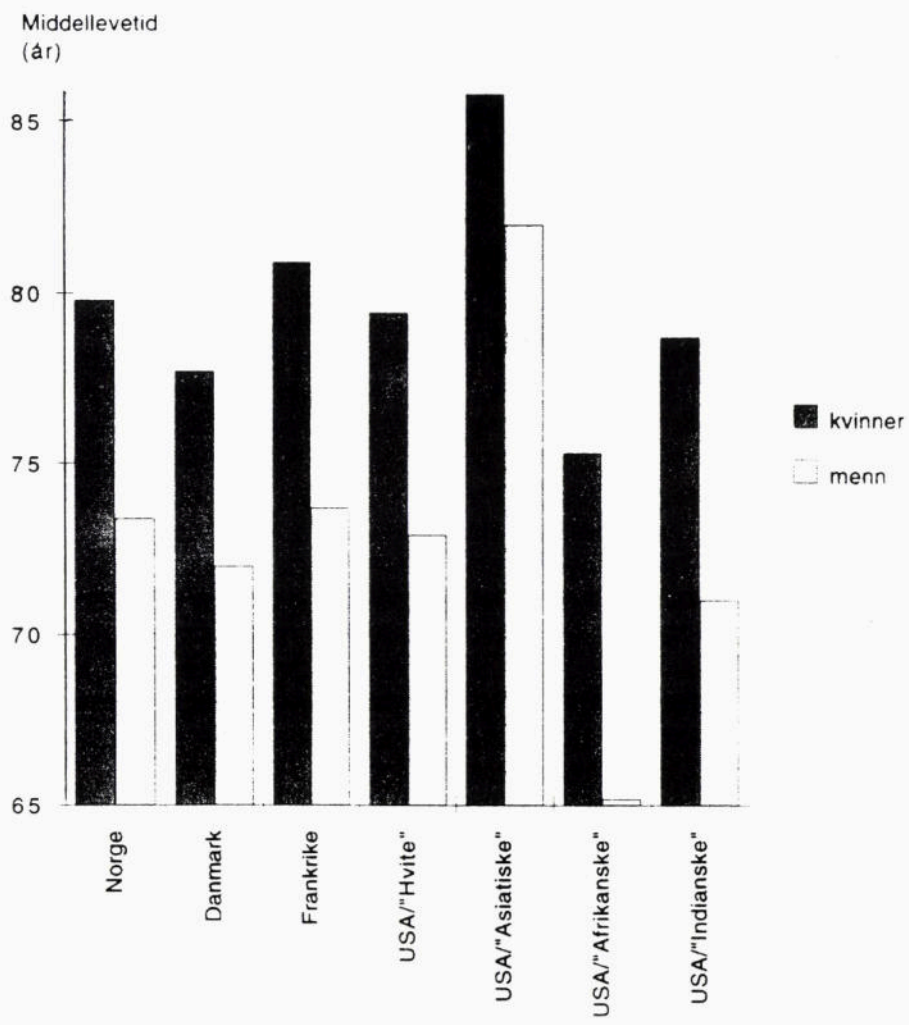
### Middellevetiden i Skandinavia 1971 - 1993

Kilde: Helsestatistikk for de nordiske land

NOMESKO 1995



**Figur 3:**



**Middellevetid 1990**  
**Kvinner og menn i ulike befolkninger**

Kilde: Nomesko 95 og Hahn/Eberhardt 95.

gjør det mulig å si hvilke forandringer som muligens kan bedre, i dette tilfellet danske, kvinners helse.

## Både – både, og – og

Det finnes teoretiske grunner til å kreve at vi samtidig ser på forskjellen mellom kvinner og menn og forskjellen kvinner imellom i den medisinske kvinneforskningen. Vi har lenge kritisert at resultater fra studier på (hvite, middelklasse-) menn brukes til å legge normer for kvinner. Og med god grunn: det går f.eks. et hopetall kvinner rundt og blir behandlet for «for mye» fettstoffer i blodet, selv om forholdet mellom fettstoffer og risiko for sykkelighet/dødelighet er ulikt for kvinner og menn. Vanligvis har vi sagt at den typen likebehandling er uttrykk for at man setter mannen som norm, og blåser i å studere kvinner spesifikt, ut fra en tro på at kvinner og menn er like.

Mon det? I den historiske utviklingen av den vestlige medisinen har kanskje heller utgangspunktet vært at kvinner er menn totalt ulike, akkurat som «underklassens» menn var de «dannede» menn fullstendig ulike (Krieger og Fee 1994). Denne kjønnsforskjellstenkningen kan ha ført til at selv om forskningen eksplisitt interesserer seg for kvinner (i gynekologien og psykiatrien) blir forklaringsmodellene mer vidløftige (mental sykdom som resultat av vandrende livmor), eller mer uttalt kontrollerende (nyfomani behandlet med kjønnslemlestelse) enn i forskning eller behandling som angår menn (Hägglund og Riska 1991).

Slik forskjellstenking kan være årsak til at man bare nylig begynte å interessere seg for *arbeidsløse* kvinners helse. Tidligere tenkte man: i motsetning til menn, kan kvinner det der med å kose seg hjemme. De blir derfor ikke arbeids-

løse, de blir husmødre, og får derfor ikke helseskader av arbeidsløsheten. Altså: uinteressant å studere.

Når vi ønsker å sette kvinnens helse på dagsordenen, møter vi altså en dyptgående tradisjon som  *gjerne* forklarer forskjeller i sykdom og død med «kjønn» – på sitt vis.

Det betyr at det er vi kvinneforskere som må insistere på at vi må se på likheter og forskjeller samtidig – nesten uansett hva det gjelder.

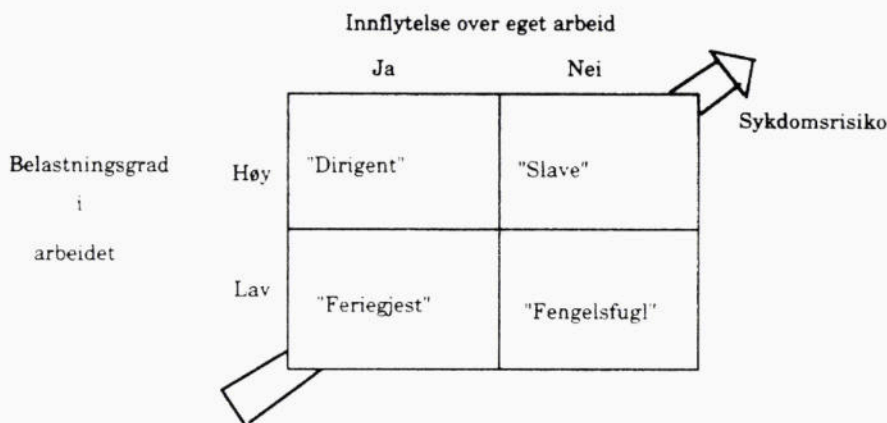
## Et problem med valg av variabler

Hvis vi nå holder fast ved at oppgaven er å forstå hva yrkesarbeidet betyr for ulik utvikling av middellevetid mellom kjønn, klasser og nasjoner – hva gjør vi da? Foredragsholder presenterte en teori om at kombinasjonen av slitsomt, lite fleksibelt heltidsarbeid og lite tilfredsstillende barnetilsyn ville gi ulik risiko for sykdom. Modellen var hentet fra en svensk forsker, Marianne Frankenhäuser, som har gjort en rekke stressfysiologiske studier etter en belastning/kontroll-modell utviklet innenfor en gren av arbeidsmedisinen (Karasek og Theorell 1989). Skjematisk ser modellen ut som figur 4.

Bare «slaven» og «fengselsfuglen» får fysiologiske forandringer som er assosiert med f.eks. økt risiko for hjerte/kar-sykdommer; og det er da også gjort en rekke arbeidsmedisinske studier som viser at *liten kontroll med egen arbeidssituasjon er assosiert med høy hjerte/kar-sykkelighet og -dødelighet*. Det er altså ikke bare graden av fysisk og psykisk belastning som er avgjørende – men også hvilke muligheter folk har til selv å styre hva som skal skje.

Vi må altså velge variabler som be-



**Figur 4:****Modell for sykdomsrisiko i forhold til belastninger og kontrollmuligheter i arbeidet.**

(Fritt etter M. Frankenhäuser 1991)

skriver begge deler – og vi må gjøre det både for yrkesarbeidet og for hjemmearbeidet. Det er en av kvinneforskningens oppgaver å arbeide fram et sett med variabler som er valide for kvinners liv, bl.a. ut fra den kunnskapen samfunnsforskerne blant kvinneforskerne har frambrakt gjennom mer enn tjue år.

### Et problem til

Hvordan vi velger våre variabler vil også henge sammen med den (mer eller mindre eksplisitte) hensikt med studien vi gjør. Tar vi utgangspunkt i foredragsoverskriften, blir det viktig å velge et sett variabler som beskriver eksterne forhold på en så robust måte som mulig. Dette fordi vi ønsker sammenligning over landegrenser, mellom kjønn, over tid – og fordi vi ønsker å avdekke eventuelle helseskadelige forhold som det er mulig å

gjøre noe med (primær forebygging). Dette er ikke enkelt, særlig når det, som nevnt tidligere, er viktig å unngå underspesifisering, og variablenes innhold kan ha ulik betydning for ulike kjønn/klasser eller over tid (Arber 1991).

### Det doble perspektiv – et eksempel

En av de virkelig morsomme forskere i feltet levekår, kjønn og helse heter Ellen Hall, og eksemplet er hennes: «Double exposure: the combined impact of the home and work environments on psychosomatic strain in Swedish women and men» (Hall 1992).

Helsebesværet som studeres, er «Psychosomatic strain», definert som tilstedeværende hvis respondentene i de siste to ukene hadde vært plaget av vansker

med å komme i gang om morgenen; problemer med å sovne; tretthet; eller hodepine/migrene. Materialet var hentet fra 12 772 yrkesaktive kvinner og menn mellom 20 og 65 år i 1977- og 1979-utgavene av den svenske levekårsundersøkelsen.

Hun stilte følgende spørsmål:

- Er menn og kvinner utsatt for samme eksponeringer i sine roller som ektefelle, lønnsarbeider eller forelder?
- Er «kjønn» (kvinne/mann) en variabel som forutsier risiko for «psykosomatisk besvær», når vi justerer for forhold hjemme og på jobb?
- Er effekten av hjemme- og yrkesforholdene (enten hver for seg eller i kombinasjon) like for menn og kvinner?

## Fordelingen av belastning mellom kjønn

De største forskjellene fantes hjemme: flere kvinner enn menn gjorde mer enn 3/4 av hjemmearbeidet (62 % vs. 3 %) og opplevde hjemmearbeidet som belastende (28 % vs. 5 %). Flere menn var yrkesaktive mer enn tjue timer i uken (97 % vs. 76 %). Forskjell i arbeidsmiljøbetingelsene på jobben fantes i hovedsak i «miljøproblemer i arbeidet» (rapportert av 37 % av mennene og 15 % av kvinnene), forekomst av tungt fysisk arbeid (30 % av mennene, 18 % av kvinnene) og i grad av sosial støtte: lav grad av sosial støtte på jobben ble rapportert av 30 % av kvinnene og 24 % av mennene. For de andre variablene (antall barn, alder på barna, tilgang til barnetilsyn, psykiske jobbkraav og kontroll over eget arbeid) var forskjellene små.

## Og forholdet arbeid – besvær

Totalt sett var det flere kvinner enn menn som rapporterte «psykosomatisk besvær»: 57 % av kvinnene og 40 % av mennene. Sterkest samvariasjon med «psykosomatisk besvær» viste høye psykiske jobbkraav, lite sosial støtte på jobb, fysisk slitsomt eller miljøuvennlig arbeid. Deltid beskyttet mot stress; for de øvrige variabler var det ingen samvariasjoner, heller ikke med «kjønn» (kvinne/mann).

Som vi så, var ikke belastninger og ressurser fordelt likt mellom menn og kvinner. Vi kan derfor tenke oss at forskjellen i psykosomatisk besvær mellom kvinner og menn kan forklares med at de har en ulik fordeling av variabler som gir ulik grad av påkjenning. Men det kan jo også hende at de ulike påkjenningene betyr ulike ting for kvinner og menn – at de enkelte variablene *virker* på forskjellig måte. Hall undersøkte dette.

Og hun fant: Det var *lik effekt* på psykosomatisk besvær for menn og kvinner av å ha barn i husholdet (ingen effekt), av å gjøre brorparten av husarbeidet (ingen effekt), av psykiske jobbkraav (økt besvær), av å mangle sosial støtte på jobb (økt besvær) og av å ha miljøuvennlig arbeid (økt besvær).

Det var *ulik effekt* på psykosomatisk besvær for kvinner og menn av å mangle barnetilsyn (bare kvinner rapporterte økt besvær), ved å ha kontroll over egne arbeidsoppgaver (bare menn rapporterte minsket besvær), ved å arbeide > 20 timer i uken (ingen effekt for kvinner, beskyttelse mot besvær hos menn), ved tungt fysisk arbeid (større øking av besvær for kvinner enn for menn) og ved å oppleve husarbeidet byrdefullt (mindre besvær hos menn, mye mer besvær for kvinner).



Vi kan altså oppsummere:

- Våre livsvilkår gir ulike sjanser for å utvikle psykosomatisk besvær.
- Disse livsvilkårene er ikke likt fordelt mellom kvinner og menn.
- Noen livsvilkår gir *samme* sjanse for besvær for kvinner og menn; overfor andre livsvilkår reagerer vi *forskjellig*.

Det største utslaget for kvinner – og den største forskjellen mellom kjønn – ble sett ved en kombinasjon av byrdefullt hjemmearbeid og mer enn tjue timers yrkesarbeid i en jobb med liten grad av egenkontroll over arbeidet.

Denne kombinasjonen har vist seg å kunne forutsi økt sykkelighet blant kvinner også i studier med andre utfallsmål, for eksempel hjerte/kar-sykdom.

Dette indikerer at noen forhold – særlig hjemmeforhold – kan ha større helsemessig betydning for kvinner enn for menn. Det er derfor opp til kvinneforskere å foreslå variabler til «måling» av hjemmearbeidets belastninger og kontrollmuligheter som kan ha betydning for helsen.

## En advarsel

Å vite noe mer om hvilke belastninger som kan gi sykdom er slett ikke det samme som å vite at sykdomsantallet synker hvis belastningen fjernes. Men studier som Ellen Halls er nyttige våpen i kampen for å trekke oppmerksomheten vekk fra generaliserende uttalelser («yrkesarbeid skader kvinner/yrkesarbeid er *mer* skadelig for kvinner enn for menn») som tar utgangspunkt i en allereide gitt oppfatning av at den eneste interessante forskjell, er forskjellen mellom kvinner og menn.

Vi har – paradoksalt nok – altfor små kunnskaper om arbeidsvilkårenes betyd-

ning for helse og sykdom hos de to kjønn. Vi trenger forskning som ikke tar utgangspunkt i at enten er menn og kvinner like, eller så er de ulike; men som gjør dette til en empirisk spørsmål. Som et første skritt på veien, ønsker jeg for alle fremtidige oversikter over levekår og helse, tabeller som viser levekår, kjønn og helseforhold – samtidig. Utfordringen går i første omgang til Statistisk sentralbyrå i forbindelse med neste helseundersøkelse.

*Kitty Strand*  
prosjektleder

*Seksjon for forebyggende medisin*  
*Universitetet i Oslo*

## Litteratur

- Arber, Sara. Class, paid employment and family roles: Making sense of structural disadvantage, gender and health status. I *Soc Sci Med* 1991, Vol. 32, nr. 4, s. 425–36.
- Frankenhäuser, Marianne. Workload, Stress and Health: Comparisons between Women and Men. I Ekander, Gustavson, Karlsson, Starrin (eds.). *Work and Welfare*. Research Report 7/91. Univ. of Karlstad 1991.
- Hahn, Robert og Steven Eberhardt. Life Expectancy in Four U.S. Racial/Ethnic Populations: 1990. I *Epidemiology* 1995, Vol. 6, nr. 4, s. 350–55.
- Hall, Ellen. Double exposure: The combined Impact of the Home and Work Environments on Psychosomatic Strain in Swedish Women and Men. I *Int J Health Services* 1992, nr. 2, s. 239–260.
- Helsestatistikk for de nordiske lande 1993. NO-MESKO; 44: 1995.
- Häggglund, Ulrika og Elianne Riska. *Kvinnors hälsa och ohälsa. Social kontroll av kvinnor*. Publ. från Institutet för kvinnoforskning vid Åbo Akademi, nr. 7. Åbo 1991.
- Karasek, Robert og Tönnies Theorell. *Healthy Work*. Basic Books, New York 1989.
- Krieger, Nancy og Elisabeth Fee. Man-made medicine and women's health: The biopolitics of sex/gender and race/ethnicity. I *Int J Health Services* 1994, nr. 24, s. 265–85.

# Veronikas to liv

*Av Anne Luise Kirkengen*

En betraktning om virkninger av skjulte seksuelle krenkelser knyttes i Anne Luise Kirkengens artikkel til feministisk og samfunnsvitenskapelig teori. En dialog mellom en kvinne og en kvinnelig lege danner grunnlag for en kritisk tilnærming til medisinen og psykiatriens tolkning av kroppslige og mentale uttrykk som tegn på sykdom. Kvinnen kalles Veronika i en analogi til en film, der Veronika har levd to samtidige liv gjennom hele sin livstid. Livene var helt uforenlige. Hun har blitt preget av denne uforenligheten som har utvisket grenser og forskjeller og gjort sannhet og virkelighet til motsetninger. Veronika måtte bruke hele sin livskraft til å makte sine to liv. Hennes anstrengelser medførte plager og være-måter som medisinen tolket som kropps- og sinnssykdom.

## Kan krenkelser gjøre krank?

I nesten tyve år som tidvis eneste kvinnelige allmennpraktiker i en bydel i Oslo vest har jeg mest møtt kvinnelige pasienter. I disse møtene ble jeg meg gradvis bevisst at jeg ofte hørte om krenkelseserfaringer. Kunnskap om slike erfaringer fikk jeg som regel etter langt bekjentskap med kvinnene. De fleste hadde oppsøkt meg for kroniske problemer og med et behov for attføring eller uføretrygd. Til utformingen av søknaden om trygd var det nødvendig å gjennomgå sykdomshistorien i sammenheng med livsforløpet.

Først da kom disse erfaringene frem. Krenkelsene handlet om fysisk, psykisk eller seksuelt misbruk, om mishandling og vold av forskjellig art og til forskjellige tider i livet. De var blitt utøvet av nære personer eller, men sjelden, utført av ukjente. Det forekom meg som om disse opplevelsene hadde en sammenheng med den uhelsen kvinnene hadde søkt hjelp for. Enten var det en tidsrelasjon å oppspore, eller plagene kunne bli forståelige i lys av krenkelsens art og plass i livet og i relasjonen til andre mennesker.

Vi vet at krenkelser av fysisk, mental



eller seksuell integritet medfører kort- og langtidsvirkninger, uttrykt på forskjellig vis som kroppslig mén og/eller mental skade (Kolb 1993, van der Kolk 1988, Kluft 1990). Kunnskapen har blitt samlet på bakgrunn av så ulike erfaringsområder som krigstraumer, katastrofeopplevelser, tortur, voldtekt eller psykisk terror (Bremner 1993, Goenjian m.fl. 1994, Basoglu 1992, Dahl 1993, van der Kolk og van der Hart 1989). Vi vet at slike erfaringer blir integrert i liv og væremåte. Hvordan dette skjer, og med hvilke følger for den enkelte persons liv og helse, synes å være preget av et samspill mellom allmenne forhold og individuelle forutsetninger (van der Kolk 1994, Scheppele og Bart 1983, Rimsza m.fl. 1988, Perloff 1983, Gold 1986). For å unngå varig skade etter slike erfaringer må disse bearbeides ved god hjelp og støtte fra andre mennesker. Dette forutsetter at krenkelsen bekjentgjøres til fortrolige medmennesker eller kyndige profesjonelle, og at den krenkede kan regne med å bli hørt, møtt og tatt vare på (Agger 1992, Benum og Anstorp 1993, Berliner og Conte 1990, Ensink 1992, Herman 1992, Pennebaker m.fl. 1988).

Krenkelser i nære relasjoner medfører sannsynligvis helt særpregede problemer for den krenkede. Familieloyalitet, avhengighet av andre på viktige livsområder, skam- og skyldfølelse knyttet til misbruket eller mishandlingen kan hindre den krenkede i å be om råd og hjelp. Vi vet dette fra forskning omkring vold mot ektefelle, barn og gamle (Koss 1990, Finkelhor 1986, Hydle 1989). Når man ikke kan be om hjelp av frykt for sosial stigma eller av hensyn til krenkerens reaksjon, fortsetter den skjulte krenkelsen og dens nedbrytende virkning på ens personlige integritet, selvfølelse og helse. Selv om krenkelsen opphører, varer dens

innflytelse ved. Den blir en del av en smertefull erfaringsverden som skjules for andre av mange mulige, ulike grunner. Det siste synes å gjelde særlig for skjulte seksuelle krenkelser. Seksualitet har spesielle regler og kjønnede betydninger i mannlig dominerte samfunn. Derfor må man anta at seksuelle krenkelser blir erfart og inkarnert på en helt spesiell måte. Med det mener jeg at en slik erfaring blir integrert i den krenkendes kropp og væremåte på annet vis enn annen erfaring, nettopp fordi den ikke kan bekjentgjøres og følgelig ikke heles adekvat.

Mange kronisk plagede kvinner har ingen kroppslige forandringer som kan kalles medisinske funn. Derfor har man, ifølge medisinske modeller, ingen sikre somatiske årsaker til plagene. I den kliniske hverdag byr kvinnene erfaringsmessig på vanskelige lege-pasient-relasjoner. Etter min oppfatning beror dette på samspillet mellom to fenomener. På den ene siden anses en detaljert og sammenhengende livsfortelling ikke som en medisinsk relevant kilde for forståelse av helseproblemer. Den får ikke rom i en vanlig konsultasjon og anamnese (Kirkengen 1993a). På den andre siden kan plager med grobunn i ufortalte og uerkjente krenkelser ikke forstås korrekt og derfor ikke behandles adekvat. Denne tenkelige doble bakgrunn for relasjons- og behandlingsproblemer mellom leger og kronisk plagede kvinnelige pasienter var mitt utgangspunkt. Som første steg valgte jeg derfor å utvide rammene for konsultasjoner med kvinner som kom for et problem de selv hadde definert som gynekologisk. Fra samtalen med disse kvinner kunne jeg trekke to hovedslutninger: blant dem fantes mange med for meg ukjente overgrepserfaringer. Disse hadde signifikant oftere hatt under-



livssmerte og gynekologiske operasjoner enn kvinner uten slik erfaring (Kirkengen m.fl. 1993). Som følge av denne erkjennelse startet jeg en studie blant voksne mennesker med erkjente seksuelle overgrepserfaringer i sin barndom. Den ble bygget på trettifire dybdeintervjuer om disse menneskers erfaringer med leger og andre representanter for helsevesenet.

## Er svikt en sykdom?

Av disse intervjuene vil jeg trekke frem ett. Det handler om samtalen med en kvinne jeg kaller Veronika. Jeg skal belyse noen fenomener i berøringsflaten mellom medisinen og helseplager som er knyttet til skjulte, sosialt tabuiserte traumer. Jeg skal forsøke å forstå Veronikas syke- og behandlingshistorie ved hjelp av ikke-medisinsk kunnskap. Den medisinske side, støttet ved utdrag fra flere epikriser, er råstoffet til en undrende analyse fra et vitenskapsteoretisk og sosialantropologisk perspektiv. Veronika er en 37-årig gift trebarnsmor som hadde vært yrkesaktiv i perioder. På intervjutidspunktet var hun i etterutdanning. Etter noen få setninger i vår samtale om hennes sykdomshistorie, der hun nevnte barnesykdommer og hode- og mavesmerter, ble vår lydbåndinnspilte og verbatim utskrevne dialog som følger:

«V: ... og så var det hørselstapet som begynte da jeg var rundt ti år.

A: Hørselstap? Vet du hva det kom av?

V: Nei, det vet jeg ikke. Men det ble så ille at jeg måtte bruke høreapparat. Jeg brukte to høreapparater i endel år. Mens jeg gikk på gymnas trengte jeg to. Men det kom ikke av ørebetennelser. Det har jeg aldri hatt. Det hørselstapet hadde jeg til jeg var ca. tyve.

A: Fikk du språkvansker som følge av at du hørte dårlig? Måtte du ha hjelp av logoped?

V: Nei. Hørselen avtok gradvis. Jeg ble veldig flink til å lese på munnen.

A: Du sa at hørselstapet varte til du var over tyve. Hva skjedde i årene mellom ti og tyve?

V: Jeg reiste årlig til kontroll på hørselsklinikken i F., en til to ganger årlig i mange år. Kurvene ble stadig dårligere. Men ingen kunne si hva som skjedde og hvorfor det skjedde. Diagnosen fikk jeg jo høre, men den sa meg ingenting. Så flyttet jeg hjemmenifra da jeg var litt over tyve, da flyttet jeg til L.: Hørselen kom tilbake veldig fort. Jeg skjønnte det selv. Og siste gang jeg gikk til hørselskontrollen var kurvene mine helt normale. De ble sammenlignet med de som tidligere var blitt tatt på hørselsentralen nordpå. Jeg ga begge høreapparatene tilbake.»

Etter flere år med stadig dårligere hørsel på barneskolen var det blitt foretatt en hørselstest på hørselssentralen. Veronika ga meg tillatelse til å innhente epikriser fra de forskjellige institusjoner der hun var blitt behandlet. Epikrisen fra oktober 1972 lyder slik: «Audiogrammet tatt her i juni viste en hypacusis neurogenes bilateralis (nedsatt hørsel på begge sider betinget av nerveskade). Hun ble tilrådd ørehenger dersom hun syntes hun hørte dårlig. Hun kommer i dag og klager over at hun har vansker med å følge med på skolen. Hun har forsøkt å sitte forskjellige steder i klassen, men hører ikke noe bedre. Det går bra så lenge hun kan se på den som snakker, men enkelte lærere har hun i det hele tatt vansker med å forstå. Hun har, slik det nå er, problemer på skolen, og bør vel motiveres for en eller





*Tegning av Wenche Øyen. (Kilde: Tove Bolneset: Du og jeg – om samliv og seksualitet. Den norske Bokklubben.)*

annen form for høreapparat.» Veronika tilføyde at skolen på det tidspunktet ikke ble informert, og at enkelte lærere åpenlyst betvilte at hun virkelig hørte dårlig.

Diagnosens gyldighet var forankret i objektive funn. Med standardisert utstyr og under standardbetingelser fremkom

det kurver som viste en stadig avtakende hørsel i årene 1972 til 1976. Etter årlig oppfølging i F. og innskutte kontroller hos primærlegen, som i 1975 registrerte at hørselen var ytterlige forverret og at Veronika var plaget av smerter i hodet, som hun fikk tabletter for uten effekt, lød

epikrisen fra sentralen i mars 1976 som følger: «Pasientens oldefar og bestefar hørte dårlig i ung alder. Pasienten selv hadde allerede i 1972 et moderat hørselstap i begge ører. Kontrollen i 1975 viste en viss progresjon. I dag er hørselen betydelig forverret. Hun bruker høreapparat i begge ører. Diagnose: Hypacusis neurogenis hereditaria bilateralis (nedsatt hørsel på begge sider betinget av arvelig nerveskade). Ved denne art av hørselstap er det umulig å si om, og eventuelt når en ytterligere progresjon vil finne sted. Det er derfor uhyre viktig at hun snarest får sin teoretiske utdanning.»

I mai 1977, etter at Veronika hadde flyttet fra sin familie for å studere i L., skrev reservelegen ved øre-nese-halsavdelingen i L. til hørselssentralen i F.: «Pasienten Deres har blitt undersøkt her. Hun opplyste at hun i vår ble helbredet ved bønn i den sekten hun tilhører. Dette skjedde her i byen. Hun har etter dette ikke brukt apparat, og hørselen er blitt helt normal, hvilket også audiogrammet bekrefter. Jeg har ingen annen forklaring enn at dette må ha vært psykogent betinget, men går ut ifra at også De har interesse av å høre om dette.» En kopi av fullstendig normale kurver etter undersøkelse av begge ører fulgte vedlagt. Året etter ble dette funn bekreftet ved hørselssentralen i F. mens Veronika var på ferie i sin hjemmekommune.

## Var sykdommen virkelig?

Hvilken merkelig sykdomshistorie var dette? Den fulgte tydeligvis ingen av de forventede utviklingslinjer, slik de ble antydnet i en av de siterte epikriser. Den inneholdt heller ikke de vanlige bestanddeler slik som tanker om årsaker eller forslag til behandling. Man hadde riktig nok antydnet at det kunne være en viss

familiær belastning med nedsatt hørsel i ung alder i morens familie, men tanken ble ikke fulgt opp. Man visste åpenbart intet om de to nevnte menns hørsel senere i livet. Dertil hadde sykdomshistorien også funnet en noe uventet, uvanlig og uklar slutt. Den knappe epikrisen etter Veronikas helbredelse viser ikke hva spesialisten egentlig tenkte. Lurte han ikke på hva som hadde skjedd? Hadde årelang oppfølging på medisinsk indikasjon funnet en logisk og medisinsk god avslutning?

Hva var egentlig medisinenes rolle i dette tilfellet? Først fantes en teknisk målbar feil. Den fikk et medisinsk navn. En sikker årsak for feilen fantes ikke i medisinenes rådende forståelse. Medisinsk behandling fantes ikke heller, bare teknisk måling og teknisk utstyr for å kompensere feilen. Og plutselig fantes en teknisk målbar norm. Normer får ikke medisinske navn. En sikker årsak til normalisering fantes ikke i medisinenes rådende forståelse. Det uttrykker spesialisten også i sin epikrise. Jeg gjentar hans konklusjon og uthever to ord som synes meg betydningsfulle: «Hørselen er blitt helt normal, hvilket også audiogrammet bekrefter. Jeg har ingen annen *forklaring* enn at det må ha vært psykogent betinget, *men* går ut fra at også De hadde interesse av å høre om dette.»

Medisinen var herved åpenbart skjedd fyldest. Mer var ikke å si om den saken. Hvordan spesialisten ville forklare årsakssammenhengen mellom en påvist, objektivt målt svikt og en antatt, subjektivt følt grunn, sier han intet om. Hvis den målbare svikten nå plutselig kunne *forklares* med en psykisk årsak, hvorfor hadde de behandlende leger ikke før tatt denne mulighet i betraktning? Kurvene viste en tilstand man bare hadde en usikker årsaksoppfatning for. Men ingen



hadde bare antydning at de også kunne være speilbilder av en subjektiv verden. Hvis det tidligere objektivt viste nå kunne tenkes å være opphevet av noe subjektivt ukjent, hva avgrenset det ene fra det andre? Dessuten åpner den siste setningen med ordet «men». Et «men» i denne kontekst står for meg som kvintessensen av vår vestlige, det vil si cartesianske tenkning, der menneskets kropp er skilt fra sjel og ånd, og der kroppen prioriteres i alle medisinske relevante sammenhenger (Lock og Gordon 1988, ten Have 1987, Toulmin 1976, von Uexküll og Wesiack 1988, Pellegrino 1979). Et menneskelig problem som må antas å være sjelelig siden det ikke lenger kan sies å være kroppslig, er uinteressant og irrelevant for somatikerne. Det legges bort. Det nevnes helt til slutt, omtalt som en kuriositet. I en faglig informasjon til somatisk orienterte kolleger blir det en bisetning. En årelang, legitim oppgave for øre-nese-hals-spesialister blir devaluert og uvesentlig idet man må ta i betraktning at den kan ha hatt sitt opphav i følelser. Hvilken lidelse på det følelsesmessige plan som bevirket hørselssvikten, er uinteressant for de som har slik svikt som fag og dens behandling som mandat.

Hadde man stilt den tidligere antatte diagnosen på sviktende grunnlag? Neppe, så sant audiogrammer fremkommet under standardbetingelser kan brukes som måleredskaper og bevis, det vil si at de objektivt viser den subjektive evnen å høre. Var det siste audiogrammet en falsifisering av de forutgående? Epikrisen handlet om en diagnose som på underlig vis hadde mistet berettigelsen. Den var ikke relevant lenger. Hørselssvikten var blitt opphevet uten enhver medisinsk intervensjon. Hvordan kunne det forstås? Hvor mange helt sentrale medisinske teoretiske dilemmaer ble verken temati-

sert, konkretisert eller løst? Ville det ikke være logisk å tenke at det hele kanskje aldri var et medisinsk håndterbart problem? Muligens var det et uttrykk fra noe i menneskekroppen som medisinen ikke kan fatte på grunn av medisinenes oppfatning om hva en kropp og et menneske er (Thomasma 1985, Wulff m.fl. 1986)? Medisinsk er det korrekt å vurdere kroppen som en gjenstand uten livserfaringenes innflytelse og følelser. Derved vendes det medisinske blikk bort fra alt som kjennetegner et menneskes individuelle måte å være-i-verden på og å svare-på-verden (Merleau-Ponty 1986, Leder 1990). Men slik kom man ingen vei i Veronikas historie, hennes kropp fortalte noe annet, noe mer.

### Var virkeligheten noe annet?

Medisinere er opplært til å vurdere, begripe, beskrive, benevne og behandle avvik, det syke, i menneskekroppen (Kirkengen 1993b). Forståelsesrammen er biologisk definert, kroppsbildet er fragmentert og organsentrert, og funksjonstenkningen er mekanistisk og instrumentell. Ut fra et slikt konsept for faglig vurdering og handling læres leger opp til å betrakte mennesker som skal behandles som pasienter, ikke som personer (Baron 1985, Young 1989). Sykdom oppfattes som et noe som er til stede i det enkelte menneskets kropp. Beskrivelse og behandling av sykdom knyttes til begrep om avvik, feil og mangel. Medisinenes system for klassifisering er utelukkende et avvik-, feil- og mangelregister. I en slik konstruert begreps- og språkramme navngis tilstander som avviker fra en statistisk beregnet norm som mangelfulle, feilaktige, sviktende – slik som Veronikas hørselssvikt, som plutse-



lig var opphevet, synliggjort i opphevede kurver.

Lå nøkkelen til den kroppslige fortelling i den biografiske? Bedringen kom raskt. Veronika sa: «Hørselen kom tilbake veldig fort.» Fort i forhold til hva; fort etter hva? Fort etter at hun flyttet hjemmefra. Hun ga de to informasjonen rett etter hverandre, som om hun hadde en oppfatning av sammenheng, en meningsbærende sammenheng mellom flytting og hørsel. Var hennes sykdom blitt opphevet ved bønn i det nye samfunnet hun sluttet seg til etter flyttingen? Trodde hun selv at hun ble helbredet ved bønn? Hun svarte smilende på mitt spørsmål angående antakelsen i epikrisen: «Nei. Det legen i brevet kalte sekt var et kristelig studentlag i L. En leder og noen ungdommer spurte om de kunne få lov til å be for min helbredelse. Kort tid etterpå var hørselen bra. Det var den eneste forklaringen jeg på det tidspunktet kunne gi.»

Men hvor var meningssammenhengen da? Hvilke omstendigheter hadde blitt annerledes slik at en målbar svikt og en diagnostiserbar tilstand var blitt opphevet? Hun svarte: «Det var da jeg flyttet fra far.» Hvordan passet hennes presise oppfatning om denne sammenhengen inn i hennes sykdomshistorie? Hvis flytting fra far hadde betydning for hørselen, hvilken funksjon hadde nedsatt hørsel da hatt? Nå blir det synlig at det medisinske «sviktspråket» kommer til kort. Det nytter ikke lenger å spørre: hva kom mangelen av? Men: hvilken funksjon hadde nedsatt hørsel? Hva hjalp det for? Hva skjermet den Veronika fra å høre? Svaret hennes lød: ikke å høre når noen kom om natten, for ikke å våkne. To onkler, men mest og hovedsaklig faren hadde misbrukt henne seksuelt fra hun var svært liten. Hun hadde tidlig lært å stille seg

død, da var det fortere overstått. Hvis hun ynket seg eller strittet imot fikk hun straff dagen etterpå for banale ting – forsinket og forkledd straff for å ha gjort motstand. Hun ble avvennet med å gjøre motstand, hun ble gjort taus, hun gjorde seg nummen. Men far kom også om dagen. Det han sa og det han krevde maktet Veronika ikke å høre, hun ville ikke forstå, hun nektet å ta inn. Hennes beskyttelse, hennes overlevelsesstrategi, ble en målbar døvhets. Hun strevde for livet med innsatsen av én av de viktigste erfaringskilder og kommunikasjonsveier. Ti års liv uten klangbunnen av vanlige lyder, uten musikk, uten tiskede fortroligheter, uten hviskede ømheter – for å overleve.

## Var det andre sant?

Mitt prinsipielle spørsmål til medisinenes sviktorienterte diagnosesystem lyder: var Veronikas hørselssvikt en sykdom ifølge gyldige kriterier for diagnose og klassifikasjon, eller en utrolig kreativ akt for bevaring av helse, menneskeverd og et minimum av integritet? Var den et tegn på mangel, eller et uttrykk for en livskraft, en vilje til å verne seg, en evne til å motstå ødeleggelsen, et mot til å beskytte egen verdighet i all påført ydmykelse? Var det kanskje ikke en målbar feil, men et ufattelig potensial?

Vi er i berøringsflaten mellom medisinen og et helseproblem. Her møter et menneske som lever i to uforenlige realiteter et teknisk apparat som skal synliggjøre den kroppslige virkeligheten. I dette møtet blir det tydelig at virkelighet og realitet er ord for totalt relative begrep. De knyttes her til så ulike verdener at de føyer seg sammen til et erkjennelsesparadoks som tydeliggjør hvorfor den teknologiske medisin må feile i møtet



med inkarnert, skjult krenkelseserfaring. Vår dialog om dette lød slik:

«V: Jeg var veldig spent hver gang de tok en slik prøve, om kurvene var gått opp. Men de gikk aldri opp, de bare fortsatte å gå nedover. Lenger og lenger ned. Jeg sjekket dem hver gang, hvordan de så ut. Jeg koblet ut, jeg skjønte ikke hva de på hørselslaboratoriet gjorde, men jeg var redd for å bli avslørt, redd for å bli gjennomskuet, altså at noen skulle skjønne noe om det som skjedde. Men samtidig ønsket jeg at de forsto.

A: Tenkte du at du ville bli avslørt ved hjelp av et instrument som du visste ble brukt som en slags sannhetssøker? Slik brukes jo apparatene. Det de viser er sannheten. Og sannheten apparatet viste stemte med det du ønsket, nemlig at du ikke ville høre.

V: Ja, ja, slik var det. Det tenkte jeg hele tiden, og jeg ble delt i to. Jeg måtte jo skjule sannheten. Jeg mener den virkelige.»

Veronika måtte forholde seg til en skjult virkelighet som ifølge rådende sosiale regler var både u-sann og u-synlig, hvilket medfører den sosialt betingede oppfatning om hva som er u-sann-synlig. Den sviktorienterte medisin er bygget på det syke som et substrat i en individuell kropp. Dette substrat må finnes med synliggjørende teknikk for at sykdommen skal være sann. Fordi den medisinske teknikk synliggjorde en svikt, ble denne sann. Slik tildekket diagnosen den sosio-kulturelt usannsynlig-gjorte krenkelsen. I og med at feilen var vist hos henne, ble Veronika kronisk sykgjort. Den tildekkede krenkelsen kunne fortsette å virke og bestemme Veronikas kroppslige virkelighet.

Hva tjener som sannhetsbevis i medisinske sammenhenger? Og hvilken virkelighet avspeiler de? Hvilke virkeligheter får leger aldri adgang til med de redskaper som den teknologiske medisin har konstruert? Og hva gjør det med legers mulighet til å forstå andre menneskers væremåter og intensjoner? Hvilken konsensus for hva som er normalt er bygget inn i disse redskaper? Og hva fremstår følgelig som unormalt? På hvilken definisjon bygger medisinen oppfatning om hva som er rasjonelt? Og hva blir følgelig irrasjonelt? Veronika hadde vel egentlig ganske enkelt hatt en hysteriform døvhets, en sinnslidelse, en galskap? Visst fantes her en galskap. Men svikten var ikke galskapen. Galskapen var virkelig. Den lå i en syk menneskelig relasjon. Denne var derimot ikke i fokus for det medisinske blikk eller gjenstand for synliggjørende faglige grep. I den fantes en skjult virkelighet full av ord, lyd, berøring, lukt og smerte som ikke kunne være sanne, nettopp fordi de ikke skal finnes i virkeligheten. Men fordi de var virkelige, kunne ikke Veronika være vidt åpen for alle sanselige inntrykk. For å beskytte sin integritet, som er grunnlaget for helse – måtte hun legge noen av sansene, noe av kroppen, noe av seg, øde.

### **Kan kroppen forstås bare som kropp?**

Leger som er opplært i biomedisinsk tenkning betrakter sykdom som et noe som befinner seg i en individuell kropp. Slik tenkning hører til troen på et kroppslig substrat for hver sykdomstilstand. Substratet må oppspores eller avdekkes. Det skjer med en stor innsats av synliggjørende teknikk. Det som ikke kan synliggjøres er rent kroppslig ikke sant,

og får ingen somatisk diagnose. En ikke-kroppslig restkategori av lidelser får navn fra den psykiatriske diagnoselisten. Disse navn er deskriptive og ikke forklarende, selv om faget psykiatri sterkt prøver å knytte slike lidelser til biologi i form av avansert biokjemi eller genetikk. En annen kalles for psykosomatisk, hvilket betyr at medisinen i et fåtall av lidelser kan godta en psykisk årsak for en kroppslig lidelse. Men det foreligger ingen konsistent teori om hvordan psyke blir soma, hvorfor noen få psykiske fenomener gir kroppslig patologi, hvorfor hos noen mennesker og ikke alle, og hvorfor bare i noen faser av disse menneskers liv og ikke alltid. En tredje kalles diffus eller somatoform, hvilket betyr somatisk i form, men ikke i innhold. Denne kategorien er i navnet en psykiatrisk diagnose, i helsevesenets virkelighet derimot er den primærmedisinens tyngste oppgave og utfordring. En fjerde restkategori av plager forblir navnløs. Den handler om så omfattende og samtidig så skiftende symptombilder, at de verken fremstår som syndromer, hvilket betyr at de preges av gjenkjennbare mønstre, eller som påvirkelige i medisinsk praksis.

I fortsettelsen støtter jeg meg til sosialantropolog Nancy Scheper-Hughes fra Berkeley og sosiolog Margaret Lock fra McGills. En utredning fra 1987 om menneskets kropp integrerer tre perspektiver i betraktningen av menneskelig liv i levende menneskekropper. De to skriver om «The mindful body», som gir assosiasjoner som ikke direkte kan fanges inn på norsk: en kropp fylt med ånd, forestillingsevne, integrert erindring, kunnskap og forstand. Kroppen kan sees både som individuell selv- og livserfaring, som en sosial kropp som symboliserer forholdene mellom natur, samfunn og kultur, og som en politisk kropp, formet av sosial

og politisk kontroll. Den siste handler om noen gruppers muligheter til utfoldelse med andre gruppers begrensninger til følge. Dette skjer på usynliggjorte måter, integrert i strukturer som ordner og regulerer alle forhold mellom mennesker. Slik blir ulikheter i midler, muligheter og rettigheter tildekket. Slik kan konsekvensene av denne ulikheten bli lastet på individet. Slik blir motstand mot urett stilnet eller brakt til taushet, hvilket de to forfattere kaller «to silence». Tausgjøring av en rimelig protest imot en urimelig ulikevekt av midler, rettigheter og muligheter mellom mennesker skjer i utforming av sosiale roller og i normativ form. Hvert samfunn på denne jord har sett med regler som medfører at noen grupper mennesker er mindre ansett, verdsatt og innflytelsesrike enn andre. Lover, regler, konvensjoner, symboler, tabuer og ritualer er institusjonaliserte måter å opprettholde og legitimere de sosiale asymmetrier på, asymmetrier som går gjennom alle samfunn og samfunns-lag.

### **Kan sinnet forstå bare som sinn?**

Samfunnets språk utformes i samsvar med de ovennevnte forhold. Hva som har navn i et språk er det som skal vites. Det man ikke vil vite av blir ikke navngitt. Hva man vil vite eller ikke vite er knyttet til myter og bilder om de gode og onde krefter som styrer livet. Hva som er Det gode og Det onde blir ikke debattert. Kulturelle og sosiale ordninger medfører følgelig at ikke navngitte hendelser blir utenkbare og derved usigbare. Men minner om slike utenkbare hendelser huskes kroppslig. Derfor reagerer Veronika på





Tegning av Wenche Øyen. (Kilde: Tove Bolneset: *Du og jeg – om samliv og seksualitet. Den norske Bokklubben.*)

bestemte lukter og lyder, på en uventet bevegelse i dusjforhenget som gjenoppliver et krav fra noen som pleide å stå bak det, eller en bestemt berøring på ryggen. Derfor har hun allikevel båret stemmene i seg hele tiden uten å huske dem tankemessig. Men i fjor, da hun etter lang

behandling hos en psykomotoriker for første gang turde legge seg på benken, kom terapeuten til å holde hennes hode på en spesiell måte idet Veronika ville snu seg. Da brøt tid og sted sammen til et for- og nåtidig opplevelseshom, og der var stemmene, ordene og lydene som

Veronika hadde gjort seg døv mot. Dette ble tematisert som følger:

«A: Veronika, har du hørt hva stemmene sier? Gjenkjenner du noe?

V: Om jeg har hørt det før? Ja, det har jeg, jeg gjenkjenner alt. De er helt tydelige, akkurat som om du snakker til meg. Slik er det.

A: Har du våget å gjenta det de sier, våget å si det høyt?

V: Nei.

A: Sperrer du?

V: Ja (pause). Det er helt tydelig. Jeg vet hva de sier. Jeg vet ikke helt sikkert hvem av dem som snakker til enhver tid. Jeg har hørt alt sammen før.

A: I psykiatrien kaller de slikt en hørselshallusinasjon.

V: Ja. Det gjør de. Og jeg bruker Trilafon. For jeg orker det ikke hele tiden. Det nytter, de personer som jeg hørte, det som skremte meg sånn, de er der i hvert fall ikke så ofte lenger. Jeg måtte slutte behandlingen. Det gikk ikke. Da hun tok på hodet mitt ... plutselig ... forsvant jeg inn i en verden som var helt ved siden av...

A: Da du ble tatt på hodet på en spesiell måte...

V: Ja. Da var plutselig alle de andre tingene der igjen. Alt var blandet, fortid og nåtid, bare rot ... sånt har skjedd før ... ikke så drastisk som denne éne gangen ... det var for sterkt.

A: Til hodet er det koblet veldig mye angst?

V: Ja, for det ble holdt ... sånn ... jeg fikk ikke holde hodet mitt selv ... det gikk ikke.

A: Kan det ha helt konkrete grunner? Kan det tenkes at hodet ditt har blitt holdt fast før, og en voldsom angst har blitt utløst?

V: Jeg holdt på å miste pusten, jeg

skjønner ikke hvor jeg fikk luft ifra – selv om det ikke skjedde noe der og da – minnene tok pusten fra meg – ja – og jeg tror det var hodet mitt som ble holdt fast mot pappa – mot kroppen hans – presset mot kropp.

A: ... når han lå over deg? ... når han tvang deg til å suge?...

V: Ja. Det er det ... jeg klarer ikke å spise lang tid etterpå ... da har jeg den smaken i munnen ...»

Veronika har hatt alvorlige spiseforstyrrelser. Hver fødsel medførte en langvarig depresjon. Hun kan ikke tenke når noe tvinger henne til å være i ro. Hun må bevege seg for å kunne tenke fritt og konstruktivt. Hun har hatt flere opphold på psykiatriske avdelinger og har som ung og som voksen forsøkt å ta sitt liv. Hun var blitt gjort døv, nummen og taus av noe som ikke hendte i den offisielle virkelighet. Døvheten hun brukte som vern mot obskøniteter hun ennå ikke kan uttale, ble kalt *svikt*. Nummenheten i hud og sanser som fjernet henne fra hendelser hun ennå ikke vil beskrive, ble kalt *alexitymi*, hvilket betyr manglende kontakt med eget følelsesliv. Tausheten hun ble tvunget til av skam og skyldfølelse ble omgjort til diagnosene *depresjon*, *panikkpreget nevrose*, *kronisk posttraumatisk stressforstyrrelse* og *suicidalitet*. De kroppslige minnene ble kalt *hallusinasjoner*. Dette fremgår av epikrisene fra hennes opphold i psykiatriske avdelinger.

Den psykiatriske medisin benytter seg av en differensiert klassifikasjon for antatte feil i menneskers sjelelige liv som stigmatiserer de lidende. De blir kalt gale. Slik forfalskes følgene av fysisk eller institusjonalisert vold til en individuell sykdom. Derved tildekkes galskapen mellom mennesker som av samfunnet er tilkjent ulike midler, muligheter og



rettigheter, hvorved noen inntar så mye plass at andre blir deformerte. Det er sosiale regler for forskjeller i betydningen av kvinners og menns seksualitet i mannsdominerte samfunn. Disse reglene føyer seg til de sosiale asymmetrier hva gjelder kvinners og menns ulike rett til å krysse og krenke grenser (Stark m.fl. 1979, Stark og Flitcraft 1988, Flitcraft 1992).

## Hva kan jeg slutte av det forutgående?

Jeg kommer til følgende konklusjon i mine betraktninger om virkningen av grensekrenkning i lys av feministisk og samfunnsvitenskapelig teori: Grensekrenkning, og spesielt seksuell krenkning utført av menn overfor kvinner, må av sosio-kulturelle grunner holdes skjult av de krenkede. Slik skjult krenkelse er i min forståelse ett av de viktigste opphav til kvinners lidelser. Ved psykiatriens institusjonaliserte rett til å betegne slike lidelser som individuelle, blir kvinnene selv opphavet til sin egen lidelse. Følgelig er psykiatrien en institusjonalisert årsak til statistisk verifiserte forskjeller i forekomsten av psykiatriske sykdommer. Et fag med basis i biologi og matematikk anser tall som symboler for presisjon og nøytralitet. Derfor er en tallfestet forskjell sann. Manglende kritisk introspeksjon hindrer faget i å se tallfestede forskjeller som konstruksjoner, som spill av sosiale spilleregler som danner strukturene for kvinners og menns liv i en mannsdominert kultur (Kaplan 1983, Scheper-Hughes 1990, Doyal 1995, Russell 1995). Somatisk medisin er, i tillegg til å være bundet av troen på det kroppslige substrat som tegn på sann sykdom,

også blindet av sin opptatthet av menneskets feil og mangler. Med sitt kroppsbilde og sin symptomforståelse kan den ikke få øye på menneskelig kreativitet og tilpasningsevne. Men nettopp disse tas i bruk når mennesker verner om kildene for sin egen livskraft som springer ut av troen på at livet deres har mening.

Anne Luise Kirkengen  
spesialist i allmennmedisin  
Forskningsstipendiat UiO  
Institutt for allmennmedisin

## Litteratur

- Agger, Inger. *Det blå værelse. Kvindeligt vidnesbyrd fra exilet*. Hans Reitzels Forlag, København 1992.
- Bachmann, Gloria A., Tamera P. Moeller og Jodi Benett. Childhood sexual abuse and the consequences in adult women. I *Obstet Gynecol* 1988, nr. 71, s. 631–42.
- Baron, Richard J. An introduction to medical phenomenology: I can't hear you while I'm listening. I *Ann Intern Med* 1985, nr. 103, s. 606–11.
- Basoglu, Martin (red.). *Torture and its consequences*. Cambridge University Press, Cambridge 1992.
- Benum, Kirsten og Trine Anstorp. Understanding psychiatric symptoms as coping reactions to violence and sexual abuse. I *Promotion Mental Health* 1993, nr. 3, s. 17–26.
- Berliner, Lucy og Jon R. Conte. The process of victimization: the victims perspective. I *Child Abuse Negl* 1990, nr. 14, s. 29–40.
- Bremner, J. Douglas, Steven M. Southwick, David R. Johnson, Rachel Yehuda og Dennis S. Charney. Childhood physical abuse and combat-related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. I *Am J Psychiatry* 1993, nr. 150, s. 235–9.
- Dahl, Solveig. *Rape – a hazard to health*. Scandinavian University Press, Oslo 1993.
- Doyal, Lesley. *What makes women sick? Gender and the political economy of health*. MacMillan, Houndmills 1995.
- Ensink, Bernardine J. *Confusing realities*. Uni-

- versity Press, Amsterdam 1992.
- Finkelhor, David. *A sourcebook on child sexual abuse*. Sage Publ., London 1986.
- Flitcraft, Anne H. Violence, values, and gender. I *JAMA* 1992, nr. 267, s. 3194-5.
- Goenjian, A.K., L.M. Najarian, R.S. Pynoos, A.M. Steinberg, P. Petrosian, S. Setrakyian, L.A. Fairbanks. Posttraumatic stress reactions after single and double trauma. I *Acta Psychiatr Scand* 1994, s. 214-21.
- Gold, Erica R. Long-term effects of sexual victimization in childhood: an attributional approach. I *J Consult Clin Psychology* 1986, nr. 5, s. 471-5.
- Herman, Judith L. *Trauma and recovery*. Basic Books, New York 1992.
- Hydle, Ida. Violence against the elderly in Western Europe - treatment and preventive measures in the health and social fields. I *J Elder Abuse Negl* 1989, nr. 1, s. 75-87.
- Kaplan, Marcie. A woman's view of DSM-III. I *Am Psychol* 1983, nr. 38, s. 786-92.
- Kirkengen, Anne Luise. En levende forteller med en kroppslig fortelling. I *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 1993a, nr. 113, s. 2913-15.
- Kirkengen, Anne Luise, Berit Schei og Siri Steine. Indicators of childhood sexual abuse in gynaecological patients in a general practice. I *Scand J Prim Health Care* 1993, nr. 11, s. 276-80.
- Kirkengen, Anne Luise. Kan vi skifte fokus fra sykdom til helse? I Anne Luise Kirkengen og Jørgen Jørgensen (red.). *Medisinsk teori. Tanker om sykdom og tanker om helse*. Tano, Oslo 1993b.
- Kluft, Richard P. (red.). *Incest related syndroms of adult psychopathology*. American Psychiatric Press, Washington DC 1990.
- Kolb, Lawrence C. The psychobiology of PTSD: Perspectives and reflections on the past, present and future. I *J Traumatic Stress* 1993, nr. 6, s. 293-304.
- Koss, Mary P. The women's mental health research agenda. I *Am Psychologist* 1990, nr. 45, s. 374-80.
- Leder, Drew. *The absent body*. University of Chicago Press, Chicago 1990.
- Lock, Margareth og Deborah R. Gordon (red.). *Biomedicine examined*. Kluwer, Dordrecht 1988.
- Merleau-Ponty, Maurice. *Phenomenology and perception*. Routledge & Kegan Paul, London 1986.
- Pellegrino, Edmund D. *Humanisme and the physician*. University of Tennessee Press, Knoxville, Tennessee 1979.
- Pennebaker, James W., Janice K. Kiecolt-Glaser og Ronald Glaser. Disclosure of traumas and immune function: health implications for psychotherapy. I *J Consult Clin Psychology* 1988, nr. 56, s. 239-45.
- Perloff, Linda S. Perception of vulnerability to victimization. I *J Soc Issues* 1983, nr. 39, s. 41-61.
- Rimsza, Mary Ellen, Robert A. Berg og Catherine Locke. Sexual abuse: Somatic and emotional reactions. I *Child Abuse Negl* 1988, nr. 12, s. 201-8.
- Russell, Denise. *Women, madness and medicine*. Polity Press, Cambridge 1995.
- Scheper-Hughes, Nancy. The rebel body: the subversive meanings of illness. I *TAS Journal* 1990 (10), s. 3-10.
- Scheper-Hughes, Nancy og Margareth Lock. The mindful body: a prolegomenon to future work in medical anthropology. I *Med Anthropol Quart* 1987, nr. 20, s. 6-39.
- Scheppele, Kim Lane og Pauline B. Bart. Through women's eyes: defining danger in the wake of sex assault. I *J Soc Issues* 1983, nr. 39, s. 63-81.
- Stark, Evan, Anne Flitcraft og William Frazier. Medicine and patriarchal violence: the social construction of a «private» event. I *Int J Health Services* 1979, nr. 9, s. 461-93.
- Stark, Evan og Anne Flitcraft. Women and children at risk: a feminist perspective on child abuse. I *Int J Health Services* 1988, nr. 18, s. 97-118.
- ten Have, Henk AM. Medicine and the Cartesian image of man. I *Theor Medicine* 1987, nr. 8 s. 235-46.
- Thomasma, David C. Philosophy of medicine in Europe: challenges for the future. I *Theor Medicine* 1985, nr. 6, s. 115-23.
- Toulmin, Stephen. On the nature of the physician's understanding. I *J Med Philosophy* 1976, nr. 1, s. 32-50.
- van der Kolk, Bessel A. The trauma spectrum: the interaction of biological and social events in the genesis of the trauma response. I *J Traumatic Stress* 1988, nr. 1, s. 273-90.
- van der Kolk, Bessel A. og Onno van der Hart. Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. I *Am J Psychiatry* 1989, nr. 146, s. 1530-40.
- van der Kolk, Bessel A. The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. I *Harvard Rev Psychiatry*



1994, nr. 1, s. 253–65.

von Uexküll, Thure og Wolfgang Wesiack. *Theorie der Humanmedizin*. Urban & Schwarzenberg, München 1988.

Wulff, Henrik R., Stig Andur Pedersen og Raben

Rosenberg. *Philosophy of medicine. An introduction*. Blackwell, Oxford 1986.

Young, Katherine. Disembodiment: the phenomenology of the body in medical examinations. I *Semiotica* 1989, nr. 73, s. 43–66.

# Nye kjønn – med og uten roller

*Av Harriet Bjerrum Nielsen*

Når rødruesspresidenten i Oslo i fjor var en 18 år gammel jente som allerede har gått på lederkurs (sammen med mor) og holder på å skrive bok om sin ledelsesfilosofi, tidligere har vært leder for elevrådet og redaktør av skoleavisen, har gjennomsnittskarakter på 5,2 og sikter mot en karriere som jurist med egen advokatpraksis – kan vi ikke da si at likestillingen mellom kjønnene er oppnådd i Norge? Harriet Bjerrum Nielsen sammenholder denne informasjonen, som sto å lese i Aftenposten i fjor, med de andre budskapene avisen bringer. Det viser seg at hun finner paradoksale og forvirrende bilder av kjønn og kjønnsroller i avisen.<sup>1</sup>

I Aftenpostens søndagsutgave den 7. mai 1995 finner vi i den *politiske seksjonen* portrettintervjuer av to unge kvinner som allerede er på plass som ledere og som tilsynelatende er det med stor tillit til egne evner. Den ene er 18 år gamle Kari-Grethe Stave som er rødruesspresident i Oslo og som allerede har gått på lederkurs (sammen med mamma) og holder på å skrive bok om sin ledelsesfilosofi. Tidligere har hun vært leder for elevrådet og redaktør av skoleavisen. Hennes karaktergjennomsnitt lå på 5,2 til jul og hun sikter, sikkert helt realistisk, mot en karriere som jurist med egen advokatpraksis. Hun mener selv hun er flink til å høre på

alle argumenter, men, som hun sier, «når jeg så bestemmer meg, er det *jeg* som bestemmer – og da er beslutningen tatt».

Den andre er 21 år gamle Line Torvik som fra 1. juni tiltrer som leder av landsstyret for de 85.000 studentene som er organisert i Norsk Studentunion. Under landsstyret finner vi seks store lokalag hvorav tre har kvinnelige og tre har mannlige ledere. Også Line har en fortid som elevrådsleder og dessuten som yngste medlem av fylkestinget i Aust-Agder, for SV. Hun kommer til intervjuet direkte fra en demonstrasjon foran Stortinget for frigjøring av Øst-Timor. Også Line peker på at det som leder er viktig å følge



en fast linje med en klar profil for å vekke tillit og respekt. På journalistens spørsmål om hun har andre enn politiske interesser svarer hun litt beskjemet nei.

På *nest siste side i den politiske delen* leser vi at dagens navn er *Maja*. Her finner vi også oversikten over doktorgrader. I dag er det to kvinner og tre menn som har passert denne akademiske toppskansen.

I *kulturseksjonen* finner vi til gjengjeld en artikkel med overskriften: «Mannen – trengs han, da?» Den handler om «mannens» identitetskrise. «Mannen er det mørke, uoppdagede kontinent,» mener forskeren Jørgen Lorentzen og anbefaler menn å legge ut på en indre oppdagelsesreise og ikke la kvinner fortsette med å bestemme hva en mann er. Nederst på siden er det et lite oppslag om nyere hjerneforskning, som viser at kvinnens og mannens hjerne er forskjellige, og at kvinner stort sett bruker hjernen mer effektivt enn menn. Lenger ut i avisen finner vi *sportsseksjonen*. Førsteoppslaget med store fargebilder er selvsagt Grete Waitz-løpet med 47.000 deltagende kvinner. Deretter følger noen småoppslag om menns sportsprestasjoner.

Kvinnelige toppledere og idrettsutøvere og mannligheten som det ukjente kontinent; noe må være skjedd med verden og med våre bilder av kjønn. Det stemmer ikke lenger helt det som Simone de Beauvoir skrev i 1949: «En mann ville aldri finne på å skrive en bok om den særstilling mennene inntar i menneskeslekten.» (de Beauvoir 1949/ 1970, s. 14)

Men hvis vi leser litt nærmere, ser vi at bildet ikke er riktig så entydig. I den politiske seksjonen finner vi også oppslag om en ung kvinne som er funnet brutalt drept på Karmøy, og en 20-årig jente som tjener til studiene ved å jobbe

på bordell noen kvelder i uka. I kulturseksjonen skimles det om dominerende kvinner som har ødelagt mannens selvrespekt (det gjelder spesielt kvinner i Oslo), og om gutter som skades av å vokse opp i kvinnekultur. Og ser vi nærmere på Grete Waitz-reportasjen, ser vi at dette ikke handler om alvorlig og prestisjefylt eliteidrett: «Humørfylt hoppeslepp på by'n» er overskriften, og den mannlige journalisten tar et konvensjonelt kjønnsrollemønster for gitt. Er dette en «velkommen anledning til å komme unna Pampers og klesvask og tippekamp-avhengige menn,» funderer han, og fortsetter chevaleresk med å utmale jentenes smil og latter og ustoppelige skravling. Han lar også en anonym, mannlig sunnmøring komme til orde om at dette – på tross av det store utvalget – er en vanskelig sjekke-situasjon fordi det er sterk selvjustis i slike jenteflokker. Sunnmøringens metode er derfor å «gå etter streifyrene».

Paradoksale og forvirrende bilder av kjønn – som selvsagt også finnes blant ungdommen. Mange av de unge jentene som i dag fyller vel halvparten av de høyere utdanningsinstitusjonene gir ofte uttrykk for at de er lut lei av «likestillingspreik» og at den tid er forbi da kjønn spilte noen rolle. I dag er man individer, og de skal i hvert fall *ikke* kjønnskvoteres, verken hit eller dit. Samtidig ser vi også sinte unge jenter som river ned Cindy-plakater og demonstrerer mot puppebarer. Vi ser unge gutter som blir rasister eller som ikke har blick for andre verdier enn egen økonomisk vinning – samtidig som vi ser andre unge gutter som, for første gang i historien, uttrykker ønsket om å få et tett forhold til sine kommende barn like sterkt som ønsket om å gjøre karriere. Hvordan henger dette bildet sammen? Henger det sammen i det hele



tatt? La oss starte med å ta en titt på den oppvekst som dagens ungdomsgenerasjon har hatt.

## Forsørger/husmor-modellen på retur

Dagens ungdomsgenerasjon har vokst opp i og med nye kjønnsrollemønstre. De har i stor utstrekning hatt yrkesaktive mødre, og for noens vedkommende også mer nærværende fedre. De har dessuten vokst opp i en tid hvor likestilling har vært programfestet politikk på den politiske arenaen, ustoppelig debatt- og kamptema på private og kulturelle arenaer, og en del av den didaktiske målsetting på den pedagogiske arenaen. Vi har altså en generasjon som ikke bare har vokst opp med daginstitusjoner, men som også for manges vedkommende har vært eksponert for likestillingspedagogiske prosjekter helt fra førskolealderen av. Hva har dette betydd for denne generasjonens bilder av kjønn og dens liv som kjønn?

I en relativt fersk dansk undersøkelse av 96 ungdommer av begge kjønn og fra ulike grupper (allmennfaglig, yrkesfaglig, efterskole<sup>2</sup> og arbeidsløse) slår sosiologen Birgitte Simonsen fast at den mannlige forsørgeridentiteten og den kvinnelige husmoridentiteten er under avvikling. (Simonsen 1995) Dens bevissthetsmessige grunnlag er stort sett borte, og det er især *jentene* som er parate til å gi avkall på forsørger/husmorrelasjonen. De fleste er klar over at den for kvinner både har medført avhengighet, begrensninger og merarbeid, og at den er en ustabil modell med dagens skilsmissetall og utsikt til arbeidsløshet. De danske jentene er alle orientert mot arbeidsmarkedet så de kan forsørge seg selv – og hvis de ikke lykkes i det, er det

den statlige og ikke den ekteskapelige forsørgelsen de kalkulerer med. *Guttene* holder i noe høyere grad fast ved forsørger/husmorrelasjonen, samtidig som deres orientering mot arbeidsmarkedet er usikker fordi de ikke vet om de kan få jobb, og fordi også de ser at jentene faktisk ikke *trenger* forsørgere.

Begge kjønn mener at måten man former sitt liv – og sitt kjønn – på, er noe man tar selvstendig stilling til, noe man velger selv. Men karakteren av denne kulturelle frisettingen – dvs. den bevisstheten som i dag finnes om at man kan velge sitt liv, istedenfor bare å leve det etter forut fastsatte normer – er ikke helt lik for jenter og gutter. For jenter betyr den større frihet, for gutter at de kan miste de privilegier som var knyttet til mannens status som familieoverhode.

Birgitte Simonsen skriver at den kulturelle frisettingen for jentene er preget av en åpen, søkende, men samtidig også angstbetonet holdning, mens den for guttene er mer motstrebende, sammenbitt og til tider nesten krampaktig. (Simonsen 1995, s. 14) Begge kjønn har seriøse forventninger om et identitetsgivende arbeidsliv, men jentenes forventninger opptrer på bakgrunn av den forlatte husmorrollen, guttenes på bakgrunn av den til dels fortsatt ettertraktede forsørgerrollen.

Guttenes mer lunkne forhold til å gi opp forsørger/husmor-rollene kan til dels forstås på bakgrunn av tap av privilegier. Men dette er neppe den viktigste grunnen: 92 av de 96 ungdommene er nemlig helt enige om at mann og kvinne bør dele husarbeidet, selv om de formulerer det fra litt ulike vinkler: Jentene beskriver det som en *plikt* som de ikke vil ta på seg alene, guttene kaller det *å hjelpe til*. Jentene går i høyere grad enn guttene inn for barnehager. Flere gutter enn jenter





### DUKKEMOR

Å, jeg strever så med mine små, du!  
Jeg har tusen ting å tenke på, du!  
Siden hodet gikk a' stakkars gamle Rikka,  
må jeg alltid her alene gå, du.  
passe dem, du, alle fem, du  
holde orden i mitt hus og hjem, du!

Det gikk enda an hvis de var bra, du!  
Huft, men ben og armer de går a', du!  
Hodene er skralle på dem nesten alle,  
snart så må vi på klinikken dra, du!  
Tenk nå går, du, Evas hår, du!  
Bare ny parykk til jul hun får, du.

Se, nå har jeg nettopp vasket klær, du,  
derfor har jeg dem i sengen her, du!  
De må ligge syke nå, mens jeg skal stryke,  
for de har så altfor lite hver, du.

Margrethe Munthes «Dukkemor» fra «Kom skal vi synge». (Kilde: Kvinneenes kulturhistorie, bind 2, Universitetsforlaget 1985.)

mener at barna bør passes hjemme, men ikke nødvendigvis av kvinnen. Som Birgitte Simonsen skriver, er det meget interessant at det hos ungdommen åpenbart finnes en massivt annerledes ideologi her enn det som er alminnelig praksis, hvor det jo faktisk er kvinnen som eventuelt blir hjemme. Om den så også kommer til å bety noe i praksis, er umulig å vite. Kanskje det bare er en likestil-

lingsklisjé? Likevel mener Birgitte Simonsen at utviklingen går mot et samfunn hvor kjønn stadig er en faktor av helt fundamental betydning, men hvor det ikke er knyttet faste roller til kjønnene. «Kjønn uten rolle», kaller hun det.

Det er nok mer jentenes forhold til fremtidig familiedannelse enn tap av privilegier på hjemmefronten som kan virke truende for guttene og som kan være grunnen til at en del av dem så motstrebende oppgir forsørger/husmorrelasjonen. Nesten alle jentene regner med at de skal ha barn, og selv om ingen av dem ønsker å være alene med dem, så regner de med at det kan bli realiteten, og de er parate til å ta hovedansvaret for dem. De ønsker seg en mann, men betrakter ham som en ekstra luksus; kjærlighetsrelasjonen til en mann er noe som kommer ved siden av og i tillegg til de barn som de uansett skal ha. Jentene kan velge å skape seg en familiesituasjon uten en mann, mens guttene ser at de er avhengige av at det skal inngå en kvinne som vil være mor for deres barn. Mens jentene kan akseptere en familieform som består av mor og barn, oppfatter guttene enslige fedre som en *havarert* familieform, ikke som en *annen* familieform. I et samfunn hvor forsørger/husmorrelasjonen er oppløst blir mannen avhengig av kvinnen for å kunne stifte familie. De dårlig utdannede guttene, som samtidig ser at utsiktene til jobb kan være usikre, befinner seg altså i en særlig klemme. Resultatet kan meget vel bli en polarisering mellom menn, hvor de sterke og velutdannede kan klare å etablere en familiesituasjon på nye premisser eller gå inn i kampen om barna, og hvor de dårlig utdannede eller arbeidsløse har vanskeligere for å etablere et stabilt familieliv og for å få barna i en skilsmisse-situasjon.



I den undersøkelsen<sup>3</sup> som Monica Rudberg og jeg holder på med om norske ungdommer i samme alder finner vi det samme bildet – selv om de norske jentene nok er litt mer tilbøyelige til å mene at barn under tre år skal passes hjemme, av mor. Interessant nok er argumentet sjelden at dette skulle være naturlig eller spesielt bra for barna, men noe jentene vil for sin *egen* skyld, det er noe de «vil unne seg selv» som en pause i den karrieren de selvsagt skal ha. Kravet til et godt liv innbefatter «det hele»: interessant jobb, barn, fritid – og de vil ikke være så stressede som sine mødre. Vår undersøkelse er, i likhet med den danske, foretatt blant storbyungdom – så vi vet faktisk ikke så mye om hva som rører seg utover i landet, annet enn at de unge jentene vil vekk. Man kan tenke seg at både arbeidsmarkedssituasjonen og en mindre individualisert livsform vil gi et litt annet bilde.

I vår undersøkelse finner vi også tendensen til polarisering av både jente- og guttegruppen. Mens Birgitte Simonsen viser hvordan denne polariseringen kan henge sammen med arbeidsmarkedssituasjonen i relasjon til nedbrytningen av forsørger/husmor-relasjonen, har vi fokusert på hvordan den også kan være et produkt at de ulike familietyper og oppvekstsituasjoner som finnes i dag, og hvordan dette gir ulike forløp av kjønns-sosialisering. Det er ikke bare kjønnsrollene, men også det psykologiske fundamentet for dem som er under endring – hos noen ungdommer. Kort fortalt og meget forenklet ser det ut til at den moderne familien hvor begge foreldrene er yrkesaktive og likestilte hjemme, produserer jenter med stor selvbevissthet og gutter som ikke opplever det som umannlig å kombinere styrke og prestasjon med omsorg.

## Unge jenters forhold til likestilling

Kan vi på bakgrunn av alle disse utviklingstendensene bedre forstå det motsetningsfylte forholdet ungdommer har til begrepet likestilling? I vår undersøkelse har vi spurt dem hva de mener om det, og får ulike historier – men for ingen er saken enkel. Jeg skal presentere noen funderinger som noen av våre jenter gjør seg (guttene har vi dessverre ikke analysert ennå).

Vi skal møte fire 18-årige gymnasiastjenter fra Oslo med ulik sosial bakgrunn og familiehistorie.<sup>4</sup> *Linn og Karen* er begge vokst opp i første-generasjons akademikerfamilier, og deres mødre er utearbeidende. De er sterkt utdannings- og mobilitetsmotiverte. De understreker at de satser på å nå sine mål, og de tar avstand fra folk som er slappe og søler bort livene sine. De to andre jentene: *Anne og Charlotte*, tilhører nok den litt slappe gruppen som Karen og Linn avgrenser seg fra. De er litt utflytende og uengasjerte i skolen, selv om de likevel er nokså markante skikkelser i klasserommet (Anne protesterer mot undertrykkende gutter, Charlotte mot for mye lekser). Ingen av dem har noen konkrete eller målrettede framtidsplaner. Charlotte kan tenke seg noe sosialt, Anne noe kunstnerisk. Familiemessig ligner disse jentene hverandre i det at begge er vokst opp uten far. Annes mor er sykepleier og Charlottes er hjemmeværende dagmamma.

Alle de fire jentene oppfatter likestilling som premiss for enhver diskusjon om kjønn og kjønnsforhold. Samtidig er det viktige ulikheter mellom dem når det gjelder hvordan kjønn forstås innenfor denne likestillingsideologien – som noe illegitimt eller som noe ønskelig.



*Les det om damer og menner  
som jobber like mye, har samme  
slags arbeid og får like mye penger  
for det - jeg ELSKER eventyr !!!*



Karen og Linn har en norm om at kjønn ikke *burde* bety noe. Dette kan av og til gi dem problemer i løpet av intervjuet, når intervjuers spørsmål om de synes det finnes forskjeller på jenter og gutter raskt sklir over i at det *burde* det ikke være, og at de selv slett ikke har slike fordommer. De beskriver sine idealmenn/kvinner som nokså like, og sammensatt av like deler positive «kvinnelige» og «mannlige» egenskaper. Deres selvbeskrivelser er av samme karakter, de stiller krav til seg som om å være begge deler og formulerer ofte dette kjønnsnøytrale individet som en som «er seg selv» først og fremst.

Med denne sterke likhetsnormen er de også nokså forarget over avvikende praksis. Deres familier utsettes for skånselløs og engasjert kritikk – Linn lager f.eks. arbeidsskjemaer for hele familien, som hennes dovne far litt trøtt undertegner «Sisyfos». Karen, som har nokså likestilte foreldre, slår også hardt ned på

illegitime kjønnsuttrykk der hun finner dem – f.eks. at moren ikke har satt seg inn i familiens økonomi ennå eller at faren har spilt mer fotball med broren enn med henne. De tar også avstand fra andre tradisjonelle uttrykk for kjønn: Linn avgrenser seg f.eks. fra en gruppe jenter i klassen som hun beskriver som vinglete og sleipe, som lager tull, som er råtne mot andre, ikke vet hva de vil og er underlagt motepress. Karen har også merket seg at mye skjer «på guttenes premisser», mens «jentene blir sittende og smile, liksom.» Karen kan bli helt glad over at hun ikke har noen kjæreste, for hun ville ikke holde det ut – i virkeligheten ville hun oppleve det som at hun «sviktet andre jenter» hvis hun oppførte seg slik. Det er ikke bare guttenes dominans som irriterer, men vel så mye at jentene tilpasser seg. Det er ikke bare urettferdig at jenter blir undertrykt, det er rett og slett pinlig for en oppvakt jente.

Til tross for disse klare synspunktene på kjønn, rammes begge jentene av en konflikt mellom *det en bør* og *det en gjør*. Karen kan ikke tenke seg «å være en sånn som sto ekstremt på barrikadene og ropte og sånn», selv om hun beundrer tanta si som gjør det. Delvis handler det om at hun mener at man ikke *bare* kan skylde på samfunnet; folk ligger jo litt som de har redet selv også (jf. ovenfor irritasjonen over andre jenters tilpasning). Det viktigste er ikke om man kaller seg feminist, men at man lever sitt liv likestilt, f.eks. ved å ta utdanning og jobb, og dele på husarbeidet. Også Linn har problemer med aktivisme, hun tilstår litt slukkøret at verdens problemer dessverre ikke riktig går *inn* på henne, selv om hun vet at de burde gjøre det. En opplagt grunn til denne manglende entusiasmen er at begge egentlig føler at de personlig har greid å heve seg over kjønnsundertrykkelsen. Karen sier at hun som flink jente netopp blir tatt veldig alvorlig. Kjønn er rett og slett mest «de andre». Og i og med at kjønn er illegitimt, kleber det skam ved folk som er for mye kjønn. Kvinnekampen blir tve-tydig.

Det er den også for *Charlotte*, men på en litt annen måte. Selvsagt er hun for likestilling, hun svarer nærmest med ryggmargen. Men når hun tenker etter, liker hun jo egentlig menn som er dominerende – «til viss grad, selvfølgelig» og «på den positive siden, da...». Hun er ikke aktivistisk, synes det er overdrevent med demonstrasjoner og kvotering – men ellers er hun først og fremst for likestilling ute i den store verden, dvs. det omvendte av Linn og Karen, som vil rette kvinnekampen innover. Det skal være likt i arbeidslivet, sier Charlotte, men hjemme er det ikke så farlig. Man burde selvsagt dele likt på husarbeid (og hun

skal oppdra en egen, eventuell sønn i den retningen), men hvorfor mase, når hun er best på det? Kjæresten hennes bruker tre timer på «å tørke et golv!»

Den største aktivisten blant disse jentene er *Anne*. Hun står virkelig på barrikadene, f.eks. i klasserommet, hvor hun holder en to timer lang forelesning om kvinners lidelser fra Adams tid og framover. Hennes forhold til likestilling er slett ikke moderat – hun mener at kvinnene bør ta over, sier hun – men fniser av det selv. Hun har det nærmest i blodet, for hun ble dratt med i tog da hun var liten – og hun hatet det! Men i dag er det hun som marsjerer, og mor som sitter hjemme og overlater alt til neste generasjon. Men på tross av aktivismen har Anne også mange grunnleggende synspunkter på kjønn felles med Charlotte. Kjønn er ikke noe illegitimt, men sterkt ønskelig. Drømmekvinnen er både frigjort og vet «å bevare det feminine i seg». Og hennes engasjement i kvinnekampen kombineres med en dash munter ironi som kanskje jenter som Linn og Karen ville finne en smule upassende. «Vi er jo så undertrykte, stakkars,» sier hun når intervjuer spør hva hun liker ved å være jente. Og rett etterpå: «Jeg priser Gud at jeg er jente!»

Med feministiske begreper kan man si at Karen og Linn er typiske *likhetsfeminister*, hvor kjønn nøytraliseres, og hvor individualisering impliserer avkjønning. Charlotte og Anne hører mer til i den *særartsfeministiske* bølgen med en nokså uhemmet kjønning av både seg selv og andre. Man kan si at de to retningene kjemper mot henholdsvis en overfeminisering og en underfeminisering av samfunnet (Riley 1988) og at begge retninger har motsigelser bygget inn i seg. Når man slåss mot «*overfeminisering*» (dvs. kjemper for nøytralisering av



kjønn) legger man grunnlaget for at unge jenter ikke forstår seg selv først og fremst som kjønnete (og det er jo alle enige i er bra). Samtidig slår man selv-sagt bena under feminismens krav om at jenter skal identifisere seg med kategorien kvinner, og føre en felles kamp. Og er det ikke nettopp det vi kan se hos Karen og Linn? Den sterke vekten på egen individualisering resulterer i mistenksomhet mot jenter som *ikke* har nådd dit de selv er. Har de virkelig satset hardt nok? Kan alt bare være samfunnsstrukturens skyld? Karen opplever at hun ville føle seg som en forræder hvis hun ble en slik jente som bare satt og smilte sammen med guttene – men det betyr jo også at hun ustopkelig må synes at andre jenter svikter henne? Konfliktene mellom *det en bør* og *det en gjør* hos Karen og Linn er nok delvis en kamp mellom det ukjønnete individet og det kollektive kjønn – et kollektivt kjønn disse jentene ikke ønsker å bli oppslukt av.

I motsetning til dette vil kampen mot «underfeminisering» av samfunnet (dvs. kampen for respekt for det særegent kvinnelige) legge grunnlaget for at jenter identifiserer seg med et kjønn med både rettigheter og potensialer (hvilket selv-sagt alle *også* synes er bra). Samtidig kan det sementere kjønn, jenter blir så å si «naglet til kjønn» (om enn med positive fortegn), og den patriarkalske hyllesten av kvinneligheten som mor og omsorgsgiver ligger snublende nær. Charlottes hyllest av den «positive dominansen» – og hennes gylne regel om at alle skal fortsette med å gjøre det de er flinkest til – tenderer unektelig i retning av slik sementering. Og Annes hyllest av det kvinnelige kan neppe overleve som strategi for kjønnsforandring, hvis den ikke stadig vekk destabiliseres med et lite, ironisk smil.

## Konsekvenser for en likestillingspedagogikk

Noe av det viktigste vi kan lære av disse fire jentenes funderinger over kjønn og likestillingskampen er at det slett ikke er så enkelt at noen jenter er «for» og noen jenter er «imot». Langt de fleste jenter er i dag «for» – men de kan også oppleve det i noen grad som en overstått kamp. Tross sympatien for kvinnekampen oppleves det som den tidligere generasjonen kjempet for også som en selvfølge – og derfor litt latterlig hvis det fortsatt formuleres som krav – samtidig som det legger premisser for hva slags kvinneliv disse jentene er beredt til å akseptere. Det vi kan lære er at en likestillingspedagogikk ikke kan overføres mekanisk fra en generasjon til en annen. Jentene i dag har gjort andre erfaringer om hva kjønn betyr enn deres mødre gjorde, og de har reflektert mye mer over kjønn enn deres mødre hadde gjort i samme alder. Det må være et utgangspunkt for pedagogisk likestillingsarbeid blant ungdom.

Jenters mulighet for å opptre som selvstendige individer er helt klart et resultat av en lang historisk prosess som har funnet sted gradvis gjennom generasjoner i dette århundre. Kjønn er blitt stadig mer frikoblet fra sosial skjebne (å være født kvinne signaliserer ikke lenger noen entydig framtid foran komfyren). For kvinnebevegelsesgenerasjonen hadde kjønn fortsatt en så sterk eim av skjebne at vi ofte måtte ty til en slags benektelse av vårt kjønn for å kunne oppleve individstatusen som reell (jf. deltagelse i verden på menns premisser). I en kultur hvor det har vært slik at menn er individer og kvinner kjønn, var det vanskelig å se seg selv som individ og kjønn samtidig.



Det ser ut til at de unge jentene i dag i høyere grad klarer å være kjønn og individ samtidig. Og hvis kjønn ikke betyr at man mister individstatusen – ja, så er jo heller ikke kjønn så farlig mer. For unge jenter i dag framstår ikke kjønn som så betent – antageligvis fordi det som ikke binder, heller ikke truer. Når unge jenter leker med kjønn – f.eks. gjennom seksualisert klesstil – så skjer det jo på bakgrunn av en nokså sikker opplevelse av å være et individ. Det betyr at de i neste runde faktisk også kan *bruke* kjønn for å styrke denne individualiteten, noe som for deres mødres generasjon må framstå som reneste selvmotsigelsen. For 1990-åras jenter er det ikke bare selvsagt å nyte de menneskelige rettighetene, det er også en selvsagt del av de menneskelige rettighetene å få lov å være jente – og da ikke bare jente blant andre jenter (om enn i offentlighet), men jente i en to-kjønn verden – slik vi ser det hos Charlotte og Anne.

En rekke av de fenomener som den feministiske mødregenerasjonen fortolker som tilbakeslag for kvinnekampen – som f.eks. skjønnhetsfiksering og slanking – kan faktisk også forstås som ledd i en slik styrking av individualiteten. Samtidig er det jo nokså klart at kropps- og skjønnhetsfikseringen også betyr at jentene kan bli redusert til objekter for seg selv, i stedet for å kaste seg ut i selvforfølgende erobring av nye områder. Muligvis vil dette føre til en økt polarisering mellom jenter: Det at det i dag er mulig å være *individ og kjønn samtidig* er uten tvil en stor befrielse – for dem som klarer det. Men det betyr samtidig også en kolossal vekst i prestasjonskravene, så for noen vil det bety nederlag, snarere enn frisetting.

## Hvor finnes motsigelsene i jentenes liv?

Det er klart at jentenes optimisme delvis er et resultat av deres unge alder. De vil utvilsomt bli konfrontert med mannshierakier og mannskulturer på sine kommende utdannings- og arbeidsplasser. Og mange av dem vil sannsynligvis også bli fanget inn av familierollen når barna kommer. Likevel tror jeg at en fornuftig likestillingspedagogikk ikke fokuserer for sterkt på dette. Det er ikke til å holde ut å høre en representant for den eldre generasjonen si: «Vent du bare til du vet så mye som meg!» Dessuten kan man tenke seg at jentenes reaksjon når de oppdager dobbeltstandardene for menn og kvinner vil være helt annerledes enn i vår generasjon, hvor vi på en måte regnet med at det var slik. Kanskje vi får det neste kvinneopprøret *nettopp* fra denne likestillingstrøtte generasjonen?

Det feltet unge jenter nok er mest i tvil om selv, og dermed mest potensielt feministiske i forhold til, er kroppsfikseringen og kroppsidealet. Men det er viktig å se problematikken fra deres synsvinkel. Selv om det kan være provoserende nettopp for en frigjort jente å bli minnet om sitt kjønn, slik hun blir det når kvinnekroppen utnyttes kommersielt, så tror jeg likevel ikke det personlige problemet for dem er tingliggjøringen av kvinnekroppen. Problemet er snarere kravet om å være perfekte individer. Å være slank er i dag ikke noe som for jentene primært er knyttet til kjønnsrollen, men til det å være et vellykket menneske med kontroll over sitt liv. Det viser seg f.eks. i det faktum at unge jenter i dag stiller samme krav om kroppslig perfeksjonisme til gutter. Ingen av jentene i vår undersøkelse gidder å være sammen med gutter som er uflidde og



som ikke holder seg i form! (Det *sier* de i hvert fall.) Man skal ha en perfekt kropp, uansett kjønn. Derfor tror jeg også at Cindy fra Hennes & Mauritz' årlige jule-show var mye mer provoserende for de unge jentene enn det følgende års fyldige fru Smith var det. For mødre-generasjonen tror jeg det var omvendt. Vi kunne bedre takle den slanke og nesten kjønns-løse Cindy – mens det vulgære kjønns-objektet som fru Smith representerer provoserer *vår* smertelige erfaring av å skulle være *enten* hode *eller* kropp. For de unge jentene er ikke fru Smith truende – hun er et komisk, gammeldags kjønn som ikke er dem på noen måte; et Marilyn Monroe-sitat. Men Cindy – den perfekte – er deres drøm og deres mareritt på en og samme gang.

Ungdom vet i dag mye om kjønn, de har ambisjoner og begynner å ane at det kan bli problemer, samtidig som de ikke vil ha servert moralistiske løsninger som er tilpasset den forrige generasjonens livserfaringer. Likestillingsbudskapet vil tjene på å rense seg for politisk korrekthet og være åpent spørrende. Det gjelder å vise respekt for ungdommenes omfattende viten om kjønn, være lyttende diskusjonspartnere i deres egen søken og unnlate alltid å vite best. Konsekvensene av de valg vår generasjon tok mht. kjønn har skapt nye vilkår for våre barn. *Vi* vet ikke mer enn *dem* om hvor veien skal gå videre.

*Harriet Bjerrum Nielsen*  
*forskningsleder*  
*Senter for kvinneforskning*  
*Universitetet i Oslo*

## Litteratur

- de Beauvoir, Simone. *Det annet kjønn* (1949). Pax, Oslo 1970.
- Bjerrum Nielsen, Harriet og Monica Rudberg. Recipes among Young Girls. I *Young* 1995, 312, s. 71–88.
- Riley, Denise. *Am I that name? Feminism and the category of «Women» in history*. London 1988.
- Simonsen, Birgitte. *Unge forhold til familieliv og kønsroller*. Rapport nr. 3 fra prosjektet «Konsekvenser af det husmorløse samfund». RUC (Roskilde Universitets-Center) 1995.

## Noter

- <sup>1</sup> Artikkelen ble opprinnelig holdt som foredrag under tittelen «Likestilling og den nye generasjonen» på Landskonferansen for kommunale og fylkeskommunale likestillingsutvalg i Molde 10. mai 1995.
- <sup>2</sup> Efterskole er en slags kostskole for ungdomstrinnet hvor de unge tar 8./9. klasse eller en frivillig 10. klasse – og bor på skolen. Et år på etterskole er i de senere år blitt meget populært blant danske ungdommer, ikke minst akademikerbarn – som ledd i deres «løsrivelse» fra familien.
- <sup>3</sup> Prosjektet «Jenter og gutter i forandring? Kjønnskontrast og generasjonsperspektiv». Påbegynt 1991. Universitetet i Oslo: Pedagogisk forskningsinstitutt og Senter for kvinneforskning. Støttet av Norges forskningsråd.
- <sup>4</sup> For en mer utførlig analyse av disse fire jentenes holdninger til kjønn, kjærlighet og likestilling, se Bjerrum Nielsen og Rudberg 1995.



# B Ø K E R

## En flyktig dagsorden?

*Ved Else Skjønberg*

Rounaq Jahan:

*The Elusive Agenda – mainstreaming women in development*

University Press Ltd Dhaka, Zed Press, London 1995.

I et historisk perspektiv har de to siste tiårs utvikling når det gjelder forståelsen for kjønnes rolle og betydning i utviklingsprosessen vært enorm. Resultatet har vi sett blant annet i forbindelse med FN-konferansen i Beijing i fjor. Over 30 000 kvinner og menn deltok i denne store kvinnepolitiske mønstringen og 189 nasjoner sa seg enige i at verdens fremgang avhenger av at kvinner får samme

rettigheter og muligheter som menn. I boken «En flyktig dagsorden – integrasjon av kvinner i utviklingen» følger Rounaq Jahan denne utviklingen og spør hva den nye forståelsen av kjønn har betydd i praksis? Svaret hun gir er langt fra oppmuntrende.

### Et globalt perspektiv

Jahans referansebakgrunn er verdenssamfunnet som helhet konkretisert ved to nasjonale giverinstitusjoner, NORAD og Canadisk utviklingshjelp (CIDA) samt Verdensbanken og FNs utviklingsprogram (UNDP). Disse aktørenes virksomhet i Tanzania og Bangladesh utgjør



bokens empiriske bakteppe. Jahan har de beste forutsetninger for å gi oss en forståelse for bistandens betydning i et kjønnsperspektiv, som kvinneforsker og statsviter fra Bangladesh, med doktorgrad fra Harvard. Fra 1970 til 1982 var hun professor ved Dhaka universitet, fra 1982 til 1985 ansvarlig for kvinneprogrammene ved FNs utviklingssenter for Asia-Stillehavsregionen i Malaysia og fra 1985 til 1989 leder av ILOs kvinneprogram. Jahan har skrevet flere bøker og er for tiden tilknyttet Syd-Asia-instituttet ved Columbia Universitet, New York.

*The Elusive Agenda – mainstreaming women in development* har som siktemål å gi oss en bedre forståelse av utviklingen de siste tiår slik at vi kan ta med oss felles erfaringer i arbeidet med å skape en bedre fremtid. Oss er de mange ulike grupperingene som er opptatt av internasjonal bistand, om vi kommer fra private organisasjoner, offentlige myndigheter, kvinnebevegelsen eller forskningsinstitusjoner. Utgangspunktet er det tilsynelatende paradoks at til tross for en sterk internasjonal kvinnelobby og en raskt økende forståelse av betydningen av kjønn i utviklingsprosessen, noe ikke minst 90-årenes FN-konferanser i Rio, Wien, Cairo og Beijing har vist, skjer det en tiltakende feminisering av fattigdommen både i Nord og Sør, og gapet mellom kvinner og menn på en lang rekke områder er blitt større enn tidligere.

## Kvinnernes Agenda og WID-responsen

Har kvinnernes dagsorden vært for omfattende og derfor uoppnåelig? spør Jahan. Det altomfattende mottoet for alle FNs kvinnekonferanser: *utvikling, likestilling*

og *fred* kan tyde nettopp på det. I praksis har imidlertid bistandsideologien i hovedsak konsentrert seg om nødvendigheten av å fremme kvinners rettigheter, bekjempe fattigdommen, sikre en rimeligere fordeling av reproduktive oppgaver og styrke og bemyndige (empower) kvinner generelt. Dette er imidlertid, mener Jahan, bare deler av den innsatsen som er nødvendig for å nå kvinnekonferansenes overordnede mål om likestilling, utvikling og fred. Forskere fra Sør, som DAWN-gruppen, og andre, har for lengst – og dessverre forgjeves – arbeidet for å utvide og utdype bistandsagendaen ved å bringe klasse og rase-spørsmål sentralt inn i kjønnsdebatten, og ved å argumentere for og underbygge at kvinnes mangler på muligheter og rettigheter henger nøye sammen med – også – internasjonale politiske og økonomiske forhold. Dette har bidratt til å komplisere bildet, men belyser samtidig hvorfor den såkalte WID/GAD – Women/Gender-in-development – politikken i den grad den er forsøkt gjennomført i liten grad har lyktes i å endre tradisjonelle undertrykkende strukturer. Nettopp derfor, mener Jahan, har WID/GAD-strategier kunnet leve sitt eget liv for eksempel i «snille» giverinstitusjoner som NORAD. Dette er en strategi som i liten grad utfordrer maktthavere. Derfor møter den liten motstand, men har samtidig begrensede konsekvenser.

## «Mainstreaming» som mål og/eller metode

Hva betyr integrasjon av kvinneinteresser som bistandsstrategi, spør Jahan, og viser til *mainstreaming*begrepets dobbeltbetydning, både som metode og som mål-i-seg-selv. Det er særlig som *mål* at inte-



grasjon er blitt fremhevet som bistandsstrategi. Implisitt har det ligget at kvinner skal integreres på det beståendes premisser. Samtidig oppfattes bistandens ressursoverføringer som et null-sum-spill hvor kjønnene konkurrerer med hverandre og hvor det som brukes av bistandsbudsjetter på kvinner tas fra menn. Derfor oppfattes også integrasjonsstrategien, også der den består i særskilte kvinnetiltak, som en trussel mot tradisjonell og dominant mannsfokusert bistand. Et viktig argument for integrasjon har imidlertid hele tiden vært at økte ressurser til og økt medbestemmelse blant kvinner vil gi allmenne utviklingseffekter som lavere barneantall og mer økonomisk vekst. En underliggende agenda også i så måte har vært å forhindre en radikalt endret maktfordeling.

Integrasjonsbestrebelsler kan imidlertid også være en strategi nettopp for radikal maktforskyvning. Ved å øke kvinners medbestemmelse og påvirkningsmuligheter, styrkes samtidig kvinners mulighet til å endre patriarkalske samfunnsformer. I denne forbindelse blir integrasjon et middel snarere enn et mål. Integrasjon-som-middel-strategien er gjerne fremhevet av kvinnebevegelsen. Målet er da å omdefinere utviklingens retning og å skape et nytt globalt utviklingsparadigme basert på begge kjønns tildels ulike interesser og visjoner.

Bistandens integrasjonstenkning er imidlertid av den første typen hvor det underliggende premiss er at innsatser ikke må rokke ved de rådende maktforholdene mellom kjønnene, mellom klasser og mellom Nord og Sør. Når derfor kjønnskjevhetene fortsetter og forsterkes samtidig som integrasjonsstrategien finpusses og styrkes er dermed motsigelsene mindre enn det en kunne få inntrykk av i utgangspunktet.

## Hvorhen?

Basert på en analyse av utviklingen generelt og med en detaljert og tildels statistisk gjennomgang av konkrete bistandstiltak er Jahans bok på mange måter trist lesning. Globale og nasjonale maktforhold lar seg neppe endre med den typen bistandsinnsatser som blant annet Norge står for så langt. De strukturene som skaper ulikheter mellom nasjoner, klasser og kjønnene er omfattende og av dyptgripende karakter og Jahans data tyder på at bistanden bygger opp om dem snarere enn utfordrer dem.

Jahans konklusjon blir derfor utopisk og er etter min mening bokens minst spenstige del. For å virkeliggjøre en bistand som tar sin egen retorikk alvorlig og faktisk bidrar til å endre verdens skjevheter tyr Jahan til en sirkelargumentasjon som uten tvil er nærliggende, men neppe bringer de ønskede resultatene: Skal bistanden bli bedre, må kvinner få mer makt. Vi må alle få en ny grunnleggende forståelse av verdens urettferdighet og vi må dele felles goder og ansvar på en mer likestilt måte. Men problemet er jo nettopp *hvordan*, og her er det ingen svar.

Likevel er boken et viktig bidrag til å klargjøre både den retoriske og den faktiske utviklingen når det gjelder bistand og kvinner. Boken gir kunnskap om bistand til Tanzania og Bangladesh, følger bistandsverdenens WID-tenkning og viser til kvinneforskningen som et bakteppe for de utviklingsinnsatser som har funnet sted innen rammen av WID/GAD-strategiene. *The Elusive Agenda – mainstreaming women in development* bør være et viktig arbeidsredskap for alle som er opptatt av internasjonale forhold, av bistand og/eller av kvinners rettigheter og muligheter.



# Mad i sproglig indpakning

*Ved Karen Klitgaard Povlsen*

Elisabeth L'orange Fürst:

*Mat – et annet språk.*

*Rasjonalitet, kropp og kvinnelighet*

Pax forlag 1995

Elisabeth L'orange Fürst disputerede i foråret 1994 med en afhandling om rationalitet, krop og kvindelighed, med eksempler fra litterære tekster, der har det til fælles, at de handler om kvinder og mad. Efter en skånsom sprogvask og en let forkortelse foreligger afhandlingen nu som bog og lokker på forsiden med en klassisk mund, der viser sig at være et udsnit af et maleri af Jean Marc Nattier fra 1744. Munden tilhører hertuginde af Chartres, senere Orléans, i en opstilling eller et tableau som Hebe, den græske gudinde for evig ungdom. Munden smiler et lukket, hemmelighedsfuldt Mona-Lisa-smil og antyder dermed, at vi nu bevæger os ind i en gådefuld verden, hvor tvetydighed og 'andet'-hed dominerer. Munden er valgt som forsideillustration. Bogen handler om noget, der ikke er sådan at sige, fordi det sjældent er enkelt, men oftest dobbelt og ambivalent. Kunsten egner sig til at vise det uudsigelige, problemet er, om videnskaben også gør det.

Det er et stort og uhåndterligt projekt,

Elisabeth L'orange Fürst har kastet sig over. Hun vil vise, at mad kan læses som et sprog, der siger noget om rationalitet, identitet og først og fremmest om køn og sociale distinktioner knyttet til køn.

Mad er mor. Første gang, når vi drikker hendes mælk, siden når det er kvinder, der som en del af deres omsorgsarbejde for familien eller samfundet, tilbereder måltidet. Mad er knyttet til køn både på det individuelle, psykoseksuelle plan og på det samfundsmæssige, makro-økonomiske og strukturelle plan. Mad er det, der hver dag får os til at bryde vor krops grænse, får os til at åbne munden og tygge noget i os. Ofte sammen med andre i et fælles måltid. Senere åbner vi en anden ringmuskel og giver en rest fra os. I enrum. Mad er noget, vi inkorporeerer, men ikke restløst. Vi tager det, vi kan bruge og skiller os af med resten. Mad kan være en nydelse og en lidelse. Veltilberedt mad, der mætter en sult, hører til livets stjernestunder. Men umådehold og spiseforstyrrelser hører samtidig til vore dages dødsilidelser. I dag er den rige del af verden i færd med at spise sig til døde, mens den fattige del af verden dør af mangel på spise eller af forurenede føde.

Dette blot for at vise, at Elisabeth Fürst ved sit emnevalg har taget fat på et

tema, som er oplagt at brække halsen på, fordi det handler om hele verden, om identitet, krop og køn, om det sakrale og det profane og om politik og økonomi. Det gør hendes bog meget spændende og sine steder vanskelig. Men også nødvendig. Det er på tide, at sociologien tager fat på de grundlæggende og de tvetydige spørgsmål som kønnet og grundlaget for kroppen: næringen. Projektet rejser nogle principielle spørgsmål om empiri og sprogets status. Elisabeth Fürst gør selv opmærksom på, at hendes bog er udtryk for et moderne, syntetiserende projekt, selvom den handler om tvetydighed. Men at den er skrevet ind i en postmoderne verden. Det er jeg enig med hende i. Jeg mangler en senmoderne opmærksomhed over for det sprog, som stiller sig imellem sociologen og hendes forskningsobjekt, maden, når hun vælger litteratur som empiri.

Jeg er litterat og har læst bogen fra et ikke-sociologisk standpunkt. Jeg fandt første del fængende, men sine steder tung og detaljeret. Pointen er i forlængelse af Merleau-Pontys kropsfænomenologi, at mennesket altid er både subjekt og objekt. Måske er det nødvendigt med en så udfoldet argumentation i sociologiske kredse for at kunne indtage et standpunkt, der ikke er enten-eller, ikke både-og, men noget indimellem. I litteraturanalysen kalder vi det ambiguitet eller en metonymisk struktur, hvor en del henviser til noget andet og mere, som man ikke helt kan sige, hvad er. Men det er imellem subjekt og objekt, imellem det sagte og det udsigelige. Elisabeth Fürst tager her som andre steder en litterær tekst som eksempel. Esquivels roman *Hjerter i Chili* fra 1991 skal vise, at mad både er substans og symbol, at koblingen mellem krop og følelser går via repræsentationen, i dette tilfælde smagen af

oksehalesuppe, jvf. også Prousts madeleine-kage. Fürst læser romanen som et modbillede til dualismen og en rationel orienteret kultur. Det pudsige er, at jeg gennem flere år har brugt netop denne roman i min undervisning til at vise det modsatte: at den er dualistisk opbygget over dikotome modsætningspar både i forhold til køn og klasse, hvor den 'rigtige' kvinde er ammen og kokkepigen i køkkenet, at den forholder sig traditionelt til sit stof og præsenterer kvinder, der ikke laver mad som golde og mandlige (moderen). Romanen gør opmærksom på sin egen traditionalitet med en traditionel populærlitterær fortælleform: en føljetonroman i tolv afsnit fortalt af en alvidende fortæller. Budskabet er, at kvinder bør blive i køkkenet, herfra kan de regere verden og mændenes begær.

Noget lignende kunne jeg indvende over for bogens andre litterære analyser. Når Fürst behandler litteratur som empiriske eksempler, så kan hun bruge dem til næsten hvad som helst, fordi hun lige præcis overser det, der er hendes projekt i forhold til maden: at se på det som et sprogligt udtryk, en repræsentation, der ofte vil repræsentere det flertydige, der ikke kan sammenfattes i en enkel formel. Litteratur er ikke virkelighed og beskrevet mad er ikke mad.

Dette sure, litterære opstød skal ikke anfægte, at Fürst har skrevet en bog, der teoretisk kompetent beskriver det diffuse og nødvendigvis tværfaglige felt mellem mad, kvinde og kønsidentitet. Anden del af bogen viser den traditionelle kønsarbejdsdeling og de overskridende muligheder, der ligger i husarbejdet og maden, når det ses som en gave, der generøst gives af kvinder. Tredie del er flot i sin afbalancerede diskussion af forholdet mellem en amerikansk og egopsykologisk fortælling om kønnet som en for-



skel, der konstrueres og derfor kan dekonstrueres og altså ændres. Og så den franske, psykoanalytiske fortælling om kønnet, som den forskel, der altid allerede er der. Elisabeth L'orange Fürst er mest til den franske fortælling. Det er jeg også. Fordi det ikke bare er kønnet, der allerede er der, når vi ser det, men også sproget. Identiteten er altid både kropslig og sproglig, men de to instanser falder aldrig sammen. Når barnet ser sig i spejlet (Lacan) og siger: Mig. Så er dette ord 'mig' aldrig sammenfaldende med kroppen, der taler. Subjektet er splittet. Som Fürst antyder i forlængelse af Cixous, vil også jeg gå så vidt som til at sige, at den talende krops køn ikke uden videre er sammenfaldende med talens køn. At indtage den position betyder, at det rationelle projekt bliver grundlæggende betvivlet, fordi sproget så ikke viser hen til virkeligheden, men til en sproglig konstrueret virkelighed, der kan have en vis lighed med den materialitet, sproget dækker over, f.eks. kønnet eller maden.

Det er et senmoderne standpunkt, der betvivler det modernes dualistiske kategorier. Som Fürst også siger et sted, er der gået turbulens i kønnet på det sidste. Og i maden, vil jeg tilføje. Det betyder, at projekter som Fürsts er dømt til at være usamtidige på nogle punkter, når de udkommer. Mange af hendes feministis-

ke kilder fra 1970'erne, der sætter kvindelighed som ensbetydende med husmoderlighed, er overhalet af en skandinavisk 1990'er-hverdag. F.eks. er mænd begyndt at blande sig i maden, også til daglig. I Danmark er det den del af husarbejdet, mænd først deltager i. Når Fürst slutter med at skitsere den nye kvinde, der selv bestemmer, når hun vil give og når hun vil modtage og nyde, der er i stand til nærhed og i stand til distance, så beskriver hun det yngre, veluddannede mellemlagsmenneske, der fleksibelt bevæger sig imellem mandlige og kvindelige positioner, mellem at tage og at give i en krop, hvis biologiske kønstegn ofte er betonet af træning og tøj. I takt med det har maden revet sig løs fra de faste betydninger, er på vej til at blive et andet sprog. Det betyder ikke, at et arbejde som Fürsts er passé. Det peger tværtimod på, at vi lige er begyndt at forstå nogle sammenhænge i en foranderlig verden.

Elisabeth Fürst har tidligt erkendt, at den gordiske knude i vor tid består af mad, køn, identitet og rationalitet. Hun har ikke løst knuden, men peget på dens indviklede og komplicerede forløb. Hun fremstiller de anvendte teorier så detaljeret og tydeligt, at det er svært at lade være med at gå i dialog med hendes fremstilling. En stor kompliment til et videnskabeligt værk.



# L I T T E R A T U R

## K O M M E N T A R E R

### Leger og kjønn – spiller det noen rolle?

I denne rapporten bringes resultatene fra en spørreskjemaundersøkelse om kvinnelige og mannlige legers karriereforløp i Norden. Rapporten er skrevet av Grete Korremann i samarbeid med Helle Jacobsen ved Ligestillingsrådet i Danmark.

Prosjektet er utført innenfor rammene av Nordisk Ministerråds handlingsplan for likestillingssamarbeidet 1989–1993, hvor kvinners stilling og innflytelse var fremhevet som et særlig viktig område.

Rapporten viser at kvinnelige og mannlige leger på mange måter ligner hverandre i oppfattelsen av jobb, karriere, faglighet mv. Men det er klare forskjeller i deres forklaringer på *hvorfor* virkeligheten ser ut som den gjør.

Undersøkelsens resultater utpeker en rekke innsatsområder som sentrale hvis man vil gjøre noe for å gi de to kjønn like vilkår i legefaget:

- arbeidets organisering
- endring av kvalifikasjonskrav
- holdningspåvirkning
- kvinners forsknings- og meritteringsinnsats
- muligheten for et *helt* liv

Både legeforeninger, arbeidsgivere og leger selv kan hente inspirasjon og viten i rapportens resultater – både om hvor innsatsen kan settes inn, og om hvordan det kan gjøres. Men rapporten vil også være velegnet som utgangspunkt for en debatt om utviklingen fra «mannsfag» til «kvinnefag» i andre fag enn legefaget.

Rapporten er utgitt av Nordisk Ministerråd som TemaNord 1994:597 og fåes gratis ved skriftlig henvendelse til:

Nordisk Ministerråd  
Store Strandstræde 18  
DK-1255 København  
Fax: 00 45 33 93 58 18



eller:

Ligestillingsrådet  
Tordenskjoldsgade 27, 3. sal  
DK-1055 København K  
Fax: 00 45 33 91 31 15

## Å være kvinne og doktor

### Om legens kjønnsrolle og yrkesrolle i grunnutdanningen

Det har foregått en revolusjon i det stille, og en svært vellykket sådan. Innen den medisinske grunnutdanningen i Sverige finnes nå kjønnsrolleperspektivet med på pensum.

Kvinnelige leger fra hele landet, som også arbeider som lærere for medisinerstudenter, har i løpet av ganske kort tid lyktes med å forandre legeutdanningen.

Den skjulte diskrimineringen som mange av de kvinnelige studentene har vært utsatt for, vil de ha fram i lyset. Framfor alt merkes det motstand mot kvinnelige leger når de begynner å avansere karrieremessig. Derfor er det viktig at kjønnsrolleaspektene tas opp på et tidlig stadium av utdanningen.

Prosjektet om legens kjønnsrolle og yrkesrolle i grunnutdanningen startet i 1992, med en bevilgning fra Arbetsmiljöfondens KOM-program på 250.000 kroner. Prosjektet har vært drevet av kvinnelige kliniske lærere og lektorer ved samtlige medisinske fakulteter i Sverige.

Rapporten er skrevet av Eia Persson som arbeider ved *Östgöta Correspondenten* i Linköping. Det var en bevisst strategi å la en journalist følge prosjektet og stå for den avsluttende rapporteringen.

Rapporten heter:

*Kvinna och doktor  
Läkarens könsroll och yrkesroll i  
grundutbildningen*

og kan bestilles fra:

Universitetet i Linköping  
Personal- och organisationsutvecklings-  
enheten  
ved Ann-Christin Gustafsson  
S-581 83 Linköping  
Telefon 00 46 13 28 16 49  
Fax 00 46 13 28 28 25



## Helseboka 1995

beskriver hovedtrekk ved helsetilstand og helsetjeneste i Norge fra 1980 til og med 1993. Boka er skrevet av Siv Øverås, og hun har søkt svar på spørsmål som: Hvilke sykdommer dør vi av? Hvilke sykdommer utgjør et stigende helseproblem ved slutten av århundret? Hvordan har de eldre det? Bruker vi mer penger på helse enn før? Fikk flere behandling i psykiatrien i 1993 enn i 1980?

Data og statistikk er bearbeidet og presentert i en form som søker å lette bruk og forståelse av det statistiske materialet. Boka er utstyrt med tabellvedlegg for lesere med behov for å trenge dypere ned i tallgrunnlaget.

Avsnitt 5.3 tar for seg ulikheter mellom menn og kvinner, og vi finner her bl.a. spørsmålene om hvordan kjønnsforskjellene i dødelighet kan forklares, og hvorvidt kvinner er sykere enn menn når det gjelder noen utvalgte diagnosekategorier, som lungekreft, hjerneslag, hjerteinfarkt, fallulykker etc.

Helseboka er en aktuell oppslagsbok for sentral grunnlagsinformasjon, ikke minst for personer innen forvaltning, forskning og undervisning.

Publikasjonen kan bestilles fra:

Statistisk sentralbyrå  
Salgs- og abonnementservice  
Postboks 8131 Dep.  
0033 Oslo

eller:

Akademika – avdeling for offentlige  
publikasjoner

Møllergt. 17  
Postboks 8134 Dep.

0033 Oslo





# FRIDE

## Krav og utfordringer for NIKK

I skrivende stund er nyhetsblad 2/95 *Nordisk kvinneforskning* klart for utsending. Når NIKK forhåpentligvis, idet denne kommentar kommer på trykk, har fått et pent og nytt grafisk utseende, skal bladet trolig skifte navn til Nytt fra NIKK. Vi skal også gi ut et engelskspråklig nyhetsblad, News from NIKK. Gjennom bladet skal vi rapportere om smått og stort på den nordiske fronten innen kvinneforskningen, og en kalender over kommende konferanser og andre begivenheter er med. Vil du følge med i hva vi arbeider med, så tegn abonnement. Og send oss gjerne bidrag om hva som foregår av nordisk forskning på ditt felt.

## Forskning

Den første høsten, innkjøringsfasen for det nye instituttet, har vært spennende og travel. Våre to nye nordiske stillinger – forskningsleder og informasjonskoordinator – har vært utlyst. Før forskningsleder er på plass, er det begrenset hva vi kan få til av mer omfattende forskningsinitiering, men planen er å få et par eks-

ternt finansierte prosjekter samt noen utenlandske gjesteforskere på plass så snart som mulig. Vi skal gjøre så godt vi kan med å informere om hvilke nordiske finansieringsordninger som finnes for prosjekter og forprosjekter og nettverksdannelser som på sikt kan føre til prosjekter. Grupper med gode ideer kan eventuelt få hjelp til å komme videre med disse. Det kommer allerede inn gode forslag, blant disse kan nevnes to ideer til fellesnordiske prosjekter, ett om kvinnebevegelsens forhold til staten, og ett om de såkalte tyskertøser.

## Krav og forventninger

Det er mange forventninger og krav til oss: Det nordiske samarbeidet stiller krav om at vi skal være nordisk nyttige, og vi skal som andre nordiske samarbeidstiltak operere på tre pilarer, nemlig Norden, nærområdene (Baltikum og Nord-Russland, Arktis med Barentshavet) og Europa/EU/EØS. På den annen side er det øvrige internasjonale samarbeidet også viktig. Siden vi er en del av det nordiske likestillingssamarbeidet skal vi også forholde oss til likestillingsfeltet. Vi skal

imidlertid ikke glemme at vi er brakt fram av og skal være en institusjon for kvinne- og kjønnsforskningen, og vi bør forholde oss til «grasrota», f.eks. til det som rører seg i kvinnebevegelsen. *Vi forholder oss til aktører i fem land, fra forskjellige kulturer innen landene. Aktørene er tverrfaglige og har forankring i mange ulike fag.* Det blir viktig å prioritere og manøvrere i forhold til dette.

Jeg må tilstå at jeg er en smule betenkt over noen av de krav som møter oss. NIKK må forholde seg til kravet om «nordisk nytte», men det blir viktig for oss å unngå å definere det for snevert. Vi må også prioritere blant de mange oppgaver som det kan være viktig for oss å arbeide med. En diskusjon om hvor mye vi skal satse i forhold til krav om samordning av nordiske initiativer overfor EU er derfor viktig. Behovet for aktivitet i forhold til EU har vi allerede merket, fordi det nettopp i høst skjer forberedelser både til femte rammeprogram for forskning og teknologisk utvikling som skal tre i kraft fra 1999, og til utdanningsprogrammet SOKRATES som skal tre i full kraft fra 1997.

### **EUs femte rammeprogram**

Som resultat av et dansk initiativ har kvinne- og kjønnsforskningen i hvert av de nordiske landene forsøkt å påvirke sine forskningsministre, og NIKK har også kommet med et fellesnordisk innspill om femte rammeprogram. Vi har også i kraft av NIKKs representasjon i styret i WISE (Women's Studies International Europe) påtatt oss å bidra til å få laget et felles europeisk innspill fra WISE og gruppen som arbeider med å lage en søknad om «SOCRATES thematic network for women's studies». Tanken er at tre framstående kvinneforskere fra hvert EU- og EØS-land skal undertegne

dette. I noe av det som er skrevet om satsing på kvinneforskning innen EU, finner en formuleringer om at den kan bidra til Unionens likestillingspolitikk som igjen skal fremme økonomisk vekst og internasjonal konkurranse. Dette nevnes riktignok ofte sammen med en målsetting om reduksjon av arbeidsløshet og ulikhet og at kvinner blir oppfattet som en ressurs. Men de overordnede målsettinger om vekst og konkurranse sammen med retorikk om europeisering og harmonisering ville jeg tro at verken EU-tilhengere eller motstandere innen kvinneforskningen har det helt godt med. Klagene over byråkrati og ineffektivitet i EU-systemet er også mange. Selv om det fra nordisk hold kommer ønsker om satsing innen både humaniora og samfunnsforskning, er det neppe tvil om at det ligger mange og sterke føringer i retning av industriell forskning også for femte rammeprogram, slik at verken kvinneforskning, humaniora eller samfunnsforskning vil ha særlig store sjanser til å få høy prioritet. Et annet spørsmål er både hva man ønsker å få ut av felles europeisk forskning og hva man kommer til å få ut av den, og hvor viktig det er å prioritere dette i forhold til nordisk og annen felles internasjonal forskning.

### **SOKRATES**

NIKK har også arbeidet i forhold til å få de lokale kvinneforskningsmiljøer til å gjøre forberedelser for å kunne dra nytte av det kommende SOKRATES (delen som omhandler høyere utdanning heter ERASMUS). Her finnes muligheter for bl.a. student- og lærerutvikling, intensivkurs og felles pensumutvikling. Den store forandringen i forhold til de aktiviteter som har vært i det «gamle» ERASMUS, er at den grunnleggende enhet i samarbeidet ikke lenger er nettverk av institut-



ter, men samarbeidsavtaler som universitetene ved rektor inngår med hverandre. Aktiviteter innen f.eks. nettverkene WINGS og NOISE skal kunne fortsette innen SOKRATES, men det forutsetter nå at de samarbeidende universitetenes ledelse går inn for det.

Kvalitet og samarbeid innen undervisningen av visse fagområder skal også kunne fremmes via det som kalles «Thematic Networks». Tematiske nettverk samler representanter fra alle deltakerlandene innen enkelte utvalgte fagområder. Her er det et samarbeid i gang som foreløpig heter «SOCRATES thematic network within women's studies».

Også når det gjelder SOKRATES finnes kritiske røster. Retorikken om europeisering og harmonisering som ses i programmet, kan falle noen tungt for brystet. Men andre vil håpe at det innenfor en slik ramme er rom for nettopp å ta opp forskjeller og mangfoldighet. Det er imidlertid ikke til å komme fra at det f.eks. for den enkelte student ikke er så mye økonomisk å hente innen SOKRATES.

Til sammenligning framholdes NORDPLUS, som faglig sett kanskje kan gi vel så mye, som ikke er godt nok kjent,

og som gir et større tilskudd til den enkelte. Vi arbeider også med å oppmuntre kvinneforskningsmiljøene til å etablere NORDPLUS-nettverk.

### Informasjon

Vi er så vidt i gang med en elektronisk diskusjonsgruppe på Internett (NWMST-L), og merker etterspørsel etter en elektronisk tilgjengelig database over prosjekter, litteratur og kompetanse samt institusjoner og faglige begivenheter. Det er imidlertid krevende å bygge opp og drive slike databaser. Informasjonskoordinator får derfor ansvar for å vurdere hvilke databaser instituttet selv bør bygge opp på kort og lang sikt, og hvilke vi kan påvirke andre til å ta ansvar for. Det er svært viktig for det nordiske samarbeidet å ha godt fungerende nasjonale tjenester. Samtidig vil en koordinering og oppbygging av nordisk infrastruktur uten tvil innebære en effektivisering og bedre utnytting av nasjonale ressurser. Skriftlig informasjon blir ikke mindre viktig selv om det elektroniske får en bredere plass enn før. Vi kommer til å gi ut nyhetsblad og brosjyrer og trolig en skriftserie.

*Fride Eeg-Henriksen*

### En dag i Huairou på NGO-forum

Å få oppleve FNs fjerde kvinnekongress i Beijing var fantastisk, gripende og storslått. Gang på gang mens jeg var der, spekulerte jeg på hvordan jeg etterpå skulle kunne fortelle om det. Det virket umulig å formidle mangfoldet, det sammensatte og motsetningsfulle – og den gode følelsen av å være del av denne store verdensomspennende kvinnebevegelsen. Hva en får ut av en slik opplevelse lar seg ikke sammenfatte; opplevelsen blir en del av deg, blir tanker, initiativ, innsikter du ellers ikke kunne ha hatt.

Jeg har valgt å prøve å gi et inntrykk av hvordan det var å være på NGO-kongressen i Huairou ved å fortelle hva jeg opplevde og gjorde en dag: Tirsdag 5. september.

På Grace Hotel der jeg bor, serveres deilig frokostbuffet (den koster 80 norske kroner!). Jeg spiser sammen med Agnes Bolsø (fra Senter for kvinneforskning ved Universitetet i Trondheim), som jeg deler rom med, Ida Blom (professor i kvinnehistorie ved Universitetet i Ber-

gen) og Knut Oftung (Likestillingsrådet).

Bussen til Huairou går fra hotellet 07.30 og tar ca. en time.

Jeg har bestemt meg for å starte dagen med å gå på en workshop om «Power speak: Empowering communication skills for women» og finner fram til 11-M54 som er et rom på den lokale middelskolen som inngår i konferanseområdet. Der finner jeg beskjed om at arrangementet er avlyst. Pytt, pytt. Det er jeg forberedt på og blar raskt opp i programmet for å finne hva som var mitt andre valg den morgenen: «Rites of passage programs: Models for life transformations». Dette skulle ha vært i 20-T70, i et telt på idrettsskolens område. Jeg klarer imidlertid ikke å finne teltet og får følge i letinga av en student fra Hawaii som sier hun er interessert i hva som foregår i de nordiske landene. Jeg forteller henne at hun bør besøke The Nordic Room og ta med seg informasjon derfra. Jeg gir opp å lete etter telt nr. 70. Ikke så rart at iallfall to av morgens 132 workshops ikke ble noe av – men jeg var uheldig som hadde disse to prioritert høyest. Jeg går til et telt i nærheten som er ganske fullt, for å



finne ut hva som foregår der. Temaet akkurat da er arbeidsforhold for hushjelpere i Sør-Afrika: En kvinne forteller at hushjelpene ikke får gifte seg eller ha en mann sammen med seg i skuret i bakgården der hun bor (90 % av hushjelpene i Sør-Afrika er kvinner.) Hushjelpene i Sør-Afrika er uten rettigheter og ofte utsatt for vold. Hun som forteller, så på TV da det ble vist at Nelson Mandela ble løslatt fra fengselet. Det førte til at hun ble slått og sparket og fortalt at nå kan Mandela gi deg penger. Neste innleder fokuserer på forholdene for innvandrerkvinner som er hushjelpere i USA. Det siste innlegget jeg hører før jeg rusler videre er av en eldre tysk dame som er leder for The International Union for Domestic Workers. Jeg legger merke til at flere av de ledende kvinnene i The International Collective of Prostitutes er tilstede. De arbeider for å få prostitusjon anerkjent som arbeid («sex-work») og forsøker å assosiere seg med flere legitime saker – som f.eks. bedre forhold for hjemmearbeidende kvinner og anerkjennelse av det ubetalte arbeidet kvinner gjør. Dette kan virke paradoksalt, gitt at de tar betalt for det «vanlige» kvinner ikke tar betalt for – men henger ihop med at de argumenterer med at mange steder er prostitusjon en tilleggsnæring som hjemmевærende kvinner med forsørgelsesplikt ser seg nødt til å utøve.

I neste telt er temaet «Women in post-communist countries». Hun som snakker, er fra Vietnam. Via tolken får vi vite at kvinnene nå innser at de må ha egne kvinneorganisasjoner i de nye politiske partiene for å klare å få politisk innflytelse. Historien hun forteller fra Vietnam om hva som skjer med kvinnene i overgangen fra planøkonomi til markedsøkonomi, er et ekko av de historiene vi har hørt fra Øst-Europa de siste årene; hvor-

dan kvinnene dyttes ut av arbeidsmarkedet bl.a. av den teknologiske utviklingen. Men nå kan hvert hushold få land, og det betyr at også kvinnene kan utvikle egne hushold og starte privat næringsvirksomhet.

I telt T-58 råder amerikansk optimisme under overskriften «Women in transition: Moving from where you are to where you want to be». Vi får vite at vi aldri er mislykket – vi får bare nye livserfaringer. Det som ikke går så bra er «only things you're trying» og jeg blir innstendig oppfordret til å «rule the word failure out of your life». Det blir litt i meste laget for meg, så jeg gir meg etter en kort dose amerikansk «du-er-din-egenlykkes-smed-propaganda», selv om damen var både sympatisk og grei. Jeg gir meg i vei i retning av bygningen der min førsteprioritet blant seminarene som skal begynne kl. 11.00, skal finne sted. Idet jeg skal passere et område med små handelsboder på hver side av veien møter jeg et lite demonstrasjonstog med store transparente med «US-Imperialism go home!». Demonstrasjonen er organisert av Gabriela-gruppen fra Filippinene.

Jeg stopper på idrettsplassen der det er satt opp en scene og stolrekker. Kinesiske kvinner i nasjonaldrakter opptrer med sang, musikk og dans – og inviterer oss andre med. Jeg foretrekker å se på og finner fram fra veska tørkede aprikoser som jeg har tatt med fra frokostbuffeten – og koser meg og er bare tilskuer.

På tide å gå til neste post på dagens program som er et seminar om «Sexual Slavery Crime of Japan during war». Jeg går forbi en plakat: «All infertile women of the world, lets speak together and come out» underskrevet av The Self help group for infertile women in Japan – og møter en gruppe blide japanske damer anført av en reiseleder og tolk. (Grupper



av japanske damer med like hatter ledet av en tolk var et hyppig innslag på konferanseområdet.) I trappa på realskolebygningen treffer jeg Ida Blom som er glad for at det seminaret om kvinnehistorie som hun hadde ansvar for, hadde latt seg gjennomføre. Hun hadde vært forberedt på utsettelse til neste dag fordi annonseringen hadde vært tvetydig. Heldigvis hadde de interesserte møtt opp. Jeg kommer til fjerde etasje – rom 48 i god tid, men rommet er fullsatt – nesten bare asiater til stede – og mye presse. Ved vinduet der jeg blir stående, kommer jeg i prat med en tysk jurist, Birgit, som arbeider med kvinneverett og som kan fortelle at Universitetet i Frankfurt nylig har fått et tverrfaglig senter for kvinneforskning. Seminaret vi er på, blir arrangert av The Committee On the Measures for Compensation to Former Korean Comfort Women – på veggene henger bilder av gamle kvinner med tatoveringer på brystet – og deres talskvinner nå. Det er dessuten flere bilder av soldater i underbuksa som står i kø og venter på «trøst». Jeg gruer meg til hva vi skal komme til å høre – og det er ulidelig varmt – enda jeg har vært forutseende nok til å åle meg gjennom alle folkene og bort til vinduet. Vi blir vist en video fra en høring der kvinner som ble tvunget til prostitusjon av japanerne under andre verdenskrig forteller om hva de opplevde; koreanske, filippinske, nederlandske kvinner. Madame Rhinda Chaves, som leder høringen, understreker at full tilgang på det som har skjedd i fortida er viktig for å hindre at det skal skje igjen. I diskusjonen får vi høre om at det i Japan er samlet sammen til et privat fond som skal gi de misbrukte kvinnene økonomisk kompensasjon. Dette blir imidlertid avvist fordi kvinnene ser det som avgjørende for å oppleve oppreisning og få tilbake

sin ære at det er den japanske staten som står for erstatningen.

Nå nærmer det seg min tur til «å opp-tre» på en plenumsamling om National reports on Women's Studies begun in the 1970's og jeg må gå for å finne lokalet og være på plass i god tid. I trappeoppgangen passerer jeg en plakat med bilde av en sterkt tilsløret kvinne med teksten «Hijab: The Islamic Dress Hijab is my way of life». Jeg tenker meg som snarest innom det latinamerikanske teltet for å spørre etter en flott plakat jeg har sett. Foran inngangen til «det globale teltet» som jeg må forbi er det flere demonstrasjoner: Om steining av kvinner i Iran, om rett til abort i India og protester mot franske atomsprengninger i Stillehavet: «Chirac assassin!» På teltveggen står med stor skrift: «All issues are women's issues.» Jeg går meg på to norske damer, Lene Løken og Anne Søyland, før jeg kommer til det flotte og fargerike latinamerikanske teltet. Der er det møte og det snakkes spansk, og jeg henvender meg hviskende til en av damene som står stand, og forklarer mitt ærend. Hun er svært hjelpsom og finner en plakat til meg. Den er fin, men dessverre ikke den jeg ser etter. Jeg spør meg videre til Brasils stand, men der er det ingen til stede: «They're marching right now, you need to come back» sier nabostandens dame opplysende. Jeg har flaks, på veien ut treffer jeg faktisk på noen som akkurat da henger opp nettopp den plakaten jeg ønsker meg. De vil gjerne at den reiser med meg til Norge. Nå kommer jeg forbi en demonstrasjon av lesbiske som taktfast roper: «We fearless choose love! Homophobia's got to go!»

Jeg finner bygningen der «mitt» arrangement skal være – en stor og behagelig temperert sal. Tobe Levin fra WISE (Women's Studies International Europe)



tar godt imot meg og jeg hilser på de andre innleiderne: Chang Pilwha fra Sør-Korea (ikke visste jeg at kvinneforskningen også der hadde sin start på 70-tallet), Willy Jahnsen fra Nederland, Susan Magarey fra Australia, Christina fra Argentina og Judith Ezekiel fra Frankrike (Judith kjenner jeg godt fra før og sørger for å sette meg ved siden av henne). Innledningene våre er ganske forskjellige, til tross for at vi er blitt gitt samme «instruks» – men det er mye interessant å høre på: Chang Pilwha forteller at kvinneforskerne i Sør-Korea blir beskyldt for å være «mindless puppets of Western Cultural imperialism» ved at de overtar Vestens begrep om modernitet. Willy Jahnsen som er leder for senter for kvinneforskning ved Universitetet i Nijmegen kan fortelle at til tross for at kvinneforskning først ble sett på som en studentmote som nok ville gå over, har Nederland i dag 18 professorater i kvinneforskning (av 88 kvinnelige professorer alt i alt!). Susan Magarey, som forresten står i spissen for å arrangere The 6th International Interdisciplinary Conference on Women i Adelaide, Australia i april i 1996, legger i sitt innlegg mye vekt på det akademiske livs motstand mot kvinneforskningen og ligner det med å lære en elefant å danse, og – legger hun til: «Believe me, I have no disrespect for elephants!» Hun avslutter med å reklamere for konferansen i april 1996 og forteller at de har innhentet tillatelse fra urbefolkningen til å ha konferansen på deres jord, og at urbefolkningen har dannet en komité som samarbeider med konferansearrangørene.

Christina, som jeg ikke husker etternavnet på, kan fortelle at også i Argentina er det nå 50 % kvinner blant studentene – og, har jeg skrevet, med et spørsmålstegn foran, hele 43 % av Argentinas

universiteter har kvinneforskningssentre. Hennes engelsk var vanskelig å forstå – så jeg kan ha misforstått. Det stemmer iallfall dårlig med hennes beskrivelser av kvinneforskningens stilling som marginalisert og «second-class» – avhengig av politisk støtte som lett kan bli borte. Siste innleder er Judith Ezekiel som tar utgangspunkt i hva som skjedde da den franske regjeringen forberedte sin deltakelse på FN-konferansen. Kritikken fra kvinneforskerne førte til at de fikk en representant fra ANEF (Association National des Etudes Feministes) med i regjeringens planleggingsgruppe. Dette utløste, ifølge Judith, den sedvanlige konflikten blant franske feminister om forholdet til staten – og etter en fryktelig ballade trakk ANEF sin representant, Francoise Picq, fra planleggingen, og deler av ANEF gikk inn for å boikotte Beijing-konferansen. Judith gir oss en beskrivelse av den franske kvinneforskningens svake stilling og usynlighet i det franske samfunnet i lys av de franske feministenes manglende tiltro til at staten kan være en støtte for kvinner og at de som på noen måter prøver å komme i samarbeidsforhold med staten, alltid blir skarpt kritisert og beskyldes for å være kooptert. Judith avslutter med å beskrive samarbeid med andre land, til og med «mindre utviklede» land enn Frankrike (sic), som en gunstig strategi for fransk kvinneforskning for: «even if it is in women's studies, the government wants international cooperation».

Framføringen av min innledning går heldigvis også bra – og endelig kan jeg ta en velfortjent pause sammen med Judith (Ezekiel) og Susan (Magarey). Vi drikker kaffe en times tid, snakker om «Susans konferanse» og beklager oss over hvordan den ene lederen fra vårt plenum behandlet Tobe Levin mer som en femøres-



jente enn som «co-chair» under vår plenumsdiskusjon.

Klokka er nå blitt over fire og jeg stikker innom et supermarked der jeg tidligere har vært på rekognoseringstur og kjøper målbevisst en silkemorgenkåpe som jeg hadde sett meg ut. Den er ikke spesielt billig, men den er til gjengjeld fôret med silke og passer en stor norsk dame, som er mer enn en kan si om alle de fine billige silkemorgenkåpene som henger overalt. Fornøyd stiller jeg meg i kø for å vente på buss tilbake til hotellet. I likhet med meg selv har ingen av de jeg kjenner funnet koden for når bussene går fra Huairou til hotellet vårt, så jeg bare står ved skiltet for buss og venter. Jeg har flaks og kan etter kort tid entre den lysegule bussen uten en eneste setefjær, men som hilses meget velkommen av slitne damer når den kommer. Bussturen går også denne dagen fort: Beth Streuver, en amerikansk dame i 60-årene, sitter ved siden av meg – og inviterer til en prat som varer hele reisen. Først vil hun at jeg skal fortelle om mitt liv – så blir det min tur å få vite hvem hun er. Hun er utdannet sosialarbeider og terapeut, og har sammen med to kolleger startet et behandlingssenter for kvinner. Senteret er så vellykket at hun nå bare jobber deltid der og ellers bruker sin tid og sine penger på MS Foundation. MS Foundation er en stiftelse som bl.a. lager opplegg for fattige kvinner så de kan få tilgang til det vanlige næringslivet. De får hjelp til å starte egne bedrifter, og skoling slik at de kan kvalifisere seg som jobbsøkere. De som har fått støtte til å komme i gang med et eller annet som gjør at de kan forsørge seg, blir i sin tur de som får anbefale andre kvinner for MS Foundation. Organisasjonen er i Beijing med en delegasjon på ca. 100 kvinner; av disse er det 36 (både hvite og svarte) kvinner som

for tiden får støtte fra stiftelsen, mens resten er «donorer» og administrativt ansatte. De 36 var alle gitt oppgaver på Forum med å fortelle om sitt eget prosjekt i en workshop. Dette var en del av opplæringen – ved siden av det å få oppleve seg som en del av den verdensomspennende bevegelsen som utgjør konferansen.

Klokka er over seks når vi stopper ved Hotel Grace – og jeg bejubler at jeg er så heldig å få bo så vakkert og bekvemt, og gleder meg til en dusj på et bad der det er varmt og kaldt vann hele tida (og varmt te vann på TV-kannen!). Det blir en rolig kveld – etter en enkel middag i hotelllobbyen, noen skrevne prospektkort og studier av neste dags program er jeg fornøyd med å gå tidlig til sengs.

*Tove Beate Pedersen*

## Den sterke kvinnen

### Fra volve til heks

En utstilling på Arkeologisk museum i Stavanger 1994–1995. Idé og manus Inga Lundström og Gundula Adolfsson. Inga Lundström har også vært prosjektleder sammen med Oddveig Foldøy. Formgivningen står Björn Ed for. Og mange flere har medvirket i forskjellige oppgaver.

Inga Lundström er arkeolog og førsteantikvar ved Statens historiska museum i Stockholm. Hun har arbeidet som konsulent og prosjektleder ved Arkeologisk museum i Stavanger siden slutten av 1970-årene. Gundula Adolfsson er arkeolog og journalist. Oddveig Foldøy er etnolog og ansatt ved Arkeologisk museum siden 1977 som konservator og leder for formidlingsavdelingen. Björn Ed er interiørarkitekt og formgiver.

*Den sterke kvinnen* er noe så uvanlig



som en museumsutstilling utformet fra et klart kvinnehistorisk perspektiv og dessuten med et kvinnepolitisk budskap. Meg bekjent er produksjonen den første i sitt slag i Norge siden 1970-årenes debattglade dager. Da ble det laget mange kvinnehistoriske idéutstillinger, men oftest av amatører og utenfor institusjonene.

*Den sterke kvinnen* er på alle måter profesjonell. Vitenskapelig skolerte kvinner står for saksinnholdet og faglig dyktige formgivere og håndverkere for utformingen. Dette har forsterket det provoserende i det budskapet som blir fremført, nemlig at kristendommens seier i Norden på avgjørende områder medførte et tilbakeslag for kvinnene. De mistet den jevnbyrdighet de hadde hatt siden tidenes morgen og som var basert på forestillingene om at det er *kvinnen* som gir liv. I stedet ble kvinnen underordnet mannen som livgiver, Fader og Herre. «Mange av hennes innsikter, erfaringer og kunnskaper kom i skyggen, for etterhvert til og med å bli vendt mot henne,» som det sies i katalogen.

Materialet om denne utviklingen er strengt sortert og konsentrert i utstillingen slik at selve tankegangen blir fremhevet. Her er selvsagt ikke plass for alle de «hvis» og «kanskje», som må tas med i en doktorgradsavhandling, men som det er fullt legitimt å la ligge når man åpent og tydelig driver en tese. Det er dessuten som bekjent bare når kvinnehistorikere legger frem tanker og teorier at det snakkes om subjektivitet – de mannsorienterte tekster vi finner på veggene i alle våre museer godtas som objektive sannheter.

### Stram og klar scenografi

For utstillingen er det blitt skapt et eget, flyttbart rom av armeringsnettverk med 10 cms ruter, et nettverk kledd med strie

som er farget i forskjellige nyanser. Veggen «bølger» slik at det markeres rom i rommet for tidsepokene *Hedensk tid med bronsealder, Jernalder og vikingtid, og Kristen tid med middelalder og nyere tid.*

Dessuten markeres en overgripende inndeling i periodene *Kvinnen gir liv* respektive *Mannen gir liv*. Den første perioden har som innføring en skissert fremstilling av Audhumbla, selve ur-kua i de norrøne skapelsesmytene, hun som gir opphav til asenes slekt ved å slikke rimfrosten av salte steiner. Den andre perioden markeres av en stilisert Adam med ribbein i metall, som spretter opp og skaper Eva.

Perioden *Kvinnen gir liv* omfatter to sceniske rom, det første viser «Moder jord og piken», det andre «Spinnesiden – sverdsiden» og «Volven Torbjørg». Perioden *Mannen gir liv* omhandler kristen tid og middelalderens kirke, som fører frem til «Heksen».

I hvert av rommene finnes en kvinnefigur, en dukke i naturlig størrelse, som symboliserer epoken. Slike figurer er alltid det vanskeligste i scenografiske fremstillinger. Jo mer realistiske de blir, dess mer minner de om vindusmannekonger. Her er de heldigvis stilisert; Charlotta Mickelsson har skulptert typifiserte ansikter uten farvelegging og uten overdreven mimikk. Volven Torbjørg synes jeg er den beste. Hun har en majestetisk holdning som gjør inntrykk. Heksen må sies å være forskjønnet – ingen gammel kjerring her, men en pen yngre kvinne. Hun skal minne om Anne Pedersdotter Beyer, som ble brent i Bergen i 1590. At scenen ellers bruker svært dempede virkemidler synes jeg er helt riktig, da den grusomme virkelighet er umulig å gjengi.

Minst vellykket er den kvinnefiguren som kommer først i utstillingen, hun står



i en labyrint av steiner og forestiller en datter av Moder Jord. Hun har blonde lokker og er kledd i chiffondraperinger i postmoderne rosa og pistasjegrønt, en skikkelse som faktisk går på tvers av tankegangen i hele «forestillingen». Hvordan i all verden har denne yndige Ofelia sneket seg inn i sammenhengen? Her skulle vi hatt en frodig ung kvinne, som ikke trenger å bli geleidet av en yngling «ut av labyrintens mørke» (katalogteksten), men som kan gå selv. Hun kunne gjerne vært kledd i stil med Egtved-piken, hun som ble funnet i en eikekistegrav fra dansk bronsealder, iført en velbevart rett bluse og et kort snoreskjørt, alt i kraftig, naturfarvet ull.

Når dette er sagt, er jeg ferdig med mine innsigelser mot utstillingen.

### Hverdagsting får status

Disposisjonen som helhet er overskuelig og vakker. I de forskjellige rommene kompletteres kvinnefigurene med arkeologiske funn fra respektive epoker, det meste vist innenfor ovale åpninger i veggenes nettverk. Tingene er klokt og dyktig valgt og de presenteres på en måte som for en gangs skyld gir kvinners redskap og arbeidsprodukter en sterk kultisk betydning. Særlig fint er det arrangementet som kombinerer silhuetten av gudinnen Nerthus' vogn med kjøkkenutstyr i jern og tre. Det blir også noe sakralt over oppstadgognen, den opprettstående vevstolen, komplettert med spinnehjul, vevtyngder, vevsverd og linhekle. Utstillingen viser også halsringer, spenner, miniatyrer i bronse, sølv og gullblikk og liknende ting som tradisjonelt oppfattes som kostbare, men her får altså hverdagstingene samme status. Det blir understreket at de ikke bare har en praktisk, men også en symbolsk funksjon. Et eksempel er den staselige jernstaven som

Volven har i sin hånd, kalt *volvr* og av en type som er blitt funnet i kvinnegraver sammen med kjøkkenredskap.

At sverdsiden begynner å hevde seg markeres gjennom våpen og fallossteiner (de sistnevnte samlet i en imponerende gruppering), og til slutt tar Faderen ledelsen i utstillingens siste rom. Kvinnen spaltes i hore og madonna. I kirkemaleriene (vi ser eksempler fra en kirke i Södermanland) er det djevelen som smyer seg på kvinnen i hennes arbeid med dyr og grøde. Lykkes hun altfor godt, har hun fått hjelp på forbudte måter.

Og som avslutning, i den siste monterten et eksemplar av den uhyggelige skriften *Malleus Maleficarum*, Heksehammeren, som kom i 1487 og her foreligger i en utgave fra 1496, lånt fra en svensk samler. Den som har lest om boken og dens virkninger kan ikke unngå å kjenne onde vibrasjoner midt i et fredelig utstillingslokale: «*Skapt av et kroket ribbein, har hele kvinnens sjelsliv blitt kroket og bøyer seg heller mot den onde enn det gode* – »

Den sterke kvinnen har et interessant innhold presentert i en interessant form. Heldigvis skal utstillingen i 1996 ut på turné slik at den vil bli vist i Sverige bl.a. i Härnösand og Stockholm, i Danmark på Kvinnemuseet i Århus og i Norge på Voss folkemuseum.

Harriet Clayhills

### Where have all the females gone?

Som spesielt interessert i rekrutteringen av kvinner til realfagene generelt og til matematikkfaget spesielt, vil jeg gjengi hovedtrekkene i to av innleggene på *Kvinneforskerstafetten* arrangert av Sen-



ter for kvinneforskning og Sekretariatet for kvinneforskning i Norges forskningsråd, i forbindelse med Universitetets Åpne Dager '95 og Forskningsdagene '95.

*Where have all the females gone?* var tittelen på innlegget til Kristin Braa, stipendiat innen systemutvikling ved Institutt for informatikk. Spørsmålet er relevant, ikke bare for faget informatikk, men for rekrutteringen av kvinner til alle fagområder ved det matematisk-naturvitenskapelige fakultetet. Hun fortalte at i de senere årene har det hvert semester blitt færre og færre jenter som har søkt seg til informatikkfaget. Det er naturlig å spørre hva årsaken til dette kan være. Kristin Braa la vekt på to mulige årsaker, nemlig dårlig dataundervisning i skolen og problemet med at «hacker»-kulturen hersker i media, noe hun mente kan skremme jentene bort fra faget. (Med «hacker»-kultur menes lek med tekniske finesser/inntrenging på andres områder, som ofte kan føre til ulovligheter, både etisk og juridisk.)

Avslutningsvis skisserte hun som forslag til hva som kan gjøres, at undervisningen i skolen bedres og at det opprettes egne jenteklasser. Hun uttalte videre at kjønnskvolter ved ansettelser ved universitetene er et viktig virkemiddel, noe som i neste omgang kan medvirke til å skape forbilder. Dette anser Kristin Braa også som vesentlig for å øke rekrutteringen til informatikkfaget blant jenter.

Professor i matematikk, Ragni Piene, var inne på mye av den samme problemstillingen i sitt innlegg om *Tanker og tall om kvinner og matematikk*. På 60-tallet, da jentene begynte å søke seg til matematikkfaget, trodde man at utviklingen ville gå videre og etter hvert gi mange flere jenter. På 70-tallet ble det opprettet jentegrupper innen faget fordi man skjønte at det var nødvendig å gjøre noe selv for å hjelpe på rekrutteringen. På 80-tallet kom hjelpetiltakene og likestillings-tanken ovenfra i form av egne stipend for kvinner. På 90-tallet, sa Ragni Piene, har derimot tiltakene avgått ved en stille død.

Til slutt ga hun oss en oversikt over situasjonen ved det matematisk-naturvitenskapelige fakultetet i dag. En tredel av stipendiatene er kvinner. Til sammen er 12 % av de fast ansatte kvinner. I de studentmessig kvinnedominerte fagene som kjemi og biologi er kvinneandelen blant de fast ansatte under 10 %. Det blir heller ikke opprettet nye faste stillinger ved fakultetet. Med en gunstigst mulig utvikling kan man håpe på at andelen kvinner blant de fast ansatte vil øke til 17 % innen år 2005 (en økning på 5 % i forhold til i dag).

Noen regner videre på slike tall. En kvinnelig matematiker ved universitetet i Zürich fant at hvis utviklingen ved hennes universitet gikk som hittil, ville det ta 11.406 år før 50 % av alle professorene var kvinner!

*Evy Haneborg*

# LITT AV HVERT

## Institutter med kvinneforskning i Norge

### Alta

Faggruppa for distriktskvinneforskning  
og -utvikling  
Høgskolen i Finnmark  
Follumsvei 31  
N-9500 Alta  
Tlf: 78 43 76 00  
Fax: 78 43 33 38  
E-mail: jorid@hifm.no (Jorid Hovden)  
sigrid.skalnes@nibr.hsf.no  
(Sigrid Skalnes)

### Bergen

Senter for humanistisk kvinneforskning  
Universitetet i Bergen  
Hermann Fossgt. 12  
N-5007 Bergen  
Tlf: 55 21 24 71/72  
Fax: 55 31 79 94  
E-mail: kjell.soleim@hkv.uib.no  
(Kjell Soleim)

### Lillehammer

ODA  
Høgskolen i Lillehammer  
Postboks 1004, Skurva  
N-2601 Lillehammer  
Tlf: 61 28 80 00  
Fax: 61 26 07 50  
E-mail: ingrid.guldvik@hil.no  
(Ingrid Guldvik)  
anne.maria.holli@hil.no  
(Anne Maria Holli)

### Oslo

Arbeidsforskningsinstituttet  
Pb. 8179, Dep.  
N-0034 Oslo  
Tlf: 22 46 16 70  
Fax: 22 56 89 18  
E-mail: ogh@afi.wri.no  
(Øystein Gullvåg Holter)  
js@afi.wri.no  
(Jorun Solheim)

Avdeling for kvinnerett  
Institutt for offentlig rett  
Karl Johans gate 47  
N-0162 Oslo



Tlf: 22 85 94 65  
 Fax: 22 85 94 20  
 E-mail: elisabeth.vigerust@jus.uio.no  
 (Elisabeth Vigerust) (tom. juli)  
 kirsten.sandberg@jus.uio.no  
 (Kirsten Sandberg) (fom. aug.)

Institutt for samfunnsforskning  
 Munthes gate 31  
 N-0260 Oslo  
 Tlf: 22 55 45 10  
 Fax: 22 43 13 85  
 E-mail: ali@isaf.no  
 (Anne Lise Ellingsæter)

Institutt for sosialforskning  
 Munthes gate 31  
 N-0260 Oslo  
 Tlf: 22 55 45 10  
 Fax: 22 43 13 85  
 E-mail: susan.lingsom@isaf.no  
 (Susan Lingsom)

Nordisk institutt for kvinne- og  
 kjønnsforskning  
 Universitetet i Oslo  
 Postboks 1156 Blindern  
 N-0317 Oslo  
 Tlf: 22 85 89 50  
 Fax: 22 85 89 50  
 E-mail: fride.eeg-henriksen@sfk.uio.no  
 (Fride Eeg-Henriksen)

Norsk institutt for by- og  
 regionsforskning  
 Pb. 44, Blindern  
 N-0313 Oslo  
 Tlf: 22 95 88 00  
 Fax: 22 60 77 74  
 E-mail: an-magritt.jensen@nibr.no  
 (tom. aug.) (An-Magritt Jensen)  
 Nenseth@datacomm.iue.it  
 (fom. sept.) (Vibeke Nenseth)

Norsk institutt for studier av forskning og

utdanning (NIFU)  
 Hegdehaugsveien 31  
 N-0352 Oslo  
 Tlf: 22 59 51 00  
 Fax: 22 59 51 01  
 E-mail: ellen.brandt@nifu.no  
 (Ellen Brandt)  
 olaf.tvede@nifu.no  
 (Olaf Tvede)

Sekretariatet for kvinneforskning  
 Norges forskningsråd  
 Pb. 2700, St. Hanshaugen  
 N-0131 Oslo  
 Tlf: 22 03 70 00  
 Fax: 22 03 70 01  
 E-mail: tove-beate.pedersen@nfr.no  
 (Tove Beate Pedersen)  
 elin.svenneby@nfr.no  
 (Elin Svenneby)

Senter for kvinneforskning  
 Universitetet i Oslo  
 Pb. 1040, Blindern  
 N-0315 Oslo  
 Tlf: 22 85 89 30  
 Fax: 22 85 89 50  
 E-mail: harriet.nielsen@sfk.uio.no  
 (Harriet Bjerrum Nielsen)  
 s.p.aarseth@sfk.uio.no  
 (Sidsel Platou Aarseth)

Statistisk sentralbyrå  
 Pb. 8131, Dep.  
 N-0033 Oslo  
 Tlf: 22 86 45 00  
 Fax: 22 86 49 73  
 E-mail: rkj@ssb.no (Randi Kjelstad)  
 iua@ssb.no (Iulie Aslaksen)

Transportøkonomisk institutt  
 Pb. 6110, Etterstad  
 N-0602 Oslo  
 Tlf: 22 57 38 00  
 Fax: 22 57 02 90

E-mail: [terjeassum@transpoecon.no](mailto:terjeassum@transpoecon.no)  
(Terje Assum)  
[marikakolbenstvedt@transpoecon.no](mailto:marikakolbenstvedt@transpoecon.no)  
(Marika Kolbenstvedt)  
[randihjorthol@transpoecon.no](mailto:randihjorthol@transpoecon.no)  
(Randi Hjorthol)

**Tromsø**

Senter for kvinneforskning og kvinner i forskning

Universitetet i Tromsø

N-9037 Tromsø

Tlf: 77 64 40 00

Fax: 77 64 59 70

E-mail: [eva.jorgensen@skk.uit.no](mailto:eva.jorgensen@skk.uit.no)

(Eva Jørgensen)  
[evdis@adm.uit.no](mailto:evdis@adm.uit.no)  
(Øydis Punsvik Olsen)

**Trondheim**

Senter for kvinneforskning  
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

N-7055 Dragvoll

Tlf: 73 59 17 88

Fax: 73 59 13 27

E-mail: [kmelby@avh.unit.no](mailto:kmelby@avh.unit.no)

(Kari Melby)

[agnesb@avh.unit.no](mailto:agnesb@avh.unit.no)

(Agnes Bolsø)



# PUBLIKASJONER

## Bøker

Tordis Borchgrevink og Øystein Gullvåg Holter (red.): *Beyond the self-evidence of everyday life*. AVEBURY.

Hilda Rømer Christensen: *Mellem backfische og pæne piger. Køn og kultur i KFUK 1883–1940*. Museum Tusculanums Forlag.

Dag Ellingsen, Inga Dora Björnsdottir og Anette Warring: *Kvinner, Krig og Kjærlighet*. Cappelen Forlag AS.

Barbro Grevholm og Gila Hanna (red.): *Gender and Mathematics Education*. Lund University Press.

Nini Hagman: *Förälskelse? Missförstånd? Maktmissbruk? Om sexuella trakasserier i utbildning och arbetsliv*. Polishögskolan.

Grethe Jacobsen: *Kvinder, Køn og Købstadslovgivning 1400–1600. Lovfaste Mænd og ærlige Kvinder*. Det Kongelige Bibliotek, Museum Tusculanums Forlag.

Toril Moi: *Simone de Beauvoir. En intellektuell kvinne blir til*. Gyldendal Norsk Forlag A/S.

Bente Rosenbeck og Robin May Schott (red.): *Forplantning, køn og teknologi*. Museum Tusculanums Forlag.

Janneken Øverland: *Cora Sandel. En biografi*. Gyldendal Norsk Forlag A/S.

## Tidsskrifter

Rebekka J. Cook and Valerie L. Oosterveld: *A select bibliography of women's human rights*. The American University Law Review, Vol. 44, No. 4.

Feminist Review, No. 48 Autumn 1994: *The New Politics of Sex and the State*. Resources for Feminist Research, Vol. 23, No. 4: *Race, Gender and Knowledge Production*.

CekvinaNyt 4/95. Tema: *Kærlighed*. Center for Kvinde- og Kønsforskning, Århus.

FORUM. 14. årg. Nr. 3: *Rejsen*.  
KVINFO, København.

KVINDER, KØN & FORSKNING. 4.  
årg., nr. 3/95: *Køn og medier*. KVINFO,  
København.

SOFIA. Nr. 3/95. Centrum för  
kvinnoforskning.

Kvinnejournalen. Nr. 5, 1995.

UTPOSTEN. Blad for allmenn- og  
samfunnsmedisin: *Kreativitet, kontroll  
og tilsyn*. Nr. 7 /1995.

#### **Artikler, hovedoppgaver, oversikter, prosjektnotater og rapporter**

Berit Brandth og Agnes Bolso: *Kvinner,  
maskiner og likestilling i landbruket*.  
Senter for bygdeforskning.

FORUM for Development Studies. Nr.  
1/95. Norwegian Institute of  
International Affairs and Norwegian  
Association for Development Research.

*Handlingsplan for likestilling i Europa.*  
*Vedtatt på førebudende regionalt møte i*  
*Wien, 17.-21. oktober 1994, til FNs 4.*  
*kvinnekonferanse i Beijing 1995.* Barne-  
og familiedepartementet.

*Kvinneorganisasjoner i Norge*. 4. utg.  
Barne- og familiedepartementet.

*"Naturfagutredningen" Rapport 2:*  
*Naturfagenes stilling i videregående*  
*skole og i lærerutdanning for dette*  
*nivået.* (En oppfølging av Rapport 1:  
*Naturfag i grunnskolen og*  
*lærerutdanning for dette trinnet.*) I alt 70  
vedlegg trykkes i to vedleggsrapporter.  
Laget for Kirke-, utdannings- og  
forskningsdepartementet av en  
arbeidsgruppe ledet av Svein Sjøberg,  
Universitetet i Oslo.

Kari Melby: *Kjønnsforholdets politikk.*  
*Ekteskapsloven av 1918 og*  
*Ektefelleloven av 1927.* Skriftserie nr.  
6/95. Senter for kvinneforskning,  
Universitetet i Trondheim, AVH.

Ny litteratur om kvinnor. En bibliografi.  
Kvinnohistoriska samlingarna,  
Göteborgs universitetsbibliotek, 95:3.

*Travelling through European Feminism.*  
*Cultural and political practices.*  
Contribution to a WISE Workshop,  
Paris, 1993. Women's International  
Studies Europe.

Einikka Tuohimaa, Nina Työähti and  
Asbjørg Fyhn: *On the terms of Northern*  
*Woman.* Femina Borealis Publ. Series  
No. 1.



# EGNE PUBLIKASJONER

## Arbeidsnotater

Arbeidsnotat nr. 1/91:  
Veiet og funnet for lett – og for tung.  
Kjønn og vitenskapelig bedømmelse.  
Rapport fra et seminar

Arbeidsnotat nr. 3/91:  
Kvinner, miljø og utvikling.  
Rapport fra en nordisk  
forskerkonferanse.

Arbeidsnotat nr. 4/91:  
Femte nordiske seminar i medisinsk  
kvinneforskning.  
Rapport fra et seminar.

Arbeidsnotat nr. 2/93:  
Sånn, ja!  
Rapport fra en konferanse om  
matematikk-didaktikk og kvinner i  
matematiske fag.

Arbeidsnotat nr. 3/93:  
Viten – Vilje – Vilkår.  
Rapport fra en forskningspolitisk  
konferanse om kvinneforskning.

Arbeidsnotat nr. 1/94:  
Backlash i Norge?  
Rapport fra en konferanse om kvinner i  
90-åra.

Arbeidsnotat nr. 2/94:  
Kvinner – En utfordring for idretten?  
Rapport fra en konferanse i anledning  
OL 94 på Lillehammer.

Øvrige numre er utgått!

## Annet

Elisabeth Fürst: Kvinner i Akademia –  
inntrengere i en mannskultur?  
Oslo 1988.

Tamar Bermann, Harriet Holter, Bjørg  
Aase Sørensen, Gro Hanne Aas:  
På kvinners vis – med kvinners råd. Nye  
perspektiver på forskningspolitikken.  
Oslo 1988.

Enslige svaler i norsk forskning?  
Kvinner i medisinsk, naturvitenskapelig

og teknologisk forskning i universitets-  
og høgskolesektoren 1974–1987.  
NAVF, NTNF, Oslo 1990.

Informasjons- og dokumentasjonstjeneste

om og for norsk kvinneforskning.  
Utredning utført av Mie Berg Simonsen.  
Sekretariatet for kvinneforskning og  
Senter for kvinneforskning, UiO.  
Oslo 1994.





# Forskning om kvinnens helse

Området for medisin og helse i Forskningsrådet vil videreføre satsingen innenfor medisinsk kvinneforskning.

Den nye satsingen, som har tittelen Forskning om kvinners helse, starter i 1997 og er gitt en 5-årig ramme. Behovet for å styrke forskningen om kvinners helse er begrunnet i at deler av den medisinske kunnskapen er fundert på undersøkelser foretatt eksklusivt på hankjønn, og at flere viktige aspekter ved kvinners helse hittil i liten grad er blitt forskningsmessig prioritert. Målet for satsingen er å bidra til en likeverdig medisinsk kunnskap og praksis for kvinner og menn, gjennom å generere ny kunnskap, utvikle spisskompetanse og synliggjøre behovet for et kjønnsperspektiv generelt i medisinsk forskning.

Kontaktperson er Mari Nes, Medisin og helse,  
tlf. 22 03 71 53, e-post: [mari.nes@nfr.no](mailto:mari.nes@nfr.no) .

## Kontaktpersoner for kvinne- og kjønnsforskning i de enkelte områder i Norges forskningsråd:

- ▶ **Bioproduksjon og foredling:**  
Rådgiver Birgitte Skilbrei ☎ 22 03 71 09
- ▶ **Industri og energi:**  
Rådgiver Tone Gengenbach ☎ 22 03 73 02
- ▶ **Kultur og samfunn:**  
Rådgiver Gisle Aschim  
(humaniora) ☎ 22 03 70 50  
Avd.sjef Bjørg Ofstad  
(samfunnsforskning) ☎ 22 03 73 75
- ▶ **Medisin og helse:**  
Rådgiver Mari Nes ☎ 22 03 71 53
- ▶ **Miljø og utvikling:**  
Rådgiver Ellen Vollebæk ☎ 22 03 72 66
- ▶ **Naturvitenskap og teknologi:**  
Rådgiver Bente Lilja Bye ☎ 22 03 73 71



# BIDRAGSYTERE

Inger Nordal, professor, Biologisk institutt, Universitetet i Oslo, Postboks 1066 Blindern, 0316 Oslo. Tlf.: 22 85 46 65. Fax: 22 85 46 64.

Hildur Kalman, doktorand, Institutionen för filosofi och vetenskapsteori, Umeå universitet, S-901 87 Umeå. Tlf.: 00 46 90 16 99 47. Fax: 00 46 90 16 77 77.

Anne Luise Kirkengen, allmennpraktiker/stipendiat, Institutt for allmennmedisin, Universitetet i Oslo, Postboks 1130 Blindern, 0317 Oslo. Tlf.: 22 85 06 50.

Karen Klitgaard Poulsen, seniorforsker/forskningslektor, CUM, Center for ungdom, medier og kulturel identitet, Institut for film- og medievidenskab, Københavns universitet. Arbeidsadresse: Cekkvaia, Århus universitet, Finlandsgade 26 B,

DK-8200 Århus. Tlf.: 00 45 89 42 44 38. Fax: 00 45 86 10 82 28.

Kirsti Malterud, professor dr.med., Senter for kvinneforskning, Universitetet i Oslo, Postboks 1040 Blindern, 0317 Oslo og Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen, Ulriksdal 8 C, 5009 Bergen. Tlf.: 55 20 61 33. Fax: 55 20 61 30.

Else Skjongsberg, selvst. næringsdrivende, Sognsveien 70, 0855 Oslo. Tlf.: 22 18 11 70. Fax: 22 18 20 77.

Kitty Strand, prosjektleder, Seksjon for forebyggende medisin, Universitetet i Oslo, Postboks 1130 Blindern, 0317 Oslo. Tlf.: 22 85 06 27. Fax: 22 85 06 20.







### *I dette nummer:*

*Inger Nordal:* Kvinnebiologi ved et sekelskifte

*Kirsti Malterud:* Den medisinske diagnose  
– feministiske perspektiver

*Rannveig Dahle:* Profesjonell berøring

*Hildur Kalman:* Vem vet att en kvinnlig  
patient har ont?

*Kitty Strand:* Det kan bli både «for mye»  
og «for lite» kjønn

*Anne Luise Kirkengen:* Veronikas to liv

*Harriet Bjerrum Nielsen:* Nye kjønn  
– med og uten roller



# Kvinneforsknings nr. 1/96