

# Magiske tall – trolldom og risiko som forklaring på sykdom og død



## Kommentar og debatt

I mange deler av verden tjener forestillinger om trolldom og hekseri som forklaring på sykdom og død. Hvilke individuelle og sosiale behov ivaretar slike forklaringer? Er det likhetstrekk mellom begreper om risiko og forestillinger om trolldom og hekseri som forklaringsmodell for sykdom og død? Kronikken belyser disse spørsmålene med bakgrunn i medisinsk og samfunnsvitenskapelig litteratur.

Forestillinger om trolldom og risiko har til felles nesten ubegrensede muligheter til å forklare uønskede hendelser som sykdom og død, og begge tenke- og handlemåter fordeler skyld og ansvar. Risikobegrepet er et viktig redskap for å forebygge sykdom og fremme menneskers helse. Medisinsk og folkelig bruk av begreper om risiko kan imidlertid vitne om en magisk tro på tall og på mulighetene til å forklare, forutsi og kontrollere hendelser.

Medisinere er ansvarlig for å ha et kritisk forhold til eget fagfelt og til drivkreftene bak produksjon og anvendelse av begreper om risiko. Medisinere er tjent med å ha innsikt i individuelle, sosiale og politiske virkninger av de forklaringsmodellene som anvendes i kliniske og samfunnsmedisinske sammenhenger.

*«Antropologien handler om de andre, men den handler også i stor grad om oss selv. Antropologiske studier kan gi oss et speil, et vindu, et motbilde eller er kontrast som gjør det mulig for oss å reflektere over vår egen tilværelse på en ny måte» (1)*

*«Den økende intellektualisering og rasjonalisering betyr [...] at det altså prinsipielt ikke finnes noen hemmelighetsfulle uberegnelige makter som griper inn, men at man – i prinsippet – kan styre alle ting ved beregning» (2)*

Risiko som begrep og utfordring i helsevesenet er et tema som er belyst i flere artikler i Tidsskriftet (3-6), og det er nylig utgitt to bøker om emnet i Norge (7, 8). Denne kronikken belyser risikobegrepet ut fra et sosialt, kulturelt og sammenliknende perspektiv.

I mange deler av verden tjener trolldom og hekseri som forklaring på sykdom og

---

**Jan C. Frich**

*jancf@samfunnsmed.uio.no*

Nevrologisk avdeling  
Ullevål universitetssykehus  
0407 Oslo

og

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin  
Universitetet i Oslo

---

Basert på et eksamensessay for mastergraden i medisinsk antropologi ved Brunel University, London (48)

død, men omfanget og betydningen av slike forestillinger varierer innen hvert enkelt samfunn (9). For noen hundre år siden var trolldom og hekseri en vanlig forklaring på uønskede hendelser i Norge og andre europeiske land (10). I Norge ble det i perioden 1571–1700 henrettet 227 personer etter anklager om utøvelse av trolldom (11). Forestillinger om trolldom og hekseri forekommer fortsatt i moderne samfunn (12, 13). Hvilke individuelle og sosiale behov ivaretar forklaringer basert på forestillinger om trolldom og hekseri? Er det likhetstrekk mellom begreper om risiko og forestillinger om trolldom som forklaringsmodell for sykdom og død?

### Forklaringsmodeller

Innen medisinsk antropologi er *forklaringsmodell* et teoretisk begrep for forståelsen forskjellige aktører har av et sykdomstilfelle. Forklaringsmodeller søker å gi svar på spørsmål vedrørende årsak, symptomer, forløp og behandling (14). Pasienter, behandlere og familiemedlemmer har ofte ulike forklaringsmodeller som kan variere med hensyn til analytisk styrke og abstraksjonsnivå (15, 16).

Enkelte antropologer er kritiske til begrepet *forklaringsmodell* fordi de mener søkelyst kun rettes mot individuelle pasienters forklaringsmodeller og ikke medisinsens forklaringsmodeller (17–19). Andre antropologer hevder at begrepet er nyttig i studiet av både medisinske og folkelige forståelser av sykdom og død (20).

Innen antropologien studerer man forklaringsmodeller som produkter av sosiale og kulturelle prosesser. Prinsipielt er det ikke noen forskjell mellom naturvitenskapelige og andre forklaringsmodeller (20).

### Ulike typer forklaringer

En pioner innen medisinsk antropologi, legen og antropologen W.H.R. Rivers (1864–1922), delte i boken *Medicine, magic and religion*, folkelige forklaringer av sykdom og død i tre hovedkategorier: naturlige årsaker, menneskelige handlinger og intensjoner, eller overnaturlige- og åndelige vesener (21). Kategoriene kan brukes til å lage en typologi over legfolkelige og medisinske årsaksforklaringer for sykdom og død, avhengig av om årsaken ligger i:

- Personen som er rammet
- Andre personer
- Sosiale- og økonomiske makrostrukturer
- Det naturlige miljø
- Den overnaturlige verden (22, 23)

Forklaringsmodeller vil i praksis ofte kombinere ulike typer årsaker, og ulike forklaringer utelukker ikke hverandre. Det kan imidlertid oppstå usikkerhet og uenighet blant pasienter, leger og andre aktører om hvilken forklaringsmodell som er riktig i en gitt situasjon.

### Trolldom og hekseri i et antropologisk perspektiv

*Witchcraft, Oracles, and Magic among the Azande*, av den britiske antropologen Edward Evans-Pritchard (1902–73), er et klassisk verk om hekseri og trolldom (24). Denne klassiske undersøkelsen er basert på Evans-Pritchards feltarbeid i 1920-årene blant azandefolket i Sør-Sudan.

#### Trolldom, hekseri og magi

Blant azandefolket finnes det ikke noe begrep om *uhell* eller *uflaks*, og begreper om *straff fra forfedrene*, som vi kjenner fra en del andre afrikanske samfunn, er i liten grad brukt som forklaring på sykdom og død. Forestillinger om trolldom, hekseri og magi står imidlertid sentralt i azandefolkets kosmologi. Slike forestillinger representerer en type forklaringsmodell som plasserer årsakene til uønskede hendelser i andre mennesker og i deres bevisste eller ubevisste handlinger og intensjoner.

Ifølge Evans-Pritchard skiller azandefolket mellom trolldom, hekseri og magi. Trolldom (*gbebere ngua*) brukes om ondsinnet magi som bryter med sosialt aksepterte normer. Hekseri (*mangu*) er en psykisk kraft som kan gi skade på andres helse og eiendom; kraften kommer fra en egen substans i heksens kropp. Magi (*ngua*) refererer til sosialt aksepterte teknikker, bruk av medisiner, magiske ritualer og verbale formularer, som antas å kunne beskytte mot påvirkning fra hekseri og trolldom. Trolldom er tillært og er



En azande gnir to trestykker mot hverandre for å konsultere et orakel. Motstanden mellom trestykkene uttrykker oraklets svar (24)

uttrykk for bevisste handlinger, mens hekseri er arvet og kan uttrykke både bevisste og ubevisste intensjoner. I antropologisk litteratur brukes ofte begrepene trolldom og hekseri om hverandre (25, 26).

#### Hekseri, trolldom og «naturlige» forklaringer

For azandefolket er det ikke en motsetning mellom trolldom eller hekseri og «naturlige» årsaker. Forståelsen av kornkammeret som faller sammen viser deres tenkemåte. Azandefolket bygger kornkamre på påler slik at kornet kan oppbevares over bakkenivå. I heten midt på dagen sitter folk ofte i skyggen under slike kamre. Alle vet at termitter angriper treverket og at pålene råtner, men hvis et kornkammer faller sammen, og noen blir skadet, er det enkelte spørsmål «naturlige» forklaringer ikke gir svar på: Hvorfor sviktet treverket akkurat nå? Hvorfor satt akkurat disse menneskene under kornkammeret da det falt sammen? Forestillinger om trolldom og hekseri kan gi svar på slike spørsmål og dermed forklare *hvorfor* uønskede hendelser skjer.

#### Orakler og magi

Azandefolket forholder seg til trolldom og hekseri ved hjelp av orakler og magi. Trolldom og hekseri finnes overalt, og det er som regel bare ved sykdom, ulykker og død at man trenger å finne ut hvem som er ansvarlig. En azande kan i tillegg konsultere orakler i planleggingen av en reise, slik at man

kan ta forholdsregler og minske faren for at noe uønsket skjer. Et menneske som trosser advarsler fra et orakel, vil av andre oppfattes som dumdriktig.

En azande kan være tilfreds med å få konstatert hvem som har forårsaket et sykdomstilfelle, men som regel ønsker de skadelidende å ta opp forholdet med den ansvarlige slik at det kan settes en stopper for de skadelige kreftene. Hvis en person anklages for å utøve trolldom eller hekseri, forventes det at han eller hun uforbeholdent beklager det inntrufne. Den anklagede skal forsikre offeret om at man ikke har hatt et bevisst ønske om å gjøre skade og ikke vil ha dette i fremtiden. Hvis en anklaget benekter forholdet, vil de skadelidende oppfatte dette som at vedkommende egentlig har et ønske om å gjøre skade.

#### Trolldom, hekseri og rasjonalitet

Enkelte innen antropologien har hevdet at det finnes to ulike tenkemåter; en primitiv *magisk* mentalitet og en *rasjonell-logisk* mentalitet (27). Forestillinger

om trolldom og hekseri vil være eksempel på magisk tenkning. Svakheten med en slik tilnærming er at man kan underkjenne tenke- og handlemåter som virker fremmed og lite forenlig med moderne idealer om rasjonalitet og logikk. Et annet spørsmål er i hvilken grad moderne tenkemåter i grunn er så rasjonelle og logiske? Alternativt kan antropologer forstå et samfunn ut fra dets egne forutsetninger, og ta for gitt at det i verden eksisterer ulike begreper om kunnskap og rasjonalitet side om side (28). I stedet for å spørre hvorvidt azandefolkets oppfatninger om sykdom og ulykker bygger på sann kunnskap, kan man i stedet studere hvilke betydninger og virkninger anklager om trolldom og hekseri har i dette samfunnet. Evans-Pritchard og andre antropologers svar har tradisjonelt vært at slike tenke- og handlemåter vedvarer, ikke fordi de gir ny innsikt, men fordi de opprettholder en sosial likevekt (24, 29). Trolldom og hekseri som forklaringsmodell kan:

- Forklare uønskede hendelser og motgang
- Uttrykke og løse sosiale konflikter
- Utøve sosial kontroll ved å begrunne normer som minsker risikoen for at man blir utsatt for sykdom og død (18, 23)

#### Et kritisk perspektiv

*AIDS and accusation*, av legen og antropologen Paul Farmer, er skrevet med bakgrunn i et omfattende feltarbeid i Haiti i 1980-årene (23). Haitieres forståelse av AIDS-epidemien er et hovedtema i boken. Farmer hev-

der at befolkningen på landsbygden forstår AIDS med bakgrunn i etablerte «semantiske nettverk» for tuberkulose. Haitiere flest er kjent med at tuberkulose er forårsaket av mikrober. Samtidig vet de at tuberkulose og AIDS kan skyldes «sjalusi» i form av trolldom. Forklaringsmodellene kombinerer dermed naturlige og sosiale årsaker. Farmer aksepterer at anklager om trolldom har en sosial funksjon i det haitiske samfunnet. Han trekker imidlertid den konklusjon at de egentlige årsakene til haitiernes lidelser skyldes vestlig imperialisme, politisk uro, sosial og økonomisk marginalisering (30). Andre har forfektet et liknende syn: anklager om trolldom og hekseri kan løse indre sosiale konflikter midlertidig, men de tar bort oppmerksomheten fra de egentlige årsakene til menneskelig lidelse, som skyldes konfliktene mellom ulike sosiale og økonomiske grupperinger i samfunnet (31). Ved en slik betraktningssåte står antropologien i fare for å redusere kulturelle tradisjoner kun til spørsmål om interessekonflikter. Dette kritiske perspektivet er likevel viktig, fordi innsikt i sosiale og økonomiske makrostrukturer kan være helt vesentlig for å forstå sosiale og kulturelle prosesser i lokale samfunn (32).

### Risiko, sykdom og helse

Etymologisk sett kan risikobegrepet spores tilbake til fremveksten av forsikringsordninger for skip i de italienske bystatene på 1400-tallet. Risiko er avledet av det italienske ordet *risico*, som betyr «det som skjærer» (33). Hvis man støtte på skjær i sjøen, ville man med andre ord kunne *risikere* skip, mannskap og last. Frem til 1600-tallet forvaltet autoriteter forståelsen av risiko med bakgrunn i hva man mente var sannsynlig. Dette begrepet om sannsynlighet ble etter opplysningstiden erstattet med et sannsynlighetsbegrep basert på vitenskapelige eksperimenter, tall og statistikk (34). Risiko er i dag et begrep med mange betydninger og dimensjoner.

### Risikosamfunnet

Det moderne samfunn kan karakteriseres ved stikkord som individualisme, kapitalisme, rasjonalisering, industrialisering og sekularisering. Globaliseringen og ny teknologi har resultert i et sosialt klima av fare og uforutsigbarhet (35, 36). Rasjonaliseringen og sekulariseringen innebærer at det moderne mennesket i mindre grad enn tidligere aksepterer forestillinger om en forutbestemt skjebne eller overnaturlige styrende makter (2, 37, 38). Samfunnet preges av en tro på at man i prinsippet kan styre alle ting ved hjelp av tekniske midler og beregning (2). Det er med bakgrunn i en slik situasjonsbeskrivelse sosiologen Ulrich Beck karakteriserer det moderne samfunnet som «risikosamfunnet» (39). Risikobegrepet er i dag en nøkkel for forståelsen av individet og sosiale relasjoner i det moderne samfunn.

I risikosamfunnet har medisinen overtatt funksjoner som religionen tidligere ivaretok. Medisinen er blitt en viktig premissleverandør for forståelsen og håndteringen av sykdom og død. Som produsent og forvalter av kunnskap om normalitet spiller medisinen en viktig rolle med hensyn til forståelsen og håndteringen av avvikere (40, 41).

### Risiko som «årsak» til uønskede hendelser

I risikosamfunnet kan det oppstå uenighet om forklaringen på ulykker, sykdom og død. I en situasjon med komplekse årsakssammenhenger og stor grad av usikkerhet gir det ofte mening å snakke om et felt med årsaksfaktorer heller enn en enkelt årsak (42). Faktoren man fremhever som årsak til en hendelse er som regel en faktor de involverte aktørene selv kan tenkes å ha kontroll over. Det man kaller *årsaken* kan dermed være et uttrykk for pragmatiske og verdimeslige valg, mer enn objektive saksforhold.

### Risiko og medisin

Det medisinske fagfeltet preges i økende grad av kunnskap om *risikofaktorer* for utvikling av sykdom og død (43). Klinisk og samfunnsmedisinsk anvendelse av slik kunnskap kan forebygge sykdom og gi mennesker bedret helse, men kan samtidig medikalisere en rekke «unormale» tilstander. Økt kjennskap til risikofaktorer kan sannsynligvis skape helseproblemer (44), samt bidra til å endre folks sykdoms- og helseforståelse (45). En konsekvens av denne utviklingen er at det moderne mennesket i økende grad er avhengig av helsetjenesten for å få bekreftet at man er frisk (45).

### Risiko, skyld og ansvar

Hvis en person får lungekreft, er det første spørsmålet man stiller: Har vedkommende røykt? Hvis noen får malignt melanom, tenker man umiddelbart på soling. Den som rammes av sykdom vil ofte søke svar på spørsmålet: Hvorfor akkurat meg? I forhandlinger om årsak, skyld og ansvar vil en rekke spørsmål reises:

- Var det en risiko eller risikofaktor inne i bildet?
- Hvem var ansvarlig for risikoen?
- Hadde individet av egen vilje og ved sin livsstil utsatt seg for risiko?
- Var individet uvitende om risikoen?
- Var sosiale påkjenninger i form av stress eller økonomisk marginalisering med i bildet?
- Ble personen eksponert for noen risiko i form av helseskadelige kjemiske stoffer, mikrober eller stråling i det naturlige miljøet?

Svarene på slike spørsmål er grunnlaget for medisinske og folkelige forklaringsmodeller, hvor årsakssammenhenger og mening etableres. For enkeltmennesket kan det oppleves som provoserende når sykdom rammer

og man i henhold til en modell har gjort «alt riktig». Forestillinger om *hell*, *uhell* og *flaks* er viktige begreper for å forklare unntakene fra regelen (46). Hos mennesker med etablerte sykdommer og tilstander kan markører for risiko, som for eksempel kolesterol og Hb A<sub>1c</sub>, bli tegn som viser til moralske kvaliteter ved personen (47–49).

### Diskusjon

I skriftlige fremstillinger kan tenke- og handlemåter fremstå som mer stabile, og mindre preget av lokale forhold, endring og individuell variasjon, enn de i virkeligheten er (50). En sammenlikning av begreper om risiko med forestillinger om trolldom og hekseri må gjøres med varsomhet. Det er ikke holdbart å sette likhetstegn mellom fenomenene, men det er enkelte fellestrekk som det er fruktbart å peke på.

### Ubegrenset forklaringspotensial

Hos azandefolket finnes trolldom og hekseri overalt, på samme måte som det i risikosamfunnet er en mer eller mindre tallfestet risiko ved all menneskelig aktivitet. Begge typer forklaringsmodeller har dermed til felles nærmest ubegrensede muligheter til å forklare uønskede hendelser. I møte med sykdom og død har både leg og lærd behov for å finne en forklaring og kanskje kunne handle for å redusere en risiko. Det kan være lett å glemme at begreper om risiko opererer i en verden preget av usikkerhet og uvitenhet (5), og at det dessuten er problematisk å overføre kunnskap om grupper til enkeltindivider (51).

Med hensyn til aktører som den medisinske profesjon, politiske myndigheter, legemiddelindustrien, pasientforeninger og forsikringsbransjen og deres håndtering av risiko, er det nyttig å stille to spørsmål: Hvem har interesse av en bestemt forklaringsmodell? Hvem kan tjene penger på denne forklaringsmodellen? (52).

### Skyld, ansvar og sosial kontroll

Antropologen Mary Douglas peker på at anvendelser av begreper om risiko ofte reflekterer behovet for å fordele ansvar og skyld for en uønsket hendelse (53). Forestillingen om en «naturlig» død kan synes like fjern for det moderne menneske som for mennesker i såkalte primitive samfunn. «Hvem sin skyld? er det første spørsmålet,» hevder Douglas (53). Begreper om risiko får lett moralske, sosiale og politiske funksjoner. I likhet med forestillinger om trolldom og hekseri, brukes oppfatninger om risiko ofte som en viktig premiss i begrunnelsen av normer og sosial kontroll (54).

Søksmålene mot tobakksindustrien illustrerer hvordan begreper om risiko inngår som del av forhandlingene om ansvar og skyld i det moderne rettssystemet. Omfanget og utfallet av slike rettsforhandlinger varierer i stor grad mellom ulike land. Dette illustrerer at oppfatninger om risiko, i likhet med fore-

stillinger om trolldom og hekseri, er dynamiske og preges av sosiale, politiske og økonomiske forhold.

### *Individuell livsstil og genetikk*

Økonomiske og politiske drivkrefter har sammen med individualiseringen i det moderne samfunn resultert i en økende tendens til å tilskrive sykdom og død individets livsstil eller genetiske egenskaper. «Hvorfor er det ikke mulig å bli syk uten at det samtidig i tillegg er din skyld?» spør Marantz (55). Dette spørsmålet viser til en vesentlig forskjell i forhold til forklaringsmodeller med utgangspunkt i trolldom og hekseri, hvor søkelyset som regel er rettet mot aktører utenfor individet som er rammet.

### **Konklusjon**

Risikobegrepet er et viktig redskap for å forebygge sykdom og fremme menneskers helse. Medisinsk og folkelig bruk av begreper om risiko kan imidlertid vitne om en magisk tro på tall og på mulighetene til å forklare, forutsi og kontrollere hendelser. Hvordan samfunnet håndterer risiko i forhold til sykdom og død er et viktig sosialt og politisk spørsmål. Medisinere er ansvarlig for å ha et kritisk forhold til eget fagfelt og til drivkreftene bak produksjon og anvendelse av begreper om risiko. Medisinere er tjent med å ha innsikt i individuelle, sosiale og politiske virkninger av de forklaringsmodellene som anvendes i kliniske og samfunnsmedisinske sammenhenger.

---

Artikkelforfatteren har mottatt stipend fra Norges forskningsråd, via en miljøstøtte til Seksjon for medisinsk antropologi, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo.

### **Litteratur**

1. Eriksen TH. Små steder – store spørsmål: innføring i sosialantropologi. Oslo: Universitetsforlaget, 1993.
2. Weber M. Videnskap og politikk. Oslo: Aschehoug, 1936.
3. Graff-Iversen S. Risiko som begrep og utfordring i helsevesenet. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2669–72.
4. Skolbekken J-A. Risiko som begrep og utfordring i helsevesenet. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 2673–6.
5. Rørtveit G, Strand R. Risiko, usikkerhet og uvitenhet i medisinen. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 1382–6.
6. Sachs L. Kommunikative problem i den evidensbaserte medisinen. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 908–11.
7. Swensen E, red. Diagnose: risiko. Oslo: Universitetsforlaget, 2000.
8. Thelle D, red. Risiko som forestilling, atferd og rettesnor. Oslo: Cappelen, 2001.
9. Ankarloo B, Clark S, red. Witchcraft and magic in Europe: the twentieth century. Philadelphia: University of Pennsylvania Press, 1999.
10. Alver BG. Heksetro og trolldom: et studie i norsk heksevæsen. Oslo: Universitetsforlaget, 1971.
11. Næss HE. Trolldomsprosessen i Norge på 1500–1600-tallet. Oslo: Universitetsforlaget, 1982.

12. Favret-Saada J. Unbewitching as therapy. Am Ethnol 1989; 16: 40–55.
13. Mæland NF. I hver sin verden – eller historien om to virkeligheter. Tidsskr Nor Lægeforen 1999; 119: 77–8.
14. Kleinman A. Concepts and a model for comparison of medical systems as cultural systems. Soc Sci Med 1978; 12B: 85–93.
15. Helman CG. «Feed a cold, starve a fever» – Folk models of infection in an English suburban community, and their relation to medical treatment. Cult Med Psychiatry 1978; 2: 107–37.
16. Helman CG. Disease and pseudo-disease: a case history of pseudo-angina. I: Hahn RA, Gaines AD, red. Physicians of western medicine. Dordrecht: D. Reidel, 1985: 293–331.
17. Young A. Anthropologies of illness and sickness. Ann Rev Anthropol 1982; 11: 257–85.
18. Frankenberg R. Sickness as cultural performance: drama, trajectory and pilgrimage. Int J Health Serv 1986; 16: 603–26.
19. Scheper-Hughes N. Three propositions for a critically applied medical anthropology. Soc Sci Med 1990; 30: 189–97.
20. Good BJ. Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.
21. Rivers WHR. Medicine, magic and religion. London: Routledge, 2001.
22. Helman CG. Culture, health and illness: an introduction for health professionals. 4. utg. London: Arnold, 2000.
23. Farmer P. AIDS and accusation: Haiti and the geography of blame. Berkeley: University of California Press, 1992.
24. Evans-Pritchard EE. Witchcraft, oracles, and magic among the Azande. Oxford: Oxford University Press, 1937.
25. Turner V. The forest of symbols. London: Cornell University Press, 1967.
26. Douglas M. Sorcery accusations unleashed: the Lele revisited, 1987. Africa 1999; 69: 177–93.
27. Lévy-Bruhl L. The notebooks on primitive mentality. Oxford: Blackwell, 1975.
28. Tambiah SJ. Magic, science, religion, and the scope of rationality. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
29. Douglas M, red. Witchcraft confessions & accusations. London: Tavistock, 1970.
30. Røttingen J-A, Frich JC. Fremveksten av infeksjonssykdommer – en konsekvens av ulikheter? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 841–4.
31. Gluckman M. Custom and conflict in Africa. Oxford: Basil Blackwell, 1956.
32. Marcus GE, Fischer MMJ. Anthropology as cultural critique. 2. utg. London: The University of Chicago Press, 1999.
33. Enebakk V. Skipsforlis, sjansespill og sannsynlighetsregning. I: Thelle D, red. På den usikre siden: risiko som forestilling, atferd og rettesnor. Oslo: Cappelen, 2001: 11–46.
34. Hacking I. The taming of chance. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
35. Waters M. Globalization. London: Routledge, 1995.
36. Furedi F. Culture of fear: risk-taking and the morality of low expectation. London: Cassel, 1997.
37. Giddens A. The consequences of modernity. Cambridge: Polity Press, 1990.
38. Bruce S. Religion in the modern world. Oxford: Oxford University Press, 1996.
39. Beck U. Risk society: towards a new modernity. London: Sage, 1992.
40. Zola IK. Medicine as an institution of social control. Sociol Rev 1972; 20: 427–508.
41. Foucault M. Galskapens historie i opplysnings-tidsalder. Oslo: Gyldendal, 1999.
42. Lie RK. Sykdoms- og årsaksbegrepet. I: Bjerkedal T, red. Forebyggende medisin. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1992: 18–25.
43. Skolbekken J-A. The risk epidemic in medical journals. Soc Sci Med 1995; 40: 291–305.
44. Sachs L. Is there a pathology of prevention? The implications of visualizing the invisible in screening programs. Cult Med Psychiatry 1995; 19: 503–25.
45. Anderssen J. No går det på helsa laus: helse, sykdom og risiko for sykdom i to nord-norske kystsamfunn. Doktoravhandling. ISM skriftserie nr. 46. Tromsø: Universitetet i Tromsø, 1998.
46. Davison C, Smith GD, Frankel S. Lay epidemiology and the prevention paradox: the implications of coronary candidacy for health education. Sociol Health Ill 1991; 13: 1–19.
47. Sachs L. Causality, responsibility and blame – core issues in the cultural construction and subtext of prevention. Sociol Health Ill 1996; 18: 632–52.
48. Frich JC. An ethnographic study of concepts of risk in relation to cardiovascular disease – the case of familial hypercholesterolemia. Mastergradsavhandling. London: Department of Human Sciences, Brunel University, 2000.
49. Hilden PK. Hb A<sub>1c</sub> selvbehandling og type 1-diabetes. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 69–72.
50. Battaglia D. Toward an ethics of the open subject: writing culture in good conscience. I: Moore HL, red. Anthropological theory today. Cambridge: Polity Press, 1999: 114–50.
51. Rose G. Sick individuals and sick populations. Int J Epidemiol 1985; 14: 32–8.
52. Skolbekken J-A. Risikoreduksjon på blå resept. I: Thelle D, red. På den usikre siden: risiko som forestilling, atferd og rettesnor. Oslo: Cappelen, 2001: 181–216.
53. Douglas M. Risk and blame: Essays in cultural theory. London: Routledge, 1992.
54. Lupton D. The imperative of health: public health and the regulated body. London: Sage, 1995.
55. Marantz PR. Blaming the victim: the negative consequence of preventive medicine. Am J Public Health 1990; 80: 1186–7.

○