

# Sundhed – En ny semi-religiøs vækkelse i moderne samfund?

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund

Nr. 17, 2012

# Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund

Nr. 17: Sundhed - En ny semi-religiøs vækkelse i moderne samfund?

© 2012 forfatterne og udgiverne.

## Redaktion:

Mette Bech Risør (ansv.), Forskningsenheden for Almen Praksis, Universitetet i Tromsø  
Torsten Risør, Allmenmedisin, Institut for Samfunnsmedisin, Universitetet i Tromsø  
Gitte Wind, Afdeling for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet  
Ann Dorrit Guassora, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet  
Susanne Rewentlow, Forskningsenheden for Almen Praksis, Københavns Universitet  
Rikke Sand Andersen, Forskningsenheden for Almen Praksis, Aarhus Universitet  
Claus Bossen, Institut for Medie- og Informationsvidenskab, Aarhus Universitet

## Gæsteredaktør:

Nanna Mik-Meyer, CBS, Københavns Universitet  
Anne Roelsgaard Obling, CBS, Københavns Universitet

*Peer review:* Foretages af et tværvideenskabeligt panel bestående af bl.a. læger, antropologer, filosoffer, historikere, psykologer, politologer og sociologer.

*Proof:* Thomas Christian Mikkelsen

*Layout og prepress:* Thomas Christian Mikkelsen & Ea Rasmussen

*Tryk:* Werk Offset, Højbjerg.

## Udgiver:

Foreningen Medicinsk Antropologisk Forum,  
Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet, Moesgård, 8270 Højbjerg.

## Bestilling, abonnement, henvendelser og hjemmeside:

Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund.  
Afd. for Antropologi og Etnografi, Aarhus Universitet, Moesgård, 8270 Højbjerg  
Torsdag kl. 12-15, tlf. 87162063,  
Email: sygdomogsamfund@hum.au.dk  
Hjemmeside og artikler online:  
[ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/sygdomogsamfund/index](http://ojs.statsbiblioteket.dk/index.php/sygdomogsamfund/index)

ISSN (tryk): 1604-3405

ISSN (online): 1904-7975

Tidsskriftet er udgivet med støtte fra Forskningsrådet for Kultur og Kommunikation.

## Formål:

*Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund* er et tværfagligt tidsskrift, der tager udgangspunkt i medicinsk antropologi. Tidsskriftet har til formål at fremme og udvikle den forskning, der ligger i grænsefeltet mellem sundhedsvidenskab og humaniora/samfundsvidenskab. Tidsskriftets målsætning er at fungere som et forum, hvor disse fag kan mødes og inspirere hinanden – epistemologisk, metodisk og teoretisk – i forskellige forskningssammenhænge. Tidsskriftet formidler den debat og teoretiske udvikling, der foregår i de voksende faglige samarbejds- og forskningsinitiativer, der udspringer af dette grænsefelt. Tidsskriftet henvender sig til alle med interesse for forskning i sygdom og samfund og i særlig grad til sundhedsmedarbejdere i forsknings- og undervisningssammenhæng med forbindelse til tværfaglige miljøer.

## Aims and scopes

*The Journal for Research in Sickness and Society* is an interdisciplinary journal which has a theoretical background in medical anthropology. The aim and purpose of the journal is to promote and develop research in the borderland between the health sciences and the humanities/the social sciences. The goal of the journal is to function as a forum in which these disciplines may meet and inspire each other – epistemologically, methodologically and theoretically. The journal conveys the debate and theoretical development which takes place in the growing collaboration and research initiatives emerging from this borderland. The journal addresses all with an interest in research in sickness and society and especially health professionals working with education and/or research in interdisciplinary institutions.

# Indhold

*Nanna Mik-Meyer & Anne Roelsgaard Obling*

Introduktion 5-12

*Monica Greco*

Om livets kunst: en vitalistisk læsning af medicinsk humanisme 13-38

*Nanna Mik-Meyer*

Legitimt syg: klasse og køn i sygdomsfortællinger 39-58

*Anne Roelsgaard Obling*

Træning af kontrolleret empati i accelererede kræftbehandlingsforløb 59-78

*Anette Lykke Hindhede*

Normer, normalisering og det hørehæmmede subjekt 79-100

*Bjarke Oxlund*

At leve gennem tal: Brugen af måleapparater i håndteringen af livsstilssygdomme i Danmark 101-118

*Kaspar Villadsen & Kathrine Hoffman Pii*

Forebyggelse på tværs af det offentlige og private: Når patienter trodser myndiggørelse og efterspørger mere professionel involvering 119-142

*Morten Hulvej Rod & Tine Curtis*

At udskyde det uundgåelige: Om brugen af kausal viden i forebyggende tiltag 143-162

Abstracts in English 163

Forfatterliste 169

Skrivevejledning 171

Beskrivelse af nr. 18 174

# Om livets kunst: en vitalistisk læsning af medicinsk humanisme<sup>1</sup>

Monica Greco

---

University of London  
m.greco@gold.ac.uk

Greco, M. (2012). Om livets kunst: en vitalistisk læsning af medicinsk humanisme<sup>2</sup>. Tidsskrift for forskning i Sygdom og samfund, nr. 17, 13-38.

*I en skelsættende og flittigt citeret artikel, har Rita Charon beskrevet narrativ medicin – og mere generelt, introduktionen af humaniora i medicinsk undervisning – for at udvikle færdigheder som empati, refleksion, professionalismisme og kommunikation. I denne artikel argumenterer jeg for at Canguilhem's vitalisme begreb og Alfred North Whitehead's begreb om "livets kunst", giver anledning til at vi med et nyt sæt briller kan læse udsagn omkring narrativ medicin og medicinsk humaniora, kontekstualiseret i en videnskabshistorisk problematik, og forbinde udsagnene med et bredere sæt etiske og politiske betydninger. Efter at have gennemgået de relevante begreber, ved at trække på Canguilhem og Whitehead's arbejde, vil jeg udforske det etisk-politiske spørgsmål om hvordan medicin bedst tjener menneskets fuldkommengørelse, med andre ord "livets kunst". Jeg vil gøre dette gennem en historisk ekskursion, hvor jeg vender tilbage til en debat mellem Viktor Von Weizsäcker og Karl Jaspers omkring fordele og ulemper ved at "introducere subjektet i medicinen". I den for os fjerne historiske kontekst, formulerede Weizsäcker og Jaspers spørgsmål der fortsat er relevante, spørgsmål som ligger implicit i grundlaget for narrativ medicin.*

I sin seneste bog om narrativ medicin fortæller Rita Charon (2006) en historie om, da hun som ung reservelæge passede en dødssyg, ældre mand. Manden var:

“uhelbredeligt syg, sengeliggende i månedsvis med et stort, kraterlignende og inficeret sår på den nederste del af ryggen. Han havde en alvorlig infektion i blodet, og hans nyrer var begyndt at svigte. Alligevel sad hans kone ved hans seng dagen lang, hver dag [...] Hun spurgte mig dagligt ‘Bliver han rask?’ Og jeg tilkaldte plastikkirurgen, som skulle tilse min patients sår. Efterhånden lærte jeg dog selv at rense såret, for plastikkirurgerne kom ikke. De kunne intet gøre for at redde patientens liv. Men jeg vidste ikke, at han ikke var til at redde. Jeg var alene med hans kone..., og hendes liv, der var ved at falde fra hinanden og jeg formåede ikke at få kirurgerne til at komme. Vi var sammen om det os tre – den dødssyge mand, der forsøgte at dø, konen, der var fortvivlet ved tanken om at miste ham og som var ude af stand til at overskue sit liv uden ham og mig selv, reservelægen, som for alt i verden ville redde ham” (2006: 33).

Charons ord bærer stærkt præg af den rådvildhed, enlighed og magtesløshed, som hun følte i situationen, hvilket ikke er en ualmindelig erfaring i medicinsk praksis. Men på trods af denne erfaring handler Charons historie om håb. Hun skriver: “Klinisk havde vi kun lidt at tilbyde denne mand. Jeg vidste ikke på det tidspunkt, at der ingen grænser er for, hvad man som læge kan give” (2006: 34).

Vi kan læse ovenstående historie og dens betydning ud fra (mindst) to perspektiver: Det ene er det umiddelbare, praktiske perspektiv, som Charon selv foreslår. I den videre tekst forklarer hun, at hun i bagklogskabens lys kan se, at hendes lægeuddannelse slet ikke havde udstyret hende med færdigheder til at kunne håndtere lidelse – færdigheder som empati, refleksion og kommunikation, som kunne have givet hende en helt anden forståelse af og tilgang til patienten og hans families behov. Færdigheder, som hun tilføjer, der måske kunne have hjulpet hende til at konfrontere sin egen frygt og manglende accept af døden. Men historien er betydningsfuld også inden for et andet perspektiv, som angår temaet viden. Charon “vidste ikke”, at patienten “ikke stod til at redde”, og denne viden påvirkede hendes fortsatte indsats for at redde ham – eller, for at være mere præcis, hendes indsats i en særlig forståelse af hvad det betød at ‘redde’ ham. Hvad angår plastikkirurgen, som “ikke ville komme”, kan vi kun gætte på, at hans viden om, at der “ikke var noget de kunne gøre” kan have spillet en rolle i den manglende reaktion. Hvad med ideen om, at der “ingen grænser” er for, hvad man kan give som læge? I denne kontekst henviser “der er ingen grænser” både til at vide og ikke at vide: at vide hvad du kan give uden at kende det positive indhold i målet med at give. At

der "ikke er grænser" signalerer her en anerkendelse af, og åbning mod, ubestemmelighed, hvilket er et stærkt udsagn i en klinisk kontekst.

Her følger en anden historie. For få år siden havde jeg en samtale med Dr. Deborah Kirklin, som var leder af UCL Centre for Medical Humanities, om hendes undervisning af medicinstuderende i humanistiske fag. Hun fortalte at et væsentligt formål med denne undervisning var at genindsætte kendskab til – og respekt for – nogle af de menneskelige egenskaber, som de kommende læger havde tabt af syne i løbet af deres medicinske uddannelsesforløb. Hun nævnte eksempelvis evnen til at kunne identificere sig med patienten og betragte patientens sygdom ud fra et erfaringsmæssigt perspektiv, eller evnen til at kunne forestille sig den komplekse livssituation som giver alle medicinske hændelser en personlig og unik betydning. Hun understregede at disse er egenskaber, som hver enkelt af de studerende havde haft som en del af deres egen livserfaring, før de startede på deres medicinstudie. Med andre ord er det egenskaber, som de havde haft, før de blev til personer, som ved/antager at vide. Kirklin sagde ikke eksplicit, det jeg vil foreslå her, nemlig at den uddannelse hun stod for ikke blot ville genoprette sine studerendes forestillingsevner men også genskabe fornemmelsen for ikke at vide, som er en del af livet, som vi erfarer det. Som uddannelse vil den desuden kunne genindsætte en fornemmelse for værdi (eller respekt) for de implicite muligheder i det vi ikke kan vide men kun kan forestille os, finde på eller interagere med.

Jeg har valgt at introducere min artikel med disse eksempler, da de er nutidige, typiske eksempler på den nylige åbning i medicinen mod humanistiske uddannelseselementer. Jeg har brugt eksemplerne til at foreslå, at det, der er på spil i denne åbning, er noget andet og mere end at udvikle færdigheder som empati, refleksion og kommunikation, hvor værdifulde disse færdigheder end måtte være. Jeg foreslår, at det der er på spil er en slags 'vitalisme' – i Georges Canguilhems betydning af ordet. Han beskriver det som: "et imperativ mere end en metode og måske mere et etisk system end en teori" (1994: 288). Jeg foreslår, at denne vitalistiske ramme gør det muligt at se på praktikerens - som Charon og Kirklin - arbejde og ideer i konteksten af et bredt tænkt historisk-videnskabeligt problemkompleks. Samtidig tillader den vitalistiske ramme os at forbinde dette problemkompleks med et sæt af mulige implikationer.

Lad mig uddybe, hvordan vi skal forstå 'vitalisme', og hvilke implikationer begrebet har for medicinsk praksis. Jeg har allerede antydnet, at jeg her anvender 'vitalisme' i den betydning, som Canguilhem har foreslået, som er en betydning, der omhyggeligt må adskilles fra det, som Canguilhem selv kalder for 'klassiske' former for vitalisme. Klassisk vitalisme defineres i Merriam-Webster ordbogen

som: "Teorien om at en levende organismes funktioner skyldes et vitalt princip, der er forskelligt fra fysisk-kemiske kræfter" eller "Teorien om at man ikke alene kan forklare organisk liv på baggrund af fysisk-kemiske lovmæssigheder og at liv er delvist selv-determinerende".

Canguilhem skriver sig direkte op mod disse definitioner, når han formulerer, at vitalisme skal forstås som et imperativ og som et etisk system mere end det skal forstås som en metode eller teori. Vitalister bekræfter livets originalitet, og dette er mere en holdning end en teori: hvis den klassiske videnskabs begreber ikke kan gøre rede for vitale fænomener – det være epigenese, placebo-effekten eller fugleflyvning – så ønsker vitalister at forklare disse fænomener. Vitalister mener ikke, at de særlige karakteristika vi forbinder med levende væsner blot er sekundære kvaliteter eller illusioner, der skal forklares med reference til en iboende, mere grundlæggende og videnskabelig mere velkendt virkelighed. Når de står over for det ubehagelige valg mellem at have tillid til viden eller til livet, så vælger vitalister livet. Bergson udtrykte tydeligt denne holdning, da han i *Creative Evolution* skrev, at "det 'vitalt princip' måske ikke kan forklare så meget, men i det mindste er det en slags mærkat, der er påhæftet vores ignorance, for at minde os om denne nu og da, mens andre mekanismer opfordrer os til at ignorere denne ignorance" (Bergson, 1911: 42; se også Greco, 2005).

Vitalister bekræfter således livets originalitet og ved primært at gribe vitalisme an som en indstilling ændrer vi ved det, som vi forstår som 'originalitet'. Liv er ikke 'originalt' i den betydning, at det udgør en undtagelse fra naturens love, det er originalt i den forstand, at det er begyndelsepunktet, det har en logisk prioritet og det udgør mulighedsbetingelsen for viden. Videnskab er en manifestation af de levendes aktiviteter og livsvidenskab kan ikke være indifferent over for det faktum, at viden stammer fra liv, og at liv er større end viden – dette er det etiske imperativ, der for Canguilhem er indbygget i vitalisme. Hvor abstrakt det end måtte lyde, så har det nogle specifikke implikationer for, hvordan vi kan tænke om kroppe i en medicinsk kontekst. Det er implikationer, der giver genlyd i praktikere som Charon og Kirklins arbejde, men det er også implikationer, der peger videre end det.

## Medicinsk vitalisme: Sundhed som normativitet

I en medicinsk kontekst leder den logiske prioritering af 'liv' Canguilhem til at insistere på, at forskellen mellem sundhed og sygdom ikke på en simpel måde svarer til forskellen mellem det normale og det patologiske. At være sund har at

gøre med at være normativ snarere end med at være normal. En sund organisme er en normativ organisme i den forstand, at den er i stand til at leve efter sine egne livsnormer og at den har en frihedsmargin i forhold til de betingelser, eller normer, der defineres via dens omgivelser. Canguilhem illustrerer denne pointe med et eksempel om en barnepige som:

”udfører sine arbejdsopgaver på bedste vis [og] kun er bevidst om sit lave blodtryk på grund af de neurovegetative forstyrrelser, som hun har, når hun bliver taget med på ferie i bjergene. Selvfølgelig er ingen forpligtet til at leve i store højder, men man er overlegen, hvis man kan, for det kan blive uomgængeligt til enhver tid. Én livsnorm er en anden overlegen, når den inkluderer det, den anden tillader og det, den forbyder” (Canguilhem, 1989: 182).

Det er grunden til at:

”man må kigge bagved al tilsyneladende normalitet for at se, om den er i stand til at tolerere brud på normen, til at overvinde modsætninger eller håndtere konflikter. Enhver normalitet, der er åben for mulige fremtidige korrektioner, er autentisk normativitet - eller sundhed. Enhver normalitet, der er begrænset til at vedligeholde sig selv og er fjendtlig over for enhver variation i temaer, der udtrykker den, og som er ude af stand til at tilpasse sig nye situationer, er en normativitet blottet for normative intentioner. Når man er konfronteret med en hvilken som helst tilsyneladende normal situation, er det derfor vigtigt at spørge om, hvorvidt de normer, den omfatter, er kreative normer, normer med en fremdrift, eller tværtimod konservative normer, normer hvis drivkraft er rettet mod fortiden” (Canguilhem, 1994: 351-352).

Sundhed som organisk normativitet refererer til et ubestemmeligt overskud af vitale muligheder, der er tilgængelig for en organisme; et overskud hvad angår de muligheder, der aktualiseres i en given situation. Her må vi modstå den naive, men almindelige intellektuelle refleks, der består i at sammensmelte de to udtryk ’organisk’ og ’fysisk’. Den fremtrædende pointe om levende organismer er ikke at de er fysiske kroppe (selvom de også er det), men at de er udholdende individer, der er i stand til at give originale reaktioner på udfordringer fra deres omgivelser. Der er således et dobbelt aspekt i en organismes aktivitet: en, der vedrører udholdenhed i betydningen løbende opnåelse af sammenhæng eller selvopretholdelse og en anden, der vedrører kreativitet i betydningen evnen til forandring og til at opfinde nye måder at reagere på:



”Selvopretholdelse er ikke livets mest generelle kendetegn, det er tværtimod et kendetegn ved reduceret, forsvindende liv. En sund person er en person der er i stand til at konfrontere risici. Sundhed er kreativ – kald det normativ – da den er i stand til at overleve katastrofe og etablere en ny orden” (Canguilhem, 1994: 355).

Denne vægtning af normativitet er vigtig, fordi den peger på den dimension af ’sundhed’, som er mere end et bevis for biofysisk eller psykosocial tilpasning eller normalitet: denne overskudsmargin er netop afgørende for Canguilhems definition af sundhed som begreb. I praksis er det derimod ikke ualmindeligt, at begreberne sundhed og normalitet bruges som synonyme. Det er ofte tilfældet i hverdags sproget, hvor ’sundhed’ som et kollektivt ideal baseres på kriterier fra epidemiologi: vi taler om normale værdier i et sæt af blodprøveresultater eller normale kvalifikationer målt i forhold til et givet sæt af opgaver eller funktioner, og vi associerer disse kvalifikationer med funktionernes sundhed. Disse sundhedsnormer genereres i en social videnspraksis, og som sådan er de sociale normer. Canguilhem insisterer på, at vi må skelne disse fra normer, der er organiske (eller vitale, i hans vokabular) og som altid vedrører et individ. Der er selvfølgelig, i hvert fald for mennesker, en tæt relation mellem sociale og organiske normer<sup>3</sup>. På grund af dette tætte forhold kan det synes overflødigt eller misvisende at foreslå en skelnen mellem det sociale og det vitale. Det er ikke desto mindre vigtigt, at lave denne skelnen som en påmindelse om, at organiske muligheder (og deres værdimæssige betydning) ikke skal forveksles med dem, der er forståelige for os som videnskabelige abstraktioner:

”Fysiologi er videnskaben om funktioner og levevis, men det er liv, der foreslår fysiologen, hvordan han skal undersøge noget og til hvad han skal kodificere lovene. Fysiologi påtvinger ikke kun liv de elementer, hvis mekanismer er begribelige for den [fysiologien]” (Canguilhem, 1989: 100).

Det vi får fra Canguilhem, og den form for vitalisme han tilslutter sig, er det spinoziske udtryk, at vi ikke ved, hvad kroppe kan gøre. Mulighed og potentialitet er altid mere end hvad vidensabstraktioner kan forklare: med andre ord, livet ”lever ofte ikke op til sine egne muligheder, men kan, når det er nødvendigt, overgå forventningerne” (1989: 198). I konkrete situationer bliver vi regelmæssigt mindet om dette forhold via fænomener som eksempelvis spontan helbredelse eller placebo-effekten: altså tilfælde hvor sundhed skabes, hvor kroppe handler i trods mod det, vi ved om dem. Tit gøres vi selvfølgelig også opmærksomme på

forholdet gennem medicinske prognosers ultimative usikkerhed eller af de 'medicinsk uforklarlige symptomer', som udgør en betydelig andel af konsultationerne i både den primære og sekundære sundhedssektor (Reid et al., 2001; Verhaak et al., 2006). Det der følger af udtrykket, at vi ikke ved, hvad kroppe kan gøre, er at når medicin bekender sig til biomedicinsk viden på bekostning af at være opmærksom på den bredere livskontekst, så løber den en risiko. På den ene side har vi de fejl, som foranlediges af "medicinsk hybris" (Genuis, 2006), men det er kun den halve historie. Den anden halvdel af historien involverer den modsatte hybris, nemlig den uheldige antagelse, at der kun er lidt eller intet, der kan gøres – når der i virkeligheden, for at sige det med Charons ord, "ikke er grænser for, hvad man som læge kan give". Jeg vender tilbage til denne pointe nedenfor.

Konsekvensen af at anerkende livets og sundhedens normative karakter, var for Canguilhem at understrege den primære vigtighed af klinikken - i modsætning til eksempelvis laboratoriet – for medicinske praksis. Selve tilblivelsen af medicinsk viden opstår i det kliniske møde og som sådan er mødet derfor dybt relevant. Det er stedet, hvor læger møder deres patienter og det liv de har med sig i al dets kompleksitet, usikkerhed og ubestemmelighed. Klinikken er også der hvor læger møder de praktiske værdier og den personlige betydning af en medicinsk hændelse. Ikke som noget givet og fastlagt, men som noget der i det mindste delvist (stadig) er åbent for konstruktion igennem dialog.

Klinikkens vigtighed understreges også af Annemarie Mol i hendes åreforkalkningsetnografi, *The Body Multiple* (2002). Hendes argumentation er meget anderledes end Canguilhems, men hun når frem til den samme konklusion. Mol foreslår, som en noget underspillet pointe i det sidste kapitel af bogen, at hendes analyse "giver støtte til klinisk medicin" og særligt "støtter de stemmer, som forsøger at forbedre klinikken på dens egne betingelser" (2002: 183,184, min fremhævelse). Årsagen til denne fremhævelse af klinikkens egne betingelser er at aktuelle forsøg på at forbedre medicin, herunder klinisk praksis, er baseret på at udøve et 'såkaldt videnskabeligt rationale' (dette er eksempelvis tydeligt i den kvantitative kliniske forsøgstradition) – et rationale, hvis formål er at stabilisere det vi forstår som den virkelighed, der omgiver sundhed og sygdom. I modsætning til klinikken, som 'eksisterer med en fleksibel subjektiv evaluering' og i praksis håndterer de usikkerheder der følger med, så arbejder et såkaldt videnskabeligt rationale med et virkelighedsideal, hvorfra tvivl og selvmodsigelse kan elimineres. Men som Mols etnografi tydeligt viser, så stammer tvivl og selvmodsigelse ikke fra upræcis eller utilstrækkelig viden. De stammer derimod fra det faktum, at virkeligheden i sig selv er kompleks, således at de multiple iscenesættelser af eksempel-

vis åreforkalkning kan sameksistere i relationer, der i praksis involverer gensidig eksklusion og inklusion, kontrast og indbyrdes afhængighed og så videre. Mol argumenterer for, at hvis usikkerheden omkring, hvad der er den bedste fremgangsmåde ikke kan reduceres, så er en af de politiske opgaver at værne om og støtte op om de steder, praksisser og rum, hvor tvivl og usikkerhed artikuleres og debatteres – dog ikke med en forventning om, at bedre viden (eller konsensus om én bagvedliggende 'virkelighed', fx i relation til åreforkalkning) vil være i stand til at komme dem til livs. Klinikken er et sådant rum<sup>4</sup>.

Mols argument er således til fordel for en 'hvad-politik', som hun også selv gør opmærksom på, og som står i modsætning til en 'hvem-politik'. Som hendes ordvalg antyder, så ligger vægten ikke på at give bemyndigelse til særlige persongrupper til at fremlægge deres meninger og træffe valg. Vægten ligger snarere på at give værdi til forskellige virkeligheder ved at tage dem alvorligt. Men Mol stopper før hun specificerer, hvad disse virkeligheder kan være eller hvad det kan betyde at forbedre klinikken på dens egne betingelser: "Hvilke betingelser?", skriver hun, "Hvordan kan man gøre det klinisk gode bedre? Det er spørgsmål, som jeg her lader være åbne" (2002: 184). Jeg foreslår, at svaret på disse spørgsmål netop skal findes hos praktikere såsom Rita Charon og Deborah Kirklin. De har vendt sig mod humanismen med det formål at gøre læger i stand til bedre at adressere kompleksiteten af den enkelte medicinske situation, særligt hvad angår de mere u håndgribelige, personlige og kommunikationsrelaterede aspekter. For at forstå betydningen af dette arbejde må vi dog gå nogle skridt videre. Mols etnografiske tilgang fører til, at hun fokuserer på virkeligheder som er praktisk mulige, frem for på de abstraktioner, der ligger til grund for praksis. Et teoretisk fokus på vitalisme, såsom Canguilhems, går den anden vej rundt: det tilbyder et sæt abstraktioner, der er forskellige fra de, der råder inden for medicinsk positivisme. Dette fokus inviterer os til at forestille os hvilke virkeligheder, vi kunne tage alvorligt, hvis en vitalistisk, snarere end en positivistisk, indstilling var normen. For at kunne undersøge hvilken karakter disse virkeligheder har, må vi vende tilbage til nogle af de implikationer, der følger med når vi betragter begrebet sundhed som normativitet.

## Livets kunst versus vedholdenhedens kunst

Begrebet sundhed som normativitet har bemærkelsesværdig lighed med det Alfred North Whitehead kaldte 'livets kunst' (på engelsk: 'the art of life'). På samme måde som Canguilhem kontrasterer sundhed med evnen til selvopretholdelse, så

kontrasterer Whitehead livets kunst med vedholdenhedens kunst: "[...] livet i sig selv er forholdsvist utilstrækkeligt i overlevelseshed. Vedholdenhedens kunst er at være død. Kun uorganiske ting består over lang tid" (1958: 4). Den værdi, der finder specifikt og overbevisende udtryk i levende væsner er således ikke udholdenhed (eller vedholdenhed), men i stedet originalitet: det vil sige en særlig relation til nyskabelse. I modsætning til de skabninger, der beskrives af de fysiske og kemiske videnskaber, så er levende væsner "struktureret på en sådan måde, at nyskabelse kan have en betydning, kan inducere en varig...ændring" (Stengers, 2006: 14). Levende væsner defineres som sådan ikke af 'liv', som en essentiel kvalitet, men af deres evne til at opfange nyskabelse ud af den strøm af processer, som alt er en del af, og bruge dette i skabelsen af en ny orden. Lad os genkalde os at Canguilhem beskrev sundhed som en 'fremdrift'; Whitehead giver en definition af livets kunst som bogstaveligt talt kan læses som en fremdrift: livets kunst er "en trefoldig drift: (i) at leve, (ii) at leve godt, (iii) at leve bedre" (1958: 8). Livets kunst er i et vist omfang tilstede i alle højere livsformer; men, som vi skal se, når det uhørte dimensioner i menneskets liv<sup>5</sup>.

Ved læsning af Whitehead, som ved læsning af Canguilhem, konfronteres vi med forskellen mellem (konservativ) tilpasning og kreativitet. Det er en forskel, som involverer en invers relation til omgivelserne. Levende væsner er normative. Ikke i den grad, at de tilpasser sig omgivelserne, men snarere i den grad, at de er i stand til på en kreativ måde at tilpasse omgivelserne til deres egne formål og interesser. Den kreative tilegnelse af omgivelserne er det mest iøjefaldende faktum i menneskehedens eksistens, skriver Whitehead, og den reflekterer den store betydning, som evnen til at indfange nyskabelse har fået for denne særlige art højerestående dyr (Whitehead, 1968). Dyreliv "kan møde konventionelt nyt med konventionelle redskaber" i den forstand, at denne form for liv indfanger og kanaliserer nye muligheder, som rent faktisk er tilgængelige i deres omgivelser (1968: 25). I modsætning hertil karakteriseres mennesker ved kapaciteten til at reflektere over abstrakte muligheder, det vil sige "muligheder for en ideal realisering abstraheret fra enhver ren fysisk realisering" (1968: 167). Whitehead beskriver også dette som evnen til at forestille sig alternativer hvorved "ekstrem nyskabelse introduceres, nogle gange saliggjort, nogle gange fordømt, og nogle gange bogstaveligt talt patenteret eller copyrightbeskyttet" (1968: 26)! Det er værd at bemærke her, at sådanne muligheder kan være 'ideelle' i en dobbelt forstand. På den ene side betyder det simpelthen, at mennesket kun realiseres 'i abstraktion'. På den anden side "understreger det alternatives underholdningsværdi dets vig-

tighed" (1968:26), som finder udtryk i forfølgelsen af idealer – moralske, religiøse, æstetiske, videnskabelige og så videre.

Hvilke virkeligheder antyder denne tilgang, at vi tager overvejelserne om 'hvordan [vi kan] gøre det klinisk gode bedre' alvorligt? Hvis sundhed som normativitet henviser til en højere, ideel orden af individuel eksistens, hvilke muligheder er så vigtige i relation til menneskers sundhed? I modsætning til hvad nogen måtte tro, så medfører det at adoptere en vitalistisk indstilling ikke en diskvalifikation af relevansen af biofysiske hændelser. Selve muligheden for udholdenhed afhænger netop af sådanne omstændigheder, og det ville ikke blot virke imod hensigten, men også være tåbeligt at benægte dette. Det der følger er tværtimod at man stiller spørgsmålstejn ved den nærmest automatiske forrang, der tildeles værdien udholdenhed – og derved også til biofysiske forhold – da det afspejles i organiseringen af medicinsk praksis og i dominansen af biomedicin som praksis. Pointen er ikke, at benægte værdien af udholdenhed, det er absolut en vigtig en af slagsen, men derimod at udfordre den magt, der for øjeblikket tildeles denne værdi, så den overgår så godt som alle andre værdier.

I akademiske diskussioner er en klassisk og aggressiv afvisning af de, som beklender sig til socialkonstruktionisme, at sige: "Fortæl mig den pointe igen, når du er ved at springe ud fra et fly i 10.000 fods højde uden faldskærm". Noget ikke ulig dette argument forekommer, når eksempelvis alternativ medicin afvises for at se bort fra biofysiske kendsgerninger<sup>6</sup>. Den vigtige forskel mellem disse to eksempler angår konteksten, i hvilke de typisk finder sted. Afvisningen i det første eksempel følger en bestridelse af at noget overhovedet skulle have status af at være kendsgerninger. Men lige meget hvor konstruerede disse kendsgerninger end måtte være, så er det tåbeligt at hoppe ud fra stor højde uden faldskærm, hvis dit vigtigste anliggende er at forblive i live. I det andet eksempel er det, der er på spil, derimod ikke afvisningen af kendsgerninger. Det, der er på spil er tilslutning til et andet sæt af abstraktioner i sundhedsværdiens navn (ikke liv i sig selv). Sådant en tilslutning kan involvere en tilsidesættelse af biofysiske kendsgerninger snarere end en afvisning af dem. Spørgsmålet er om en sådan tilsidesættelse kan retfærdiggøres i en medicinsk kontekst. Uden at sige at der er et simpelt svar på dette spørgsmål, foreslår jeg, at vi begynder at overveje det via en anden historie, som antyder, at der i en menneskelig kontekst er flere dimensioner af sundhed som normativitet.

## Carlos, eller: "Tak fordi du reddede mit liv"

Carlos var en terminal kræftpatient, som var i behandling hos psykiater og eksistentiel psykoterapeut, Irvin Yalom. "Når jeg besøgte Carlos på hospitalet", skriver Yalom, "var han så svag, at han næsten ikke kunne bevæge sig, men han løftede sin arm, klemte min hånd og hviskede: 'Tak. Tak fordi du redder mit liv.'" (Yalom, 1991: 86)<sup>7</sup>. Hvis vi tager Carlos' ord alvorligt, så skal det faktum, at han (patienten) i sidste ende døde, ikke overskygge værdien af den terapi, der genoprettede en grad af normativitet, en grad af 'fremdrift'. Men hvad betyder normativitet her? Og hvordan kan denne form for normativitet være relevant for medicinske praksis? På et ganske bogstaveligt niveau så refererer den opnåede normativitet her til Carlos' evne til selv at definere betydningen af at blive "reddet". Midt i et virvar af terapeutiske anstrengelser rettet mod at føre ham tilbage til en kræftfri eksistens, blev Carlos med Yaloms hjælp i stand til at tænke (og føle) frit. Han formåede at finde og skabe en ny og original måde at eksistere på.

I en social og politisk kontekst hvor sundhed og sygdom er begreber, der eksplícit anfægtes, er det ikke længere muligt at afvise Carlos' oplevelse af at være "reddet" som irrelevant for det lægefaglige job eller som irrelevant, fordi følelsen af at blive reddet er subjektiv og derfor 'kun' hans egen opfattelse. Carlos døde og samtidig blev han reddet. Det er et godt eksempel på forskellen mellem vedholdenhedens kunst og livets kunst. Han blev ikke reddet i en universel forstand, for betydningen af "reddet" er multipel; ej heller i en absolut forstand på samme måde som sundhed aldrig er en absolut størrelse. Men blev han reddet i en forstand, som berettiger Carlos valg af udtrykket 'reddet' i relation til sit eget liv. I lyset af vores tidligere diskussion kan vi se, at dette valg af udtryk på ingen måde er tilfældigt. At blive "reddet" peger på vigtigheden af de forandringer, der skete i de få måneder før Carlos døde: de få måneder hvor han levede bedre og med en stærkere følelse af handlekraft og meningsfuldhed, end han havde gjort i de mange år, hvor han var sygdomsfri og derfor angiveligt 'sundere'. Vi kan måske endda sige, at livets kunst også inkluderer kunsten at dø godt og dø bedre.

Carlos' valg af udtryk retfærdiggør også, at man kan betragte Yaloms terapeutiske anstrengelser som berettigede. Yalom beskriver, hvordan han efter at have accepteret at tage Carlos i terapi var usikker på, hvilke terapeutiske mål der kunne være 'realistiske og passende' i Carlos tilfælde. 'Realistiske og passende' kunne dække over beskedne mål som for eksempel blot at tilbyde 'nærvær og støtte' snarere end en mere ambitiøs behandling rettet mod personlig udvikling og transformation: "Hvilken mening giver det at tale om 'ambitiøs' behandling med en

person, hvis forventede levetid i bedste fald kan regnes i måneder? Vil nogen, vil jeg, investere tid og energi i et så kortvarigt projekt?" (Yalom, 1991: 73). Til Yaloms overraskelse gjorde Carlos glimrende brug af terapien, som samtidig transformerede sig til folk omkring ham: blandt andre hans børn, hans medpatienter i den kræft-selvhjælpsgruppe som han arrangerede og Yalom selv. Forskellen mellem "realistisk og passende" behandlingsmål – mål der ville være relateret til den 'virkelighed' som defineres af den biomedicinske prognose og den 'ambitiøse' terapi som Yalom i sidste ende stræbte efter - genkalder et modsætningsforhold, som vi allerede har stødt på i Rita Charons historie. Det er kontrasten mellem udsagnet om, at kirurgerne "intet kunne gøre" og udsagnet om at "der er ingen grænse for, hvad man som læge kan give". Carlos døde, men alligevel blev han reddet: understregningen af sundhed som normativitet inviterer os til at betragte dette som en interessant kontrast, som siger noget om menneskelige væsners kompleksitet snarere end det skal betragtes som et modsætningsforhold, der skal overkommes, elimineres eller bortforklares som 'udelukkende' et tegn på Carlos egen opfattelse af tingene.

I eksemplet peger det at blive 'reddet' til selve formålet med terapien (i en menneskelig kontekst refererer det til livskvalitet som en funktion af personlige og kommunikationsrelaterede aspekter) som er en yderst relevant dimension af normativitet, der kan tabes og måske findes igen. På ét niveau fortæller dette os intet nyt, særligt ikke i relation til terminale sygdomssituationer, hvor værdien af at forlænge den biologiske eksistens for personens egen skyld ofte diskuteres eksplisit. Men på et andet niveau fremtvinger det at anerkende formålsrettethed (eller mening) som en vigtig dimension af normativ vitalitet spørgsmålet om, hvilken rolle et tab af mening kan spille i vitale processer før en (biologisk) terminal situation. Hvis det er muligt at blive "reddet" fra et meningstab, så er det også muligt at blive "fortabt" i en lignende forstand. At specificere nærmere hvordan en sådan fortabelse måske kan føre til en biopatologisk proces er en opgave, der er fyldt med særlige metodologiske vanskeligheder, hvilket måske kan forklare (dog kun delvist) hvorfor det forbliver et marginalt foretagende inden for medicin. Dette er dog ikke en grund til at afholde sig fra at spekulere: havde problematiseringen af Carlos helbred fulgt en anden prioriteringsorden, så havde hans situation måske været en anden, og han havde måske overlevet sin kræftsygdom (selvom han, uden tvivl til sidst ville have fundet en anden måde at dø på). Som psykoterapeut beretter Yalom om en typisk sorg blandt terminalt syge patienter, nemlig at de først opdager værdien af og kraften i personlig transformation meget sent i deres sygdomsforløb.

## Frøelse og den medicinske kunst: forslag fra en historisk ekskurs

I forordet til det, der kan beskrives som den første lærebog i narrativ medicin, skriver Rita Charon den følgende, sigende bemærkning:

”Bogens design er undseligt og dens indledende, stilfærdige præsentation af sig selv som en videnskabelig fremstilling af arbejde fra mange intellektuelle discipliner virker som et dække for en revolutionær invitation til radikal forandring” (Charon i Engel et al., 2008: ix).

Det interessante ved denne kommentar er at den indeholder en dobbelt positionering. På den ene side antyder kommentaren muligheden for radikal forandring; på den anden side antyder kommentaren behovet for at fremsætte denne mulighed ‘under cover’, hvilket kan fortolkes i forhold til hvad Isabelle Stengers beskriver som den Leibnizianske tvang: nemlig målsætningen om at fremlægge sandheden på måder, som ikke vil ”kollidere med etablerede synspunkter” (2000: 15). Denne selvpåførte tvang, som kan beskrives som en diplomatisk bestræbelse, er ret tydelig i meget af den litteratur, som handler om værdien af medicinens vending mod humanistiske fag. Denne bestræbelse kan imidlertid skabe en del skrævvridninger. Det er for eksempel ikke ualmindeligt at fremlægge interdisciplinaritet som noget, der tilbyder forskellige ‘perspektiver på en medicinsk problemstilling’. Dette er også tilfældet i det følgende uddrag af Martyn Evans og Ilora Finlays introduktion til en samling, der hedder Medicinsk humanisme:

”Mange discipliner, herunder videnskabelig medicin [...] udgør vores mangesidede prisme som medicinsk praksis kan betragtes igennem. Selvfølgelig taler forskellige discipliner i nogen grad forskellige sprog og har forskellige interesser og problemstillinger [...] De vil typisk se forskellige ting i de objekter de undersøger [...] Pointen er, at vi ikke behøver at vælge mellem dem. De er alle relevante og vigtige [...]” (Evans & Finlay, 2001: 2).

Vi kan kalde dette en ‘pluralistisk’ model, altså en model, der muliggør en vis form for kritik af dominansen af en videnskabelig fremgangsmåde i medicin, mens modellen også relaterer den videnskabelige medicin som vi kender den til andre discipliner. Det er dog svært at forestille sig, hvordan man opnår en sådan glædelig sameksistens af discipliner bortset fra i den forudsigelige forstand, hvor ‘bløde’ discipliner (og deres bløde problemstillinger) forbliver underordnet - og trumfet af - den relevans, der tilskrives ‘hårde’ kendsgerninger. Et mere radikalt



forslag, som elegant udtrykkes af Engel og medforfattere i det første kapitel af deres lærebog er, at de forskellige perspektiver simpelthen ikke passer sammen og vi må anerkende, at den videnskabelige model, som stadig virker i den medicinske praksis er utilstrækkelig, selvom den længe også har været miskrediteret selv internt blandt naturvidenskabsfolk. Kun hvis denne utilstrækkelighed anerkendes vil det fulde potentiale i medicinens engagement med de humanistiske videnskaber angiveligt komme til sin ret (Engel et al., 2008). Mens dette forslag synes radikalt på et teoretisk niveau, så foreslår jeg at det i sig selv kan betragtes som et dække over de virkelig revolutionerende implikationer, som kan følge i kølvandet af anerkendelsen af en sådan utilstrækkelighed. Hvorfor er der brug for et dække? Hvor er kompromiset? Kravet om forandring sker trods alt stadig i en bedre videnskabs navn – hvis værdi som autoriseret diskurs hermed ikke udfordres, men derimod blot bekræftes på ny.

Kravene til en 'ny [medicinsk] kosmologi' (Greaves, 1996, 2004), et 'tronfølgende paradigme' (Foss, 2002) eller en 'ny medicinsk model' (Engel, 1977) er ret talrige, men de, eller i hvert fald deres effekt, er også uvægerligt ret marginale, hvilket på sin vis ikke er overraskende. I den udstrækning det giver mening at tale om en hegemonisk biomedicinsk model, så kan den selvsamme hegemoni forklare hvorfor teoretiske uoverensstemmelser kan eksistere, men den bliver mindre interessant når disse teoretiske uoverensstemmelser udvides til at omfatte modellen selv. Som ideologisk udfordringsstrategi synes enhver tale om et paradigmeskift at være selvdestruktiv. Det kan vi blandt andet aflede af klassiske sociologiske analyser af uenighedens dynamikker i et givet sprogfællesskab som det er foreslået af Wolpe, der specifikt refererer til den medicinske profession (Wolpe, 1990, 1994). Det vi må undersøge er karakteren af hegemoniet i sig selv: nemlig hvilke værdier og interesser en utidssvarende videnskabelig model synes at forsvare og understøtte på en måde, at den viser sig at være så vedholdende. Med andre ord - og i en ånd af vitalisme - må vi slippe et snæversynet fokus på problematisk viden og i stedet favne en bredere erfaringshorisont.

Jeg foreslår, at vi gør dette ved at betragte de problemstillinger som indtil videre er diskuteret i denne artikel, i et større historisk perspektiv. Kravet om en transformering og fornyelse af medicinsk rationalitet er næppe nyt. Orienteringen mod humanisme i medicin kan netop ses som den nutidige version af nogle temaer som gentager sig igen og igen i moderne medicins selvforståelse. Et af temaerne er ideen om, at der i medicinsk praksis er et element af kunst, som må reddes fra den øgede videnskabelige dominans. Et andet, men beslægtet tema, er ideen om, at den videnskabelige del af medicin ikke er tilstrækkelig i forhold til

det medicinske felt som sådan og derfor må forbedres og forandres på forskellig vis. Til at begynde med vil jeg kæde medicinsk humanisme (og narrativ medicin) sammen med andre former for 'det undertryktes genkomst' i den moderne videnskabelige medicins historie<sup>8</sup>. Denne genkomst minder om det Canguilhem omtaler som 'vitalismens vitalitet' i biovidenskabernes historie: nemlig det faktum at vitalistisk tænkning er kommet igen - på trods af epistemologiske imperativer for at forhindre denne tænkning - og at dette er sket på en måde så vi er forpligtet til at anerkende dets værdi som et symptom på begrænsningerne af den positivistiske tilgang til levende væsener (Canguilhem, 1975; se desuden Greco, 2005). På tilsvarende vis er de temaer, som dukker op i medicins nyere historie, symptomer der ekskluderes fra seriøs overvejelse inden for hovedstrømmen af moderne medicin. Hvis ikke denne problemstilling er ny, så ligger fordelene i at betragte den i et langsigtet perspektiv i, at det giver indsigt i forskellige måder, hvorpå problemstillingen tidligere er blevet artikuleret. Historiske omstændigheder nuancerer, hvad det er muligt at sige i en given tid og en sammenligning kan derfor være oplysende. For at kontekstualisere denne diskussion foreslår jeg, at vi fokuserer på den tyske neurolog og medicinske filosof Viktor von Weizsäcker's arbejde samt på psykiateren og filosofen Karl Jaspers svar på nogle af Weizsäcker's ideer<sup>9</sup>.

## En revolutionerende invitation til radikal forandring: Viktor von Weizsäcker

I modsætning til Canguilhem, som var medicinsk uddannet filosof og historiker, så var Weizsäcker praktiserende neurolog og neurovidenskabsmand, som dog også skrev og underviste i filosofi. Han er bedst kendt som pioner og grundlægger af psykosomatisk medicin i Tyskland. Han døde i 1957<sup>10</sup>. Der er mange ligheder mellem Weizsäcker's tanker og det jeg gennem artiklen har beskrevet som en 'vitalistisk' indstilling. Men ligesom Canguilhem kan Weizsäcker ikke betragtes som en klassisk vitalist. Et vigtigt udgangspunkt i hans tænkning er det faktum, at der ikke findes empiriske kriterier, som lader os skelne det levende fra det, der ikke er levende: "det er tydeligt", skrev han, "at grænserne mellem det levende og det livløse ikke er verificerbare i tid eller rum, hverken i en dynamisk eller kausal forstand" (1986/1949: 452). En mekanistisk tolkning af denne sætning er, at levende fænomener kun synes forskellige fra den livløse verden, der beskrives i klassisk fysik og kemi, samt at tekniske fremskridt med tiden vil give os mulighed for at løse dette dilemma på en objektiv måde. I modsætning hertil tog Weizsäcker

usikkerheden omkring definitionen af liv som symptomatisk for livets natur i sig selv og for virkeligheden i almindelighed. Han henviste til fysikere som Planck, Einstein og Heisenbergs arbejde og til begreber som eksempelvis ubestemthedsrelationen eller usikkerhedsprincippet og observatøreffekten for at understrege, hvordan videnskaber som fx fysik bevæger sig i retning mod biologien når de opgiver påstanden om objektiv fremstilling, og ikke vice versa (1987 [1946]). Udviklingen inden for disse videnskaber gør det fuldstændig tydeligt, at videnskab som sådan "udgør en meget specifik menneskelig indstilling blandt mange andre", ikke en form for indsigt, der er en særlig ydmyghed værdig (ibid., 4453). Det som Weizsäcker, ligesom Canguilhem, hævder her er, at liv har en normativ fortrinset over viden. Mere specifikt så påstod Weizsäcker, at der er en grundlæggende spænding mellem liv og viden, da liv som en form for tilblivelse er anti-logisk. For at sige det med hans egne ord, så er liv:

"en betydningsfuld modsigelse [...] hvorved noget hverken er eller ikke er, men i stedet nærmere mister en væren og modtager en [...] anti-logisk situation [...] hvor både en påstand og dens negation er sande [...] Hvis jeg for eksempel siger: 'jeg bliver til' og på samme tid siger: 'jeg dør lidt efter lidt', så er begge ting sande[...] Det levende er altid noget permanent, der forandres – ligesom mennesket" (1987 [1946]: 50).

Weizsäcker forsøgte gennem en række neurofysiologiske eksperimenter at forbindelsen mellem sansning og bevægelse at påvise, at der er en subjektiv og ubevidst dimension i alle biologiske kendsgerninger. På dette grundlag argumenterede han for, at medicin skulle være 'antropologisk' i den forstand, at den skulle bedrives ikke blot som en undersøgelse af det, der er givet som observerbart, men også ved at stille den slags spørgsmål (omkring ethvert medicinsk fænomen), som kun et subjekt kan stille: spørgsmål der relaterer sig til betydning, intention eller "motiv og mål" (Motiv und Ziel) (Weizsäcker, 1986[1949])<sup>11</sup>. Disse er spørgsmål, der adresserer liv og dets tilblivelsesprocesser og som antyder de tvetydigheder og ubestemmeligheder som liv indebærer, når det forstås på denne måde (Weizsäcker, 1987 [1946]; 2005 [1956]). I det tyske sprog afslører modalverber – dürfen, müssen, sollen, können, wollen (må, skal, burde, kan, vil) denne fundamentale tvetydighed og ubestemmelighed. Det er termer som indikerer eksistens "ikke så meget som det, der er givet, men som det, der gennemlevs [erlitten]". Modalverberne indikerer desuden en virkelighed af muligheder, der ligger ud over det faktiske, udover det, der objektivt set er tilfældet: hvis jeg siger 'jeg vil' så er im-

plikationen, at det jeg vil ikke allerede er; hvis jeg siger 'jeg kan' så antyder jeg på lignende vis, at det jeg kan gøre ikke nødvendigvis vil ske (Weizsäcker, 1987 [1946]: 48)<sup>12</sup>. At beskæftige sig med sygdom som noget særegent for det levende indebærer, at undersøge dets betydning som et eksempel på noget (et specifikt) liv må, skal, burde, kan eller vil gennemgå. Weizsäcker refererede til dette som "subjektets introduktion i medicin" (Einführung des Subjektes in die Medizin).

Weizsäckers ideal om en antropologisk medicin forestillede sig således en praksis, hvor (somatisk) sygdom ville ophøre med at blive betragtet som en 'objektiv' kendsgerning, dvs. som en kendsgerning der primært er tydelig i eller som et objekt. Se det er et radikalt forslag. Weizsäcker indså og accepterede, at ophævelsen af objektivitet som hovedkriterium for medicinsk praksis medførte omfattende praktiske konsekvenser. Først og fremmest vil medicins evne til at bibeholde sin legitimitet gennem et krav på videnskabelighed blive anfægtet. Ligeledes vil de 'juridiske' funktioner, som medicin takket være dens videnskabsbaserede legitimitet varetager, blive problematiseret - eksempelvis medicins rolle i fordeling af ressourcer eller som medierende instans i relationen mellem ansatte og arbejdsgivere<sup>13</sup>. I en klinisk kontekst vil ophævelsen af objektivitet involvere en forskydning af fokus på sygdom som værende problemet, der skal løses. Weizsäcker foreslår, at sygdom i stedet skal behandles som et øjeblik af værdi og undersøges med hensyn til hvad der opnås, og hvorfor det betyder noget, og hvordan denne betydning former relationen mellem en person og vedkommendes omgivelser. Det radikale i forslaget her er at det er en medicin, hvis praksis ikke direkte stræber efter fravær af sygdom eller at undgå døden: vi kan kalde det en medicin, hvis effektivitet ikke er entydig med hensyn til det, der kan kaldes 'livskvalitet'. Subjektets indsættelse i medicin vil således indebære en inklusion af patientens privatliv, i dets mest subjektive og meningsfulde form, i det medicinske domæne. Dette ville rejse spørgsmål, der angår grænser, fx hvor "diskretionsgrænsen mellem læge og patient og grænsen mellem begge [læge og patient] og institutionen [fx forsikringen] i hvis interesse og på hvis bekostning behandlingen foregår" (Weizsäcker, 1987 [1935]: 284). Sådanne ideer, som Weizsäcker eksplicit foreslår, har en revolutionær karakter:

"Hvad har klinisk psykosomatisk medicin opnået hidtil? Enhver som formulerer spørgsmål af denne art - og med 'opnået' henviser til intet andet end praktisk anvendelighed i en moderne industrination - må svare nogenlunde som følgende: for hovedparten af indre tilstande har den intet opnået, for nogle meget lidt og selv her kun i isolerede tilfælde; kun for sådanne tilfælde vil det være legitimt at

tale om konkurrencedygtighed i forhold til moderne biokemiske behandlinger. Jeg ville lave en lignende vurdering, hvis jeg følte mig underlagt den entreprenante stats forretningsideal. [...] Jeg tror, at vi her må tydeliggøre noget. Nemlig at evalueringen af teoretiske og praktiske succeser i sidste instans afhænger af følgende alternativ: hvorvidt medicin og læger tilslutter sig den vurdering af værdi, som passer sig for den entreprenante stat eller om de placerer værdien af menneskeligt liv andetsteds, nemlig i den menneskelige udviklingsevne" (1986 [1949]: 457-458).

Weizsächers forslag betyder, at medicin ikke kan håbe på at forandre sig isoleret fra de sociale arrangementer, som den på nuværende tidspunkt er med til at opretholde.

Weizsäckers håb for 'antropologisk' psykosomatisk medicin kan muligvis beskrives som naivt og det kan være grundlaget for at afvise det. Men at afvise hans ideer på dette grundlag ville allerede indebære evnen til at følge hans imaginære eventyr i muligheden for en anden verden, hvor en anden slags medicin blot ville være et aspekt, et symptom. De fleste kritikere, kommentatorer og også fortalere og praktikere i andre former for psykosomatik (eller i den nyere version, biopsykosocial medicin) gik og går ikke så langt som Weizsäcker gik. Netop dette forhold adskiller dem og deres visioner fra Weizsäckers for så vidt som, at de betragter 'en ny medicinsk model' ud fra et perspektiv, der indebærer at 'alt andet forbliver det samme'. Når jeg understreger dette, er det ikke min hensigt at klandre disse kritikere, kommentatorer og praktikere for ikke at give slip på en objektiv forståelse af sygdom. Det jeg derimod ønsker at fremhæve er noget andet, nemlig at i de fleste tilfælde så udgør denne 'given slip' ikke en mulighed - hverken i tanke eller praksis.

## Om værdien af objektivisering: Karl Jaspers

Én som gjorde Weizsäcker følgeskab og som fulgte hans forslag helt frem til dets logiske følgeslutninger var psykiateren og filosofen Karl Jaspers. I 1946 blev Jaspers bedt om at mægle mellem Weizsäcker og Kurt Schneider i spørgsmålet om, hvorvidt et institut for psykoterapi skulle etableres på det medicinske fakultet ved Heidelberg Universitet. Ideen til instituttet var foreslået af Alexander Mitscherlich, som Weizsäcker var mentor og støtte for. Instituttet var tænkt til "ikke at promovere psykoterapi i en snæver forstand som en metode rettet mod mindre eller 'neurotiske' psykologiske lidelser, men til at skabe en fundamental revision af medicins teoretiske og metodiske repertoire i bred forstand" (Roelcke, 2004: 481)<sup>14</sup>.

Efter behørig overvejelser stemte Jasper imod forslaget. I en artikel, der blev publiceret syv år senere, advarede han eksplicit imod "indførelsen af subjektet" som et farligt slogan, der støttede en fremstilling af menneskelig udviklingsevne som lig sundhed. Jaspers forsvarede 'objektivering' i en medicinsk kontekst med den begrundelse, at objektivering er en forudsætning for enhver viden, der er i stand til afgørende intervention. Mens det er sandt, at mennesker i deres Gestalt ikke er modtagelige for objektivering, så er det netop også grunden til, at det er forkert at foreslå at gøre deres menneskelighed til objekt for en ny (medicinsk) videnskab (Jaspers, 1986). I den samme tekst indrømmer Jaspers, at der er visse omstændigheder, som udgør et uløseligt problem, nemlig de omstændigheder hvor patienter selv foretrækker sygdom eller hvor patienter i en vis forstand selv udgør sygdommen. Psykiatere ville være bedst kendt med disse situationer eller patienter, da de udgør normen frem for undtagelsen i det psykiatriske felt. Jaspers hævder, at det er her, at et medicinsk perspektiv grundlagt på videnskabelig objektivering ikke længere synes egnet. Men – og her er Jaspers argumenter diametralt modsatte Weizsäcker's – den relevante pointe fra et medicinsk synspunkt er ikke, at disse tilstande har et forståeligt indhold, men snarere at disse har deres modstykke i kropslige mekanismer. Hvis vi kunne handle på de kropslige mekanismer, sagde Jasper, så ville deres psykologiske konsekvenser også forsvinde. Vi kan hermed ikke ved hjælp af disse mekanismer etablere en instans, der er i stand til at sikre effektiv, afgørende intervention. I den udstrækning som medicinsk viden stræber efter intervention, der har nogle klare mål, så skal disse forklaringsmodeller findes uden for det medicinske domæne. Alternativet ville være at forstå 'menneskelig udviklingsevne' som en klar række mål, der er mulige at bestemme gennem forskning. Dette anså Jaspers med rette som en skræmmende mulighed, for hvor videnskabelig forskning (og dermed objektivering) udbredes kan der ikke være frihed, påstod han.

Indtil nu har jeg bevidst udeladt denne debat fra den historiske kontekst. Både Weizsäcker og Jaspers skrev umiddelbar efter de medicinske forsøg i Nürnberg, hvorom de første redegørelser dukkede op i 1947. Disse redegørelser var blandt andet forfattet af Mitscherlich (han havde Weizsäcker som mentor og var bekendt med dennes tilgang til medicin). Bogen, som blev udgivet på engelsk to år senere med titlen *Doctors of Infamy*, tilskrev direkte mulighedsbetingelserne for Nazi-medicinens grusomheder til et snævert fokus på naturvidenskab og dennes objektiverende metoder. Det føromtalt forslag om etablering af et institut for psykoterapi ved Heidelberg Universitet havde fulgt en meget tilsvarende argumentationsrække i sit udkast. Generelt var eftervirkningerne af anden verdenskrig i Tyskland

af en sådan beskaffenhed, at der var god grobund for en retorik, der adresserede behovet for at etablere en ny orden, som afveg radikalt fra fortiden. Den eksplicitte fordømmelse af videnskabens rolle i medicinen og de foreslåede reformers radikale natur kan læses som et eksempel på dette udvidede 'mulighedsrum', som ikke på samme måde er tilgængeligt i dag. At kalde det et 'mulighedsrum' skal ikke forstås i den forstand, at videnskabens relevans for medicin kan eller skal afvises. Pointen er at fremhæve et specifikt aspekt af de meget forskellige betingelser, der former formuleringen af en opfordring til 'radikal forandring' i dag. Med andre ord matcher de forslag, der blev formuleret i 1946, en radikal ustabilitet på socialt og politisk niveau, der på trods af dens mange negative elementer også kan betragtes som en sjælden åbning for innovation og fornyelse.

Man har argumenteret for, at truslen om 'objektivitet, der er gået amok' - som den personificeres i Nazi-lægerens figur - siden da har fungeret som et kulturelt reservoir af billeder af "blodløs, nådesløs instrumentalisme [som] altid er tilgængelige ... som den sidste ankeinstans, når argumenter om farerne ved 'objektivering' fremsættes" (Harrington, 1997: 185). Jaspers kritik af Weizsäckers tilgang kan på denne baggrund læses som en tidlig påmindelse om objektivitetens medicinske værdi som, i Jaspers fortolkning, er en direkte funktion af de begrænsninger, som den pålægger medicin. Men det er ikke alt. Kritikken kan også læses som en korrektion til påstanden om, at 'blød' medicin, der er baseret på en afvisning af, at ville reducere mennesker til deres kropslige mekanismer, nødvendigvis ville resultere i virkeliggørelsen af generelle menneskelige muligheder. Som historikere som eksempelvis Harrington tydeligt har dokumenteret, så var nazistisk biomedicin stærkt karakteriseret ved en 'holisme', der var kritisk over for mekanistisk videnskab selvom denne orientering blev mindre og mindre relevant for politik i krigens kontekst. Som Harrington udtrykker det, "tabte holisme kampen om at tale på vegne af nazistisk medicin og biologi på trods af at den vitterligt forsøgte" (1997: 193). Inden for en ramme af nazistisk, eugenisk tankegang er der rigeligt med eksempler, der illustrerer, at holistisk tænkning er lige så tilbøjelig til at 'gå amok' og gør det lige netop gennem en tingsliggørelse eller misforstået konkretisering af forestillingen om 'menneskelig perfektibilitet'. Så vidt jeg ved, så anså Weizsäcker ikke sig selv som fortaler for nazistisk medicin og biologi eller tilskrev begrebet 'menneskelig perfektibilitet' noget konkret indhold. Tværtimod så henviser hans karakterisering af mennesket som deltagende i det han kaldte en 'anti-logisk' (eller 'passiv/modtagende') værenstilstand enhver konkret menneskelig egenskab til en mulighed for anderledeshed med hvilken det har en fundamental konstitutiv relation<sup>15</sup>.

Dette tror jeg Jaspers forstod, da det er tydeligt, at hans ambition for medicin er anderledes end Weizsäcker's ambition. Den implicite risiko i tingsliggørelsen af et ideal om menneskelig perfektibilitet var en risiko, der havde skabt grusomme erfaringer i den præsente tyske fortid, hvilket var lige så tydeligt for Jaspers, som det må have været for Weizsäcker. Jaspers tekst dvæler mindre ved tingsliggørelsesproblematikken end den gør ved et mere radikalt forslag, nemlig det at medicin frasiger sig sin stræben efter evnen til intervention for at nå klart definerede mål. Jaspers argumenterede for, at antagelsen om 'menneskelig perfektibilitet' som et ubegrænset sundhedsideal gør sundhedsbegrebet lig med spirituel frelse. Med det revolutionære løfte om sundhed som frelse sker der en ombytning af forholdet mellem mål og midler: sundhed bliver i sig selv en øvre værdi i stedet for at være et middel til at opnå en øvre værdi. Men mennesker burde have brug for sundhed for at opnå deres mål i livet i stedet for at leve for at opnå sundhed. Jaspers frygtede at denne ombytning i sidste ende ville lamme alle muligheder for handling. Således insisterede han på, at opgaven med at opridse et tydeligt skel mellem medicinsk helbredelse og sjælens frelse ikke var mindre vigtig end afgrænsningen mellem medicinsk viden og kvaksalveri. Det der kunne garantere denne skelnen var medicins selvbegrænsning til en søgen efter objektive, kausale mekanismer og objektivt funderede behandlinger (Jaspers, 1986).

Vi ved, at medicin i de omkring tres år, der er gået siden Jaspers betragtninger ikke har gjort andet end fortsat at lede efter mekanismer, der kan forklare uendelig små proportioner og med resultater, der helt sikkert matchede, hvis ikke overgik, Jaspers håb. Dette er særligt tilfældet inden for hans eget felt, psykiatri, hvor enhver snak om 'mekanismer' på hans tid forblev spekulationer. Vi ved dog også, at denne ambitions succes ikke har afholdt mennesker fra at 'forveksle' forholdet mellem midler og mål, når det kommer til sundhed som frelse. Kun få vil i dag hævde, at mennesker i den vestlige verden, takket være den medicinske udvikling der er orienteret mod objektivitet som værdi, er blevet mindre optagede af deres sundhed, tværtimod<sup>16</sup>. Selvom det retfærdigvis skal siges, at mange (også faktorer, der ligger uden for medicin) har bidraget til denne situation, så har teknisk innovation i forhold til 'interventioner, der foretages på baggrund af klart definerede mål' også skabt sine egne specifikke dynamikker, der har bidraget til denne effekt<sup>17</sup>.

Alt i alt så muliggør denne historisk forankrede diskussion at vi tydeligere kan se, at et paradigmeskift – hvor berettiget det end er i en videnskabelig forstand – forbliver meningsløst at tale om med mindre det betragtes i forhold til en kontekst af større spørgsmål. Omstændighederne omkring udvekslingen mellem



Weizsäcker og Jaspers muliggjorde, at disse spørgsmål fremstod skarpt. Udvekslingen kan hjælpe os til at forstå det, der er på spil i udsagnet, 'at medicin er en kunst', lige meget hvor videnskabeligt informeret udsagnet end måtte være. Det der er på spil her, er ikke vigtigheden af evner såsom empati, refleksion og kommunikation – det, der mere grundlæggende er på spil er spørgsmålet om, hvordan medicin bedst kan tjene menneskers perfektibilitet, eller det som Whitehead kalder 'livets kunst'. Det indebærer, at undersøge de mange sociale funktioner, som medicin forventes at udfylde og de relationer (fx gensidig overensstemmelse eller uforenelighed), som er imellem dem. Hvis vi er enige med Jaspers i, at medicinens rolle ikke er at fremme eller facilitere en form for spirituel frelse, så må vi også spørge, hvorfor biofysisk sundhed nu mere end nogensinde efterstræbes som netop et frelseideal. Eller måske er vi ikke enige med Jaspers, og så er det spørgsmålet om den relative vigtighed, som tilskrives biofysiske omstændigheder, som må genovervejes. Kunsten i medicin kan ligge i netop ikke at tilsløre spørgsmålet, som det ofte sker når man søger et ståsted mellem de to positioner. Man må i stedet deltage aktivt i en debat, som måske kan sætte spørgsmålstejn ved omfanget af medicins egen magt og autoritet.

## Afsluttende bemærkninger

I starten af denne artikel foreslog jeg at vitalisme kunne give en linse, gennem hvilken vi kan læse medicins nylige åbning mod humanisme, der kan kontekstualisere denne udvikling. Resultatet af disse refleksioner står på ingen måde i modsætning til praktikere som eksempelvis Rita Charons arbejde. Tværtimod giver refleksionerne større vægt til nogle specifikke aspekter af den type arbejde og opfordrer flere til at have mere mod i artikuleringen af disse aspekter. Charon er selv ganske tydelig omkring det faktum, at vi som samfund må tale sammen. Hun er lige så specifik omkring, at det er et spørgsmål "ikke [om] videnskabelige og rationelle debatter, [men om] alvorlige og modige samtaler om mening, værdier og mod" (Charon, 2001: 1900). At advokere for sådanne samtaler er et sofistikeret udtryk for livets kunst. En sådan (selv) spørgeren kan meget vel resultere i en forskydning af nogle af de ekstravagante håb og løfter, der er associeret med biomedicin. Men denne type spørgsmål genopretter også en følelse af forundring over medicinsk tænkning som udtryk for det menneskelige eventyr.

## Noter

- 1: Jeg er Paul Stenner taknemmelig for mange uvurderlige diskussioner om tematikkerne i denne artikel samt Joanna Latimer og Michael Schillmeier for deres hjælpsomme redaktionelle kommentarer og forslag.
- 2: Artiklen er oversat af Mette Brehm Johansen og efterfølgende sprogligt bearbejdet af Nanna Mik-Meyer og Anne Roelsgaard Obling. Artiklen er oprindeligt publiceret i: Greco, M. (2009). On the art of life: a vitalist reading of medical humanities. In: Latimer, J. & Schillmeier, M. (eds.) *Un/knowning Bodies*. Wiley-Blackwell.
- 3: Se Canguilhem (1989:165-172 samt 257-273) for mere om organiske normer.
- 4: Se også studier af Joanna Latimer (1999; 2007) for mere om objektiviseringsprocesser og mobiliseringen af tvivl og usikkerhed i en klinisk kontekst.
- 5: Tak til Paul Stenner for at have henledt min opmærksomhed på dette citat i Whiteheads *Function of Reason* (1958). Se Stenner (2008) for en udlægning af Whitehead inden for kritisk psykologi.
- 6: Som er forskelligt fra at påberåbe sig en status af videnskabelighed på baggrund af urimelige kendsgerninger, som nogle praktikere gør.
- 7: I den følgende diskussion sætter jeg min lid til Yaloms gengivelse af Carlos' ord, hvilket af nogen kan betragtes som problematisk på grund af den tydelige forskel i talepositioner (som ekspert/læge versus lægmand/patient). Det er her værd at bemærke, at Irving Yalom, som er en anerkendt forfatter til flere lærebøger i psykiatri samt romanforfatter, ikke er særligt associeret med den bevægelse jeg referer til som 'medicinsk humanisme' og/eller 'narrativ medicin'. Hans samling af nonfiktive 'psykiatriske fortællinger' er hverken adresseret specifik til et publikum inden for dette felt eller designet til at promovere det samme budskab til et bredere medicinsk publikum.
- 8: Det er kun for overraskende nyligt, at historikere har vendt deres opmærksomhed mod disse emner og deres genkomst i det 21. århundredes medicinske historie. De er vendt tilbage under betegnelsen medicinsk holisme – en svært definerbar men uomgængelig betegnelse, der nærmest ikke brugtes af de praktikere, der blev studeret (Rosenberg, 1997:335).
- 9: Weizsäcker's arbejde forbliver stort set ukendt blandt engelsktalende forskere og læger, lige bortset fra en håndfuld videnskabshistorikers begrænsede behandling af hans arbejde – mest markant er Anne Harrington i *Re-enchanted Science. Holism in German Culture from Wilhelm II to Hitler* (1999). I Tyskland og Schweiz derimod er hans intellektuelle arv blevet debatteret med fornyet kraft blandt forskere og praktikere fra flere discipliner, særligt siden grundlæggelsen af Viktor von Weizsäcker-selskabet i 1994. Suhrkamp Verlag publicerede i 2005 det tiende og sidste bind af hans *Gesamelte Schriften*.
- 10: Det bør bemærkes, at selvom der eksisterer respekterede forskningstidsskrifter med denne term i deres titel (fx *Psychotherapy and Psychosomatics*, *Journal of Psychosomatic Research*, *Psychosomatic Medicine*) så anvendes adjektivet 'psykosomatisk' ofte, både af professionelle og lægmand, i en nedsættende og affærdigende betydning (til at antyde 'falsk' sygdom). Det skal også bemærkes, at karakteren og graden af disse negative konnotationer har varieret i løbet af historien og stadig varierer meget i forhold til kulturel kontekst. I modsætning til Storbritannien så er afdelinger for psykosomatisk medicin i en tysktalende kontekst integreret med de konventionelle medicinske

- afdelinger (for en historisk fremstilling af det institutionelle forhold mellem psykiatri, psykoterapi og konventionel medicin i Tyskland før og efter anden verdenskrig, se Roelcke, 2004). Selvom Weizsäcker skrev omfattende om emnet psykosomatik, så er udpegningen af ham som 'grundlægger' af tysk psykosomatisk medicin vildledende, da det der historisk fulgte efter i form af forskning i psykosomatik og psykosomatisk praksis kun har lidt forbindelse til det, han var fortaler for. Når det alligevel ofte sker, er det på grund af hans mentorroller for Alexander Mitscherlich, som grundlagde og ledte afdelingen for psykosomatisk medicin på Heidelberg Universitet.
- 11: I forordet til den fjerde udgave af *Der Gestaltkreis* – teksten hvor disse eksperimenter diskuteres – skriver Weizsäcker, at hans opfattelse af medicinsk og patologisk forskning involverer "en transformation af begrebet videnskab. Med andre ord, videnskab refererer her ikke blot til 'objektive viden' men til en retfærdig [redliche] form for forhold mellem subjekter og objekter. Mødet, relationen, er således centralt i begrebet videnskab" (1997[1948]:96).
- 12: Tyske modalverber - hjælpverber der indikerer modalitet eller modus – oversættes til engelsk som *may, must, should, can* og *want*.
- 13: Disse 'juridiske' funktioner var særligt fremtrædende i en tysk kontekst i mellemkrigstiden. Erfaringerne med krigsneuroser var en vigtig faktor i udviklingen af en interesse i psykologiske faktorer, der er involveret i sygdomsårsagsforhold og symptomdannelse. Se Lerner (2003) og Roelcke (2004). Weizsäcker skrev indgående om emnet, se bind 8 (1986) af hans *Gesammelte Schriften*. Se Hagner (2007) for en diskussion af dette aspekt af hans arbejde.
- 14: Roelcke giver en detaljeret fremstilling af omstændighederne omkring etableringen af afdelingen for psykosomatisk medicin på Heidelberg Universitet, som han præsenterer som "paradigmatisk for datidens problemstillinger, debatter og professionelle strategier" (478).
- 15: For mere om dette tema se ikke blot de skrifter, der udgør *Der Gestaltkreis* (1997[1950]), men også *Anonyma* (1987[1946]) og *Pathosophie* (2005[1956]). Det skal bemærkes, at der er en igangværende debat omkring forholdet mellem Weizäckers udsagn – særligt med hensyn til 'socialmedicin' – og nazistisk sundhedspolitik. På den ene side har kritikere hævdet, at der er klare ligheder mellem de to, mens andre har foreslået, at dette er en effekt af Weizäckers brug af 'opportunistiske' argumenter. For en diskussion af emnet, se Hagner (2006).
- 16: For nyere kommentarer til dette emne, se eksempelvis Zygmunt Bauman (1992a, 1992b, 1995) og Michael Fitzpatrick (2000).
- 17: Se Osborne (1997) for mere om hvorfor sundhedspolitik nødvendigvis må fejle - og se ydermere Greco (2004) for en diskussion heraf.

## Referencer

- Bauman, Z. (1992a). *Intimations of postmodernity*. London & New York: Routledge.
- Bauman, Z. (1992b). *Mortality, immortality, and other life strategies*. Cambridge: Polity Press.
- Bauman, Z. (1995). *Life in fragments: Essays in postmodern morality*. Cambridge, MA: Basil Blackwell.

- Bergson, H. (1911). *Creative evolution*. Lanham, MD: University Press of America.
- Canguilhem, G. (1975). *La connaissance de la vie*. Paris: Vrin.
- Canguilhem, G. (1989). *The normal and the pathological*. New York: Zone Books.
- Canguilhem, G. (1994). *A vital rationalist – selected writings*. New York: Zone Books.
- Charon, R. (2006). *Narrative medicine: Honoring the stories of illness*. Oxford & New York: Oxford University Press.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196,129–136.
- Engel, J.D., Zarconi, J., Pethtel, L.L. & Missini, S.A., (Eds.) (2008). *Narrative in health care: Healing patients, practitioners, profession, and community*. Oxford & New York: Radcliffe Publishing.
- Evans, M. & Finlay, I.G. (2001). Introduction. In M. Evans & I. G. Finlay (Eds.) *Medical humanities*. London: BMJ Books. pp. 1-7
- Fitzpatrick, M. (2001). *The tyranny of health: Doctors and the regulation of lifestyle*. London: Routledge.
- Foss, L. (2002). *The end of modern medicine: Biomedical science under a Microscope*. Albany: State University of New York Press.
- Genuis, S.J. (2006). Diagnosis: Contemporary medical hubris; Rx: A tincture of humility. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 12(1), 24–30.
- Greaves, D. (1996). *Mystery in western medicine*. Aldershot: Avebury.
- Greaves, D. (2004). *The healing tradition: Reviving the soul of western medicine*. Oxford & New York: Radcliffe Publishing.
- Greco, M. (2004). The politics of indeterminacy and the right to health. In: *Theory, Culture and Society*, 21(6), 1–22.
- Greco, M. (2005). On the vitality of vitalism. In: *Theory, Culture and Society*, 22(1), 15–27.
- Hagner, M. (2006). Naturphilosophie, sinnesphysiologie, allgemeine medizien. Wendungen der psychosomatik bei Viktor von Weizsäcker. In M. Hagner & M.D. Laubichler (Eds.), *Der hochsitz des wissens: Das allgemeine als wissenschaftlicher wert*. Zurich & Berlin: Diaphanes. pp. 315-36
- Harrington, A. (1997). Unmasking suffering's masks: Reflections on old and new memories of nazi medicine. In A. Kleinman, V. Das, & M. Lock (Eds.), *Social suffering*. Berkeley, CA: University of California Press. pp. 181-205
- Harrington, A. (1999). *Reenchanting science. Holism in German culture from Wilhelm II to Hitler*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Jaspers, K. (1986). *Der arzt im technischen*. Munich: Piper Verlag.
- Latimer, J. (1999). The dark at the bottom of the stair: Participation and performance of older people in hospital. *Medical Anthropology Quarterly*, 13(2), 186–213.
- Latimer, J. (2007). Diagnosis, dysmorphology and the family: Knowledge, motility, choice. *Medical Anthropology*, 26(2), 97–138.
- Lerner, P. (2003). *Hysterical men: War, psychiatry, and the politics of trauma in Germany, 1890–1930*. Ithaca & London: Cornell University Press.
- Mol, A. (2002). *The body multiple: Ontology in medical practice*. Durham & London: Duke University Press.
- Osborne, T. (1997). Of health and statecraft. In A. Petersen, & R. Bunton (Eds.), *Foucault, health and medicine*. London: Routledge. pp. 173-189

- Reid, S., Wessely, S., Crayford, T., & Hotopf, M. (2001). Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: Retrospective cohort study. *BMJ*, 322, 1–4.
- Roelcke, V. (2004). Psychotherapy between medicine, psychoanalysis and politics: Concepts, practices and institutions in Germany, c. 1945–1992. *Medical History*, 48, 473–492.
- Rosenberg, C.E. (1998). Holism in twentieth-century medicine. In C. Lawrence, & G. Weisz (Eds.), *Greater than the parts: Holism in biomedicine, 1920–1950*. New York & Oxford: Oxford University Press. pp. 335–55.
- Stengers, I. (2000). *The invention of modern science*. Minneapolis & London: University of Minnesota Press.
- Stengers, I. (2006). *Whitehead and science: From philosophy of nature to speculative cosmology*. <http://www.mcgill.ca/files/hpsc/Whitmontreal.pdf> (accessed on 27 June 2008).
- Stenner, P. (2008). A. N. Whitehead and subjectivity. *Subjectivity*, 22, 90–109.
- Verhaak, P.F.M., Meijer, S.A., Visser, A.P., & Wolters, G. (2006). Persistent presentation of medically unexplained symptoms in general practice. *Family Practice*, 23, 414–420.
- Weizsäcker, V. von (1986 [1949]). Psychosomatische medizin. In *Gesammelte Schriften*, vol. 6. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- Weizsäcker, V. von (1987 [1935]). Ärztliche fragen. Vorlesungen über allgemeine therapie. In *Gesammelte Schriften*, vol. 5. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- Weizsäcker, V. von (1987 [1946]). Anonyma. In *Gesammelte Schriften*, vol. 7. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- Weizsäcker, V. von (1987 [1946]). Der begriff des lebens. Über das erforschliche und das unerforschliche. In *Gesammelte Schriften*, vol. 7. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- Weizsäcker, V. von (1997 [1950]). Der gestaltekreis. Theorie der einheit von wahrnehmen und bewegen. In *Gesammelte Schriften*, vol. 4. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- Weizsäcker, V. von (2005 [1956]). Pathosophie. In *Gesammelte Schriften*, vol. 10. Frankfurt: Suhrkamp Verlag.
- Whitehead, A.N. (1958). *The function of reason*, Boston: Beacon Press.
- Whitehead, A.N. (1968). *Modes of thought*. New York: The Free Press.
- Wolpe, P.R. (1990). The holistic heresy: Strategies of ideological challenge in the medical profession. *Social Science & Medicine*, 31(8), 913–923.
- Wolpe, P.R. (1994). The dynamics of heresy in a profession. *Social Science & Medicine*, 39(9), 1133–1148.
- Yalom, I. (1991). *Love's executioner and other tales of psychotherapy*. London: Penguin Books.

# Abstracts in English

## On the art of life: a vitalist reading of medical humanities

*Monica Greco*

In a seminal and much cited paper, Rita Charon has described narrative medicine – and, more broadly, the opening of medicine to education in the humanities – in terms of a mission to develop skills of empathy, reflection, professionalism and communication. In this paper I propose that Canguilhem’s concept of vitalism and Alfred North Whitehead’s concept of the ‘art of life’ provide a lens through which we can read the propositions of narrative medicine and medical humanities in the context of a much broader historico-scientific problematic, and connect them with a wider set of ethical and political implications. After setting out the relevant concepts by drawing on Canguilhem and Whitehead’s work, in the latter part of the paper I explore the ethico-political question of how medicine might best serve the perfectibility of human beings, or the ‘art of life’. I do this via a historical excursus, by revisiting a debate between Viktor Von Weizsäcker and Karl Jaspers on the merits and dangers of the ‘introduction of the subject within medicine’. In their different historical context, Weizsäcker and Jaspers were able to articulate questions that remain relevant today, and that are implicit in the propositions of narrative medicine.

## Credibility in illness – gender and class

*Nanna Mik-Meyer*

This paper explores the intersection of gender and class concerning welfare clients with medically unexplained symptoms. The study is conducted in Denmark using qualitative interviews with welfare officers and clients. The paper's focus is on how issues of gender and class intersect in the negotiation of illness among welfare officers and clients. The particular client group in question consists of individuals that are defined by their lack of a bio-medical diagnosis. Their 'lack' of identity accentuates how gender and class become central in the categorisation practices, constructing the ill person as either bio-medically sick or as a person who may be suffering but only from diffuse psychological problems. The paper shows that it is predominantly poorly educated women without a bio-medical diagnosis that welfare officers describe as suffering from psychological problems despite the fact that the women themselves focus on physical ailments in their illness stories. Men and better-educated women are described by the welfare officers as tired and exhausted or truly stressed after a long working life.

## Training of controlled empathy in accelerated cancer pathways

*Anne Roelsgaard Obling*

This paper takes departure from sociology of emotions to explore the training of empathy and empathic response in accelerated cancer care. The paper focuses on a training workshop in empathic communication during which doctors from a cancer clinic learn to recognise and control the emotional frame of doctor-patient interactions. Through a descriptive analysis, it addresses how communication techniques are rehearsed and it discusses the effects of this training. It is shown that the performance of communicating empathically relies on standardised scripts, which direct and cultivate the conduct of doctors. The paper concludes that contemporary reforming drives in public health care insert a renewed focus on humanistic values in medical interaction between doctors and patients, such as a focus on doctors' modes of engagement in these interactions. However, these values increasingly become the aim of techniques of micro-management such as qualitative measurement and performance audit. In other words, attempts to improve softer dimensions of medical services entail a further standardisation of these dimensions.

# Everyday Trajectories of Hearing Correction

*Anette Lykke Hindhede*

This paper reports on a qualitative study of the onset of acquired hearing impairment. The focus of attention is about why a person seeks treatment. The Danish welfare state serves the population 'in need' such as those with an audiological need and gives them guidance on becoming hearing aid wearers in order to rehabilitate them back to 'normal'. However, within audiological research, noncompliance has attracted much attention as investigations have shown that more than 20 percent of hearing aids are very seldom, if ever, in use and 19 percent are used only occasionally. As shown in the paper the form a problem takes is in large part a product of micro-political struggles. Hence, at the onset 'need' is often embedded in social pressure from significant others. The paper examines these two discursive frameworks and their constitution of (hearing) problems and concludes that norms of disease are complex and epistemologically contested and can help explain why noncompliance is dominant when it comes to hearing rehabilitation for hearing impaired adults.

# Living by numbers: The use of measurement devices in the management of life style diseases in Denmark

*Bjarke Oxlund*

The advent of preventive health and medicine has led to a situation, where the risks of life style diseases are being medicated and where health understood as physical exercise and healthy diet have become a moral imperative. Many elderly Danes thus seek to manage their health condition by measuring their own bodies as well as activities of daily living through the use of devices such as weighing scales, blood pressure meters, pedometers, and bicycle computers. The results of these measurements are then matched against the scores that epidemiological surveys have established as the normal states. But what sense do people make of these measurement practices? And which bodily perception is promoted by the use of numbers? Based on preliminary insights from an ongoing fieldwork in Vordingborg municipality, this article analyzes two stories of elderly women for whom measurement of activities and bodily conditions has become a pivotal point in their everyday lives.



# Prevention across the Public and Private: When Patients Defy Empowerment and Request more Professional Involvement

*Kaspar Villadsen & Kathrine Hoffman Pii*

The article presents findings from an empirical study among patients and professionals involved in a preventive health program at a Danish hospital. It shows how patients enrolled in the program interact with health professionals in ways that challenge assumptions common to governmentality studies of prevention and health promotion. This literature has successfully explored how contemporary health promotion transgresses the public/private boundary by shaping the values of collectivities and individuals to fit better with public health objectives. By exploring the complex co-existence and intertwinements of discipline and biopolitics in preventive practices this study eschews an interpretation that views the powers of the professional health system as invasive and one-directional. Instead, the study demonstrates how patients in various ways defy a 'patient-centered' and empowering approach and demand to be treated medically and disciplined in a more traditional sense. The blurring of the public/private boundary, then, cannot be straightforwardly described as a result of a professional health system that, more or less subtly, reaches into the private lives of patients. A more complex picture emerges, as patients' attitude reflect both traditional medicine and rationalities foreign to the health system.

## Postponing the future: on the use of causal knowledge in prevention

*Morten Hulvej Rod & Tine Curtis*

This paper discusses the heavy reliance upon a particular kind of causal knowledge in prevention and health promotion. Based on ethnographic fieldwork with prevention professionals working with interventions targeting teenage drinking in Denmark, the paper argues that, while attempting to provide predictions for the future, prevention creates certain problems for itself in the moments of social interaction where it is practiced. The paper suggests that prevention can be seen as an attempt at postponing the future and through empirical examples it is il-

illustrated how this project causes a number of practical problems to prevention professionals. The paper begins by sketching the causal epistemology that dominates current public health research. Next, ethnographic descriptions of (i) an educational intervention in Danish schools and (ii) a meeting for parents arranged by a local public health agency provide the material for discussing the practical use of causal knowledge. It is shown that this knowledge becomes contradicted and undermined in the social interaction between public health practitioners and their target groups, and that – paradoxically – this knowledge tends to actualize the very phenomenon it seeks to prevent. The paper employs Bourdieu's distinction between two modes of anticipatory intelligence, the project and the protention, and argues that, in the interaction between prevention professionals and target group, the widespread use of causal knowledge might inhibit and counteract the situational competencies of prevention professionals.



# Forfatterliste

## *Monica Greco*

Ph.d. og senior lecturer ved Goldsmiths, University of London. Monica er særlig interesseret i de implikationer en dualistisk tænkning i medicinen får for forståelsen af, hvad der klassificeres som hhv. sundhed og sygdom. For yderligere information om hendes forskning, se [www.gold.ac.uk/sociology/staff/greco/](http://www.gold.ac.uk/sociology/staff/greco/).

## *Nanna Mik-Meyer*

Ph.d. i sociologi og lektor ved Institut for Organisation, Copenhagen Business School. Nanna har i en årrække arbejdet med sundhedsområdet med særlig fokus på, hvordan sundhed forhandles i mødet mellem borger og velfærdsstat. Hendes publikationer tæller både videnskabelige og formidlingsmæssige tekster, se i øvrigt [www.mik-meyer.com](http://www.mik-meyer.com).

## *Anne Roelsgaard Obling*

Ph.d. og ansat på Institut for Organisation, Copenhagen Business School. Hendes forskning omhandler reorganisering af velfærdsorganisationer og deres ansatte, og hun har blandt andet bidraget med artikler om styring af sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen samt om organisering af professionelles følelsesarbejde.

## *Anette Lykke Hindhede*

Postdoc, ph.d. og cand. mag. i pædagogik, Steno Center for Sundhedsfremme. Forskningsinteresser: forebyggelse og sundhedsfremme, diagnoser, smittes sociale liv, risikopfattelse og sygdom i hverdagslivet.

### *Bjarke Oxlund*

Ph.d. i antropologi er ansat som postdoc ved Institut for Antropologi og Center for Sund Aldring ved Københavns Universitet. Hans seneste publikationer omhandler køn, forskningsetik, universitetsreformer, hiv-aids i Afrika, og aldring og teknologi.

### *Kaspar Villadsen*

Lektor ved Institut for Ledelse, Politik og Filosofi, CBS. Han er bl.a. forfatter til bøgerne Statsfobi og civilsamfund: Foucault og hans arvingers blik på staten. (2012, med Mitchell Dean) og Det sociale arbejdes genealogi (2004). Villadsen forsker i velfærdsledelse, velfærdsstatens forandring, magtteknologier, Michel Foucault, governmentality og sundhedsfremme.

### *Kathrine Pii*

Cand. mag. i antropologi og ph.d.-stipendiat ved Institut for Ledelse, Politik og Filosofi, CBS. Hendes ph.d. projekt undersøger, hvordan forebyggelse praktiseres i relationerne mellem sundhedsprofessionelle, patienter og teknologier og de nye former for ansvar, det forebyggende arbejde medfører for både patienter og professionelle.

### *Morten Hulvej Rod*

Ph.d., cand.scient.anth. og adjunkt ved Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet. Han forsker i forebyggelse med særligt fokus på unge, rusmidler og de problematikker, der knytter sig til forebyggelsens videns- og værdigrundlag.

### *Tine Curtis,*

Ph.d., mag.art. og chefkonsulent i KL Kommunernes Landsforening, hvor hun arbejder med strategi og udvikling af de kommunale sundhedsopgaver. Tine har tidligere i mange år været forsker og forskningsleder på Statens Institut for Folkesundhed, Syddansk Universitet, hvor hun ligeledes havde fokus på sundhed og forebyggelse i kommunerne.