

Bestemmelsen av det som ligger utenfor oss, inneholder ofte grove generaliseringer av dette «andre», både i tid og rom. Slike generaliseringer sier ofte mer om oss selv enn om det vi karakteriserer

Oss selv og «de andre»

«På seg selv kjenner man andre,» heter det. Mon det heller burde hete: «På andre kjenner man seg selv»? Vestens medisinske historie inneholder mange eksempler på at vi har definert oss selv gjennom å avgrense det som er annerledes, avviket, det fremmede. Hilde Bondevik har i en artikkel i årets julenummer av Tidsskriftet løftet frem kvinnesykeligheten ved forrige århundreskifte som et slikt forsøk på å etablere kvinnen som noe annet, som noe grunnleggende sykkelig (1). Slike avgrensninger sier ofte mer om de som gjennomførte dem enn om de som ble diagnostisert. Ved å sette diagnoser på de homoseksuelle, de kriminelle og andre avvikende medlemmer av samfunnet har vi bekreftet oss selv som normale samfunnsborgere (2). Kanskje er det først gjennom våre grenser mot det unormale at vi selv blir normale.

Afrika har lenge stått som prototypen på «det andre» for oss i vesten. Kontinentet bestemmes som alt det vi ikke har: demografisk krise, overbefolkning, ukontrollert kriminalitet, ressursknapphet, flyktningstrømmer og gjentatte humanitære katastrofer – den moderne versjonen av 1800-tallets eksotiserende forestilling om «det mørke kontinent» som definitivt annerledes fra vårt. Sjelden blir det gjort noe forsøk på å skille mellom Afrikas mange ulike land med sine mange forskjellige kulturer og tradisjoner. Vi har etablert et paternalistisk bilde av Afrika og afrikanere som fattige, hjelpetrengende og svake (ev. brutale og kriminelle, jf. Fremskrittspartiets Roger Madsens karakteristikk av afrikanere som «halvaper» på kronprinsparets Facebook-side i november), som vi, Vestens barmhjertige samaritane, må hjelpe. Når dette bildet utfordres, skjer det ofte ved hjelp av en annen stereotypi: det fargerike Afrika, sydende av rytmisk bevegende, begjærende kropper.

De siste 30 årene har aidsepidemien føyet seg til konstruksjonen av Afrika som vårt negative speilbilde. I den norske offentligheten råder bildet om en epidemi som har ett universelt uttrykk og ett mønster – det om en heteroseksuell epidemi som massivt truer med å utrydde en hel generasjon i hele Afrika sør for Sahara. Det er ingen tvil om at aids har vært og er en katastrofe for mange land i Afrika; 22,5 millioner av verdens anslåtte 33,2 millioner mennesker med hiv er fra Afrika sør for Sahara (3). Men aids utspiller seg på mange forskjellige måter i Afrika. Det er bare et fåtall av de afrikanske landene som står overfor en så stor epidemi at den truer med å utrydde hele generasjoner. Hvor mange vet egentlig at hivprevalensen varierer fra 0,7 % i Senegal til 25,2 % i Botswana, og at den i Kenya har sunket fra 14 % i midten av 1990-årene til 5 % i 2006 (3)? Og hvor kjent er det at en stadig økende andel av befolkningen i de fleste afrikanske land nå får tilbud om antiretroviral behandling (3)? Stereotypien om de ynglende afrikanske kroppene blir ofte påkalt for å forklare hvorfor aids har vist seg så katastrofal for Afrika sør for Sahara, men komorbiditet og fattigdom forklarer sannsynligvis langt bedre hvorfor Afrika er så utsatt (4). De siste årene er det også i økende grad blitt klart at aids i Afrika ikke bare er en heteroseksuell epidemi og at hivprevalensen er høy blant menn som har sex med menn (5, 6).

På samme måte som vi lager ett bilde av Afrika i stedet for mange, har vi en tendens til å forstå historien som én prosess – en sammenhengende fortelling om et fremskritt henimot et mål, dagens samfunn. En konsekvens av denne forestillingen om en rettlinjert histo-

risk utvikling er at vi tilskriver Afrika en «forsinkelse» i forhold til oss i historien. Deres virkelighet blir vår fortid. En slik fortelling underslår imidlertid på den ene side de globale trekk ved dagens virkelighet i alle deler av verden, og på den annen side hvordan alle samfunn har sin egen historie preget av *sin* kultur og *sine* tradisjoner. Den bengalske historikeren Dipresh Chakrabarty har derfor hevdet at vi må slutte å betrakte nåtiden som endepunktet i en «ceaseless unfolding of unitary historical time» dersom vi skal unngå å gjøre historien om den tredje verden til en historie om oss (7).

Argumentet har overføringsverdi til hvordan vi ser på vår egen historie. De sammenhengende fremskrittfortellingene vurderer objektet for fortellingen – enten det er 1814 eller banebrytende oppdagelser i vår medisinske historie med vår tid som utgangspunkt. Ved å skrive historien på en slik måte etablerer vi oss selv som seierherrer ved enden av et langt historisk forløp. Forsøker vi å gjøre som Chakrabarty foreslår, nemlig å åpne opp for brudd, feiltakelser og tilfeldigheter, åpner det seg andre fortellinger. I årets julenummer av Tidsskriftet viser Per Haave hvordan sammenslåingen av medisin og kirurgi ved det nye universitetet i Christiania fant sted på bakgrunn av noe så prosaisk som at det nye universitetet ikke kunne tillate seg å utdanne bare medisinerer fordi de fleste offentlige stillingene i landet var kirurgikater (8). Morten Hammerborg viser i sin historie om Gades Institutt hvordan Magnus Haalands forskerskole ikke var et selvfølgelig trinn i en utvikling henimot det medisinske forskningssamfunn, men måtte kjempes frem og til slutt måtte gi tapt (9). Og Helge Stormorken viser hvordan kunnskapen om immunisering mot blodplater under svangerskapet kom til som et sammenfall av heldige omstendigheter under undersøkelsen av forblødning hos smågris på en gård på Romerike (10).

Anne Kveim Lie
a.h.k.lie@medisin.uio.no

Anne Kveim Lie (f. 1969) er medisinsk redaktør i Tidsskriftet og postdoktor ved Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin ved Universitetet i Oslo.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

- Bondevik H. Om klorose og blodfattige jenter på slutten av 1800-tallet. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2647–52.
- Foucault M. Histoire de la sexualité. Bd. 1: La volonté de savoir. Paris: Gallimard, 1976.
- WHO. HIV and AIDS epidemiological surveillance report for the WHO African region: 2007 update. www.afro.who.int/aids/publications/OMS%20HIVAIDS%20in%20Africa%202007-FINAL.pdf [2.12.2009].
- Stillwaggon E. Complexity, cofactors, and the failure of AIDS policy in Africa. J Int AIDS Soc 2009; 12: 12. doi: 10.1186/1758-2652-12-12.
- Niang C, Tapsoba P, Weiss E et al. 'It's raining stones': stigma, violence and HIV vulnerability among men who have sex with men in Dakar, Senegal. Culture, health & sexuality 2003; 5: 499–512.
- Smith AD, Tapsoba P, Peshu N et al. Men who have sex with men and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa. Lancet 2009; 374: 416–22. doi: 10.1016/S0140-6736(09)61118-1.
- Chakrabarty D. Provincializing Europe. Postcolonial thought and historical difference. Princeton: Princeton University Press, 2007.
- Haave P. Medisinsens kirurgisering og etableringen av en norsk legeskole i 1814. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2637–41.
- Hammerborg M. En forskerskole grunnlegges: Gades Institutt 1912–35. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2642–46.
- Stormorken H. Da kunnskapen om alloimmun antistoffdanning kom til. Tidsskr Nor Legeforen 2009; 129: 2660.