

**Zeitschrift:** Tsantsa : Zeitschrift der Schweizerischen Ethnologischen Gesellschaft  
= revue de la Société suisse d'ethnologie = rivista della Società svizzera  
d'etnologia

**Herausgeber:** Schweizerische Ethnologische Gesellschaft

**Band:** 7 (2002)

**Vorwort:** Experiencing medical power and the state : Vorwort = introduction

**Autor:** Salis Gross, Corina

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 30.01.2025

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

# Experiencing Medical Power and the State



## Vorwort

### Corina Salis Gross

Das diesjährige *Tsantsa*-Dossier vereinigt Texte von MedizinethnologInnen aus Nordamerika und aus der Schweiz. Als Gasteditorinnen stellen Mary-Jo Del Vecchio Good und ich einer der wichtigen neueren Strömungen dieser Disziplin, der interpretativen Medizinethnologie, ein Forum zur Verfügung. Mit dem Dossier sollen einerseits die internationalen Kontakte der relativ kleinen und erst seit zehn Jahren institutionalisierten Medizinethnologie in der Schweiz gefördert werden. Die Beiträge zeigen andererseits, dass sich in der Schweiz – unter anderen institutionellen Voraussetzungen als in Nordamerika – eine Medizinethnologie mit einem Potenzial zu eigenständigen Ansätzen entwickelt.

Seit den frühen 1990er Jahren plädieren VertreterInnen der interpretativen Medizinethnologie an der Harvard Medical School dafür, die Leidenserfahrung zum Ausgangspunkt ethnologischer Forschung zu machen, welche sich mit Krankheit, Gesundheit, medizinischer

Versorgung und Gesundheitspolitik befasst (vgl. z.B. Kleinman/Kleinman 1991; Del Vecchio Good et al. 1992; Good 1994)<sup>1</sup>. Dieses Postulat beinhaltet in erster Linie eine kritische Weiterentwicklung der interpretativen Medizinethnologie, welche sich auf die analytische Differenzierung von *illness* (als sozial und kulturell vermittelte Krankheitserfahrung) und *disease* (als professionelle Transformation dieser Erfahrung innerhalb des Versorgungssystems) konzentrierte, um die vergleichende Untersuchung von Medizinsystemen als Praxis von Individuen und Gruppen sowie als soziale Institutionen vorzunehmen, welche als Repräsentanten von (medizinischer) Macht, Staat, Bürokratie oder Markt fungieren können. Während in dieser Perspektive hauptsächlich die «Denaturalisierung» von Krankheit interessierte und die kulturelle Dimension der Produktionsbedingungen von Medizin, sozialer Praxis und Gesundheitspolitik diskutiert wurden, beschäftigen heute noch expliziter moralische Fragen und pragmatische Aspekte. Am

<sup>1</sup> Die Literaturangaben finden sich am Ende der französischen Version dieses Textes, Seite 10.



Erfahrungsbegriff wird deshalb die intersubjektive Dimension hervorgehoben, und sein Gegenstand interessiert weniger als subjektives Phänomen, denn als interpersonales Medium (als Soziodynamik) in einem konkreten Feld, das «lokale moralische Welten» schafft (Kleinman und Kleinman 1991). Kulturelle Kategorien, soziale Strukturen, politische Prozesse und psychophysiologische Erfahrungen konstituieren u.a. diese Lebenswelten, die in der sozialen Praxis beobachtet nun – mit dem Fokus auf Leiden – durch das verständlich werden, was für die betroffenen Individuen und Gruppen auf dem Spiel steht. Es ist der tägliche Kampf um die Existenz, der die Leidenserfahrung ausmacht. Der Verlauf und der Ausgang der existentiellen Kämpfe ist üblicherweise nicht voraussagbar. Der Leidenserfahrung – die grundsätzlich eine Ohnmachtserfahrung ist – wohnt immer auch ein Widerstandspotenzial (*resistance*) inne (Kleinman und Kleinman 1991).

Theoretisch nutzt diese Richtung einer interpretativen Medizinethnologie verschiedene Ansätze, um die Leidenserfahrung zu fassen: Explizit phänomenologische Beiträge verorten den Leib als Lokalität des Wissens und der Erfahrung und definieren Bedeutung als der Sprache vorgelagert, oder sie konzentrieren sich auf die Analyse des Verhältnisses zwischen Bedeutung und intersubjektiver Erfahrung. Praxeologische Zugänge erlauben das Erfassen der Dialektik von Struktur und Handeln, welche sich im Habitus manifestiert. Poststrukturalistische Ansätze befassen sich etwa mit Diskursivierungen, mit Genealogien der Diagnostik oder mit Disziplinierung und Prozeduren der Körperkontrolle. Die Debatten thematisieren gegenwärtig die Frage der adäquaten Repräsentation von Leidenserfahrung in ethnologischen Darstellungen, die problematische Beziehung von Erfahrung und kulturellen Formen des Ausdrucks generell und die Bemühungen um ein Verstehen der konkreten Verankerungen solcher Erfahrung in lokalen moralischen Settings. Zudem besteht die Herausforderung der ethnologischen Analyse u.a. darin, diese situa-

tionalen Bedeutungen in erfahrungsnahe Kategorien zu verstehen und zu vermitteln.

Das Dossier nimmt Aspekte dieser Diskussionen auf und gibt einen Einblick in die konkrete medizinethnologische Forschungspraxis. Die versammelten Artikel – zum ersten Mal ist ein *Tsantsa*-Dossier übrigens durch externe ReviewerInnen begutachtet worden – präsentieren die aktuellen Rahmenbedingungen der medizinischen Versorgung und Prävention sowie die Erfahrungen der Betroffenen in verschiedenen Feldern. Forschungsarbeiten aus unterschiedlichen thematischen Bereichen und Regionen reflektieren Gesundheitspolitik, Wissensproduktion und Machtverhältnisse sowie das Entstehen von neuen Erfahrungspraxen und spezifischen Formen von Widerstand und Widerständigkeit (*resistance*).

In einem ersten Block befassen sich zwei Beiträge mit den Potenzialen und Widersprüchen einer migrationspezifischen Versorgung: Ilario Rossi zeichnet die Implikationen für die interprofessionelle Zusammenarbeit bei der Entstehung von neuen Gesundheitsnetzwerken nach, soweit sie im Rahmen der Einführung von Elementen einer *managed care* für die Versorgung von MigrantInnen in der Schweiz virulent werden. Corina Salis Gross führt die Medikalisierung der Flüchtlingserfahrung anhand der Bedeutung von Traumadiskursen in der sozialen und medizinischen Praxis in den Aufnahmeländern vor. Eine kritische Weiterführung der Diskussion um die psychiatrische Wissensproduktion macht Joshua Breslau in seinem Beitrag über Geheimhaltungspflicht und psychiatrische Autorität in Japan. Sandra Hyde und Christine Kopp gehen auf den Wandel der Produktionsbedingungen von Prävention und Behandlung von HIV/AIDS in Südwest-China und in der Schweiz ein. Ein letzter Block mit Beiträgen von Brigit Obrist zur Hygienepaxis von Frauen in Dar es Salaam und von Laurent Ruedin zu einer Impfkampagne in Nord-Mozambique zeigt die Erfahrungen von Bevölkerungsgruppen mit Public-Health



Programmen im südlichen Afrika auf. Das Dossier wird mit einem Nachwort von Mary-Jo Del Vecchio Good abgeschlossen.

Die Beiträge lassen aber auch noch eine weitere Dimension der Leidenserfahrung ersichtlich werden. Leiden zeigt sich in den Artikeln auch als Fähigkeit, unter schwierigen Bedingungen zu überleben, diese auszuhalten und sich sogar daran anzupassen. Einige der Beiträge beschreiben Felder und Effekte von politischen, ökonomischen oder medizinischen Strategien, die für die betroffene Bevölkerung massive Konsequenzen haben können: Sexarbeiterinnen in China, Asylsuchende in Europa, Frauen auf Wassersuche im südlichen Afrika sind Beispiele dafür. Sie schliessen an Bourdieus Analyse des *Elends der Welt* an (Bourdieu et al. 1993). Medizinethnologische Forschung und Praxis beschäftigen sich häufig mit Menschen in inhumanen Lebensbedingungen und deren Versuchen, damit zu Rande zu kommen. Die Qualität der ethnologischen Vermittlung dieser Erfahrungen und ihrer politischen Umsetzung wird auch von der Art der Debatten abhängen, welche unsere (eigene) Konfrontation mit existentiellen Fragen zum Gegenstand haben – das fast ausschliessliche Interesse für Widerstandspotenziale scheint u.a. eine Idealisierung und Ausdruck des Wunsches der EthnologInnen zu sein. Eine gleichermassen existentielle Dimension der Leidenserfahrung ist die Ohnmacht, auch sie gilt es zu analysieren und bei der Formulierung politischer Forderung zu berücksichtigen. In diesem Sinne ist eine kritische Rezeption von Konzepten der nordamerikanischen Version einer interpretativen Medizinethnologie wichtig. Einige der Beiträge im Dossier weisen denn auch durch eine differenzierende Anwendung der bereitgestellten Konzepte bereits über diese hinaus und führen z.B. zu Fragestellungen nach dem Stellenwert der Dimension der Ohnmacht oder danach, wie diese angemessen repräsentiert werden kann. Das Dossier ist auch als Anstoss gedacht, solche Pfade weiter zu verfolgen.



# Experiencing Medical Power and the State

## Introduction

### Corina Salis Gross

Le présent dossier propose des textes d'anthropologues médicaux d'Amérique du Nord et de Suisse. En tant qu'éditrices invitées, Mary-Jo Del Vecchio Good et moi-même avons mis sur pied un forum dédié à une nouvelle tendance importante de cette discipline appelée ethnologie médicale interprétative. Un tel forum devrait permettre de promouvoir les contacts internationaux de l'ethnologie médicale en Suisse, instituée depuis seulement dix ans et encore peu développée. Les contributions montrent par ailleurs qu'en Suisse – sous d'autres conditions institutionnelles qu'en Amérique du Nord –, l'ethnologie médicale se développe de manière indépendante.

Depuis le début des années nonante, les représentant·e·s de l'anthropologie médicale interprétative de la Harvard Medical School plaident en faveur de l'expérience de la souffrance comme point de départ de recherches ethnologiques traitant de la maladie, de la santé, des soins médicaux et de la politique de la

santé (cf. par exemple Kleinman et Kleinman 1991; Del Vecchio Good et al. 1992; Good 1994). Ce postulat reflète un développement de l'anthropologie médicale interprétative. Elle s'est d'abord concentrée sur la différenciation analytique entre *illness* (expérience de la maladie médiatisée socialement et culturellement) et *disease* (transformation professionnelle de cette expérience dans un système de soins), et s'est proposé ensuite d'entreprendre la recherche comparative de systèmes médicaux en tant que pratiques d'individus, de groupes et d'institutions sociales représentant le pouvoir, l'Etat, la bureaucratie ou le marché médical. Si dans cette perspective, l'intérêt principal était la «dénaturalisation» de la maladie et si la discussion portait sur la dimension culturelle des conditions de productions de la médecine, de la pratique sociale et de la politique de la santé, la préoccupation centrale focalise aujourd'hui plus explicitement sur les questions morales et les aspects pragmatiques. A travers cette notion d'expérience, la dimension inter-



subjective est mise en évidence mais son contenu intéresse moins en tant que phénomène subjectif que comme dynamique sociale dans un cadre spécifique créant des «mondes moraux locaux» (Kleinman et Kleinman 1991). Des catégories culturelles, des structures sociales, des processus politiques et des expériences psychophysiologiques constituent entre autres ces mondes de vie rendus compréhensibles par l'observation de la pratique sociale et – plus précisément en ce qui concerne la souffrance – des enjeux pour les acteurs individuels et collectifs. C'est la lutte existentielle quotidienne qui constitue l'expérience de souffrance. Le déroulement et la fin de cette lutte existentielle ne peuvent normalement pas être diagnostiqués. Dans l'expérience de la souffrance – il s'agit principalement d'une expérience de l'impuissance –, réside toujours un potentiel de résistance.

Du point de vue théorique, cette orientation de l'anthropologie médicale utilise des approches diverses: les contributions explicitement phénoménologiques perçoivent le corps comme lieu du savoir et de l'expérience et définissent le sens comme premier par rapport au langage ou alors elles se concentrent sur l'analyse du rapport entre sens et expérience intersubjective. Des approches praxéologiques permettent de saisir la dialectique d'une matrice sociale qui structure l'habitus et des états mentaux et corporels structurant à leur tour les interactions sociales. Des approches post-structuralistes traitent de la verbalisation, des généalogies de diagnostic, de la disciplinarisation et des procédures de contrôle du corps. Cette anthropologie médicale s'intéresse aux débats sur les représentations adéquates des expériences de la souffrance dans des présentations ethnologiques, à la relation problématique de l'expérience et des formes culturelles d'expression en général et aux essais de compréhension d'ancrages spécifiques de telles expériences dans des lieux moraux locaux. Le défi auquel l'analyse ethnologique fait face consiste entre autres dans la compréhension et la traduction de ces significations situationnelles dans des catégories proches de l'expérience.

Le présent dossier soulève certains aspects de ces discussions et donne un aperçu de la pratique concrète de certaines recherches en anthropologie médicale. Les articles réunis – et il faut souligner que pour la première fois, un dossier de *Tsantsa* a été revu par des experts externes – présentent les actuelles conditions-cadres des soins médicaux et de la prévention ainsi que les expériences des acteurs dans des champs différents. Les travaux de recherche des divers domaines thématiques et de régions géographiques différentes reflètent la politique de la santé, la production du savoir, les rapports de pouvoir, comme l'apparition de nouvelles pratiques d'expérience et de formes spécifiques de résistance.

Dans une première section, deux contributions traitent des potentiels et des contradictions de soins en situation de migration: Ilario Rossi évoque les implications de la collaboration interprofessionnelle dans le développement de nouveaux réseaux de santé, virulent dans le cadre d'introduction d'éléments de *managed care* pour les soins de la population immigrée. Corina Salis Gross présente la médicalisation de l'expérience de réfugiés dans la pratique sociale et médicale des pays d'accueil à travers les discours sur les traumatismes. Dans sa contribution sur le secret professionnel et l'autorité psychiatrique au Japon, Joshua Breslau propose une discussion critique à propos de la production du savoir psychiatrique. Sandra Hyde et Christine Kopp traitent chacune du changement des conditions de productions de la prévention et du traitement du SIDA, en Chine du Sud-Ouest et en Suisse. Une dernière section présente les expériences de groupes de populations face à des programmes de santé publique dans le sud de l'Afrique. Brigit Obrist s'exprime à propos de pratiques féminines en rapport avec l'hygiène à Dar es Salaam, et Laurent Ruedin s'interroge sur la campagne de vaccination au Mozambique Nord. Le dossier se termine par une conclusion de Mary-Jo Del Vecchio Good.



Une dimension supplémentaire de l'expérience de la souffrance est mise en évidence dans les textes. La souffrance se manifeste aussi comme une capacité de survie dans des conditions difficiles, et permet de supporter et de s'arranger avec cette réalité. Quelques contributions décrivent champs et effets de stratégies politiques, économiques et médicales ayant des conséquences considérables pour les populations concernées: les ouvrières du sexe en Chine, les requérants d'asile en Europe, les femmes à la recherche d'eau au sud de l'Afrique. Elles touchent en cela l'analyse de Bourdieu sur *La misère du monde* (Bourdieu et al. 1993). La recherche et la pratique en anthropologie médicale traitent souvent de personnes dans des conditions de vie quotidienne insupportables et de leurs tentatives de survie. La qualité des traductions anthropologiques de ces expériences et de leur application politique dépend de la manière dont sont débattues nos propres confrontations avec des questions existentielles; l'intérêt presque exclusif pour les potentiels de résistance semble être, entre autres, une idéalisation et une expression d'un souhait des ethnologues. Dans le contexte de la souffrance, l'expérience de l'impuissance est tout aussi existentielle; elle aussi mérite d'être analysée et considérée lors de formulations de demandes politiques. Dans ce sens-là, une réception critique des concepts de la tendance nord-américaine de l'ethnologie médicale est importante. Certaines contributions de ce dossier la dépassent déjà à travers une application différenciée des concepts à disposition et mènent par exemple à des questions concernant la valeur de la dimension de l'impuissance ou, plus loin, comment celle-ci peut être représentée de manière adéquate. Ce dossier entend également favoriser la poursuite de ce genre de réflexions.

## Bibliographie

- BOURDIEU Pierre et al.  
1993. *La misère du monde*. Paris: Editions du Seuil.
- DEL VECCHIO GOOD Mary-Jo, Paul E. BRODWIN, Byron J. GOOD and Arthur KLEINMAN (eds)  
1992. *Pain as Human Experience. An Anthropological Perspective*. Berkeley: University of California Press.
- GOOD Byron J.  
1994. *Medicine, Rationality, and Experience. An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- KLEINMAN Arthur and Joan KLEINMAN  
1991. «Suffering and its Professional Transformation: Toward an Ethnography of Interpersonal Experience». *Culture, Medicine, and Psychiatry* (Dordrecht) 15: 275-302.

