

Norsk-marokkanske kvinners fortellinger om sykdom og helse

*Betydningen av islamske og marokkanske
tradisjoner i helsesøkende atferd*

Nina Bredeesen Hørthe



Masteroppgave i religionshistorie

60 studiepoeng

Institutt for kulturstudier og orientalske språk

Våren 2014

UNIVERSITETET I OSLO

Norsk-marokkanske kvinners fortellinger om sykdom og helse

Betydningen av islamske og marokkanske tradisjoner i helsesøkende atferd

Nina Bredeesen Hørthe

Masteroppgave ved institutt for kulturstudier og orientalske språk

Universitetet i Oslo

Våren 2014

© Nina Bredesen Hørthe

2014

Norsk-marokkanske kvinners fortellinger om sykdom og helse: Betydningen av islamske og marokkanske tradisjoner i helsesøkende atferd

Nina Bredesen Hørthe

<http://www.duo.uio.no>

Trykk: Copy Cat, Sentrum

IV

Sammendrag

Denne oppgaven er en studie av et utvalg norsk-marokkanske kvinners fortellinger om sykdom og helse. Gjennom oppgaven ser jeg på hvordan kvinnenens islamske og marokkanske tradisjoner har innvirkning på ulike deler av deres helsesøkende atferd. Hovedmaterialet baserer seg på et fire måneders feltarbeid utført i en aktivitetsgruppe med voksne kvinner, som alle er født og oppvokst i Marokko. Den andre delen av materialet består av kvalitative intervjuer av fem unge kvinner i tyveårene som alle er født i Norge, men som har marokkansk familiebakgrunn.

I stedet for å vektlegge sykdom og helbredelsespraksiser, slik det som regel har vært gjort i tidligere relevant forskning, setter denne oppgaven *helse* i sentrum. Gjennom fokus på helsesøkende atferd er målet å oppnå bred forståelse av kvinnenens *egen* opplevelse av helse, ved å undersøke hvordan søken etter god helse på ulike måter er en del av kvinnenens hverdagsliv. Gjennom temaer som kosthold og helse, behandling av sykdom og plager samt ulike praksiser knyttet til beskyttelse mot sykdom forårsaket av onde krefter, viser jeg hvordan kvinnenens islamske og marokkanske tradisjoner spiller betydningsfulle roller i deres forsøk på å oppnå god helse. Jeg argumenterer for at slike tradisjoner må anses som viktige verktøy i opplevelsen av å mestre egen helse.

De to islamske og marokkanske tradisjonene oppgaven tar utgangspunkt i er *tibb al-nabawi*, som er profetens anbefalinger tilknyttet sykdom og helse, og *tibb al-yunani*, en tradisjon med utgangspunkt i humorallæren. Oppgavens hovedfokus er å undersøke hvordan disse tradisjonene har innflytelse på kvinnenens helsesøkende atferd, men underveis vil vi også se at ulike aspekter knyttet til den skolemedisinske tradisjonen spiller en rolle i de valgene kvinnene tar for å fremme god helse.

Videre sees også kvinnenens ideer om sykdom og helse i lys av en annen tendens. Oppgaven undersøker hvorvidt reislamisering, som en pågående prosess som påvirker ulike deler av islamsk liv verden over, også har innvirkning på de norsk-marokkanske kvinnenens helsesøkende atferd. Gjennom analysen viser jeg hvordan dette er tilfelle blant både de unge og de voksne kvinnene. Særlig kan reislamiseringens dekolteralisering sies å kjennetegne kvinnenens avstandstaking fra folkereligøse praksiser tilknyttet sykdom og helse i Marokko. I motsatt ende står et sterkt fokus på Koranen og sunna som utgangspunkt for all praksis.

Forord

Nå er denne reisen ved veis ende og det er mange som fortjener en takk. Først og fremst vil jeg takke alle de flotte norsk-marokkanske kvinnene jeg har møtt på min vei. Uten dere hadde det ikke blitt noen oppgave. Tusen takk til de unge kvinnene for at dere satte av tid til meg i deres travle hverdag. Og til de voksne kvinnene, tusen takk for at dere tok meg i mot med åpne armer og inkluderte meg i deres varme felleskap. Jeg setter stor pris på at dere har delt både deres følelser og kunnskap med meg – *shukran!*

Dernest vil jeg gi en stor takk til min veileder, Nora Stene, for ditt genuine engasjement gjennom hele prosessen. Jeg har satt stor pris på din grundighet, og for at du hele tiden har vært så tilgjengelig. Ikke minst er jeg takknemmelig for at du har lært meg å stole på mine egne evner.

En stor takk går også til Per Haave for korrekturlesing av hele oppgaven. Din hjelp har vært uvurderlig – både dine innspill og dine "kommaer".

Nora Sunniva Eggen fortjener også en takk for hjelp med oversettelse og annen nyttig informasjon. Det samme gjør Hanan Albalke. Jeg har satt stor pris på våre samtaler.

Arbeidet med denne oppgaven hadde ikke vært det samme uten alle de flotte medstudentene jeg har møtt underveis, både på IKOS' lesesal og i Fagutvalget. Dere har gjort disse to årene uforglemmelige. Vi sees i Italia!

Til mine venner utenfor lesesalen, takk for at dere har vært tålmodige og ventet på meg. Vi har mye å ta igjen!

Tusen takk til min kjære familie for all støtte og hjelp underveis, både musikalsk, moralsk og faglig. Og til mormor for alle de oppmuntrende telefonsamtalene i året som har gått.

Til Fatima *jan*, tusen takk for alle våre samtaler om islam. Det er du som har inspirert meg til å skrive denne oppgaven.

Til slutt vil jeg takke min kjære Magnus, for at du alltid er der for meg. Vi klarte det!

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Forskningstema.....	2
1.2	Oppgavens oppbygning.....	5
1.3	Arabiske termer	5
2	Materiale og metode.....	6
2.1	Informantgruppe 1 - de unge kvinnene.....	6
2.2	Informantgruppe 2 - de voksne kvinnene	8
2.2.1	Innsamling av materiale	10
2.3	Metodiske betraktninger - dialogisk refleksivitet.....	13
2.4	Anonymisering	16
3	Medisinske tradisjoner i den marokkanske kulturen.....	17
3.1	Islamsk medisin - <i>tibb al-yunani</i> og <i>tibb al-nabawi</i>	18
3.2	Folkereligjøre aspekter	24
3.3	Helsesøkende atferd og reislamisering	26
4	Å styrke helsen gjennom kostholdet	31
4.1	Å styrke helsen gjennom varmende og kjølede matsorter	31
4.1.1	Symbolisk klassifikasjon - individuelle nettverk av mening	34
4.2	Koranen og vitaminer - pluralistiske mønstre i klassifisering av matsorter	38
4.3	Tradisjoner som forvitrer?.....	41
5	Å behandle ved hjelp av Koranen og sunna.....	44
5.1	Å søke behandling gjennom Koranens ord	45
5.2	Å søke behandling gjennom Koranens og sunnas anbefalte substanser	51
5.2.1	"Naturlig er best" - naturlige og farmakologiske medisiner	58
5.3	"Kun Allah kan helbrede deg" - behandling og reislamisering	60
5.4	Betydningen av islamske behandlingspraksiser	67
6	Å beskytte seg mot åndelig sykdom.....	70
6.1	<i>Jinn, ayn</i> og <i>suhur</i> - finnes det?	71
6.2	Hvordan viser åndelig sykdom seg?	73
6.3	Farlige følelser - ulike former for beskyttelse	77
6.3.1	Beskyttende formularer og koranresitasjon.....	82
6.4	"Kun Allah kan beskytte deg" - beskyttende praksiser og reislamisering	84
7	Avsluttende betraktninger	90
7.1	Reislamisering og generasjonslikheter	93
7.2	Betydningen av religiøse og kulturelle tradisjoner i helsesøkende atferd	95
	Litteraturliste	97

1 Innledning

Why is a woman who has just given birth duly feted by her relatives with high-calorie hen soup? Why is a baby who is suffering from a cold smeared in olive oil? Why clean seven times a pair of trousers that has been licked by a dogs tongue? Why drink water blessed by the Quran to cure a nervous breakdown, or refuse to pour boiling water down a toilet bowl? (Dieste 2013:1).

Menneskers forståelse av sykdom og helse varierer i ulike deler av verden. Religiøse og kulturelle tradisjoner spiller en viktig rolle. Det er også tilfelle i den islamske verden, noe sitatet over viser. Hvordan vi opplever sykdom og helse er med andre ord knyttet til de kulturelle meningsskapende systemene vi befinner oss i. I mange islamske kulturer eksisterer ulike tradisjoner side om side.¹ Sammen gir disse tradisjonene bred mening til sykdom og tilbyr ulike veier til helbredelse. På grunn av innvandring til Vest-Europa fra 1950-tallet og fremover, må nyere forestillinger og praksiser som er kjent av mange muslimer, også forstås som en del av det pluralistiske medisinske bilde i den vestlige delen av verden.

Denne oppgaven bygger på et utvalg norsk-marokkanske kvinners fortellinger om sykdom og helse. Gjennom oppgaven ser jeg på hvordan kvinnenens islamske og marokkanske tradisjoner har innvirkning på ulike deler av deres helsesøkende atferd. Materialet i oppgaven er todelt. Hovedmaterialet baserer seg på et fire måneders feltarbeid utført i en aktivitetsgruppe med voksne kvinner, som alle er født og oppvokst i Marokko. Den andre delen av materialet består av kvalitative intervjuer av fem unge kvinner i tyveårene som alle er født i Norge, men som har marokkansk familiebakgrunn.²

¹ Tradisjonene inkluderer den skolemedisinske tradisjonen. Med skolemedisin forstås: "Den medisinske kunnskap og praksis som undervises ved universitetene" (Braut 2014). Synonymt med skolemedisin brukes ofte betegnelsen vitenskapelig medisin (Braut 2014). Den skolemedisinske tradisjonen står imidlertid ikke sentralt i denne oppgaven.

² Jeg har valgt å omtale både de unge og de voksne kvinnene som norsk-marokkanere. Her følger jeg Sissel Østberg som i sin studie av norsk-pakistansk ungdom omtaler ungdommene som norsk-pakistanere for å markere deres tilhørighet til begge kulturer (Østberg 2005:9).

1.1 Forskningstema

It is an odd anthropological orientation that we have so often taken the quintessential realms of cultures to be the rituals that may be performed once or twice a year, [and] the myths that may never be publicly recited (Kessing, sitert i Wikan 1989:296).

I "Managing the heart to brighten face and soul: Emotions in Balinese morality and health care" (1989) tar antropologen Unni Wikan utgangspunkt i den medisinske antropologen og psykiateren Arthur Kleinmans kritikk av 1980-tallets antropologer. Kleinmans kritikk gikk ut på at antropologene var mer interesserte i det eksotiske og spektakulære enn det hverdagslige ved folkemedisin. Ifølge Kleinman hadde antropologene i for stor grad fokusert på studier av sjamanistisk og rituell helbredelse, mens "popular health care", altså hva mennesker gjør i hverdagen for å fremme god helse og forebygge sykdom, var blitt neglisjert eller i liten grad forstått. Den dominerende interessen for rituell helbredelse hadde ifølge Kleinman fremmet "a misplaced impression that sickness is what preoccupies people when surely *health* is the major concern of everyday life" (Kleinman, sitert i Wikan 1989:294).

Så vidt jeg kan se, handler store deler av den eksisterende forskningen på sykdom og helse i Marokko nettopp om ulike former for rituell helbredelse (se f.eks. Crapanzano 1973, Maarouf 2007, Rausch 2000, Spadola 2009). Antropologen Josep Lluís Mateo Diestes bok *Health and ritual in Morocco: Conceptions of the body and healing practices* (2013) er den som ligger nærmest min egen oppgave, men også han fokuserer spesielt på ulike helbredelsesmetoder. I likhet med Wikan søker jeg i større grad vekk fra kategoriene sykdom og helbredelse, og søker heller en forståelse av "popular health care in the broadest sense" (Wikan 1989:294). Det gjør jeg ved å se på ulike aspekter av helsesøkende atferd slik den kommer til syne i en gruppe norsk-marokkanske kvinners hverdag. På denne måten ønsker jeg å utvide kunnskapen på et område vi generelt vet lite om. Som den medisinske antropologen Benedicte Ingstad skriver i boken *Medisinsk antropologi: En innføring* (2007):

Vi vet forholdsvis lite om hva alminnelige mennesker (til forskjell fra helsepersonell) legger i helsebegrepet. Hvordan, og eventuelt, i hvilken grad preger håpet om god helse og et langt liv deres hverdag og tåleevne, og hvordan nedfelles ulike kultur- og samfunnsforhold seg i folks syn på helse? (Ingstad 2007:45).

Nettopp Ingstads spørsmål er utgangspunktet for min oppgave. Jeg har altså valgt å se på en gruppe norsk-marokkanske kvinner i Oslo, og vil gjennom oppgaven diskutere hvordan islamske og marokkanske tradisjoner er en del av deres helsesøkende atferd. Interessen er rettet mot hverdagsliv, ideer om kosthold og helse, behandling og det å beskytte seg mot sykdom.

The Nursing Outcomes Classification (NOC) definerer "health-seeking behaviour" slik: "Personal actions to promote optimum wellness, recovery and rehabilitation" (Moorhead et al. 2013:248).³ I artikkelen "Help-seeking behaviour: A concept analysis" (2011) skriver Nicola Cornally og Geraldine McCarthy: "This definition [NOC's definisjon av 'health-seeking behaviour'] appears to propose that health-seeking behaviour can occur with or without a health problem and covers the spectrum from potential to actual health problem" (2011:282). I *Vulnerability and the art of protection: Embodiment and health care in Moroccan households* (2012) definerer også antropolog Marybeth J. MacPhee "health-seeking behaviour" som å omfatte hele spekteret fra forebygging til behandling (2012:14).

Jeg har valgt å oversette "health-seeking behaviour" til helsesøkende atferd. På norsk finnes begrepet helsefremmende atferd som sammen med begrepet helsereduserende atferd går inn under fellesbetegnelsen helseatferd. Helseatferd kan defineres som "atferd og levevaner med særlige helsemessige følger" (Nylenna 2014). Helseatferd syntes i større grad å bli brukt om atferd sett fra et skolemedisinsk ståsted. Jeg finner helsesøkende atferd som en bedre term for å beskrive den atferd individer aktivt utfører for å fremme det de *selv* opplever som god helse, noe som nettopp er fokus for min analyse. Dette aspektet blir særlig tydelig i den delen av NOC's definisjon som peker mot å "promote optimum wellness". Sentralt i min forståelse av helsesøkende atferd er at jeg, i likhet med samfunnsmedisinerne Per Fugelli og Berit Austveg, knytter begrepet helse til vår evne til å tåle å *leve med* sykdom, problemer og risiko (Thorbjørnsrud 2009:249–250).

Denne studien er en empirinær studie, men for å belyse mitt materiale legger jeg også vekt på å trekke inn komparativ litteratur der det er relevant. I hovedsak bruker jeg litteratur fra feltet

³ NOC er en dokumentasjonsmodell innen sykepleiefaget som benyttes for å klassifisere mål og hensikt med sykepleien (Dahl 2002). Modellen inneholder oversikt over standardiserte resultat kategorier, definisjoner og målingsskalaer for å beskrive pasientresultater som påvirkes av sykepleiepraksis (Dochterman og Bulechek 2008).

medisinsk antropologi. Medisinsk antropologi er et fagfelt i skjæringspunktet mellom flere fag, eksempelvis mellom antropologi og samfunnsmedisin (Ingstad 2007:15). De ulike definisjonene av medisinsk antropologi varierer ut fra vektleggingen av de forskjellige fagområdene. Som Merrill Singer og Hans Baer påpeker i *Introducing medical anthropology: A discipline in action* (2012), finnes det ingen enkel definisjon av medisinsk antropologi fordi medisinske antropologer arbeider med en rekke ulike temaer innenfor flere forskjellige områder. Singer og Baer skriver:

Medical anthropologists are engaged in using and expanding many of anthropology's core concept in an effort to understand what sickness is; how its understood and directly experienced and acted on by suffers, their social networks, and healers; and how health-related beliefs and practices fit within and are shaped by encompassing social and cultural systems and social and enviromental contexts (Singer og Baer 2012:9).

Videre kan medisinsk antropologi deles inn i to hovedområder: en teoretisk del og en anvendt del (Singer og Baer 2012:8). Ingstad beskriver anvendt medisinsk antropologi som det antropologer gjør som er direkte anvendelig i ulike praktiske tiltak, enten det er planlegging eller evaluering av prosjekter, eller at de aktivt tar del i gjennomføringen ved at forskningsresultatene blir brukt til å justere kursen underveis (2007:22). Det er perspektiver fra den teoretiske delen av fagfeltet jeg benytter meg av her.

I tillegg til generell medisinsk antropologi, bruker jeg litteratur som omhandler forestillinger om sykdom og helse blant muslimer i Marokko og innenfor andre muslimske minoriteter i Vesten. Som Dieste påpeker, finnes det relativt lite forskning på temaet helse, sykdom og helbredelse blant marokkanere i Europa. Jeg har derfor funnet studiene av muslimske minoriteter i Vesten som svært nyttige for å belyse de norsk-marokkanske kvinnenenes fortellinger. Jeg trekker også noen paralleller til lignende forestillinger og praksiser blant muslimer fra andre områder i verden, og til enkelte andre relevante studier.

Så vidt jeg kan se finnes det heller ingen studier av ideer om sykdom og helse blant marokkanere i Norge. Min studie er derfor et bidrag til forskningen på forestillinger om sykdom og helse blant marokkanere i både Norge og Europa, og til forskning på forestillinger om sykdom og helse blant muslimer generelt.

1.2 Oppgavens oppbygning

For å drøfte oppgavens tema har jeg valgt å se nærmere på tre ulike aspekter ved de norsk-marokkanske kvinnenes helsesøkende atferd, aspekter som vil gjenspeiles i analysekapitlene fire, fem og seks. I kapittel to følger en redegjørelse for valg av metode og en beskrivelse av innsamlingen av materialet som ligger til grunn for oppgaven. I kapittel tre vil jeg presentere ulike medisinske hovedtradisjoner i Marokko. Kapitlet tar for seg to medisinske hovedsystemer, eller tendenser: *tibb al-nabawi* (profetens medisin), *tibb al-yunani* (humorallæren), og gir en kort introduksjon til folkereligøse aspekter knyttet til sykdom og helse. Dette er en nødvendig kontekstualisering for å kunne analysere kvinnenes fortellinger om sykdom og helse. I tillegg vil jeg gjøre rede for en pågående prosess i Marokko, og den islamske verden generelt, som jeg omtaler som reislamisering. I kapitlene som følger vil jeg nemlig også analysere kvinnenes helsesøkende atferd i lys av en slik prosess.

Kapittel fire, fem og seks bygger på min egen empiri. I kapittel fire ser jeg på hvordan kvinnene benytter seg av en omfattende kunnskap om matsorters ulike egenskaper for å styrke helsen gjennom kostholdet. Vi skal se hvordan kvinnenes klassifisering av matsorter er pluralistiske og danner flere ulike mønstre. På dette området kom de unge kvinnene med færre opplysninger enn de eldre, og jeg vil spesifikt ta opp hva som kan være årsaken til dette. I kapittel fem går jeg over til å se på hvordan kvinnene benytter seg av både koranresitasjonens kraft og Koranens og sunnas anbefalte substanser når de behandler sykdom og plager i hverdagen.⁴ I kapittel seks går jeg over til å se på en spesifikk sykdom, nemlig åndelig sykdom, og hvordan kvinnenes ulike beskyttelsesstrategier også er en del av deres hverdag.⁵ I både kapittel fem og seks vil jeg se kvinnenes behandlings- og beskyttelsespraksiser i lys av reislamisering.

1.3 Arabiske termer

Jeg har satt arabiske termer i kursiv. For leservennlighetens skyld er imidlertid diakritiske tegn ikke benyttet, og noen ord har fått fornorskede flertallsformer, for eksempel jinner (ånder) fra *jinn*.

⁴ Med substanser mener jeg ulike naturvekster, som grønnsaker, frø og urter, men også andre elementer, som kamelurin og helbredende vann.

⁵ Begrepet "åndelig sykdom" vil bli diskutert i kapittel seks.

2 Materiale og metode

Trude Fonneland beskriver kvalitative metoder som metoder benyttet i forskning der hensikten er å forstå hvilken mening hendelser og erfaringer har for de som opplever dem (2006:234). Da formålet med denne studien er å forsøke å forstå og forklare ulike aspekter ved informantenes helsesøkende atferd, slik den kommer til uttrykk i deres fortellinger, finner jeg kvalitativ forskningsmetode som den mest egnede metoden. Religionsvitenskapen kjennetegnes ofte av et metodisk mangfold. Det vil si at det ikke bare finnes mange ulike metoder som kan benyttes, men også at man i én studie kan benytte flere metoder samtidig (Kraft og Natvig 2006:7). Materialet i oppgaven har jeg samlet ved nettopp å kombinere bruk av intervju, samtaler, observasjon og deltakende observasjon. Dette mener jeg har gitt meg en dypere innsikt i informantenes forestillingsverden og har formet min forståelse av feltet. Om samtaler og observasjon skriver Fonneland:

Det kvalitative forskningsintervjuet og observasjon er prosessar der ein lærer andre menneske å kjenna. Ein vert deltakande i deira tankar, haldningar, kunnskapar, opplevingar, kjensler og håp. Som forskarar vandrar me her saman med informantane, opplever saman med dei og stiller spørsmål som opnar for refleksjonar og forteljingar om deira eiga livsverd. Formålet er å skildra informantanes si kvardagsrøynd og fanga kulturmønster som synleggjer verdiane og haldningane til det miljøet informantane inngår i (Fonneland 2006:223).

Utvalget av informanter i denne oppgaven er for lite til å si noe generelt om norsk-marokkaneres forestillinger og praksis knyttet til sykdom og helse. Men fordi kvalitativ forskning er rettet mot å utvikle en analytisk forståelse av fenomenet man studerer (Thagaard 2009:18), kan en kvalitativ studie som min likevel ha en overføringsverdi, og slik sett være et bidrag til etableringen av mer generell kunnskap om forestillinger om sykdom og helse.

2.1 Informantgruppe 1 – de unge kvinnene

Utvalget av informanter i denne studien er, som nevnt, todelt. I hovedsak består materialet av et fire måneders feltarbeid utført i en aktivitetsgruppe med voksne marokkanske kvinner. Før jeg beskriver dette feltarbeidet vil jeg gjøre rede for den andre delen av mitt materiale. Jeg startet nemlig et forprosjekt der jeg utførte enkeltintervjuer av fem norskfødte unge kvinner, med marokkansk familiebakgrunn, om deres forestillinger og praksis omkring islam, helse og

sykdom. Dette gjorde jeg fordi jeg var interessert i spenningsforholdet mellom de to generasjonene. På intervjutidspunktene var tre av de unge kvinnene i slutten av tyveårene, én i midten av tyveårene og én i begynnelsen av tyveårene. Alle er bosatt i Oslo. Disse kvinnene var det relativt enkelt å komme i kontakt med. Jeg benyttet meg av venner og bekjente som satte meg i kontakt med personer de trodde kunne være aktuelle. Da jeg av ulike årsaker kun endte opp med fire personer som var villige til å la seg intervju, benyttet jeg meg av snøballmetoden for å komme i kontakt med ytterligere en person. Det vil si at jeg spurte en av informantene om hun kunne sette meg i kontakt med en annen person som kunne tenke seg å stille til intervju. Ifølge Tove Thagaard er ett problem ved å bruke snøballmetoden at utvalget kan komme til å bestå av personer innenfor samme nettverk eller miljø (2009:56). Jeg så likevel ikke dette som et problem, da det kun gjaldt to av kvinnene. Materialet fra denne gruppen er basert på intervjuer, som varte fra en til to timer. Jeg benyttet meg av båndopptaker og transkriberte intervjuene etter at de fant sted.

Aspekter knyttet til religion og helse kan forstås som til dels sensitive og private temaer som det følgelig kan tenkes at er problematisk å prate om. Jeg reflekterte rundt denne utfordringen og var opptatt av å finne en arena der jeg kunne bli bedre kjent med informantene, slik at jeg kunne oppnå en viss tillit før jeg snakket nærmere med dem om temaet mitt. Kulturhistoriker Knut Aukrust beskriver tillitsforholdet mellom forsker og informant som selve kjernepunktet i all kvalitativ forskning (2005:221), men det kan altså forstås som særlig viktig i prosjekter der temaene er spesielt sensitive og private, slik som i mitt tilfelle. Jeg valgte likevel kun å møte de unge kvinnene til enkeltintervjuer. Felles for dem er at de alle er født og oppvokst i Norge, og enten har fullført videregående skole eller en bachelor-/mastergrad. Det var derfor nærliggende å tenke seg at de unge kvinnene, i større grad enn kvinnene i den andre informantgruppen, ville være kjent med hva både en intervjusituasjon og en masteroppgave innebar, og at de derfor ville være mindre skeptiske til meg og mitt prosjekt. På bakgrunn av den begrensede tiden jeg hadde til rådighet konkluderte jeg derfor med at det ville være viktigere å bruke tid på å skape et tillitsforhold til de voksne kvinnene, som mest sannsynlig ikke var særlig kjent med hva et masterprosjekt innebar. Ifølge Martyn Hammersley og Paul Atkinson er nettopp grupper som ikke har kjennskap til samfunnsforskning ofte mistenksomme og skeptiske til forskeren (1995:80).

Jeg vil nå gå over til å presentere informantgruppen bestående av de voksne kvinnene. Jeg tilbrakte mer tid sammen med dem enn med de unge kvinnene, og jeg samlet inn materiale

ved hjelp av flere forskjellige metoder. Derfor finner jeg det viktigst å diskutere metodiske problemstillinger knyttet til dette materiale. Flere av de aspektene jeg diskuterer vil likevel også gjelde for det arbeidet jeg gjorde i intervjuene med de unge kvinnene.

2.2 Informantgruppe 2 – de voksne kvinnene

Det viste seg å bli vanskeligere enn først antatt å få innpass i en gruppe som kunne fungere som arena for tillitsbygging. Det gjorde at jeg kom noe senere i gang med feltarbeidet enn jeg hadde ønsket. Til slutt fikk jeg innpass i en aktivitetsgruppe med voksne marokkanske kvinner, tilknyttet et senter i Oslo som driver med helsefremmende arbeid blant minoritetskvinner.⁶ I møte med senterets leder samt senterets kontaktperson for aktivitetsgruppen fikk jeg vite at de tidligere hadde hatt dårlig erfaring med en masterstudent. Fordi de så mitt prosjekt som interessant og viktig, gav de meg likevel en mulighet til å utføre feltarbeidet mitt i aktivitetsgruppen.

Jeg var nå et steg nærmere det miljøet jeg skulle studere. Likevel visste jeg ikke hvordan kvinnene selv ville ta imot meg og mitt prosjekt. Her fungerte senterets kontaktperson for aktivitetsgruppen som en viktig døråpner til feltet. Religionsviter Sissel Østberg beskriver døråpnere som mellommenn, som kan introdusere forskeren for de rette personene i feltet. Dette er ofte helt nødvendig i det tillitsskapende arbeidet, skriver Østberg. I tillegg er døråpnere ofte personer i tillitsposisjoner (Østberg 2005:13). Min døråpner presenterte meg og prosjektet mitt for kvinnene første gangen jeg møtte dem. Jeg forstod at kontakten med henne var viktig, fordi hun hadde en sterk tillitsposisjon blant kvinnene. Hennes "godkjennelse" av meg var derfor viktig for å bli godtatt av kvinnene. I tillegg var hun i likhet med kvinnene i gruppen også født og oppvokst i Marokko. Jeg så det som en fordel å ha kontakt med en person som både var "innenfor" og "utenfor" gruppen jeg skulle studere.

Jeg deltok på gruppens samlinger to faste kvelder i uken. Dette gjorde jeg fra midten av november 2013 til midten av februar 2014. Hver samling hadde en varighet på fire–fem timer. Kvinnene, som anslagsvis var mellom 35 og 60 år gamle, er alle født og oppvokst i Marokko. Det var opp til 20 stykker på samlingene. I perioden jeg var sammen med kvinnene, drev de med ulike aktiviteter, ofte bestemt ut fra kvinnenenes egne ønsker. I den

⁶ Grunnet kravet om anonymitet har jeg valgt ikke å navngi senteret, og vil derfor heretter omtale det som "senteret".

tiden jeg deltok på samlingene hadde de ofte besøk av en kvinne som underviste i *tafsir*.⁷ Andre dager hadde de felles koranresitasjon, noe de for øvrig pleide å starte alle samlingene med. På nyåret startet de i tillegg med ukentlig fysisk egentrening. Ellers brukte de mye av tiden til matlaging, småpratning eller høylytt diskusjon rundt bordet. Denne tiden brukte jeg aktivt til å bli kjent med kvinnene og til å føre uformelle samtaler om temaer som var relevante for min oppgave. Særlig matlagingen utgjorde en glimrende mulighet til å føre samtalen over på aspekter omkring helse. Slik ble det naturlig at aspekter knyttet til mat og kosthold er en viktig del av denne oppgaven. I tillegg var jeg med gruppen på et dagsseminar om demens, som ble arrangert i regi av senteret. Seminaret brukte jeg senere som et utgangspunkt for samtaler omkring sykdom og helse.

I alle aktivitetene valgte jeg å delta på lik linje med kvinnene. *Tafsir* og koranresitasjon foregikk på marokkansk-arabisk (*darija*) og berbisk (*tamazight*) som er språk jeg ikke behersker. Deler av *tafsir*-undervisningen ble oversatt for meg, men i begynnelsen satt jeg for det meste og observerte. Etter kort tid sammen med kvinnene ble imidlertid mine roller i gruppen endret. Det skjedde ved at jeg inntok, men også ved at jeg fikk tildelt, en slags studentrolle. I hovedsak som student i islam, men også som arabiskstudent. Denne studentrollen ble forsterket ved at jeg var betraktelig yngre enn de øvrige kvinnene. Jeg hadde på forhånd reflektert rundt den betydningen slike roller ville ha. At jeg inntok disse rollene innebar at jeg gikk fra å være en passiv observatør til i større grad å bli en deltakende observatør.

At jeg inntok en rolle som student i islam, var ikke unaturlig. Årsaken til at jeg deltok i gruppen var nettopp for å lære mer om islam. I tillegg var det også en rolle kvinnene selv plasserte meg i. Thagaard skriver i den sammenheng at forskerrollen for mange informanter er ukjent, noe som gjør at de ofte forsøker å plassere forskeren i en rolle de selv kjenner fra før (2009:71). Min forståelse av rollen som student i islam var ikke nødvendigvis alltid den samme som kvinnenens forståelse av rollen. Det ble etter hvert tydelig for meg at flere av kvinnene anså meg som en mulig konvertitt til islam. At kvinnene så på meg som en mulig konvertitt er ifølge Kathrine Pettersen ikke et uvanlig problem blant religionsforskere: "Spørsmålene som blir stilt skiller seg tilsynelatende ikke fra de spørsmål og temaer den troende selv befatter seg med i sitt åndelige arbeid. Det kan dermed være nærliggende å tro at

⁷ *Tafsir* kan oversettes med "forklaring" eller "korankommentar" og er en sunni-islamisk tolkningstradisjon (Vogt 2005:349).

forskerens interesse for trosspørsmål er grunnet i en personlig religiøs søken" (Pettersen 2005:196). Før feltarbeidet hadde jeg lest mye om akkurat denne problemstillingen og hadde derfor reflektert over hvordan jeg eventuelt skulle møte en slik utfordring. Jeg valgte å være ærlig om mine hensikter og fortalte at jeg ikke hadde et ønske om å konvertere. Å si det motsatte hadde kanskje hadde gitt meg en fordel med tanke på tillitsbygging, men det ville vært å føre kvinnene bak lyset. Jeg avviste likevel ikke de brosjyrene og bøkene de gav meg, og jeg lyttet villig til deres fortellinger om andre konvertitter.

Jeg ble etter hvert også tildelt rollen som arabiskstudent. En slik rolle hadde jeg på forhånd ikke forventet meg. Det skjedde likevel naturlig fordi arabiskundervisning var en del av kvinnenes *tafsir*-undervisning. I tillegg var det flere av de berbisktalende kvinnene i gruppen som også var i gang med å lære arabisk. På den måten ble arabiskundervisning et felles møtepunkt mellom meg og dem, og undervisningen fungerte kontaktskapende. Da jeg lenge både har hatt et personlig og et faglig ønske om å lære arabisk, anså jeg det ikke som negativt at jeg fikk tildelt denne rollen. Rollen gjorde at det i visse situasjoner var naturlig for meg å ha en liten notisbok foran meg, der jeg øvde meg på å skrive arabiske bokstaver og ord. I denne boken kunne jeg i tillegg notere stikkord i forhold til det jeg observerte eller snakket med kvinnene om. Det ville virket unaturlig om ikke det hadde vært for studentrollen. Det er begrenset hvor mye tid man kan arbeide med å lære arabisk ved siden av pågående masterprosjekt. I begynnelsen var jeg derfor noe bekymret for om kvinnene skulle bli misfornøyde med min manglende progresjon og arbeidsinnsats når det gjaldt språket. I stedet ble jeg møtt med stor forståelse og fikk en åpen invitasjon om å komme tilbake for å lære mer etter at oppgaven min var levert.

2.2.1 Innsamling av materiale

I aktivitetsgruppen med de voksne kvinnene samlet jeg inn materialet ved å kombinere flere ulike metoder. Metodene bestod av deltakende observasjon, uformelle samtaler, samt fem samtaler som i større grad var strukturerte. På denne måten har jeg fått en god og bred innsikt i kvinnenes fortellinger om deres forestillinger og praksis knyttet til helsesøkende atferd. *Praksis* er her et nøkkelord. Som Fonneland skriver, gir bruk av metoden observasjon nettopp innblikk i om det informantene *sier* samsvarer med det de faktisk *gjør* (2006:225). Jeg deltok blant annet ofte når kvinnene lagde mat. Slik fikk jeg innblikk i hvordan kvinnenes beretninger om kostholdstradisjoner hang sammen med hvordan de faktisk benyttet seg av de

i matlagingen. Dette ble særlig viktig for min forståelse av hvordan kvinnene styrker helsen gjennom kostholdet, som er temaet for kapittel fire. I tillegg gav deltakende observasjon meg et godt utgangspunkt for videre samtale om ulike praksiser. Det gjorde at vi hadde et felles referansepunkt. Deltakende observasjon, i motsetning til kun intervjuer, viste seg også å være et godt valg da ulike aspekter ved sykdom og helse var noe som opptok kvinnene i stor grad. Det kan selvsagt ha noe å gjøre med at gruppen er tilknyttet et senter som arbeider med å fremme helseinformasjon, og derfor ofte tilbyr kvinnene aktiviteter deretter. Men uavhengig av slike eksplisitte aktiviteter fra senterets side opplevde jeg stadig aspekter knyttet til helse som et tilbakevendende tema i samtalene rundt bordet, og i de andre aktivitetene. Det er viktig å være klar over at en av avgrensningene i mitt materiale er at jeg kun har observert kvinnene på senteret. Jeg har ikke observert dem i deres hjem, noe som ville gitt meg et annet materiale.

De uformelle samtalene som oppstod i den sosiale interaksjonen mellom meg og kvinnene, utgjør en annen viktig del av mitt materiale. Som religionssosiolog Pål Repstad påpeker, blir slike uformelle samtaler med informantene en naturlig del av et feltarbeid der man benytter observasjon (1998:33). Disse samtalene gav meg svært god, og til tider uventet informasjon om temaene jeg var opptatt av. Fordi samtalene ofte oppstod på bakgrunn av en spesifikk hendelse, aktivitet eller plenumsdiskusjon, følte det ofte som en mer naturlig dialog enn det de mer strukturerte samtalene gjorde. Kulturhistoriker Line Esborg kaller slike uformelle samtaler for feltsamtaler. Hun beskriver de som nyttige fordi "de synliggjør tema man kanskje ikke ville vite å spørre om" (Esborg 2005:98). Samtalene gjorde meg nettopp mer oppmerksom på hva kvinnene var opptatt av, og penset meg i stor grad inn på hva jeg ville fokusere på i de mer strukturerte samtalene. På den andre siden kan slike uformelle samtaler forstås som noe problematisk, fordi det ikke alltid er like klart hva som kommer med i den endelige teksten. Det kan altså være uklart om man "blir studert" eller ei (Tafjord 2006:249). Underveis i feltarbeidet forsikret jeg meg om at alle kvinnene som til enhver tid var til stede i gruppen, var klar over hvorfor jeg var sammen med dem, og så derfor ikke dette som et problem.

Verktøyet jeg benyttet meg av for å få ned materiale på papiret var i hovedsak en feltdagbok. Bortsett fra den nevnte arabiskundervisningen var det ofte unaturlig for meg å notere mens jeg deltok i aktivitetene og samtalene med kvinnene. Selv om det førte til svært lange kvelder, skrev jeg ned alt jeg hadde observert og opplevd direkte etter hver enkelt samling. I

ettertid ser jeg at dette har vært helt nødvendig for å gjenskape viktige detaljer i analysen. I tillegg fungerte feltdagboken som en viktig "samtalepartner" underveis i arbeidet med oppgaven. Esborg påpeker hvordan feltarbeidet, i tillegg til intervjusamtalen, består av flere typer samtaler. En av disse er "feltdagboksamtalen" som Esborg beskriver som "skriftlige samtaler man har med seg selv om det man bedriver" (Esborg 2005:93). Esborg beskriver hvordan hun fant "feltdagboksamtalen" nyttig i arbeidet med sin doktorgradsavhandling: "Feltdagbokens hensikt var å skrive for å minne meg selv underveis om hvem og hva, når og hvor, hva jeg tenkte, leste og observerte. Det handler om refleksivitet, om *tänkandet om sitt eget tänkande*" (Esborg 2005:96).

I tillegg består materialet fra aktivitetsgruppen av mer strukturerte samtaler med fem av kvinnene. Dette så jeg som nødvendig for å kunne gå mer i dybden på noen av temaene. Disse samtaler foregikk under de ordinære gruppesamlingene, i et hjørne av lokalet vendt vekk fra de andre kvinnene. Under tre av samtaler benyttet jeg meg av båndopptaker og transkriberte intervjuene i ettertid. To av kvinnene ønsket ikke at jeg benyttet båndopptaker. Da noterte jeg ned stikkord underveis i samtalen. Samtaler fant sted mot slutten av feltarbeidet, noe som gjorde at situasjonen virket mindre unaturlig da kvinnene allerede var blitt vant til min tilstedeværelse. Samtaler varte fra en halvtime til en time, og jeg benyttet meg av en temaguide for å komme gjennom de temaene jeg ønsket. Ellers fikk kvinnene snakke mer eller mindre fritt. Utvalget av personer for disse samtaler foregikk ved at lederen i gruppen spurte hvem som hadde lyst til å delta. På grunn av kvinnenes norskkunnskaper ble det naturlig at det var de kvinnene som kunne best norsk jeg hadde samtaler med. Det kan tenkes at det førte til en viss skjevhet i utvalget, da disse kvinnene for eksempel hadde bodd lenger i Norge enn dem jeg ikke intervjuet. Likevel gjorde disse fem intervjuene at det ble et rikt materiale.

Språklige utfordringer var en av hovedutfordringene i innsamlingen av materialet. I tillegg til å være knyttet til de strukturerte samtaler, oppstod slike utfordringer også i interaksjonen mellom meg og kvinnene under samlingene. Morsmålet til samtlige av kvinnene var enten berbisk eller marokkansk-arabisk. Noen få behersket begge språk. Alle behersket i tillegg norsk, men i svært varierende grad. Det meste av samhandlingen mellom kvinnene i mellom foregikk på deres morsmål. Dette har nok gjort at jeg har mistet noe av den kompleksiteten som potensielt ligger i deltakende observasjon, en kompleksitet jeg ellers ville kunnet fange hvis jeg hadde snakket samme språk som kvinnene. Under kvinnenes samtaler, diskusjoner, og

særlig under *tafsir*, kunne jeg ofte forstå et ord eller to som fanget min interesse. I slike tilfeller oversatte kvinnene for meg, men detaljer i disse samtalenes forsvant gjennom oversettelsen. I visse tilfeller kunne vi fortsette på norsk, noe som gav meg et utgangspunkt for videre samtale om temaet.

Jeg fant ulike måter å møte de språklige utfordringene på. Eksempelvis forsøkte en av kvinnene å forklare meg hva hun syntes om hellige graver i Marokko. Hun strevde svært med å finne ordet, mens hun mumlet det på arabisk. Ordet hun brukte for å beskrive slike steder var *shirk*, eller polyteisme, noe som førte til at jeg forstod hva hun mente. Hun forklarte videre at hun følte at hun mestret "hverdagsnorsk", men at samtaler omkring religion var vanskelig fordi hun ikke klarte å oversette ord og begreper knyttet til islam. Jeg fortalte at jeg kjente til noen slike ord og begreper, og slik fant vi en måte å mestre den språklige barrieren mellom oss. Dette fant jeg nyttig i samtale med alle kvinnene.

Til tross for språklige utfordringer har det å kombinere strukturerte samtaler med deltakende observasjonen ført til at jeg har fått en dypere innsikt i informantenes livsverden enn hva jeg ville fått gjennom intervjuer alene. Min deltakelse i kvinnenens aktiviteter gjorde at vi ikke var ukjente for hverandre under de strukturerte samtalenes, noe som førte til at samtalenes fløt lettere. Fonneland påpeker nettopp hvordan det i hennes feltarbeid var helt nødvendig å kombinere samtaler med observasjon, for å få den dybden i feltarbeidet som hun ønsket: "Det å få dypare innsikt i feltet er naudsynt for at ein i rolla som forskar skal kunna framheva meiningar som går utover dei meir almenne meiningstolkingane" (Fonneland 2006:225).

2.3 Metodiske betraktninger – dialogisk refleksivitet

De kvalitative metodene deltakende observasjon og intervju er basert på prinsippet om et subjekt–subjekt-forhold mellom forsker og informant. Den kunnskapen og forståelsen som oppstår ved bruk av kvalitative metoder, oppstår altså på bakgrunn av interaksjonen mellom de to partene (Thagaard 2009:19). Slik må det nødvendigvis være fordi forskeren, som Fonneland skriver, "ikkje kan stille seg utanfor den røynda ho studerer, og definera seg som berre observatør. Ho deltek automatisk i den røynda som skal utforskast, ho er sin eigen forskningsredskap" (Fonneland 2006:231). Thagaard skriver at konsekvensen av prinsippet om et subjekt–subjekt-forhold mellom forsker og informant altså innebærer en oppfatning av at både forsker og informant påvirker forskningsprosessen (2009:87). I *Beyond*

phenomenology: Rethinking the study of religion (1999) beskriver religionsviter Gavin Flood det slik:

Research within the many fields which comprise religious studies is in the end conversation with text or persons. The researcher is entering into a dialogue with a text or a person and herself becoming a part of an intersubjective and intertextual matrix in which all understanding – and explanation – arises (Flood 1999:35).

Bjørn Ola Tafjord kaller den gjensidige påvirkningen mellom forsker og informant for refleksivitet: "Refleksiviteten – den gjensidige påvirkningen – er med på å forme både ein sjølv, den ein møter og det ein møter, og den er med på å avgjere resultatet av undersøkinga" (Tafjord 2006:243). At forsker og informant påvirker både hverandre og kunnskapsproduksjonen behøver ikke nødvendigvis å oppfattes som en feilkilde i forskningen. I den forbindelse argumenterer Flood for det han kaller dialogisk refleksivitet: "Reflexivity refers to the ability of a researcher, or indeed as a strategy embedded within method, to become aware of the contexts of research and the presuppositions of the research programme" (Flood 1999:5). Det intersubjektive forholdet mellom forsker og informant kan med andre ord kun lede til kunnskap om forskeren fremhever de begrensninger og feilkilder som finnes i egen forskning.

Når forskningen defineres som dialogisk, blir også de to subjektene ulike kontekst viktig for kunnskapsproduksjonen. For at kunnskap skal kunne oppstå i en intersubjektiv dialog mellom forsker og informant, er det ifølge Flood nødvendig å kontekstualisere både informantens utsagn og forskerens egne akademiske praksis (1999:116). Fordi både forsker og informant står i sin egen historiske og kulturelle kontekst mener nemlig Flood at det er umulig å ha en totalt objektiv og fordomsfri beskrivelse av religion. Ved å stå i ulike kontekster har alle en for-forståelse av det de søker å forstå (Flood 1999:144). Det er derfor nødvendig å anerkjenne at forskeren og informantene står i ulike kontekster som vil påvirke forståelsen av hverandre og dermed påvirke materialet.

I begge mine feltarbeid har jeg forsøkt å se på møtet mellom meg og mine informanter som et refleksivt møte. Jeg har derfor forsøkt å være bevisst hvilke aspekter som kan ha påvirket kunnskapsproduksjonen, altså materialet. Tafjord beskriver nettopp en slik "refleksjon rundt refleksivitet" som et av religionsfagets fremste metodiske krav (2006:243). Jeg vil nå

diskutere noen aspekter som kan ha påvirket kunnskapsproduksjonen. I feltarbeidet blant de voksne kvinnene kan både min egen og de andre kvinnenes tilstedeværelse tenkes å ha påvirket hvordan hver enkelt kvinne har ønsket å fremstille seg selv. Under de uformelle samtalene med kvinnene kan det tenkes at det er visse aspekter de ikke har vedkjent seg fordi de vet at de ikke er sosialt aksepterte innenfor den gruppen samtalene fant sted. Et eksempel er visse folkereligøse aspekter, som for eksempel forhold til helgengravene i Marokko. Ifølge Dieste vil de troende ofte ikke vedkjenne seg at de besøker slike steder for helbredelse, men gjør det likevel i det skjulte (2013:8). Det er viktig å merke seg at dette kan ha påvirket hva kvinnene fortalte meg.

Min egen posisjonering i forhold til informantene kan også ha påvirket produksjonen av materialet. Thagaard skriver at forskerens innvirkning på situasjonen som studeres er knyttet til den posisjonen hun eller han har i forhold til informantene (2009:82). Informantene velger hva de vil presentere blant annet ut fra fremtoningen til forskeren (Tafjord 2006:245). Fra begynnelsen av feltarbeidet var jeg opptatt av å jevne ut det asymmetriske maktforholdet som ligger til grunn for forholdet mellom forsker og informant. Jeg opplevde dette som viktig med tanke på å skape en tillitsfull atmosfære som kunne lede til at kvinnene fortalte om seg selv så fritt som mulig. Fonneland beskriver det asymmetriske maktforholdet mellom forsker og informant ved at "det er forskeren som definerer situasjonen og velger de spørsmålene som skal stilles eller hvilke aspekter som skal fange hennes interesse" (Fonneland 2006:232). For å jevne ut et slikt asymmetrisk forhold valgte jeg å delta i kvinnenes aktiviteter på lik linje som dem selv, som nevnt tidligere. Det vil si at jeg var med når de lagde mat, vasket, ryddet og når de trente. På det kurset som jeg deltok, var jeg med som vanlig deltaker. I tillegg unngikk jeg bevisst bare å sette meg ved siden av de to lederne i gruppen. Kvinnene var klar over at jeg hadde studert islam i fem år på universitetet, noe som kunne forsterke det skjeve maktforholdet mellom oss. Jeg var derfor opptatt av å underkommunisere min kunnskap om islam – dels for at kvinnenes versjoner av islam skulle komme tydeligere frem, dels for å unngå å skape avstand mellom oss ved at de skulle være redd for å si noe "feil". Jeg ytret derfor tidlig et ønske om å lære om islam av "muslimer som dem selv", i motsetning til det jeg hadde lært gjennom studiene på universitetet. Dette anså de også selv som viktig.

Et annet grep jeg gjorde for å jevne ut den asymmetriske relasjonen mellom meg og kvinnene, var å innta det Thagaard kaller et interaksjonistisk perspektiv på intervjusituasjonen. Intervjusituasjonen er nemlig asymmetrisk også i den forstand at

fortroligheten er ensidig fordi det er informanten som i hovedsak er åpen og fortrolig. Et interaksjonistisk perspektiv innebærer åpenhet også fra forskerens side. Forskerens åpenhet om egne reaksjoner og synspunkter bidrar til å utvikle fortrolighet i intervjusituasjonen og en tillitsfull atmosfære, sier Thagaard (2009:88). I tråd med et slikt perspektiv var jeg i samspillet med både de unge og de voksne kvinnene opptatt av også å dele mine egne tanker og følelser omkring det de fortalte meg. Jeg ville unngå kun å være en passiv mottaker av det de fortalte meg. I situasjoner der det passet kunne jeg derfor bidra med egne erfaringer i forbindelse med behandling, sykdom og helse. Flere ganger dro jeg også paralleller mellom informantenes islamske og marokkanske tradisjoner, og aspekter tilknyttet den norske kulturarven. Jeg tror min bevissthet omkring et slikt interaksjonistisk perspektiv bidro til at feltarbeidet hadde en tillitsfull og åpen atmosfære.

2.4 Anonymisering

Etter gjeldende retningslinjer for forskning ved Universitetet i Oslo er dette prosjektet godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). Jeg har blant annet lagt vekt på å sikre informantenes konfidensialitet. Dette har jeg gjort både gjennom en sikker behandling av transkribering, feltnotater og lydopptak, men også ved å anonymisere deltakerne. Det har jeg gjort ved å gi dem fiktive navn, og ved ikke å oppgi hva de arbeider med eller studerer.

3 Medisinske tradisjoner i den marokkanske kulturen

Alle informantene i denne oppgaven har marokkansk familiebakgrunn, enten de er født og oppvokst i Marokko eller i Norge. For å kunne analysere deres fortellinger knyttet til ulike aspekter ved deres helsesøkende atferd er det nødvendig å plassere deres utsagn innenfor en marokkansk kultur- og samfunnskontekst. I dette kapitlet vil jeg derfor gjøre rede for de trekk ved de medisinske tradisjonene i Marokko som jeg ser som mest relevante i forhold til informantenes fortellinger. Dette er *tibb al-nabawi* (profetens medisin), *tibb al-yunani* (en medisinsk tradisjon med røtter i den greske humorallæren), og visse praksiser som ofte er beskrevet som islamsk folkereligiositet. I tillegg skal vi se på det jeg vil beskrive som en pågående reislamiseringsprosess i den islamske verden, og hvordan den er med på å forme forestillinger og praksis knyttet til sykdom og helse i Marokko.

Som Dieste påpeker i sin studie av helse og helbredelse i Marokko, er det en svært vanskelig oppgave å beskrive og analysere ulike forståelser av sykdom, helse og behandling i dette komplekse medisinske landskapet (2013:167). En av årsakene er at det finnes flere forskjellige etiologier og flere måter å klassifisere sykdommer på.⁸ De ulike tradisjonene og systemene er preget av overlapping. Dieste skriver videre at det er lett å få øye på en nosologisk pluralisme i det marokkanske samfunnet,⁹ men fordi de mange systemene overlapper og påvirker hverandre gjensidig (særlig blant lekfolk) er det en svært kompleks oppgave å kategorisere dem, eller plassere dem i et konseptuelt medisinsk system (2013:167).

Til tross for at det medisinske landskapet i Marokko altså beskrives som pluralistisk er det visse tradisjoner både de unge og de voksne informantene i denne oppgaven tar sterk avstand fra. Disse tradisjonene kommer jeg tilbake til i slutten av kapitlet. I redegjørelsene som følger, vil jeg ta utgangspunkt i litteratur om marokkansk kultur, men jeg vil også vise til litteratur fra andre deler av den muslimske verden. Som Dieste påpeker, er nemlig store deler av forestillingene og praksisene omkring sykdom, helse og behandling blant marokkanere, også utbredt blant befolkningen i andre deler av Nord-Afrika og i Midtøsten (2013:19).

⁸ Etiologi er læren om sykdommers årsak (Roald 2014).

⁹ Nosologi, eller sykdomslære, er systematisk beskrivelse av én eller flere sykdommer (Eek 2014).

3.1 Islamsk medisin – *tibb al-yunani* og *tibb al-nabawi*

Begrepene og definisjonene som brukes for å beskrive de ulike medisinske tradisjonene i den islamske verden varierer. Både forskere og muslimer selv, lærde som lekfolk, benytter seg av ulike begreper og definisjoner. Fellesbetegnelsen "islamsk medisin" brukes likevel ofte for å beskrive *tibb al-yunani* og *tibb al-nabawi* fordi de to tradisjonene kan forstås å danne selve grunnlaget for forestillingene omkring sykdom, helse og helbredelse i den islamske verden. Likevel varierer definisjonene av begrepet islamsk medisin på bakgrunn av hvilke aspekter ved denne medisinen som vektlegges. Et historisk syn gir for eksempel opphav til en annen forståelse enn et farmakologisk syn (Samuelsson 2001:21).

Dieste beskriver *tibb al-yunani* som en av hjørnesteinene i forståelsen av helse, sykdom og helbredelse i Marokko. *Tibb al-yunani* er basert på den greske humorallæren som opprinnelig var en del av den gresk-romerske antikkens medisinlære, i hovedsak utformet av de to medisinlærde Hippokrates (460 f.v.t.–377 f.v.t.) og Galen (131–201), også kjent som Galenos. I den muslimske verden kalles derfor humorallæren ofte for *tibb al-yunani*. På arabisk betyr "*tibb*" "medisin" og "*yunani*" betyr "gresk". Hippokrates og Galens lære ble fra ca. 500-tallet oversatt til persisk og senere til arabisk. Det mest innflytelsesrike arbeidet ble gjort av den muslimske vitenskapsmannen Ibn Sina (980–1037), kjent i Vesten som Avicenna. Dieste skriver at Ibn Sina på mange måter konsoliderte arabernes adopsjon av det galenske paradigme. Et av hans viktigste verk, *Qanun*, ble en viktig kilde for både arabisk og europeisk medisin og ble brukt som lærebok i Europa helt frem mot 1800-tallet. Ibn Sinas prinsipper omkring humorallæren utgjør en stor og viktig del av tenkningen rundt helse og sykdom i hele den islamske verden. Dette gjelder både for de lærdes medisinske modeller, men også for lekfolkets forestillinger og praksis (Dieste 2013:176–178). Derfor skal jeg i det følgende ta utgangspunkt i Ibn Sinas lære.

Ibn Sinas lære tar utgangspunkt i at kroppen består av fire humoralvæsker, *akhllat*, som må være i balanse om mennesket skal være frisk. Dette er slim, gul galle, sort galle og blod. Videre er kosmos satt sammen av fire interagerende naturelementer; luft, ild, jord og vann. Disse elementene har ulike kvaliteter som varme, kulde, tørrhet og fuktighet, kvaliteter som også er hovedbestanddelene i alt levende liv, inkludert dyr og mennesker. Denne forestillingen er festet til en idé om enhet, *tawhid*, mellom makrokosmos, som er universet,

og mikrokosmos, som er mennesket. Både menneske, mat og årstider har forskjellige temperament, *mizaj*, som står i samsvar med kvalitetene til de fire naturelementene. For eksempel kan en matsort være kald som jord og vann. Både naturelementene og temperamentene korresponderer med humoralvæskene, og påvirker derfor balansen mellom væskene i kroppen (Dieste 2013:178–179). Som vi ser er Ibn Sinas humorallære en svært kompleks lære. I det følgende vil jeg derfor kun vise til de aspektene som er mest relevante for å kunne belyse mitt materiale. Som vi nå skal se, er det også bare visse aspekter av Ibn Sinas opprinnelige lære som praktiseres i Marokko i dag.

Både Dieste og sosiologen Bernard Greenwood påpeker at det som er igjen av Ibn Sinas opprinnelige humorallære i Marokko, er opposisjonsparet varm og kald, og hvordan forholdet mellom dem påvirker balansen i kroppen (Dieste 2013:180, Greenwood 1981:221). Dette kommer også tydelig frem i mitt materiale. Dieste skriver at humorallæren ikke bare danner grunnlaget for tradisjonelle marokkanske spesialister, men at den også utgjør "the everyday knowledge of families" (Dieste 2013:180). I "Cold or spirits?: Choice and ambiguity in Morocco's pluralistic medical system" (1981) skriver Greenwood at humorallæren i hovedsak baserer seg på en idé om at balansen i kroppen påvirkes av varme og kalde matsorter, samt varme og kalde miljøfaktorer. Hvis disse faktorene er i ubalanse i kroppen, produseres varme eller kalde sykdommer som behandles med matsorter med den motsatte egenskapen (Greenwood 1981:221). Sentralt i dette systemet er ideen om at varme og kulde ikke nødvendigvis refererer til den faktiske temperaturen til matsortene, men at de i like stor grad representerer en symbolsk verdi som assosieres med hver enkelt matsort (Helman 2007:54). I tråd med denne læren er de fleste helbredelsesmetodene i Marokko først og fremst ulike teknikker for å fremme kulde eller varme i kroppen. Eksempler på slike behandlingsteknikker er *hijamma* og brennmerking (Dieste 2013:196–198). Disse var imidlertid ikke fremtredende i fortellingene til mine informanter. Jeg vil derfor ikke gå nærmere inn på dette.¹⁰

¹⁰ Dieste oversetter *hijamma* til "blood-letting" eller "cupping" (2013:338). Det er en helbredessteknikk som går ut på å suge ut små mengder med blod av kutt på ulike deler av kroppen, ved hjelp av glass eller kopper som danner vakuum. Teknikken er beskrevet i flere hadither og var høyt verdsatt av profeten. Brennmerking, eller cauterizing, går ut på å legge rødglødende jern på de områdene på kroppen som skal helbredes (Dieste 2013:196–198). Som vi skal se senere i underkapitlet, er også denne teknikken beskrevet i hadither.

Kunnskapen om hvilke sykdommer som er kalde eller varme, og hvilke matvarer, urter, mineraler og krydre som har varme eller kalde egenskaper, har stor plass i hverdagen til marokkanske familier, skriver Dieste (2013:180). I tillegg til at humorallæren er en måte å håndtere sykdom på, påpeker Greenwood at det er en lære som er like mye orientert mot helse. Læren om kalde og varme matvarer innebærer også kunnskap om hvilke innvirkninger de har på helsen generelt (Greenwood 1981:225). Nettopp hvordan *tibb al-yunani* brukes for å styrke helsen, er noe jeg har sett på i mitt materiale.

Tibb al-nabawi, som betyr profetens medisin, er den andre tradisjonen jeg har sett på i mitt materiale. *Tibb al-nabawi* baserer seg på retningslinjer omkring helse og sykdom utledet av beskrivelser i Koranen, men først og fremst fra profeten Muhammads oppfatninger og utsagn slik de uttrykkes gjennom sunna.¹¹ Derfor kan *tibb al-nabawi* også beskrives som en egen sjanger innen hadith-litteraturen (Sengers 2003:54, Samuelsson 2001:21, Perho 1995:11).¹² *Tibb al-nabawi* ble utformet uten at Muhammad selv hadde formulert et eksplisitt system for helbredelse. Grunnlaget for denne medisinske tradisjonen ble lagt på 700-/800-tallet da forskjellige hadither som refererte til helse og sykdom ble samlet i verker med tittelen *tibb al-nabawi*. Den tidlige utformingen ble gjort av en rekke store hadithsamlere som al-Bukhari (d. 870), Muslim (d. 875) og Ibn Maja (d. 896) (Dieste 2013:181–182). I *The prophet's medicin: A creation of the muslim traditionalist scholars* (1995) påpeker islamforsker Irmeli Perho at *tibb al-nabawi* gikk gjennom en gradvis utvikling fra å være rene hadithinnsamlinger til å bli store medisinske verker der Muhammads anbefalinger ble drøftet i forhold til datidens dominerende medisinteori, som var *tibb al-yunani* (1995:11). Denne historiske utviklingen har høyst sannsynlig bidratt til den overlappingen som finnes mellom de to medisinske tradisjonene *tibb al-yunani* og *tibb al-nabawi* i den islamske verden i dag. Dette kommer tydelig til syne i as-Suyuti's (1445–1505) *Medicine of the Prophet: May Allah bless him and grant him peace* (1994), som er ett av de mest siterte verkene innen *tibb al-nabawi*. Boken er full av referanser til både Hippokrates og Ibn Sinas humorallære (al-Suyuti 1994). Overlappingen mellom disse to medisinske tradisjonene var imidlertid ikke fremtredende i informantenes fortellinger. Det er også nødvendig å merke seg at få av informantene viste direkte til hadithsamlingene som utgjør *tibb al-nabawi*. Når de fortalte om sine praksiser

¹¹ Meijer oversetter sunna på denne måten: "The exemplary, perfect habits and ways of the Prophet, transmitted from him in the *ahadith*" (Meijer 2013:xiv) (se neste note for forklaring av hadith). Det finnes en stor diskusjon om hva som faller innenfor sunna (Se f.eks. Bowen 2012).

¹² Hadither er fortellinger om hva profeten sa, gjorde eller gav sitt stilltiende samtykke til.

omkring islam, sykdom og helse, brukte de ikke begrepet *tibb al-nabawi*, men refererte til at praksisene var beskrevet i Koranen og anbefalt gjennom sunna.

Dieste skriver at flere forskere poengterer at *tibb al-nabawi* på 800-tallet utviklet seg som en reaksjon på den stadig økende innflytelsen til den gresk-islamske medisinen, eller humorallæren, som var datidens autoritative medisin (se f.eks Ullmann i Dieste 2013:181). "It was in other words, a form of religious opposition to a secularisation of knowledge linked to the Hellenistic tradition", skriver Dieste (2013:182). Om dette skriver Perho at den gresk-islamske medisinen var anerkjent og godtatt som autoritativ, men at de medisinske autoritetene likevel ble kritisert for ikke å sitte med en perfekt kunnskap fordi de manglet den veiledningen Gud hadde gitt Muhammad. Forfatterne av *tibb al-nabawi* mente at den gresk-islamske medisintradisjonen kom til kort fordi den ikke gjenspeilet at Gud har rettledet de troende når det gjaldt forebygging og behandling av sykdom. Dette kom til syne gjennom profetens anbefalinger om spirituell behandling av sykdom, gjennom for eksempel bønner og koranresitasjon (Perho 1995:145–146). Et spesielt kjennetegn ved *tibb al-nabawi*, som heller ikke var anerkjent av den gresk-islamske medisinen, var inkluderingen av *jinn* (ånder), *ayn* (det onde øyet) og *suhur* (magi) som sykdomsårsaker (Perho 1995:90). Før vi går nærmere inn på dette, vil jeg først si noe om det innholdet i Koranen og hadithene som utgjør *tibb al-nabawi*.

Hadithene som referer til ulike aspekter ved sykdom, kropp, helse og helbredelse, spenner seg over et bredt spekter. De viser blant annet til ulike helbredelsesmetoder, sykdomsårsaker, kostholdsanbefalinger, preventive metoder, og ulike moralske anbefalinger (Dieste 2013:181). Profeten skal for eksempel ha sagt: "There is health in three things: drinking of honey, incision made by the cupper's knife and cauterization with fire; I forbid my people cauterize" (al-Bukhari, sitert i Perho 1995:53). På bakgrunn av denne hadithen blir derfor særlig bruk av honning ansett som en viktig islamsk helbredelsespraksis (Dieste 2013:183). Den samme hadithen reflekterer også Muhammads mening om de tradisjonelle medisinske praksisene på hans tid, noe flere andre hadither også gjør. Andre hadither viser til at Koranen og rituelle bønner ble introdusert som nye religiøse behandlingsteknikker, som for eksempel: "The Koran is the best medicine" og "Rise to pray, for prayer is a cure" (al-Bukhari, sitert i Perho 1995:53). Preventive og helsebringende praksiser som anbefales i hadithene baserer seg på alt fra hygiene og kosthold til effekten av religiøse formularer for å stå imot angrep fra *jinn*, *ayn* og *suhur*. Derimot sier Koranen relativt lite eksplisitt om helbredelse og medisiner,

men det kommer tydelig frem at Gud er den viktigste kilden til både fysisk og mental helse (Sengers 2003:55). Et eksempel er sure 17, 82: "We send down the Quran as healing and mercy to those who believe; as for those who disbelieve, it only increases their loss" (The Quran 2005). Til tross for at Koranen sier lite eksplisitt om helse og sykdom er det i mitt materiale likevel tydelig at matsorter og andre substanser beskrevet i Koranen blir ansett som spesielt helbredende og helsefremmende.

Som nevnt omfatter *tibb al-nabawi* et verdensbilde der *jinn*, *ayn* og *suhur* kan forårsake sykdom. Dette er spesielt interessant i forhold til mitt materiale. Med Greenwoods ord er *tibb al-nabawi* "[...] characterized by the concepts of illness from spiritual invasion and interpersonal harm [...]" (Greenwood 1981:220). Med andre ord baserer *tibb al-nabawi* seg på et verdensbilde der onde krefter kan forårsake sykdom. Fremtredende i informantenes fortellinger var først og fremst *jinn* og *ayn* som sykdomsårsak. Det var få som trakk frem *suhur*. Jeg vil derfor bare gi en kort beskrivelse av dette fenomenet før jeg går over til *jinn* og *ayn*.

I det marokkanske samfunnet eksisterer det forestillinger om at *suhur*, eller magi, kan påføre mennesker sykdom og skader. Dieste beskriver *suhur* som en teknikk som tar utgangspunkt i å manipulere substanser eller å samarbeide med *jinner*, i den hensikt enten å skade andre eller forårsake andre uheldige hendelser. *Suhur* kan utføres av personer som behersker ulike teknikker, som å blande substanser, uttale formularer og lage giftblandinger (Dieste 2013:226). Selv om slike forestillinger er utbredt blant store deler av befolkningen, er fenomenets natur, i likhet med *ayn* og *jinn*, omstridt. Dette kommer jeg til i neste avsnitt.

I likhet med *suhur* finnes det i Marokko utbredte forestillinger om at også *ayn* og *jinn* kan ha innflytelse på menneskenes verden og blant annet påføre dem sykdom og plager.

Forestillingene omkring *ayn* baserer seg på ideen om at noen mennesker kan "gi *ayn*" til andre, enten gjennom en bevisst handling eller helt utilsiktet. Dette kan føre til fysiske og psykiske sykdommer og plager, men også uforklarlige hendelser som for eksempel dårlig avlinger, bilulykker eller problemer i ekteskapet (Dieste 2013:223–224). MacPhee påpeker at andre islamske kulturer først og fremst forbinder *ayn* med "the power of the gaze", mens marokkanere i større grad er bekymret for "the power of the utterances". I tråd med dette finnes det særlig forestillinger om misunnelse eller beundring kan føre til at man gir *ayn* til personen som "blir beundret" (MacPhee 2012:42).

Forestillingen om at jinner kan forårsake sykdom, var spesielt fremtredende i mitt materiale. Jinner omtales direkte flere steder i Koranen og hadithene, noe som gjør at muslimer er pålagt å tro på deres eksistens og tilstedeværelse (Spadola 2009:156). I sure 55, 14–15 står det beskrevet hvordan de ble til og hva de består av: "He created mankind out of dried clay, like pottery, the jinn out of smokeless fire" (The Quran 2005). I Koranen beskrives jinner som usynlige og kapable til å utføre mirakler. Muhammad ble på lik linje som med menneskene, sendt ned til jinnene slik at de også fikk mulighet for frelse. Derfor finnes det to hovedtyper jinner. De troende jinnene er rettferdige og gode, og de vantro jinnene er onde (Maarouf 2007:96–97, Sengers 2003:36). Det er de onde jinnene som tilskrives evnen til å forårsake sykdom. Gode jinner var ikke fremtredende i fortellingene til informantene. Blant marokkanere, samt muslimer i andre deler av verden, er det en utbredt oppfatning at jinner kan påføre menneskene en rekke uheldige hendelser, inkludert sykdom. De anses å kunne forårsake både psykisk og fysisk skade hos mennesker, foruten å kunne ta bolig i deres kropper og påvirke deres atferd (Rausch 2000:21). Selv om det er jinner og sykdom som er temaet i denne oppgaven er det verdt å merke seg at det også finnes forestillinger om at jinner kan påvirke familiære eller sosiale forhold, som for eksempel giftemål og ansettelsesforhold (Spadola 2009:157).

Til tross for at forestillinger om at jinner kan forårsake sykdom hos mennesker er utbredt over hele den islamske verden, påpeker flere forskere at Koranens beskrivelser av jinner i forbindelse med sykdom er noe uklare (se f.eks. Sengers 2003:51–53, Samuelsson 2001:71). Disse uklarhetene har bidratt til at forestillinger om hvilke muligheter jinner har til å påvirke mennesker også er omstridt blant de islamske lærde (se f.eks. Dein, Alexander og Napier 2008:37). Det samme gjelder fenomenene *ayn* og *suhur*. For eksempel nevnes ikke *ayn* eksplisitt i Koranen, selv om sure 68, 51 ifølge Pehro ofte blir tolket som det: "The unbelievers wellnigh strike thee down with their glances" (Koranen, sitert i Pehro 1995:90). *Suhur* har også vært et omstridt fenomen blant islamske lærde på bakgrunn av uklare beskrivelser i de hellige kildene (Dieste 2013:226). Om dette skriver Yusuf Muslim Eneborg:

When it comes to theoretically classifying types of spiritual illness, three familiar categories are evoked: *al-ayn* (the [evil] eye), *sihr* (sorcery) and *mass* (touched [by jinn]). These three categories of supernatural illness can all be supported from the primary sources of Islamic

discourse (i.e., Quran and Hadith) and so are not contested by the majority of Muslims. However, their particular nature is much more open to opinion (Eneborg 2012:12).

Selv om det er stadfestet gjennom de hellige kildene at *jinn*, *ayn* og *suhur* kan forårsake sykdom, så er altså *omfanget* av en slik påvirkning, og ikke minst behandlings- og beskyttelsesmetodene, omstridt blant de lærde (Dein, Alexander og Napier 2008:31, Hoffer 2000:8). Forestillinger om at både *jinner*, *ayn* og *suhur* kan føre til sykdom hos menneske er likevel utbredt. Eksempler på dette vil komme frem i mitt materiale.

3.2 Folkereligøse aspekter

Dieste påpeker at Marokko har vært møtepunkt for flere ulike medisin- og helbredelsestradisjoner. I tillegg til *tibb al-yunani* og *tibb al-nabawi* (ved siden av skolemedisinen) beskriver Dieste hvordan lokal folkemedisin har vært påvirket av "[...] borrowings from the Hebrew or African populations descended from slaves; and the different forms of Sufism" (Dieste 2013:19). Dette gjelder ikke bare for det marokkanske samfunnet. I "The practice of Islamic healing" (1992) påpeker sosiologen og islamforskeren Cor Hoffer at forestillinger og praksiser omkring helse og sykdom over hele den islamske verden er påvirket av flere ulike tradisjoner og historiske utviklinger (Hoffer 1992:41). Forestillinger og praksiser knyttet til slike nevnte tradisjoner plasseres ofte innenfor kategorien "islamsk folkereligøsit" (se f.eks. Dieste 2013:8, Hoffer 1992:41).

Islamsk folkereligøsit kan generelt beskrives som tradisjoner knyttet til "non-canonical islam" (Sengers 2003:21). Antropologen Gerda Sengers omtaler folkereligøse aspekter som "popular or local Islam" og understreker at: "In popular or local Islam it is a matter of regional variations, the way in which the broad masses understand Islam" (Sengers 2003:20). Institusjoner og praksiser knyttet til islamsk folkereligøsit har opp gjennom tidene utgjort en svært viktig del av den marokkanske befolkningens forståelse av helse, sykdom og ikke minst helbredelse, skriver Dieste (2013:185). Som eksempler på folkereligøse aspekter knyttet til helse og sykdom i Marokko, vil jeg kort beskrive tre fenomener: *ziyara*, besøk ved helgeners graver, *shurfa*, etterfølgere av profeten, og bruk av amuletter for beskyttelse. Jeg nevner disse tre fenomenene fordi det først og fremst er disse som kom frem i mitt materiale.

Helgenkulten er i stor grad utbredt i Marokko. Den baserer seg på en praksis der det å besøke hellige graver, *ziyara*, anses som fordelaktig, blant annet i forbindelse med sykdom. Hellige graver er en helligdom dedisert til enten en mannlig, *sayyid*, eller en kvinnelig, *lalla*, helgen, og inneholder hans eller hennes gravkammer. Disse stedene utgjør et nettverk av hellige graver over hele Marokko. Gravene kan besøkes med flere ulike formål, blant annet for å motta beskyttelse eller helbredelse gjennom helgenens *baraka*.¹³ Ofte er også hver enkelt helgen assosiert med det å kunne helbrede spesifikke sykdommer. Tilknyttet noen hellige graver finnes også vannkilder der man kan oppnå helbredelse gjennom vannet (Dieste 2013:201). Islamforsker Jan Samuelsson påpeker at til tross for at helgenkulten ikke legitimeres i Koranen, er de utbredt over hele den islamske verden (2001:74). Den er følgelig ikke begrenset til Marokko.

Shurfa (flertall av *sharif*) er personer som regnes som etterkommere av profeten Muhammad. Slike personer, dog ikke alle, anses å kunne helbrede gjennom deres *baraka*. Slike krefter forstås som nedarvede egenskaper som finnes i disse mennenes hår, hender eller spytt. Noen *shurfa* utfører også andre helbredelsesteknikker, som for eksempel *hijamma*. Gjennom *barakat ash-shurfa* helbredes lidelser forårsaket av for eksempel *jinn* eller andre onde krefter, men også sykdommer forårsaket av "kulde" (tilknyttet *tibb al-yunani*) (Dieste 2013:255). Med Diestes ord: "That is to say, they act like exorcists and balancers of the humoral flows of the sick body" (Dieste 2013:255).

Mens *shurfa* og *ziyara* først og fremst er knyttet til *helbredelse*, benyttes amuletter i hovedsak for *beskyttelse* mot sykdom, særlig sykdom forårsaket av onde krefter. Amuletter spiller en viktig rolle i ulike beskyttelsespraksiser over store deler av den islamske verden. Det finnes mange ulike amuletter, men den mest utbredte er *khamisa*, eller Fatimas hånd. *Khamisa* betyr "fem" og er formet som en hånd. Amuletten har fått navnet etter en av Muhammads døtre, og kan bæres i form av for eksempel et halssmykke, en ring eller et armbånd (Sengers 2003:49, Dieste 2013:225). Samuelsson skriver at *khamisa* anses å beskytte mot alle former for onde krefter, særlig *jinn* og *ayn*. Videre påpeker Samuelsson at bruk av amuletter som *khamisa* for beskyttelse mot onde krefter blir ansett som ulovlig praksis av mange ortodokse lærde (2001:73).

¹³ Dieste oversetter *baraka* til "divine protection, spiritual strength conveyed by people, places or objects" (Dieste 2013:336).

For å beskrive de medisinske tradisjonene i Marokko er det imidlertid et annet aspekt som er vel så viktig, og som kom tydelig frem i mitt materiale. Det er hvordan en pågående reislamiseringsprosess i Marokko, og blant muslimer generelt, påvirker folkereligøse forestillinger og praksiser knyttet til helse og sykdom.

3.3 Helsesøkende atferd og reislamisering

Reislamisering, som jeg vil definere nærmere under, har også innvirkning på forestillinger og praksis knyttet til helse og sykdom blant muslimer over hele verden. Denne tendensen er altså ikke kun begrenset til det marokkanske samfunnet. I redegjørelsene som følger vil jeg vise til litteratur om muslimer i Marokko, men jeg vil også vise til studier om andre muslimer i Vesten. Slike eksempler er relevante da også mitt materiale omhandler muslimske minoriteter i Vesten.

I sin studie av forestillinger omkring helse, sykdom og helbredelse i Marokko ser Dieste blant annet på hvordan slike forestillinger er påvirket av det han omtaler som en pågående "re-Islamisation" i den islamske verden. Han beskriver dens kjennetegn slik: "The 1980s saw the introduction in Morocco of an ideology of the body which placed special value on respect for the norm and the *sunna* or tradition, and regarded as illicit innovation [...] anything which deviated from this model" (Dieste 2013:7). Andre som har forsket på muslimers forestillinger om helse og sykdom, både i Marokko og blant andre muslimer i Vesten, har også sett disse forestillingene i lys av en reislamiseringsprosess (se f.eks. Spadola 2009, Dein, Alexander og Napier 2008, Eneborg 2012). Reislamisering er ikke det eneste begrepet som blir brukt for å beskrive en slik prosess. Flere forskere, blant annet Eneborg, benytter begrepene "islamic revival" eller "revivalist or reformist understanding of islam". Eneborg beskriver dette som: "[...] a return to the 'fundamentals' of Islam: the Quran, the authentic recorded sayings and Traditions of the Prophet, and an idealised vision of Islam as perceived existent during the first three generations of the religion, that is, the Salaf."¹⁴

Det er viktig å være oppmerksom på at en slik reislamiseringsprosess, eller islamsk vekkelser, er kjennetegnet av flere aspekter enn kun økt vektlegging av de hellige kildene. I

¹⁴ Salafisme er et sentralt begrep i forskningen rundt reislamisering. Imidlertid var det ingen av mine informanter som brukte dette begrepet, eller som henviste til *salafi*. Jeg kommer derfor til å avgrense meg til å bruke begrepet reislamisering.

doktorgradsavhandlingen *Muslima: Islamisk vækkelse og unga kvinnors förhandlingar om genus i det samtidiga Sverige* (2007) definerer Pia Karlsson Minganti islamsk vækkelse slik:

Den islamiska väckelsen har svept över världen sedan åtminstone 1970-talet och satt avtryck på individer och sociokulturella landskap [...]. En grundläggande tanke inom väckelsen är att muslimers eventuella problem beror på att de avviker från islams raka väg och att de nu bör stärka sin muslimska identitet och söka svar i de helige källorna, framför allt Koranen och Sunna (profeten Muhammeds normerande exempel). Det vill säga: *islamisera* sig själva, sine liv och i förlängningen hela samhället (Minganti 2007:26–27).

"Tilbake til islam" kan ifølge Minganti forstås som den islamske vækkelsens slagord. Dette innebærer tilbakevending, eller reislamisering, på to områder. For det første at muslimer igjen "vänder sig direkt till de 'autentiska' källorna Koranen och Sunna, efter sekler av korrupperande inflytande från såväl traditionellt skolade religiösa eliter som vardagsmänniskors sedvänjor" (Minganti 2007:78). Uttrykket å vende tilbake til kildene innebærer at det trekkes et klart skille mellom det som anses som "kultur" på den ene siden, og det som anses som "religion" på den andre siden. For det andre innebærer en slik tilbakevending at muslimer søker tilbake til islam som rettesnor for både individ og samfunn, etter å ha latt seg forlede av andre interesser og ideologier (Minganti 2007:78, 137). Det er først og fremst det første aspektet ved Mingantis beskrivelse av islamsk vækkelse som jeg vil belyse i mitt materiale. Derfor har jeg valgt å benytte meg av Diestes begrep reislamisering, da det peker mot nettopp det "å vende tilbake" til kildene.

Reislamisering innebærer altså å vende tilbake til de hellige kildene, Koranen og sunna, for å "rense vekk" alle kulturelle aspekter som ikke anses som korrekte eller som ren islam. I boken *Globalized Islam: the search for a new ummah* (2004) omtaler Olivier Roy denne prosessen som "deculturalised islam". Gjennom et slikt syn forstås islam å være farget av de forskjellige kulturene religionen har vært forankret i siden profeten og hans etterfølgeres tid, noe som anses å ha endret islams "pristine message" (Roy 2004:21–25). Eksempler på det som anses som kulturell innvirkning er sufisme i Sør-Asia, marabouten i Nord-Afrika og forskjellige musikkritualer over hele den islamske verden.¹⁵ Roy omtaler en slik dekulteraliseringssprosess som "a quest for a 'pure islam'" der målet er det som forstås som en universell form for islam (2004:21–25, 258). Ifølge sosiologen Shmuel Eisenstadt er det

¹⁵ Marabout er en "holy man" eller "saint" (Miller 2013:239).

nettopp et karakteristisk trekk ved mange moderne reformbevegelser, uavhengig hvilken religion de tilhører, at man konstruerer skarpe grenser mellom den "rene" innsiden og den "forurensede" utsiden (i Eneborg 2012:13). Møtepunktet mellom alle islamistiske bevegelser er nettopp at "they draw a line inside the Muslim world between what is Islamic and what is not" (Roy 2004:21). I en slik dekulteraliseringssprosess er termene *shirk* og *bida* sentrale. De benyttes for å avgrense det som anses for å være akseptert religiøs praksis. De skiller altså den "rene" innsiden fra den "forurensede" utsiden. *Shirk*, eller polyteisme, defineres som "the act of attributing divine attributes to a being other than God" (Bowen 2012:13). *Bida* er "a term in Islamic doctrine that refers to unwarranted innovations, beliefs, or practices for which there was no precedent at the time of the Prophet, and which are therefore best avoided" (Mahmood 2012:87). I mitt materiale vil det bli tydelig hvordan kvinnene særlig henviste til ideen om *shirk* og at de ville unngå alt de anså som *shirk*. Jeg kommer derfor ikke videre inn på ideen om *bida*.

Målet med reislamiseringsprosessens dekulteralisering er altså det som forstås som en universell form for islam som er gyldig i hvilken som helst kulturell kontekst (Roy 2004:25). Reislamiseringsfokus på "textual tradition" kan forstås som et verktøy for å skape en slik universell islam. I "Jinn, psychiatry and contested notions of misfortune among East London Bangladeshis" (2008) påpeker Simon Dein, Malcom Alexander og David Napier hvordan islamsk vekkelse har ført til "a rejection of old localized ways and a return to an emphasis on textual tradition where the concept of a 'universal Islam' is focused on the holy texts as the only common language and Mecca as the only accepted core" (Dein, Alexander og Napier 2008:34). I "Ruqya Shariya: observing the rise of a new faith healing tradition amongst muslims in East London" (2012) skriver Eneborg at: "The rise of the notion of a universal Islam apparently void of cultural baggage is a strong attraction for rootless second- and third-generation" (Eneborg 2012:15). I denne oppgaven skal vi imidlertid se at reislamiseringsprosessen ikke bare er beskrivende for de unge norskfødte kvinnene i denne studien, men at det i like stor grad kan synes å kjennetegne fortellingene til de voksne marokkanskfødte kvinnene.

Et sentralt aspekt ved reislamiseringsprosessen er hvordan disse tolkningene spres over hele den islamske verden. Minganti beskriver hvordan den islamske vekkelsen har feid over hele den islamske verden ved hjelp av økt produksjon og forbruk av religiøs media og litteratur, og ved at intellektuelle har kommentert verden fra et religiøst perspektiv (2007:26). Dieste

påpeker også hvordan reislamiseringsprosessen "[...] revendication of local cultural models, spreads through the new means of construction of knowledge like Internet and satellite TV" (Dieste 2013:171).

Studiene nevnt innledningsvis viser hvordan muslimers forestillinger om helse og helbredelse er påvirket av en pågående reislamiseringsprosess, både i Vesten og i muslimske områder som Marokko. Min studie følger disse studiene ved å se de norsk-marokkanske kvinnenes fortellinger om helse og helbredelse i lys av en slik reislamiseringsprosess, først og fremst i forbindelse med dekkultureringsaspekter. Fremtredende i de nevnte studiene er hvordan nettopp reislamiseringsprosessen har ført til at flere praksiser knyttet til helbredelse og beskyttelse mot sykdom i økende grad blir stemplet som *shirk*, samt påvirker hva som blir forstått som "korrekte" tolkninger av Koranen og sunna.

Reislamisering synes særlig å ha ført til en forståelse av at Koranen er den eneste tillatte metoden for både behandling av og beskyttelse mot sykdom. Eneborg påpeker nettopp hvordan bruk av Koranen blir ansett som del av den "rene" islam: [...] as a susceptibly pure form of supplication to God, recitation of the Quran – as both antidote and prophylactic – remains immune to the stringent demands of a reformist attitude and so in turn becomes the distinguishing feature of the healing system" (Eneborg 2012:13). Bruk av Koranen som eneste tillatte behandlings- og beskyttelsespraksis baserer seg på forestillingen om at bare Gud kan helbrede og beskytte mennesker mot sykdom. Dein, Alexander og Napier påpeker for eksempel hvordan bangladeshiske imamer innenfor den islamske vekkellesbevegelsen i London "express opposition to [...] any form of healing that does not invoke Allah as controlling all events. Islamic methods of healing insist that there is only one route to well-being: the rigorous assertion of Allah's authority" (Dein, Alexander og Napier 2008:49). Dette står i motsetning til behandlings- og beskyttelsesmetoder som baserer seg på påkallelse av andre makter, gjennom for eksempel trolldom, som blir ansett som "un-islamic" (Dein, Alexander og Napier 2008:49). Dieste påpeker hvordan dekkultureringsprosessen er en tydelig og kraftfull prosess, og at den "[...] has in its sight clairvoyants, saints, brotherhoods and other agents defined as contrary to the *sunna*" (Dieste 2013:330).

Mitt materiale fra Oslo viser hvordan reislamisering på ulike måter påvirker informantenes ideer om helse, sykdom og behandling. Dette vil særlig bli tydelig i kapittel fem og seks, som tar opp henholdsvis kvinnenes ideer om behandling av sykdom og om det å søke beskyttelse

mot åndelig sykdom. Spesielt fremtredende i kvinnenenes fortellinger var hvordan de begrenset sine praksiser omkring beskyttelse og behandling til Koranen alene. Alle andre tradisjonelle marokkanske praksiser knyttet til islamsk folkereligøsitet var noe de anså som del av den marokkanske kulturen og ikke religionen.

4 Å styrke helsen gjennom kostholdet

I samtalene og aktivitetene med de voksne kvinnene kom det frem en stor interesse for og en omfattende kunnskap om ulike matsorters innvirkning på helsen. I kvinnenes fortellinger fremstod denne kunnskapen som en integrert del av deres hverdag. De benyttet seg aktivt av den når de lagde mat til seg selv og sin familie. I dette kapitlet kommer det derfor tydelig frem at det å styrke helsen gjennom kostholdet er en viktig strategi i kvinnenes helsesøkende atferd. Jeg har valgt å se nærmere på hvordan to ulike tradisjoner har innvirkning på deres klassifisering av helsestyrkende matsorter. Den første tradisjonen har sin basis i *tibb al-yunani* og handler om hvordan balansen mellom et varmende og kjølede kosthold har innvirkning på kroppen. Den andre tradisjonen tar utgangspunkt i *tibb al-nabawi* og dreier seg om kvinnenes bruk av matsorter beskrevet i Koranen og anbefalt gjennom sunna.¹⁶ Som den medisinske antropologen Cecil Helman understreker i *Culture, health and illness* (2007), kan analyser av slike kulturelle klassifikasjoner av mat gi et viktig innblikk i logikken bak årsaken til at mennesker oppfatter noen matsorter som positive for helsen og andre som negative (2007:52).

Temaene som tas opp i dette kapitlet, var ikke en del av de unge kvinnenes fortellinger. Kapitlet vil derfor i hovedsak omfatte de voksne kvinnenes fortellinger. I slutten av kapitlet vil jeg imidlertid se på fraværet av kostholdstradisjonene i de unge kvinnenes fortellinger i lys av hva de voksne kvinnene forteller om hvordan deres barn anser familiens tradisjonelle kostholdstradisjoner.

4.1 Å styrke helsen gjennom varmende og kjølede matsorter

Som vi så i kapittel tre eksisterer det i Marokko en grunnleggende forståelse av hvordan matsorters varmende eller kjølede egenskaper har innvirkning på kroppens balanse. I de samtalene der jeg spurte kvinnene om de baserte kostholdet på en slik balanse var det imidlertid få som forstod hva jeg siktet til. Jeg forsøkte å spørre dem om dette på flere ulike måter, samt å bruke både norske, arabiske og berbiske begreper. Da dette virket ukjent for de

¹⁶ Som nevnt benyttet få av kvinnene selv begrepet *tibb al-nabawi*, og ingen av dem kjente til termen *tibb al-yunani*. I forbindelse med kvinnenes praksis vil jeg derfor først og fremst omtale disse tradisjonene som henholdsvis balansen mellom varm og kald, og matsorter beskrevet i Koranen og anbefalt gjennom sunna.

fleste, var det i utgangspunktet nærliggende for meg å anta at balansen mellom et varmt og kaldt kosthold ikke var en del av kvinnenes helsesøkende atferd. I andre samtaler og aktiviteter kom det likevel frem at dette var en del av noen av kvinnenes praksis. Det viste seg på mer implisitte og vage måter, som det først var vanskelig for meg å få øye på.

Min opplevelse kan sees i sammenheng med det Austveg opplevde på sitt feltarbeid på Bali. I *Helsearbeid og innvandrere: Mangfold, sunnhet og sykdom* (1994) beskriver Austveg at noe av det hun var interessert i å undersøke på Bali, var de underliggende prinsippene for hvordan balinesiske kvinners styrkedrikker fungerte, og hva de ønsket å oppnå med å drikke dem. Kvinnene fortalte at drikkene gav dem en indre styrke som hindret at noe vondt skulle skje. Men det kvinnene først og fremst ville diskutere, var ingrediensene i de forskjellige drikkene. Særlig ville de vite Austvegs mening om hvilke blader og urter som var best. For Austveg var det derimot de bakenforliggende prinsippene som var interessante, men dem fikk hun bare brokker av. Austveg beskriver dette som et vanlig fenomen: "De som er bærere av en kultur, kan sjelden formulere de grunnleggende prinsippene, de er simpelthen ikke klar over hva disse er. Det som man har lært ifølge sin kultur, ser en ikke selv på som en eksotisk variant, men det er slik det er i *virkeligheten*" (Austveg 1994:43).

At kvinnenes praksis omkring hvordan varme og kalde matsorter virker inn på helsen i liten grad kom frem i våre samtaler, kan forstås på bakgrunn av Austvegs refleksjoner. Mine beskrivelser av logikken bak balansen mellom varm og kald virket rett og slett ukjent for de fleste av dem, selv om det hos noen av kvinnene etter hvert viste seg at dette *var* en del av deres praksis. Taus kunnskap passer også godt for å beskrive dette fenomenet.

Sosialantropologen og religionsforskeren Berit Thorbjørnsrud benytter begrepet "taus kunnskap" om kunnskap som vi er blitt sosialisert inn i på en slik måte at den har blitt så automatisert og internalisert at man ikke kan forklare prinsippene bak (2009:260). Vi finner også likheter mellom kvinnenes tause kunnskap og de funnene Austveg beskriver at Kleinman gjorde i sitt feltarbeid på Taiwan. Han fant at 90 prosent av informantene ikke kjente til uttrykkene *Yin* og *Yang*, selv om prinsippet om likevekt mellom *Yin* og *Yang* var en grunnpilar i hvordan de så på helse og hvordan de forklarte og behandlet sykdom (Austveg 1994:44).

Som beskrevet i kapittel tre, er altså dikotomien mellom varm og kald det som synes å være igjen av *tibb al-yunani*, eller humorallæren, blant marokkanere i dag. Vi så at denne

kunnskapen innebærer en forståelse av at ubalanse mellom det varme og det kalde i kroppen produserer varme eller kalde sykdommer, som igjen behandles med mat av med den motsatte egenskapen. I kvinnenes fortellinger var den mest fremtredende faktoren ideen om at årstidenes temperatur påvirket kroppens balanse, og at kostholdet derfor benyttes for å fremkalle varme eller kulde i kroppen, alt etter temperaturen i omgivelsene. Som vi så i kapittel tre er også dette forholdet beskrevet som det mest utbredte blant marokkanere i dag. Med Greenwoods ord dreier nettopp humorallæren seg primært om "the inner experience of the body in relation to the environment" (Greenwood 1981:221).

Greenwoods nevnte artikkel fra 1989 beskriver detaljert hvordan marokkanere benytter kunnskapen om dikotomien mellom varm og kald for å behandle plager og sykdommer. Det er også Greenwoods studie Dieste tar utgangspunkt i når han redegjør for hvordan marokkanere i dag baserer sine spisevaner på balansen mellom matsorter med varme og kalde egenskaper, både for å styrke helsen og behandle sykdom (2013:110). Til tross for Greenwoods omfattende studie av hvordan matsortene benyttes for å behandle varme og kalde sykdommer, forklarer han at marokkanere i hovedsak ser dette systemet som en teori om kosthold som er mer orientert mot helse enn sykdom, og som vektlegger normative og preventive aspekter mer enn sykdomsaspektene (1989:225). Greenwoods beskrivelse av klassifiseringssystemet som et system som primært benyttes for å styrke helsen, synes å beskrive mitt materiale godt. Det som kom frem i samtalene med kvinnene, var nettopp hvordan de benyttet seg av denne kunnskapen for å påvirke helsen i positiv retning. I motsetning til Greenwoods observasjoner kom det imidlertid i liten grad frem at kvinnene benyttet seg av varme eller kalde matsorter for å behandle spesifikke varme eller kalde sykdommer. Det er viktig å påpeke at fraværet av en slik praksis hos kvinnene *kan* forklares ved å se på balansen mellom varm og kald som en form for taus kunnskap. Jeg var sammen med kvinnene i en begrenset tidsperiode og i én type situasjon, noe som kan ha begrenset min innsikt i deres praksis omkring balansen mellom varm og kald. Det kan derfor tenkes at denne praksisen omfatter sykdomsaspektet i større grad enn det som kom frem i deres fortellinger.

Praksisen som innebar å justere kostholdet i forhold til årstidene kom til en viss grad til syne i kvinnenes fortellinger. Da jeg spurte en av kvinnene om hun tenker over matsorters varme og kalde egenskaper når hun lager mat til familien sin, kom noen av de bakenforliggende prinsippene til syne. Mouna fortalte at visse ting spiser hun kun om vinteren, mens andre ting

er forbeholdt sommeren. Hun brukte hvitløk som et eksempel, og forklarte at hvitløk er en varmende matsort. Derfor lager Mouna aldri mat med hvitløk i om sommeren. På samme måte forklarte Mouna at hun om vinteren bruker ekstra mye oregano når hun lager mat, fordi det er et krydder som varmer, og som hun derfor hadde stor nytte av. Hun var veldig "frossen av seg", forklarte hun. For eksempel pleide hun å lage te av oregano. Lignende prinsipper kom til syne da jeg spurte en av de andre kvinnene om det samme:

Det er etter årstider. Alt du lager og får i deg om vinteren er ... Altså, du søker hele tiden til ting som er varme. Når det gjelder krydder og matvarer og alt [...]. Du må holde deg varm for å holde varmen i kroppen. Som *harira*, den suppen vi lagde sist [på forrige samling i gruppen], den kan vi ikke lage om sommeren. Du kan ikke glede deg til å få den servert om sommeren. Den er ganske varm, særlig krydderet som er i den gir varme til kroppen (Aisha).

Blant de kvinnene som ikke snakket om en praksis omkring et varmende og kjølede kosthold, kom det likevel frem at visse matsorter var forbeholdt enkelte årstider ut fra hvordan de påvirket kroppen. I gruppesamlingene ble det for eksempel alltid servert *sheeba*, en tradisjonell te laget av blant annet tørkede malurt-blader. Ved mitt besøk i Marokko ble jeg imidlertid alltid servert *nana*, myntete. En av kvinnene forklarte at årsaken til at de bare serverte *sheeba* var at det var vinter og at den gav varme til kroppen. *Nana* virket kjølede på kroppen, og ble derfor kun drikket om sommeren. Amina, som var en annen av kvinnene som ikke snakket om en praksis omkring balansen mellom varm og kald, kunne også fortelle at *sheeba* og *nana* var forbeholdt hver sin årstid: "Andre grønnsaker eller urter, og olivenolje og sånn, det bruker vi hele året. Det er ikke noe forskjell på de. Men *sheeba* er bra å drikke om vinteren fordi den har en veldig bra smak på den tiden av året. Om sommeren drikker vi *nana*. Det er bedre for kroppen".

4.1.1 Symbolsk klassifikasjon – individuelle nettverk av mening

I forbindelse med kosthold og ernæring påpeker Helman hvordan kulturers ulike klassifiseringer av mat danner symbolske nettverk av mening. Ett slikt klassifiseringssystem er motsetningen mellom varm og kald, som finnes i flere kulturer verden over.¹⁷ Helman skriver at både lokale historiske og kulturelle faktorer kan spille inn når mat blir delt inn i disse to kategoriene i de ulike kulturene dette systemet er en del av. Helman påpeker også

¹⁷ Klassifisering av mat i to hovedkategorier, vanligvis "varm" og "kald", er et trekk ved mange kulturelle grupper i den islamske verden, det indiske subkontinent, Latin-Amerika og Kina (Helman 2007:54).

hvordan enkeltindivider kan bestemme seg for hvordan de vil klassifisere visse matsorter som varme og andre som kalde. Helman henviser i den forbindelse til Greenwood, som nettopp fant at dette var tilfelle blant sine informanter i Marokko (Helman 2007:52–54). Greenwood påpeker i sin studie at selv om de fleste marokkanere er enige om hvilke sykdommer som er kalde og hvilke som er varme, finnes det en markant forskjell i hvordan hvert enkelt individ klassifiserer matsortene. Greenwood henviser til en studie som undersøkte klassifisering av varme og kalde matsorter i India og som konkluderte med "[...] that there was no empirical validity underlying the Indian classification of hot and cold foods" (Taylor, sitert i Greenwood 1981:222). Greenwood hevder imidlertid at "[...] in the Moroccan case, an analysis of why each item is considered hot or cold does reveal a logically consistent principle in each individual, which is idiosyncratic to the extent that it is based on personal knowledge of foods" (Greenwood 1981:222).

Greenwood fant at hans informanter ofte ikke gav noen forklaring på hvorfor de anså noen matsorter som varme og andre som kalde, og at mange hadde lært kategoriseringene i sin barndom. I den grad informantene gav en forklaring, henviste de blant annet til matsortenes effekt på kroppen i forhold til varme og kalde sykdommer, smak, vekst- og innhøstingssesong, næringsverdier, eller innvirkningen på helsen generelt. Greenwood konkluderte derfor med at hver enkelt person benytter flere ulike måter å kategorisere varme og kalde matsorter på, og at "there are many different pathways around the network of meanings. Most of them are held in common, but some are idiosyncratic" (Greenwood 1981:223). Jeg vil nå beskrive noen eksempler fra mitt materiale som viser hvordan de norsk-marokkanske kvinnenenes individuelle kategoriseringer av varme og kalde matsorter også kan anses som ulike "pathways around the network of meanings".

Vekstsesongens innvirkning på om en matsort kan klassifiseres som varm eller kald, var særlig fremtredende i kvinnenenes fortellinger. For eksempel fortalte Aisha at malurt-bladene i *sheeba* vokser om vinteren og høsten når det er kaldt i Marokko, og at *sheeba* derfor gir varme til kroppen. Likeledes fortalte Noor at matsorter som vokser om vinteren gir varme til kroppen. Eksempler på varmende matsorter var ifølge Noor appelsin, pærer (kun i veldig kalde land og områder) og epler, men først og fremst grønnsaker som gulrot, poteter, spinat, linser, ulike erter og bønner, foruten visse planter og urter som oregano og malurt-blader. Matsorter som vokser om sommeren er avkjølende for kroppen, forklarte Noor. Avkjølende matsorter var i hovedsak ulike frukter, slik som aprikos, vannmelon, honningmelon og

plommer. Til sammenlikning fant imidlertid Greenwood at de fleste av hans informanter klassifiserte matsorter som vokser om vinteren som kalde, og ikke varme slik Aisha og Noor gjør. En slik individuell forskjell i klassifiseringen kom også til syne hos en annen av kvinnene, Najat, som i motsetning til Noor fortalte at hun aldri spiste appelsiner om vinteren fordi de var kjølede for kroppen. Gjennom disse eksemplene er det med andre ord tydelig at dette systemet er preget av individuelle forskjeller. På den måten blir det tydelig at dikotomien mellom varm og kald er en måte å påvirke egen helse.

Hvordan matsorter enten ble kalde eller varme under vekst kom også frem i noen av samtalene med Aisha og Noor. Da jeg spurte Aisha om det var best å kjøpe de ulike matsortene i Marokko eller i Norge, fortalte hun:

Jo, faktisk, etter hvert i disse tyrkiske og pakistanske butikkene så kan du finne gode urter og grønnsaker. Men det er selvfølgelig bedre for oss å kjøpe ting i Marokko, ting vi vet har vokst i sola. Her vet vi ikke hvor de har vokst, de kan ha vokst i drivhus for eksempel. Men i Marokko, der vet vi at de har vokst under solen. I Norge får ikke vekstene nok sol og varme. Den lukten og smaken som solen danner i selve planten får du ikke her. Det er det som gjør at vekstene gir varme til kroppen. Urter for eksempel, de vokser helt vilt i fjellet. Altså i fjellet, der det bare er stein! Det er det som er ordentlige, varme urter, ikke ting du sår selv (Aisha).

Noor fortalte imidlertid at det er Gud som gjør at matsortene enten blir varme eller kalde. Som vi så, forklarte Noor at vekstene som vokser om vinteren gir varme til kroppen. Det er på grunn av at det i vinterhalvåret regner mye, og regnet kommer fra Gud. Fordi regnet kommer fra Gud, forklarte Noor, så gir det varme og styrke til vekstene, noe hun beskrev som svært bra for helsen. Noor fortalte at man kan få vekster til å gro ved å vanne kunstig, men fordi vannet ikke kommer direkte fra Gud så får ikke vekstene den samme varmende innvirkningen på kroppen. Vekstene som vokste om sommeren ble derimot tørre og innskrumpet av den sterke solen og det tørre klimaet, noe som gjorde at de gav kulde til kroppen, forklarte Noor. At Aisha og Noor først og fremst trekker frem matsorters varmende egenskaper kan forstås i lys av Greenwoods analyse. Greenwood beskriver nemlig hvordan dikotomien mellom varm og kald er preget av asymmetri: "[...] most foods are hot and most illnesses cold, and the position of equilibrium, or health, imparts a negative value to cold foods and climate, and vice versa" (Greenwood 1981:221).

At det først og fremst var varmende matsorter kvinnene søkte til, blir også tydelig om vi ser på hvordan flere av dem anså et varmende kosthold som helsestyrkende for kroppen som helhet. I "Health, eating and heart attacks: Glaswegian Punjabi women's thinking about everyday food" (1997) ser sosiologen Hannah Bradby nettopp på hvordan tradisjoner som *al-yunani* og *aurveda* (indisk folkemedisin) kan beskrives som "systemic models" fordi hele matsorter antas å påvirke kroppen som helhet. For eksempel forstås varmende substanser som bra for balansen i kroppen. I motsetning til dette står den skolemedisinske modellen som beskrives som reduksjonistisk fordi den baserer seg på at visse deler av en matvare har effekt på visse deler av kroppen, for eksempel at vitamin D er bra for skjelettet (Bradby 1997:213–215).

Som i Bradbys studie, gav også mine informanter uttrykk for at praksisen omkring balansen mellom varmende og kjølede substanser (først og fremst varmende) hadde effekt på kroppen som helhet, og ikke bare på spesifikke kroppsdelar eller spesifikke kroppslige tilstander. De søkte altså til varmende matsorter som de anså som positive og styrkende for kroppens generelle helsetilstand. Mouna fortalte for eksempel hvordan en suppe laget av blant annet bønner, persille, olivenolje og tørre, grønne erter "er som medisin, den varmer kroppen og gjør at man får bra helse". Aisha fortalte at "visse ting, som dadler, fiken og oliven, de burde man spise litt av hver dag hele året i gjennom fordi de gir deg en frisk kropp. Det er fordi de har mye varme i seg". Aisha fortalte også at hun pleide å kjøpe med seg urter når hun var i Marokko for å holde kroppen varm her i "dette kuldlandet". Hun forklarte at man hele tiden må holde kroppen varm for å holde seg frisk. Da jeg spurte Noor om man kunne bli syk av for mye varme eller kalde matsorter, svarte hun "nei, du blir ikke syk. Du blir bare for varm eller for kald. Og det er ikke bra for deg".

Vi skal nå gå over til å se på hvordan kvinnene også klassifiserte visse matsorter som helsestyrkende på bakgrunn av at de er beskrevet i Koranen og anbefalt gjennom sunna. Sentralt her er hvordan slike klassifikasjoner også blir påvirket av kvinnes kunnskap om matsortenes næringsverdier, som for eksempel vitamininnhold.

4.2 Koranen og vitaminer – pluralistiske mønstre i klassifisering av matsorter

I boken *Medical anthropology* (2008) påpeker Helman at en stor del av den medisinsk antropologiske forskningen omkring kulturell klassifisering av mat blant innvandrere i vestlige samfunn er utført i den hensikt å kunne påvirke disse gruppernes kosthold for å unngå feilernæring og redusere risiko for sykdom (2008:xviii). Et eksempel på dette finner vi i artikkelen "Food beliefs and practices among British Bangladeshis with diabetes: implications for health education" (2000) av Mu'min Chowdhury, Cecil Helman og Trisha Greenhalgh som har forsket på britisk-bangladeshiske kvinner og menns matvaner og klassifiseringssystemer "in order to successfully promote 'healthier' food choices" (Chowdhury, Helman og Greenhalgh 2000:5). De fant nemlig at informantene ikke klassifiserte matvarer etter vestlige næringsverdier som proteiner, vitaminer, karbohydrater og lignende. Informantene i studien syntes utelukkende å klassifisere mat etter religiøse og kulturelle mønstre, som først og fremst baserte seg på motsetninger som sterk og svak og fordøyelig og ufordøyelig.

De norsk-marokkanske kvinnene syntes imidlertid å klassifisere matsorter etter *både* religiøse og kulturelle mønstre, og vestlige næringsverdier. I materialet er det fremtredende at de anser balansen mellom varme og kalde matsorter, og som vi skal se, matsorter beskrevet i Koranen og anbefalt gjennom sunna, som måter å styrke helsen. Men i tillegg til slike klassifikasjoner var kvinnene også opptatt av hvilke innvirkning matsorters ulike næringsverdier, som karbohydrat-, fett- og vitamininnhold, har på helsen. Bradbys nevnte studie av de pakistanske kvinnene i Glasgow kan derfor belyse mitt materiale bedre. Bradby fant nemlig at hennes informanternes ideer omkring kosthold bestod av en syntese mellom et "typisk vestlig sunt kosthold" og det hun kaller "folk beliefs" fra det indiske subkontinentet (1997:213–215). Informantene i Bradbys studie klassifiserer altså det de anser som helsestyrkende mat på bakgrunn av flere modeller. I mine samtaler med de norsk-marokkanske kvinnene om deres tradisjonelle helsestyrkende kosthold, fortalte de ofte om matsorters vitamininnhold, eller om matsortene for eksempel bestod av mye fett eller karbohydrater, noe de anså som negativt for helsen.

Dette aspektet, at kvinnene klassifiserer helsestyrkende mat på bakgrunn av flere modeller, blir særlig tydelig når vi ser på deres fortellinger om hvordan matsorter beskrevet i Koranen og anbefalt gjennom sunna er en del av deres helsestyrkende kosthold. I disse fortellingene var det nemlig fremtredende hvordan slike matsorter ble ansett som en svært viktig del av kostholdet, og da med den begrunnelsen at de er beskrevet i den islamske tradisjonen. Vi skal nå se noen eksempler på hvordan kvinnene omtalte slike matsorter som svært positivt for helsen, men underveis vil vi også se hvordan kvinnenes kunnskap om ulike næringsverdier modifiserer deres bruk av og syn på de nevnte matsortene. På samme måte skal vi se at kvinnene anser slike matsorter som en viktig del av et helsestyrkende kosthold også på bakgrunn av matsortenes ulike næringsverdier.

Når kvinnene inkluderte matsorter beskrevet i Koranen og anbefalt gjennom sunna i sitt kosthold, ble dette blant annet forklart ut fra et ønske om å følge profetens sunna. Eksempelvis fremholdt Aisha at de matsortene som står nevnt i Koranen, ble benyttet av Muhammad for å styrke helsen og behandle sykdommer. Selv om det ikke står *hvorfor* man skal bruke de i Koranen, så er det bra for menneskene nettopp fordi profeten benyttet de, forklarte hun. En annen av kvinnene, Mouna, forklarte at mange grønnsaker både helbreder og er sunt for kroppen fordi Gud har gitt de en spesiell kraft. Derfor ønsket hun å benytte matsorter beskrevet i Koranen og anbefalt gjennom sunna, i sitt daglige kosthold. Jeg vil gå nærmere inn på forklaringene om hvorfor kvinnene anser slike matsorter og substanser som viktige i neste kapittel som omhandler bruk av disse substansene i forbindelse med behandling av sykdom og plager.

Olivenolje og oliven var de matsortene som i fortellingene og aktivitetene med kvinnene fremstod som de mest sentrale ingrediensene i deres kosthold. Som vi skal se i neste kapittel, ble olivenolje også i stor utstrekning benyttet for å behandle plager fordi oliven er beskrevet i Koranen. Som vi så i et tidligere sitat, fortalte Aisha at oliven var noe hun forsøker å få i seg hver dag fordi oliven er omtalt i Koranen. Flere av kvinnene nevnte at olivenolje forebygger kreft. Betydningen av olivenolje ble også tydelig ved at den alltid var en del av måltidene i gruppesamlingene. Det stod alltid en flaske olivenolje på bordet. Samtlige av kvinnene dypet brødet sitt i oljen istedenfor å benytte pålegget som også stod fremme. Olivenoljens store betydning ble spesielt tydelig da en av kvinnene nylig hadde returnert fra et besøk i Marokko og hadde med seg nypresset olivenolje laget av sesongens olivenavling. Stemningen rundt bordet steg betraktelig og alle kvinnene ønsket å smake. I en av samtalene

med Mouna fortalte hun at i tillegg til å anse olivenolje som en svært viktig del av sitt daglige kosthold, pleide hun også å pusse tennene med olivenolje. Hun pusset først tennene med tannkrem, deretter dyppet hun tannbørsten i olivenolje og pusset tennene på nytt. Mouna fortalte at det rengjorde tennene, samtidig som det fjernet bakterier i både munnen og magen. Deretter smurte hun olivenoljen vi nettopp hadde dyppet brødet vårt i utover ansiktet og hendene, og forklarte at "olivenolje er bra for hele kroppen, det er helt naturlig!".

Til tross for den store betydningen olivenolje har i kostholdet, uttrykte noen av kvinnene at de forsøkte å redusere bruken noe på grunn av oljens innvirkning på kroppen. Mens vi lagde mat fortalte en av kvinnene at olivenolje er det beste å bruke fordi det står i Koranen, men at hun til tross for det pleide å bruke det hun omtalte som "hvitolje" fordi det var sunnere. Hun fortalte at det ikke smakte spesielt godt, men at hun var opptatt av at familien skulle spise sunn mat. Da jeg spurte en annen av kvinnene, Sofia, om hun pleide å benytte matsortene beskrevet i Koranen og sunna når hun lagde mat til familien sin, svarte hun:

Ja, sånn som noen kryddere liker vi å bruke mye av på grunn av at det står om det i islam. Og når jeg lager *tajine* så liker jeg å lage den med olivenolje.¹⁸ Men det er sunnere med "hvitolje" eller rapsolje, så noen ganger bruker jeg det i stedet. Men i fastemånedene bruker jeg bare olivenolje. Fordi vi faster hele dagen og da hjelper olivenoljen meg. Fordi det står i Koranen at det er bra for oss (Sofia).

Dadler er en annen matsort kvinnene anså som spesielt helsestyrkende. Samtlige av kvinnene nevnte at de brukte dadler i kostholdet på grunn av fruktens status i islam. Aisha fortalte for eksempel at dadler, i likhet med mange av de andre matsortene, var kreftforebyggende. Noor fortalte at selv om dadler var en viktig del av kostholdet, så var det ikke alle som kunne spise like mye av det fordi dadler har et høyt sukkerinnhold. Hun forklarte at noen har diabetes og må derfor ha "matregime". Derfor kan de ikke spise dadler selv om det står om det i Koranen, forklarte Noor.

I tillegg til at mange av substansene beskrevet i Koranen og anbefalt gjennom sunna ble beskrevet som kreftforebyggende av kvinnene, ble de ofte omtalt på bakgrunn av vitamininnholdet, da spesielt vitamin D. At vitamin D-innholdet i matsortene var noe som særlig gikk igjen i kvinnes fortellinger kan sees i sammenheng med norske

¹⁸ *Tajine* er en tradisjonell marokkansk matrett.

helsemyndigheters anbefalinger om økt vitamin D i kostholdet til ulike innvandrergrepper.¹⁹ Sofia fortalte for eksempel at hun forsøker å være mye ute i sola når hun er i Marokko, for å "lagre opp vitamin D til kalde, mørke Norge". Sofia følte at vitaminene fra sola forsvant så fort hun var tilbake i Norge, noe hun syntes var vanskelig. Vanskeligheten med å få i seg nok vitamin D i Norge påpekte også Aisha. Hun fortalte at urtene som anbefales gjennom sunna var noe hun benyttet for å få i seg nok vitamin D. Aisha forklarte at de samme urtene var nyttige i flere ulike sammenhenger, blant annet for å forebygge demens blant eldre. I forbindelse med en hadith som beskriver kamelkjøtt som spesielt bra for helsen, forklarte Aisha at kjøttet også har et høyt vitamin D-innhold og at det er veldig næringsrikt. Videre fortalte Aisha at friske mennesker, som oss her i Norge som får i oss det vi skal, likevel ikke burde spise kamelkjøtt. Det er fordi kjøttet blant annet har et svært høyt fettinnhold, og at det derfor er mest helsestyrkende for personer som er "fattige og underernærte", forklarte Aisha.

4.3 Tradisjoner som forvitrer?

I samtale med de unge kvinnene fremkom det ikke at praksisen omkring balansen mellom varm og kald, eller det å bruke matsorter beskrevet i Koranen og gjennom sunna, var en viktig del av deres ideer omkring kosthold. Dette kan ha flere årsaker. At balansen mellom varm og kald ikke var fremtredende i samtalene kan forstås som at dette var en form for taus kunnskap, som nevnt innledningsvis. Samtidig kan det også sees i sammenheng med deres oppvekst i Norge. Denne praksisen har kanskje ikke blitt en del av deres internaliserte, automatiserte kunnskap, slik den kan forstås hos de voksne kvinnene. At de unge kvinnene heller ikke gav uttrykk for å benytte matsorter beskrevet i Koranen og anbefalt gjennom sunna for å styrke helsen, kan blant annet forstås på bakgrunn av de er "unge kvinner". Da jeg spurte en av dem, Hanan, om hun hadde lært mye om mat og kosthold av sin mor, fortalte hun at hun akkurat hadde flyttet for seg selv og ikke var så interessert i å lage mat. På den andre siden var flere av de unge svært opptatt av å benytte islams anbefalte substanser i forbindelse med behandling av plager, noe vi skal se i neste kapittel. For å belyse fraværet av slike kostholdstradisjoner i fortellingene til de unge kvinnene, kan det være interessant å se på hva de voksne kvinnene fortalte om forholdet deres barn hadde til disse tradisjonene.

¹⁹ I rapporten "Tiltak for å sikre en god vitamin D-status i befolkningen" (2006) skriver Nasjonalt råd for ernæring at "personer med innvandrerbakgrunn fra ikke-vestlige land som bor i Nord-Europa kan ha høy risiko for vitamin D-mangel på grunn av høyere pigmenteringsgrad, at de har tradisjon for å dekke til kroppen og unngå sol, lite bruk av tran og kosttilskudd, og et kosthold som er fattig på vitamin D" (Nasjonalt råd for ernæring 2006:51–52).

Da jeg spurte de voksne kvinnene om deres barn hadde kunnskap om de samme kostholdstradisjonene som dem selv, svarte flere at fordi barna var vokst opp i Norge så hadde de ikke den samme kunnskapen om hvordan de ulike matsortene styrket helsen. Noor og Mouna fortalte at: "Og dessuten så liker ikke barna våre marokkansk mat, i hvert fall ikke *tajine!* De liker bare grillet mat, norsk mat". Noor og Mouna fortalte at barna deres ønsker å spise sunt fordi de spiller fotball og driver med annen idrett, men at de ikke synes marokkansk mat er sunt. Da jeg spurte om de syntes det var vanskelig at barna deres hadde en annen forståelse av hva som er sunt, svarte begge to at det var noe de opplevde som trist. For eksempel fortalte Mouna at suppen *harira* er noe de syntes er spesielt "bra og varmt" for kroppen, men at barna deres ikke liker den. "*Harira* gjør at barna vokser bra og blir friske og sunne, men de vil ikke ha det!", fortalte Mouna. Hun fortalte videre at "sønnen min på 19 år, han liker ikke løk. Men jeg lurar det i han! Jeg moser det slik at han ikke merker det og kan pirke ut bitene [ler]". Noor lo da hun fortalte at hun gjør akkurat det samme med sine barn. En av de andre voksne kvinnene hadde lignende opplevelser med et av sine barn. Sofia fortalte at hun pleier å bruke hele hvitløksfedd når hun lager mat fordi det "holder kroppen sunn", men at sønnen hennes ikke liker det fordi han får så dårlig ånde av å spise hvitløk.

Noor og Mouna syntes det var spesielt trist at barna deres ikke ønsket å spise matsortene som stod beskrevet i Koranen og anbefalt gjennom sunna. En av samtalene med Sofia viste imidlertid et unntak fra disse uttalelsene. Sofia fortalte nemlig at hennes yngste sønn var svært interessert i å benytte matsorter anbefalt i Koranen og hadith:

Det er den nest den yngste sønnen min som kan sånt, han er 20 år. Det er fordi han tror på det. Sånn som meg. Ikke alle tror på det. Selv om du lærer barna dine det, så er det ikke alle som tror. Men den yngste sønnen min, han tror på samme måte som meg. Han tror, og han leser og hører på hadith. De andre barna leser også, og de tror, men ikke på alt. Men minstesønnen min tror på *alt*. Men kanskje han slutter å tro når han blir eldre? Det vet jeg ikke [smiler]. Men nå syntes han tingene som står i Koranen og hadith er riktig å gjøre (Sofia).

Det er verdt å merke seg at dette sitatet viser et fokus på å følge Koranen og sunna, noe som kan forstås som et tegn på reislamisering. Hvordan reislamisering påvirker kvinnenes forestillinger og praksiser vil bli enda tydeligere i de to neste kapitlene. Flere av matsortene kvinnene anså som helsestyrkende på bakgrunn av at de er beskrevet i Koranen og anbefalt

gjennom sunna, ble også ansett som spesielt virkningsfulle i behandling og lindring av sykdom og plager. Det skal vi se nærmere på i kapitlet som følger.

5 Å behandle ved hjelp av Koranen og sunna

I dette kapitlet skal vi se nærmere på den delen av kvinnenens helsesøkende atferd som dreier seg om behandling av sykdom og plager i hjemmet. "Self-treatment by the individual and family is the first therapeutic intervention resorted to by most people across a wide range of cultures", skriver Kleinman (1980:51). I boken *Patients and Healers in the Context of Culture* (1980) fremsetter Kleinman en modell for det han kaller helseomsorgssystemet (health care system). Kleinman beskriver helseomsorg som et "local cultural system", sammensatt av tre overlappende sektorer hvis ytre trekk stort sett er de samme i alle komplekse samfunn: den profesjonelle-, den folkelige- og den private sektoren.²⁰ Den profesjonelle sektoren består av de organiserte og offentlig autoriserte helseprofesjonene, som i de fleste samfunn er skolemedisinens område. Kleinman beskriver den folkelige sektoren som en blanding av flere ulike komponenter – noen er tett beslektet med den profesjonelle sektoren, men de fleste er knyttet til den private sektoren. Felles for folkelige behandlere er at de i de fleste land ikke er en del av det offentlige helsevesenet (Kleinman 1980:49–54, se også Ingstad 2007:53). Den siste sektoren, den private sektoren beskrevet under, er den vi skal se nærmere på i dette kapitlet.

Kleinman beskriver den private sektoren som "the lay, non-professional, non-specialist, popular culture arena in which illness is first defined and health care activities initiated" (Kleinman 1980:50). Kleinman henviser til studier som viser at 70 til 90 prosent av alle sykdomshendelser i USA behandles i hjemmet (1980:50). I andre deler av verden er andelen trolig enda større (se f.eks. Ingstad 2007:53). Til tross for at den private sektoren altså er den største sektoren innenfor helseomsorgen i de fleste samfunn, skriver Kleinman at den også er den minst studerte og dårligst forståtte sektoren (1980:50). En av årsakene til at det er viktig å studere den private sektoren nærmere er at den kan forstås som selve bindeleddet mellom de ulike sektorene:

The popular sector is the nexus of the boundaries between the different sectors; it contains the point of entrance into, exit from, and interaction between the different sectors. The popular

²⁰ Privat sektor henviser her ikke til helsetjenester man betaler for, men til varianter av behandlingspraksis knyttet til privatsfæren.

sector interacts with each of the other sectors, whereas they frequently are isolated from each other. The customary view is that professionals organize health care for lay people. But typically lay people activate their health care by deciding when and whom to consult, whether or not to comply, when to switch between treatment alternatives, whether care is effective, and whether they are satisfied with its quality. In this sense, the popular sector functions as the chief source and most immediate determinant of care (Kleinman 1980:51).

Den private sektoren innebærer først og fremst behandling i hjemmet, men Kleinman skriver også at sektoren har flere nivåer: "individual, family, social network, and community beliefs and activities" (Kleinman 1980:50). Det vil si at individet, eller familien, gjerne diskuterer behandlingsalternativer med for eksempel venner, naboer, slektninger eller andre medlemmer av lokalsamfunnet (Kleinman 1980:52). I tråd med dette vil jeg argumentere for at aktivitetsgruppen til de voksne kvinnene kan forstås som en arena innenfor den private sektoren. Jeg observerte stadig at kvinnene delte erfaringer fra ulike behandlingsmetoder. Disse erfaringene omfattet både praksiser tilknyttet marokkanske og islamske tradisjoner, for eksempel bruk av urter, men også erfaringer knyttet til skolemedisin, som for eksempel bruk av ulike apotekpreparater. Det siste er et eksempel på overlapping mellom den profesjonelle og den private sektoren i Kleinmans modell.

Selv om Kleinmans modell av helseomsorgssystemet først og fremst handler om menneskers valg av behandling av sykdom og plager, understreker han at den private sektoren i særlig grad er rettet mot det å styrke *helsen* generelt. Kleinman mener at slik den private sektoren har fått for lite oppmerksomhet av antropologer, har også preventive og helsefremmende praksiser blitt neglisjert av forskere (1980:53). Et eksempel på hvordan kvinnene styrker helsen fikk vi innblikk i i forrige kapittel. Vi så hvordan kvinnene forstår visse matsorter som spesielt positive for helsen fordi de er nevnt i Koranen eller knyttet til sunna. I dette kapitlet skal vi på samme måte se hvordan kvinnene tillegger visse behandlingsmetoder høy status ved at de er legitimert gjennom Koranen og sunna.

5.1 Å søke behandling gjennom Koranens ord

Islamsk medisin er veldig enkel. Du kan helbrede deg selv ved å lese Koranen daglig, og ved å be de fem bønnene. Det er visse suraer man kan lese, og da holder man seg sunn både mentalt og fysisk fordi man renser seg selv. Men så har vi fått alle disse andre inputtene da, at du skal kunne

gjøre ditt og datt for å bli frisk, "ta syv steiner og putt de i lommen, bla, bla, bla ..." – det er bare tull! [ler] (Hanan).

Sitatet til Hanan, en av de unge kvinnene, illustrerer et fremtredende aspekt i både de unge og de voksnes fortellinger omkring islamske behandlingspraksiser. Felles for kvinnene er nemlig uttalelser om at det kun er Gud alene som kan helbrede mennesker. På bakgrunn av dette gir kvinnene uttrykk for at menneskets mulighet for å oppnå helbredelse er strengt begrenset til resitasjon av Koranen. Kvinnene omtalte alle andre tradisjonelle helbredelsespraksiser som *shirk*.²¹ Dette temaet skal vi vende tilbake til i kapitlets siste del. Der vil jeg argumentere for at nettopp kvinnes fokus på Koranens helbredende kraft er noe som kjennetegner en pågående reislamiseringsprosess.

Å benytte resitasjonens helbredende kraft var noe som kom frem i mange av kvinnes fortellinger. Resitasjon var noe de gav høy status som en teknikk for å behandle og lindre både fysiske og psykiske plager. De så likevel ulikt på *hvem* koranresitasjon kan være til nytte for. En av de voksne kvinnene, Sofia, fortalte at alle mennesker kan bli friske ved å lese i Koranen: "Jeg tenker at det hjelper for alle mennesker, ikke bare meg. Gud har jo født alle mennesker. Både nordmenn og marokkanere. Så det hjelper for alle". En annen av de voksne kvinnene, Amina, mente derimot at koranresitasjon bare vil ha virkning på muslimer. Dette syntes hun var trist, da hun blant annet ønsket å hjelpe sin syke nabo med å bli frisk. En av de unge kvinnene mente i likhet med Amina at resitasjon som behandlingsmetode kun var forbeholdt muslimer:

Det er noen ting som er relatert til troen, som for eksempel Koranen. Koranen blir også omtalt som helbredelse for de troende. Så resitasjon er begrenset til de troende, det er de som vil ha en helbredende effekt av det. Men så har du andre produkter som Koranen beskriver som *shifa*, som for eksempel honning.²² Slike produkter er helbredende i seg selv, så du trenger ikke nødvendigvis tro på det for at de skal ha en effekt. Så man skiller mellom helbredelse relatert til troen, og helbredelse for hele menneskeheten (Farida).

I de voksne kvinnes fortellinger kom det frem at mindre alvorlige somatiske sykdommer og plager ofte ble lindret eller helbredet gjennom koranresitasjon. Særlig gjaldt dette smerter

²¹ Se kapittel tre for redegjørelse av begrepet *shirk*.

²² *Shifa* kan oversettes til helbredelse (Sengers 2003:278).

i musklene eller i kroppen generelt. En kveld, da noen av kvinnene masserte hverandres skuldre, uttalte en av dem: "Alle her har vondt i kroppen! [ler]." Flere av dem beskrev slike smerter som noe det ikke finnes medisiner for, og noe legen ikke har kunnet hjelpe dem med. Felles i fortellingene var at resitasjon ofte ble benyttet for å lindre slike smerter, og at det var noe de opplevde som svært virkningsfullt. I Mulki Elmi Mölsä, Karin Harsløf Hjelde og Marja Tiilikainens studie av somaliere i Finland fant de at informantene særlig benyttet koranresitasjon for kroniske lidelser som det ikke fantes legehjelp for (2010:292). Det er ikke innenfor denne oppgavens rammer å diskutere informantenes spesifikke lidelser og årsakene til disse, men vi ser altså at i likhet med informantene i den finske studien finner også de norsk-marokkanske kvinnene koranresitasjon som lindrende i tilfeller der legen ikke har kunnet hjelpe dem. En av kvinnene, Sofia, beskrev det slik: "Før jeg lærte å lese i Koranen hadde jeg vondt i kroppen min hele tiden [...]. Etter jeg lærte å lese i Koranen har jeg blitt så mye bedre. Jeg merker at jeg har blitt så mye lettere i kroppen min [...]" En av de unge kvinnene, Hafida, fortalte også at hun fant koranresitasjon som lindrende i tilfeller der farmakologiske preparater ikke virker: "Jeg har migrene og har brukt medisiner så lenge at det ikke funker. Men hvis noen litt eldre enn deg, for eksempel mor eller far, legger hånden på pannen din og leser fra Koranen, så hjelper det."

Innledningsvis i dette underkapitlet så vi hvordan kvinnene understrekte at det bare er resitasjon alene som er gyldig behandlingspraksis. Her skal vi imidlertid se at det eksisterer en viss variasjon i kvinnenenes resitasjonspraksis, da resitasjonen kombineres med ulike handlinger og substanser. Felles for de fleste av kvinnene var likevel at de i sine fortellinger understrekte at alle disse teknikkene er beskrevet i Koranen eller er en del av sunna.

En av de voksne kvinnene, Aisha, hadde en av kveldene med seg et lite hefte med fotografier som viste hvordan man kunne benytte resitasjon for å helbrede og lindre smerter i ulike deler av kroppen. Bildene viste en teknikk som går ut på å resitere fra Koranen samtidig som man stryker hendene over og vekk fra de ulike smertepunktene. Najat fortalte at hun også pleide å benytte den samme teknikken på seg selv, fordi hun har skiveprolaps i nakken. Noen ganger gjorde datteren hennes det på henne. Noor fortalte om en lignende resitasjonsteknikk. Hun forklarte at man kan varme hendene sine, så smøre de inn med olivenolje for deretter å massere seg på det stedet som gjør vondt mens man resiterer fra Koranen.²³ Noor forklarte at

²³ Olivenolje står beskrevet som *shifa* i Koranen. Jeg vil komme tilbake til det i neste underkapittel.

denne teknikken er beskrevet som *shifa* i Koranen. Da Noor var yngre pleide moren hennes å gjøre det på henne for å lindre menstruasjonssmerter. En av de unge kvinnene fortalte også om en lignende teknikk. Hanan fortalte at hun pleier å massere seg på det punktet på kroppen som gjør vondt, samtidig som hun blåser og resiterer over det.

Heftet til Aisha viste i tillegg en annen måte å søke behandling gjennom koranresitasjon, som var utbredt blant både de unge og de voksne kvinnene. Fotografiene viste en person som resiterte surer over flasker med væske, enten vann eller olivenolje. Aisha forklarte at man kan drikke væsken eller smøre den ut over kroppen der man har smerter. Resitasjonen gjorde at væsken fikk en helbredende virkning. Aisha fant denne teknikken effektiv både i forhold til somatiske smerter, men også ved psykisk ubehag. Amina, en annen av de voksne kvinnene, fortalte at hun ved smerter i kroppen pleide å vaske seg med vann som var blitt resitert over. Hafida, en av de unge kvinnene, fortalte at foreldrene hadde tatt med seg *zamzam*-vann fra Mekka, som familien benyttet ved sykdom:²⁴ "Man tar en flaske med *zamzam* og leser Koranen over flasken. Når du drikker det så føler du deg bedre." En annen av de unge kvinnene, Hanan, fortalte også at hun benyttet seg av en lignende teknikk ved sykdom: "Når jeg er småsyk forsøker jeg å få i meg litt urtete for å bli bedre. Jeg pleier å resitere et par surer på teen, så blåser jeg over den før jeg drikker den."²⁵

Andre studier beskriver også resitasjon over væske som en utbredt behandlingsteknikk blant muslimer, men da først og fremst i forbindelse med å helbrede sykdommer og plager forårsaket av *jinn* (Mölsä, Hjelde og Tiilikainen 2010:283, Dein, Alexander og Napier 2008:40, 45, Eneborg 2012:6). Informantene i de nevnte studiene påpeker at det er en lærd som må foreta resitasjonen for at den skal ha virkning, både resitasjon over kroppen generelt, og resitasjon over væske. Flere av mine informanter nevnte også resitasjon i forbindelse med å drive ut jinner, men som vi ser benytter kvinnene også resitasjon over vann i forbindelse med andre plager og sykdommer. De skiller seg også fra de nevnte studiene ved at ikke alle anser det nødvendig at en lærd skal utføre resitasjonen. Amina, en av de voksne kvinnene,

²⁴ *Zamzam* er vann fra *zamzam*-kilden i Mekka. Av troende beskrives vannet å ha helbredende kraft (Svensson 2010:118). Koranen beskriver at *zamzam*-kilden gav Hagar vann da hun hadde gått seg bort i ørkenen.

²⁵ Vi ser at Hanan nevner denne blåseteknikken to ganger i forbindelse med behandling. Teknikken ligner på en behandlingsmetode beskrevet i hadithene. I forbindelse med beskrivelser av koranresitasjon for helbredelse i hadithene, skriver Dieste: "In such circumstances it is also deemed beneficial to breath onto the hands and pass them over the patient's face or the affected body part" (Dieste 2013:183). Derimot nevnte ingen av de andre kvinnene en slik teknikk.

var av den oppfatning at det bare er imamen som kan utføre *roqya* for å behandle plager.²⁶ Hun fortalte at man kan gå til imamen og be han om å lese Koranen over vann, for så å drikke vannet eller vaske kroppen med det. De fleste av kvinnene, både de unge og voksne, fortalte imidlertid at de selv pleide å resitere over seg selv eller over væsker for å lindre plager og sykdom. Aisha, en annen av de voksne kvinnene, beskrev det slik: "Det viktigste er at du, eller annen person som gjør det [*roqya*] på deg, er ren i hjertet, en ekte troende. Ikke bare at du ber én gang i uka liksom." En av de unge kvinnene hadde en lignende oppfatning:

Hvem som helst kan gjøre det [*roqya*], du kan også gjøre det på deg selv. Men det sies at jo frommere du er, jo større effekt har det. Men så er det noen lærde som mener at det har best effekt hvis du gjør det på deg selv, fordi da tror du mest på det, og du har på en måte den direkte kontakten med Gud ... Du vil jo ha en sterkere tilknytning til deg selv enn det en tredje person vil ha, ikke sant (Farida).

I både de voksnes og de unge kvinnenes fortellinger var det også fremtredende hvordan de benyttet seg av koranresitasjon i forbindelse med psykisk ubehag. Mölsä, Hjelde og Tiilikainen fant også at de somaliske informantene deres benyttet seg av resitasjon og *dua* for å oppnå "peace of mind" (2010:291, se også Tiilikainen 2013:158).²⁷ Selv om de unge kvinnene i min studie, i større grad enn de voksne benytter seg av begreper knyttet til den skolemedisinske forståelsen av det psykiske aspektet ved mennesket, så er det tydelig at de voksne kvinnene også opplever at resitasjon hjelper dem på dette feltet. Da jeg spurte en av de voksne kvinnene om hun bare brukte resitasjon for å lindre smerter i kroppen, fortalte hun:

Nei, *roqya* hjelper *hele* kroppen. Hvis du for eksempel ikke kan snakke, eller hvis du hater mennesker ... Hvis du leser i Koranen så blir du bedre. Du blir lett i kroppen og i hodet. Hvis du tenker mye, ikke sånn som med deg og masteroppgaven din nå, men noen mennesker er litt spesielle og tenker mye hele tiden ... Da hjelper *roqya*. Både å resitere og drikke vann du har lest over (Sofia).

En av de andre voksne kvinnene, Amina, forstod resitasjon som virkningsfullt for lignende plager: "*Roqya* er bra for mange sykdommer. Hvis du er redd og ikke får sove og sånn, eller

²⁶ Informantene benyttet også begrepet *roqya* om koranresitasjon tilknyttet behandling av sykdom. Dieste definerer *roqya* som koranresitasjon for både behandling og forebygging av sykdom, men han benytter først og fremst *roqya* for å beskrive helbredelse mot åndelig sykdom (2013:252, 342).

²⁷ Bowen definerer *dua* slik: "*Salat* [the act of worship] differs from 'prayer', *doa*, which is the requests and supplications to God that an individual might make at any time" (Bowen 2012:44).

hvis du er litt nervøs, da kan man gjøre *roqya* [...]. Så *roqya* hjelper deg hvis du er redd og sånn." To av de unge kvinnene, Farida og Hafida, trakk spesielt frem den støtten de finner i resitasjon hvis de er deprimerte, eller ved særskilte hendelser i livet der de trenger styrke. Hafida fortalte blant annet: "Selv om jeg ikke kan arabisk så har jeg pugga Koranen. Jeg har lært femten *surat*, og de kan jeg. Så hvis jeg for eksempel skal opp i prøve eller har eksamen og er litt nervøs, så leser jeg bare et par *surat* og så hjelper det meg." En annen av de unge kvinnene, Hanan, fortalte også at hun benytter seg av resitasjon hvis hun er lei seg eller deprimert:

Noen ganger blir jeg veldig lei meg, og det kan gå flere dager uten at jeg klarer å sette fingeren på hva det er. Men så kommer jeg på at jeg har forsømt bønner litt, eller at jeg har glemt å resitere Koranen [...]. Jeg er veldig lite flink til å lese jevnlig i Koranen. Men jeg merker jo at humøret mitt går i bane med hvor flink jeg er til å opprettholde bønnene mine og resitere Koranen (Hanan).

En av de voksne kvinnene, Aisha, fortalte at hun pleier å resitere fra Koranen hvis hun for eksempel er deprimert eller "uroelig": "Man leser de tre siste suratene, hver *surat* syv ganger. Og så stryker du over hele kroppen din, fra hodet og helt ned til tærne. For eksempel mens du ligger i senga før du skal sove. Det er for å få ro kroppen. Og særlig hvis folk føler de er litt deprimerte og slikt, da hjelper det." Mouna, en annen av de voksne kvinnene, beskrev en lignende resitasjonsteknikk. Særlig før man legger seg om kvelden så kan man lese noen surer, føre hendene over ansiktet og stryke seg nedover kroppen, fortalte Mouna. I forbindelse med kurset om demens ble også koranresitasjonens beroligende virkning trukket frem. Kvinnen som pleide å undervise i *tafsir* forklarte at veldig mange demente, uansett hvor syke de er, "kan Koranen fra hjertet". Dette kunne være svært beroligende og betryggende for den syke, forklarte hun.

I materialet var det fremtredende hvordan de voksne kvinnene i større grad enn de unge benytter seg av koranresitasjon for å behandle fysiske smerter og plager i kroppen. De unge kvinnene anså først og fremst koranresitasjon som virkningsfull på deres psykiske velvære, noe vi akkurat har sett eksempler på. At de unge skiller mellom resitasjonens fysiske og psykiske virkning kommer spesielt godt frem i et av sitatene til Hanan:

Islamsk sett så kan *ruqya* beskytte deg for veldig mye og gjøre deg sunn og sterk, men så anerkjennes også en fysisk bit. Hvis du ikke tåler melk så kan du ikke lese *ruqya* over melkeglasset og drikke det. Det er logisk tenkning også, så det er ikke bare den luftige greia om at du bare kan lese Koranen og meditere deg gjennom sykdom. Så *ruqya* bruker jeg mer på det mentale. Hvis jeg har kappet av meg fingeren da, så kan jeg ikke drive å lese *ruqya* på den. Fordi det er en fysisk skade. Men hvis jeg sitter og har forferdelig vondt i magen etter å ha drukket et glass melk, så kan jeg lese for å *berolige* meg selv. Jeg ber til Gud om å lette smertene mine (Hanan).

Det er likevel verdt å understreke at selv om de voksne kvinnene i stor utstrekning benyttet seg av koranresitasjon for å behandle fysiske plager og sykdommer, så fremstod det for dem som svært viktig å poengtere at resitasjon *ikke* er den rette behandlingen for akutt eller alvorlig sykdom. I slike tilfeller *måtte* lege oppsøkes. Ingstad skriver at en rekke studier viser at mennesker nettopp har en tendens til å velge skolemedisinsk behandling for akutte, eventuelt kritiske tilstander, mens folkemedisin foretrekkes for kroniske tilstander og tilstander som gis kulturelle årsaksforklaringer (2007:57). En annen av de voksne kvinnene, Amina, understrekte at "vi muslimer, vi *har* lov til å gå til legen". Hun forklarte at ved alvorlige sykdommer, da er det nødvendig med medisin "for å beskytte seg mot sykdommen". "Noen har astma, kolesterol, sukkersyke eller høyt blodtrykk – og for dem finnes det medisin. Enten de er her i Norge eller i utlandet. Det er internasjonalt, alle har medisin for slike sykdommer", forklarte Amina. At resitasjon ikke har virkning på akutte og alvorlige sykdommer kom også frem i en av samtalene med Aisha, en annen av de voksne kvinnene: "Hvis du har smerter så vet du at ingen andre kan ... Du kan ikke sitte å stryke deg over blindtarmen og lese i Koranen. Det er noe som legen må gripe inn i." I tillegg til å søke behandling gjennom Koranens ord, fortalte kvinnene også om utstrakt bruk av helbredende substanser som står beskrevet i Koranen og som er anbefalt gjennom sunna.

5.2 Å søke behandling gjennom Koranens og sunnas anbefalte substanser

"Mange grønnsaker og slikt har medisin i seg! Det både hjelper syke mennesker og er sunt for kroppen" (Mouna).

Som beskrevet i forrige kapittel, hadde kvinnene stor kunnskap om ulike matsorters innvirkning på helsen. På samme måte hadde kvinnene stor kunnskap om de helbredende substansene som er del av den islamske tradisjonen. Samtlige hadde detaljert kunnskap om egenskapene til hver enkelt substans og hvordan de skulle benyttes. En av de voksne kvinnene, Mouna, forklarte at de substansene som er beskrevet i Koranen er helbredende fordi de har *hikma*.²⁸ "Hvis du har vondt i magen, så kok kanel og karve og du blir bra. Det står i Koranen og det er Gud som har gitt tingene disse egenskapene gjennom *hikma*." En av de unge kvinnenes hadde en beskrivelse av årsaken til substansenes helbredende virkning, som kan sees i sammenheng med Mounas beskrivelse av *hikma*:

Jo mer religiøs du er, jo mer vil du tro på det og respektere det [profetens anbefalinger]. *Siwak* for eksempel – selv om vi bruker tannbørster i dag, selv om vi har moderne medisin, så er det nettopp det at profeten brukte det som gjør at visse ting har en veldig høy plass for oss.²⁹ Og så vet man heller ikke ... Det kan være andre ting ... Altså, det må være en spesiell grunn for at profeten anbefalte de tingene han anbefalte. Så selv om man ikke tilsynelatende ser de helsefremmende gevinstene av visse produkter, så er det mest på grunn av *iman* at man tar de.³⁰ Så du kan si at i islam så har vi veldig mye alternativ medisin, som vi tror er helbredende fordi det kommer fra profeten (Farida).

Faridas beskrivelse illustrerer også en annen forståelse av de helbredende substansene, som fremkom i materialet. Flere av kvinnene påpekte at fordi substansene er beskrevet i Koranen og anbefalt gjennom sunna, benytter man dem i et ønske om å følge profetens eksempel. Farida fortalte også at: "I islam, så skal man følge profetens tradisjon. Det er tradisjon i å følge hans væremåte, men også i å benytte ting som han anbefalte. Vi har for eksempel hadither som anbefaler enkelte matvarer for å behandle sykdom og styrke helsen". En av de voksne kvinnene hadde den samme oppfatningen:

Selve tingene, som olivenolje, dadler og honning, står nevnt i Koranen. Men Koranen er Allahs ord så det står ikke spesifisert hva tingene er bra for, eller hvorfor de er bra. Men Muhammad har gjort disse tingene i praksis. Alt Muhammad har etterlatt seg i sitt liv kommer fra Koranen, fordi han har oversatt alt som står i Koranen [...]. Så oliven, ingefær og slikt, det

²⁸ Dieste oversetter *hikma* til "Quranic healing power" (2013:338). Han forklarer at "[...] *hikma*, or Quranic magic, [is] understood as [a] technique of affecting events and personal relations" (Dieste 2013:248).

²⁹ *Siwak* er en pinne laget av røttene på et valnøttre som profeten anbefalte å rense tennene med (Dieste 2013:81).

³⁰ *Iman* har betydningen "tro" på norsk.

står ikke hvordan og hvorfor man skal bruke de, men Muhammad brukte det i sin tid og derfor er det bra når mennesker er syke (Aisha).

I ett av de første sitatene i dette kapitlet så vi at en av de unge kvinnene, Farida, anså substansene som stod beskrevet i Koranen og anbefalt gjennom sunna, som helbredende for hele menneskeheten. For Farida stod dette i motsetning til andre islamske teknikker, slik som resitasjon, som hun forstod som helbredende kun for de troende. Flere av de voksne kvinnene synes i likhet med Farida å mene at de helbredende substansene gav virkning for hele menneskeheten. Flere av kvinnene hadde for eksempel med seg forskjellige tørkede urter som de anbefalte meg å bruke for søvnproblemer og forkjølelse. I den forbindelse fortalte Aisha at hun pleide å lage det hun kalte et "hokuspokusbrygg" til den norske naboen sin som hadde kols. Hun forklarte at hun lagde blandingen av ulike ting som "står nevnt i islam", blant annet nelliker fordi de har god effekt på problemer i luftveiene.

To av de unge kvinnene, Hafida og Yamina, tok i motsetning til de andre kvinnene delvis avstand fra bruk av substanser i behandling av sykdom. Hafida fortalte for eksempel: "Mange mener olivenolje, hvitløk og andre ting som står i Koranen er bra hvis man for eksempel har vondt i magen. Men jeg tror ikke på det altså [ler]. Men de gamle ... Eller den eldre kulturen da, de hadde jo ikke medisiner tilgjengelig, så de bruker fortsatt sånne kjerringråd." Yamina hadde en lignende forståelse av bruk av substanser:

Jeg har aldri satt meg helt inn i det [bruk av substanser] selv, og tar litt avstand fra det som norsk-marokkaner. Som helsefagarbeider også på en måte. Jeg er jo opptatt av naturvitenskap, så jeg går litt imot det da. Men den eldre generasjonen bruker masse av det, men jeg som har vokst opp i Vesten har liksom ikke brukt så mye av det. Men det fungerer jo helt sikkert [ler] (Yamina).

Senere i samtalen forteller imidlertid Yamina at hun *pleier* å bruke urter, og at det står mye om ulike urter for forskjellige plager i hadithene. Yamina understreker likevel at: "Det har litt med hvor i verden du kommer fra. I kristne land bruker de urter som medisin fordi de ikke har noen andre muligheter. Hvis du lever i et primært samfunn som Afrika, så bruker du mer urter." I motsetning til de to andre unge kvinnene, Hanan og Farida, som anser substansene som helbredende fordi de ble benyttet av profeten og beskrives i Koranen, så ser vi at Yamina og Hafida anser denne praksisen som mindre relevante for sine liv.

De ulike substansene kvinnene benyttet seg av for behandling og lindring av plager var først og fremst forskjellige planter, frukt, urter og krydder. I medisinhistorien har grensen mellom legemiddel og mat ofte vært vag. Det gjelder også for den islamske tradisjonen. Når det gjelder urter og krydder, sammenfaller kategoriene ofte fordi mange av disse produktene anses som både medisin og mat (Samuelsson 2001:66). Helman beskriver en studie, utført av Etkin og Ross, som undersøker Hausa-folket i Nord-Nigeria og deres bruk av planter som både medisin og mat. Etkin og Ross fant at mange av folkemedisinens planter også ble brukt som mat. For eksempel ble cashewnøtter tygget for innvollsorm og diaré, men også brukt i supper og som krydder (Helman 2007:57). Den samme praksisen finner jeg i mitt materiale. Kvinnene benyttet seg av substansene som var anbefalt gjennom Koranen og sunna for å behandle sykdom, men som vi så i kapittel fire var en del av de samme substansene også en viktig del av deres kosthold. Det kom tydelig frem da jeg spurte Sofia om hvordan hun fant hjelp i islam ved sykdom: "Islam hjelper meg på grunn av alle de bra medisinene. Vi har masse forskjellig, for eksempel ingefær og hvitløk. Sånn mat er hundre prosent medisin!" Med andre ord anser Sofia de helbredende substansene både som mat og som medisin.

I samtalene om hvordan kvinnene behandlet plager med substanser beskrevet i Koranen og gjennom sunna, nevnte de en rekke forskjellige vekster, men også andre elementer. Jeg vil her nevne de substansene som oftest gikk igjen i fortellingene, og komme med eksempler på hvordan de ble brukt. Dette understreker substansenes nytte som selvhjelpsstrategi i behandling av sykdom og plager.

Ingefær og hvitløk var substanser flere av kvinnene beskrev som spesielt virkningsfulle på bakgrunn av at de stod beskrevet i Koranen. De to substansene ble ofte blandet sammen for å behandle for eksempel forkjølelse. Sofia fortalte at det ikke fantes ingefær i Norge da hun kom hit for 34 år siden, og at de måtte ta det med seg fra Marokko. Derfor ble de svært glade da ingefær begynte å bli populært i Norge også. "Ingefær finnes til og med som halstabletter. Nå bruker man det som medisin i Norge også, akkurat som i Koranen, vi syntes det er så flott!", fortalte Sofia. Hun fortalte også at hun hadde fått svært god hjelp av å spise hvitløk:

Jeg var syk en gang, jeg hadde så fryktelig vondt, legen sa det var magesår. Jeg måtte på sykehuset og få en slange ned i magen. Jeg fikk tabletter og alt mulig, men ingenting virket. Men så begynte jeg å spise hvitløk, den røde typen, og jeg ble mye bedre. Jeg har fortsatt

tablettene, men det er bare hvitløk som virker så jeg bruker det mer enn tablettene. Sammen med litt eddik. Både hvitløk og eddik er anbefalt i islam. Det hjelper på samme måte som *habba sauda*-olje.³¹ Jeg har fortalt det til alle her i gruppen som har smerter, at de må forsøke hvitløk og eddik (Sofia).

Honning ble ofte beskrevet som en viktig ingrediens når de voksne kvinnene fortalte om ulike blandinger de benyttet for å lindre og helbrede. Særlig ble honning brukt i forbindelse med forkjølelse, gjerne kombinert med ingefær og hvitløk. Som nevnt i kapittel tre, beskriver Koranen honning som en av profetens favorittmetoder i behandling av sykdom. Honningens betydning kom også tydelig frem i kvinnenens fortellinger. Aisha, en av de voksne kvinnene, fortalte i den forbindelse at: "Til småbarn gir vi for eksempel mye honning, fordi honning er beskrevet i Koranen som det mest helbredende du kan få i deg."³² Også de unge kvinnene anså honning som spesielt virkningsfullt. Som vi så i begynnelsen av kapitlet, beskrev Farida honning som helbredende for hele menneskeheten. En annen av de unge kvinnene, Hanan, beskrev honning som en av de "klare tingene man får anbefalt i islam, ved siden av dadler og karve".

Olivenolje var en annen substans de voksne kvinnene tilla høy verdi i forbindelse med å behandle og lindre plager, fordi oliven er beskrevet i Koranen. De benyttet olivenolje både i maten og ved å påføre olje direkte på ulike steder på kroppen. At olivenolje var en viktig del av kvinnenens behandlingspraksis så vi også i forbindelse med koranresitasjon, som beskrevet i forrige underkapittel. En av de voksne kvinnene, Sofia, fortalte at hun pleier å massere olivenolje på kroppen hvis hun har smerter, for eksempel i nakken. Hun pleide også å massere barna sine med olivenolje, noe som hjalp hvis de for eksempel hadde mageknip. To av de andre voksne kvinnene fortalte at de pleier å drikke litt olivenolje når de har "tørre tarmen". Da kunne det være vanskelig å få gått på toalettet, og olivenoljen hadde effekt fordi den "smurte tarmene". En av de unge kvinnene, Hafida, benyttet seg som nevnt i liten grad av substansene anbefalt i islam, men hun fortalte at de fleste hun kjenner tar med olivenolje fra Marokko: "De mener olivenolje er bra hvis du for eksempel har vondt i magen. Da kan du varme litt olje og smøre det ut over magen sammen med hvitløk, og så hjelper det og smerten går over."

³¹ *Habba sauda* er en type frø som står omtalt i flere hadither. Andre navn som brukes er sort karve (*nigella sativa*) og "Roman coriander" (Dieste 2013:183, 337). Jeg vil komme nærmere inn på kvinnenens bruk av *habba sauda* på neste side.

³² Vi diskuterte ikke norske helsemyndigheters råd om ikke å gi honning til barn under ett år.

Habba sauda, eller sort karve, er en type frø som i hadithene beskrives som å kunne "helbrede alt, bortsett fra død". Å benytte *habba sauda* for å behandle sykdom ble beskrevet som svært effektivt av flere av kvinnene. En av de voksne kvinnene, Sofia, fortalte at hun særlig benyttet frøene når hun hadde smerter i kroppen, men at de hjelper for alle sykdommer fordi det står i Koranen: "Det er den *aller beste* medisinen i islam. Jeg har brukt *habba sauda* siden jeg ble syk i kroppen min. Jeg spiser en skje med en gang jeg står opp om morgenen. Før annen mat og drikke. Jeg merker at det hjelper." Sofia fortalte at hun bruker *habba sauda* i både olje- og pulverform, og at hun særlig pleier å blande pulveret med honning. Mouna, en annen av de voksne kvinnene, beskrev også *habba sauda* som den beste medisinen for alle typer sykdommer. Spesielt brukte hun det for å lindre smerter i kroppen, men mente også at det var bra for å øke hårveksten. Aisha, en annen av de voksne kvinnene, fortalte derimot at marokkanere ikke bruker så veldig mye *habba sauda* fordi det gir en veldig sterk kroppslukt. Hun smilte mens hun fortalte at somaliere lukter litt rart nettopp fordi de har *habba sauda* i alt de spiser og drikker. Aisha fortalte likevel at hun benytter frøene hvis hun er veldig forkjølet eller har problemer med luftveiene.

To av de unge kvinnene, Farida og Hanan, trakk også frem at *habba sauda* var noe de verdsatte høyt i forbindelse med behandling. Farida fortalte at hun anså frøene som spesielt helbredende fordi det stod anbefalt i Koranen. Hun pleide å ta det med seg fra Midtøsten, men hun fikk også kjøpt det i en moské i Oslo. Hanan fortalte at hun først forstod at *habba sauda* var islamsk for ca. ett år siden:

Jeg har sikkert hørt mormor snakke om det, for hun gav meg alltid masse frø for at jeg skulle bli frisk. Så jeg fikk aldri tak i om det var islamsk eller bare noe kulturelt. Men sånn ordentlig introdusert for det ble jeg gjennom en gruppe på Facebook der de diskuterer fordelene av ting som *habba sauda*. Og da begynte min egen research. Og det står veldig klart at profeten har sagt at *habba sauda* kurerer alt, bortsett fra død. [...] Jeg fikk tak i det gjennom en messe her i Oslo, av en kar som solgte sine egne kaldpressede *habba sauda*-oljer (Hanan).

Zamzam-vannets helbredende virkning ble trukket frem som en av profetens anbefalte substanser, av både Farida og Hanan. I sitatet over så vi hvordan Hanan lenge trodde *habba sauda* bare var "noe kulturelt" før hun ble forklart at profeten selv hadde anbefalt det. At *zamzam* var islamsk hadde Hanan derimot aldri vært i tvil om: "Fordi *zamzam*-vannet

kommer jo direkte fra kilden til islam, altså Mekka. Og da kan det ikke være noen misforståelser der." Da Farida fortalte om de ulike helbredende substansene som står beskrevet i Koranen og anbefalt gjennom sunna, beskrev hun *zamzam* som noe som var "veldig kjent, både i forbindelse med helbredelse og for å styrke helsen generelt". En annen av de unge kvinnene, Hafida, fortalte at foreldrene hennes hadde tatt med seg det helbredende vannet da de var på *hajj*:³³ "[...] de fikk med seg to liter hver. Den ene literen delte de ut til venner og bekjente, og den andre har vi liggende hjemme i tilfelle det skulle være noe". *Zamzam* ble i liten grad trukket frem i de voksne kvinnenes fortellinger. Da jeg spurte en av dem, Amina, om hun benyttet det helbredende vannet, forklarte hun at det er veldig vanskelig å finne her i Norge. Fordi det kommer fra Mekka, så er det bare de som drar på *hajj* som får tak i det, svarte Amina.

Dadler ble trukket frem som spesielt helbredende på bakgrunn av fruktens beskrivelser i Koranen. To av de voksne kvinnene, Mouna og Noor, fortalte en historie fra Koranen om da Maria, moren til Issa, fikk beskjed fra Gud om å gå til et stort daddeltre og riste på det slik at et frø falt ned i hendene hennes. Frøet skulle hjelpe Maria med å føde Issa, samtidig som det skulle være bra for barnet i magen hennes. Kvinnene fortalte at Maria fødte Issa uten problemer fordi frøet er bra for livmoren. Hvis man skal føde så kan man knuse dadler og blande de med melk, og fødselen går helt fint, fortalte Mouna og Noor.

Urter og krydder ble også trukket frem av de voksne kvinnene. Eksempelvis var oregano og karve noe de anså som helbredende fordi de er anbefalt gjennom sunna. Flere av kvinnene fortalte at de benyttet oregano for mageknip. Amina fortalte at hun pleier å lage te av oregano når hun har vondt i magen. Generelt fortalte kvinnene ofte om ulike blandinger, laget av blant annet krydder og urter, som de benyttet for å behandle og lindre plager som forkjølelse, problemer med luftveier og søvnproblemer. Planten *Ma Luisa* er et eksempel på det siste.³⁴ Mouna fortalte at hun pleide å benytte tørkede blader av *Ma Luisa* når hun ikke fikk sove. Hun blandet bladene sammen med et glass varm melk, noe som gav umiddelbar virkning.

Kamelkjøtt og kamelurin er det siste eksempelet jeg vil trekke frem. En av de voksne kvinnene, Aisha, omtalte disse substansene som spesielt virkningsfulle fordi de står beskrevet i en hadith. Aisha fortalte entusiastisk at kamelurin faktisk kurerer kreft. Hun fortalte om en

³³ *Hajj* er den arabiske betegnelsen for pilegrimsreisen til Mekka.

³⁴ På engelsk heter denne planten "lemon verbena".

mann med kreft i nyrene som hadde blitt helt frisk ved å drikke kamelurin. Aisha innrømmet at det kunne oppfattes som ekkelt og rart, men selv ville hun forsøkt det hvis hun hadde hatt kreft. Hun syntes det var synd at det ikke var kjent som et alternativ, slik at det kunne hjulpet flere.

5.2.1 "Naturlig er best" – naturlige og farmakologiske medisiner

En annen årsak til at kvinnene anså substansene anbefalt i islam som spesielt positive i behandling av plager, var at de er naturlige. Flere av kvinnene, både de voksne og de unge, brukte ofte ordet "naturmedisin" når de snakket om de ulike substansene. Dette stod i motsetning til farmakologiske preparater, som de ofte beskrev som "unaturlige" og fulle av bivirkninger. En slik oppfatning kom til syne da jeg snakket med en av de voksne kvinnene om diabetes:

Ofte så leser man om selve medisinen og hva den er laget av. Og så kan man finne en naturmedisin der blandingen tilsvarer det samme, men den er bedre fordi naturmedisin har ingen bivirkninger. Og da velger du selvfølgelig den [naturmedisinen] hvis de har samme effekt. Men mennesker er forskjellig, det er mange som ikke tror på urter og heller tar legemedisin fordi de er redde for at urter ikke er rene, og at de kan inneholde noe giftig. Men når *jeg* skal bruke noe mot mine sykdommer, nyrer og diabetes og sånn, da bruker jeg helst urter (Aisha).

En annen av de voksne kvinnene hadde den samme oppfatningen av farmakologiske medikamenter:

Her i Norge har vi veldig gode leger. Men sånne småsykdommer ... Hvis man er forkjøla og hoster mye og sånn ... Legen har så mye medisin – hostesaft og slike ting. Men du burde heller lage medisinen selv! Det finnes mange bøker, ikke bare Koranen, der det står hvilken medisin du kan bruke. Ferske medisiner fra naturen, som ingefær, peppermynte, oregano og honning [...]. Jeg har vært forkjøla i over en måned nå. Hver morgen har jeg laget varmt vann med to skjeer honning, og en skje sitronsaft. Deretter har jeg spist fem dadler. Så venter jeg en time, før jeg spiser vanlig frokost. Det har hjulpet meg så mye! Jeg har ikke vært hos legen, han ville bare gitt meg hostesaft og det hjelper ingenting. Det jeg bruker er helt naturlig (Amina).

Hanan var en av de unge kvinnene som hadde den samme positive oppfatningen av naturlige substanser. Hanan fortalte at hun på flere områder satte islamske substanser og teknikker høyere enn skolemedisinsk behandling og medikamenter, blant annet fordi "medisinen i Vesten dessverre bare er 'business'". Hun beskrev farmasibransjen som forferdelig og at den forsøkte å "kontrollere hele verden". Hanan fortalte om grupper på Facebook med navn som "Naturlig *shifa*" og "Halal hudpleie", som har blitt opprettet av norsk-islamske jenter som har funnet interesse for "det naturlige":

De går tilbake til å holde alt økologisk og naturlig. Det behøver nødvendigvis ikke å stå i Koranen at økologisk er anerkjent, men hvis du tolker tekstene og hadithene så skjønner du at økologisk er bra. Fordi du skal holde det så rent som mulig. Så da skjønner man liksom at økologisk landbruk og råvarer og alt det der, det er jo det beste man kan få tak i islamsk sett! (Hanan).

I sammenheng med kvinnenens fokus på det naturlige fantes det også en forestilling om at substanser som ikke var hundre prosent ekte og ferske, ikke hadde den samme helbredende virkningen på mennesket. En av de voksne kvinnene, Mouna, fortalte for eksempel at hvitløken hun brukte for å behandle forkjølelse måtte være helt fersk, og ikke i tablettform. Olivenolje ble særlig beskrevet som å ha den beste virkningen hvis den var fersk og ekte. Marokkansk olivenolje ble sett på som den beste typen, fordi den var laget av oliven som hadde vokst under den varmende solen i hjemlandet. Det var i hovedsak marokkansk olivenolje som ble beskrevet som ekte olivenolje. Kvinnene mente også at bare ekte honning kunne virke helbredende. I motsetning til olivenolje, som kvinnene anså som best hvis den var produsert i Marokko, mente de at norsk honning var like bra, så lenge det stod "ekte honning" på etiketten. Da jeg og Sofia, en annen av de voksne kvinnene, snakket om *habba sauda*, fortalte hun at det finnes to typer frø – én type som er ekte, og én annen type som er falsk. De ekte frøene er fra Saudi-Arabia og er kostbare, mens den andre typen finnes for eksempel i Marokko, forklarte Sofia. Etter at Sofia ble syk begynte hun å kjøpe de ekte frøene, noe som hadde hjulpet henne betraktelig. På en av gruppesamlingene tok Sofia med de to typene *habba sauda*, for å vise meg forskjellen. De ekte frøene var blanke i fargen, de uekte var blasse og noe mindre i størrelsen. De andre kvinnene i gruppen ble svært overrasket da de forstod at de hadde kjøpt de uekte frøene.

I "Illness, healing and everyday Islam: Transnational lives of Somali migrant women" (2013) påpeker sosiologen Marja Tiilikainen hvordan flere av hennes svensk-somaliske informanter benyttet seg av islamske behandlingspraksiser før de kontaktet skolemedisinsk lege, fordi de ønsket å unngå å bruke farmakologiske medikamenter så lenge som mulig. En av informantene i studien hennes forteller for eksempel at hun resiterer fra Koranen når hun har hodepine, er forkjølet eller har influensa, for å unngå å bruke medisiner som hun synes har for mange bivirkninger (Tiilikainen 2013:153). I fortellingene til mine informanter var det på samme måte fremtredende hvordan de benyttet seg av både de helbredende substansene og koranresitasjon, før de søkte mot farmakologiske medikamenter eller eventuelt kontaktet legen. Medikamenter anså de nemlig som noe negativt, og ofte skadelig. En av de unge kvinnene, Hanan, forklarte at hun ved kraftige menstruasjonssmerter sjeldent benyttet seg av smertestillende. Hun forsøkte heller å lindre smerten ved å resitere fra Koranen og gjøre *dua*, som vi så tidligere i kapitlet. En av de voksne kvinnene, Aisha, fortalte at det første hun tyr til når hun blir syk, er "tingene som står i Koranen og hadith". En annen av de voksne kvinnene forklarte at hun alltid forsøker å bli frisk på egenhånd før hun oppsøker lege:

Når man for eksempel er forkjølet og sånn, da er det mange ting du kan gjøre selv. Du kan drikke melk med ingefær og honning ... Slike ting som står i Koranen. Men hvis du ikke blir bedre av det, da *må* du kontakte legen og få behandling [...]. Men jeg prøver først med naturlige medisiner, mens jeg ber til Allah om å få litt *rahma*, litt styrke (Amina).

På samme måte som kvinnene understrekte at koranresitasjon ikke kan benyttes ved alvorlige eller akutte lidelser, understrekte de også at det var begrensninger i forhold til hvilke sykdommer substansene kan benyttes for. En annen av de voksne kvinnene, Sofia, beskrev det slik: "Det er forskjellige sykdommer. Noen sykdommer blir bra av legen, andre av Koranen. Noen ganger kan du bruke de samtidig [...]. Men hvis du er skikkelig dårlig, da kan du ikke prøve islamsk medisin først. Da må du gå til legen".

5.3 "Kun Allah kan helbrede deg" – behandling og reislamisering

I dette kapitlet har vi sett hvordan kvinnenes behandlingspraksis først og fremst baserer seg på bruk av Koranen, gjennom ulike former for resitasjon av den hellige teksten. Som beskrevet i kapittel tre kan en tolkning som begrenser islamsk behandlingspraksis til bruk av

Koranen, forstås som et kjennetegn ved reislamiseringsprosessen innflytelse på muslimers praksiser tilknyttet behandling. I kapittel tre så vi også hvordan ideen om Koranen som eneste tillatte behandlingsmetode baserer seg på forestillingen om at det kun er Gud som kan helbrede mennesker. Denne forestillingen kom spesielt til syne da kvinnene fortalte om hvordan de tok avstand fra andre marokkanske behandlingspraksiser, som de omtaler som *shirk*.

I kvinnenes fortellinger om tradisjonelle, og for dem uakseptable, marokkanske behandlingspraksiser var det nemlig fremtredende hvordan dette sprang ut av en forestilling om at ingen mennesker, verken levende eller døde, kan ha spesielle krefter til å helbrede andre. Kvinnene beskrev derfor det å besøke hellige graver, *ziyara*, eller hellige menn som *shurfa*, etterfølgere av profeten, for helbredelse som *shirk*. Som Dieste påpeker, har nettopp reislamiseringsprosessen ført til at helgenkulten i økende grad blir stemplet som avvik fra den normative tradisjonen, ved å være beskrevet som noe som tilhører den marokkanske kulturen: "The sanctuaries have always been subjected to attacks by defenders of a pure Islam, and under the influence of the processes of modernisation and re-Islamisation they have experienced a general decline as spaces of worship and healing" (Dieste 2013:262). I "Medicine for the heart: The embodiment of faith in Morocco" (2003) trekker også MacPhee frem hvordan islamske reformbevegelser i Marokko vektlegger det skriftlige (Koranen og sunna) og de fem søylene, i motsetning til hellige menn som *shurfa* og *marabout*. Slike hellige menn anses som en del av den marokkanske kulturen, og ikke som en del av religionen (MacPhee 2003:64–66).

Samtlige av kvinnene, både de unge og de voksne, poengterte at *ziyara* og helgenkulten, er praksiser som ikke er rett islam, til tross for at det er svært utbredt i Marokko. En av de voksne kvinnene, Aisha, understrekte tydelig at "hellige graver, det er *helt* forbudt. Hvordan kan en grav hjelpe en levende når den som ligger i graven ikke kan hjelpe seg selv?!" Da en av de andre voksne kvinnene, Najat, fortalte meg om hvor "forferdelig *shirk*" *shuwaffas* helbredelsespraksiser er, fortalte hun at det samme gjelder for "de mennene som blir gravlagt".³⁵ Najat forklarte at slektningene til "spesielt flinke menn" bygger en grav rundt de, som folk besøker når de er syke. Flere av kvinnene rundt bordet stemte i og omtalte slike graver som *shirk* og *haram*. Najat forklarte at årsaken til at personer i slike graver ikke har

³⁵ Dieste oversetter *shuwaffa* med "clairvoyant" (2013:342).

helbredende krefter, er at ingen mennesker er mer spesielle enn andre. Noor skjøt inn i samtalen og forklarte at ved en av de hellige gravene i Marokko, der pleide de å binde fast personer de mente hadde "*jinn* i seg". Noor syntes dette var fryktelig. Da jeg snakket med en av de andre voksne kvinnene om hellige graver i Marokko, kom det samme synspunktet frem:

Man kan ikke gå til et menneske og be om *shifa*. Det er bare Allah som kan gi oss *shifa*. Han gir oss både gode ting og dårlige ting, men det er *Allah* som gjør oss friske. Ikke andre mennesker på slike steder [hellige graver]. Det er bare tull det. Jeg tror ikke på det, men det er mange som gjør det. Men det er deres valg (Amina).

En av de unge kvinnene, Hanan, beskrev hellige graver som "gravsdyrking", og anså det som svært alvorlig. Men i Hanans beskrivelser kom det også frem at det *var* en åpning for å besøke graver i islam, så lenge man gjorde det på en korrekt måte:

Islamsk sett så er det mange som misforstår det å besøke graver. For det er ikke direkte feil å besøke graver i islam, men man må vite hva man går for. Folk begynner å misforstå når de tror at "nå er jo han hos Gud, hvordan kan vi dra nytte av det?". Og siden mannen i graven er såpass nær Gud fordi han var en veldig praktiserende mann, så tror folk at de kan spørre han om å bli friske fordi han har så god kontakt med Gud [...]. Det kan man ikke en gang gjøre ved profetens grav! Men man kan spørre de profetene man vet står nærme Gud, bare på en litt annen måte, [snakker lavt på arabisk]: "Vi spør gjennom deg, om Gud kan gjøre oss friske". Men den formuleringen må være så bulletproof at den ikke nærmer seg *shirk*. Fordi plutselig så sier de: "Jeg tilber Gud og profeten i graven om å gi meg *shifa*". Og da er du på bærtur. Det du ønsker er jo bare å bruke mannen i graven som et talerør. Så det er mange lærde som sier at om du er veldig primitiv sånn kunnskapsmessig, så hold deg langt unna graver. Fordi plutselig kan du misforstå og praktisere ting helt ignorant. Og gravsdyrking er noe av det verste (Hanan).

På samme måte som at ingen døde personer kan ha helbredende krefter, uttrykte kvinnene at heller ikke levende personer kan ha spesielle krefter. En av de unge kvinnene beskrev det slik:

I Marokko er det faktisk ... Det er litt teit og jeg står litt imot det, men folk pleier å gå til mennesker som har litt ekstra gaver, folk som helbreder deg ved å lese Koranen og ... Men jeg tror ikke på det, hvorfor skal noen ha spesielle gaver? De er jo bare mennesker. Det er bare

Gud som er Gud, og bare han kan helbrede deg. Alle mennesker er jo like for Gud. Mange går til slike folk for behandling, men jeg føler det går imot islam fordi det står ikke om de i Koranen. Det har litt mer med kultur å gjøre. De kombinerer liksom religion og kultur på en litt annen måte. Men når du har vokst opp med det, og alltid følt at det har hjulpet, som foreldrene mine ... Det er jo noe de alltid har vært gjennom. Men det er ikke en del av *mitt* liv her i Norge (Yamina).

Da jeg spurte en av de voksne kvinnene om det var slik at noen mennesker kan ha spesielle krefter som kan hjelpe andre med å bli friske, svarte hun:

Nei, de kan bare være spesielt flinke til å lese Koranen. De du nevner er *haram*. Det er mange som sier det, at de har spesielle evner. At de kan gjøre deg frisk hvis du er syk, eller rik hvis du er fattig. Men det er bare tull! Jeg tror *ikke* på det. Det står i Koranen at det er *shirk*. Det er bare Gud som har spesielle krefter. Det er mange i Marokko som driver med det tullet der. Det var en jente i Marokko, en eldre, ugift jente, som ba meg komme til henne, og så skulle hun hjelpe meg med det ene og det andre ... Men jeg tror ikke på det, jeg håper Gud hjelper henne (Sofia).

En annen av de unge kvinnene uttrykte også at hun tar avstand fra ideen om at visse personer kan ha helbredende krefter. Da jeg spurte henne om familien i Marokko pleide å benytte slik praksis i søken etter helbredelse, kom en interessant fortelling:

Jeg har aldri diskutert det [personer med helbredende krefter] noe særlig med de, men jeg har faktisk [ler] ... Morfar, han er ... De hevder han er fra profetens familie. At han kan gjøre ting, og at han har evnen til å hjelpe folk med å bli friske. Det er noe jeg alltid har hørt om, men jeg har aldri visst hva han har gjort nå før i sommer da jeg var der nede. Da kom det noen folk hjem til oss for å få hjelp til å bli friske. Så jeg titta gjennom vinduet og så på det morfar gjorde [smiler]. Han leste noe for den syke mannen, og så, jeg vet ikke helt jeg, men han liksom ... [ler], han spyttet! Jeg er jo så skeptisk som det går an å bli, så jeg bare tenkte, hærregud, hva er dette for noe? (Zahra).

At Zahra syntes denne praksisen går imot islam kommer tydelig frem i hennes videre beskrivelser:

En gang var det noen kvinner som kom da morfar ikke var hjemme. Da spurte en av dem tanten min om ikke en av døtrene eller sønnene hans var hjemme. Så da ble tanten min spurt

om ikke hun kunne utføre disse greiene, siden de var i slekt liksom [...]. Det var en sukkerbit som de skulle ta med seg, og ... Ja, sånne ting som jeg bare fortrenger fordi jeg syntes det er så spesielt. Og jeg tenker at det er i grenseland til *shirk*. Det er visst ikke helt direkte slik at morfar skal helbrede de, men han mener at han kan hjelpe dem ved å be til Gud om at de skal bli friske. Folk tror liksom han har en spesiell egenskap. Det kan jo hende noen er mer åndelige enn andre liksom, men jeg vet ikke jeg ... (Zahra).

Selv om de fleste av kvinnene understrekte at ingen mennesker kan ha spesielle krefter, kom det likevel frem et noe mer nyansert syn i to av fortellingene. En av de voksne kvinnene, Aisha, var generelt svært tydelig på at det kun er Gud som kan helbrede mennesker, og at alle andre praksiser som går imot det, er *shirk*. Da jeg ved en anledning spurte henne om *sharif* kan helbrede mennesker, kom det likevel frem et noe annet syn:

Det er ... Hvem kan ha de kreftene? Ingen annen en Gud kan ha *baraka*. Men det hender at folk ... Du trenger ikke være i slekt med profeten, det kan være et vanlig menneske som for eksempel er født med et handikap i kroppen, og som er veldig religiøs. Noen av de kan for eksempel smøre inn folk, ofte små babyer, med olivenolje mens de leser fra Koranen. De fører hånden rundt på babyen, og så får de en slags ro i kroppen. Men disse personene er ikke som *shuwaffa* og sånn [...]. Forskjellen er at de ... Det bare er en følelse, om at du er et veldig godt menneske, med et godt hjerte og en god tro. De er ikke hellige personer, de har bare litt ekstra krefter (Aisha).

I samtale med Hafida, en av de unge kvinnene, ble det flere ganger tydelig hvordan hun tok avstand fra sine foreldres praksis, som for eksempel *hijamma* og bruk av urter for helbredelse. Da jeg spurte henne om hun kjente noen andre som foretrakk å oppsøke tradisjonelle spesialister, forklarte hun imidlertid:

Det er mange. Og for å være ærlig, jeg var en av dem. Jeg sliter veldig med migrene, men legen sier bare at jeg skal ta en paracet om dagen. Og det funker jo ikke. Heller ikke den nesepnyen som skal hjelpe, da blir jeg bare helt død. Men så fortalte bestemor om en gammel dame i Marokko som kunne fikse meg. Jeg tenkte bare, okay, jeg har vært hos legen og alt, og så skal en dame fikse meg, hva er greia liksom? Men den gamle damen brukte en spesiell pinne som vokser i fjellet. Hun tente på pinnen og begynte å slå den lett mot hodet mitt mens hun leste Koranen. Hardere og hardere. Jeg måtte komme tilbake tre dager etter hverandre. Siste dagen tente hun på pinnen og presset den inn her og her [peker på hver side av tinningen], slik at jeg fikk merker der. Og det funka *kjempebra*! Det tok kanskje åtte

måneder før jeg fikk vondt i hodet igjen. Men nå er effekten borte, og hun dama er død så nå vet jeg ikke helt hvem jeg skal gå til. Men det finnes mange som gjør det samme i Marokko (Hafida).

Kvinnernes bruk av substanser beskrevet i Koranen og sunna kan også forstås i lys av reislamisering. Som vi så i kapittel tre, utgjør praksisen omkring de helbredende substansene en del av *tibb al-nabawi*, altså profetens anbefalinger når det gjelder sykdom og helbredelse. Etterfølgelse av profetens sunna, er som vi har sett, nettopp et sentralt aspekt ved reislamisering. Tidligere i kapitlet så vi blant annet hvordan flere av kvinnene påpekte at de benyttet seg av de helbredende substansene på bakgrunn av et ønske om å følge sunna. Om det samme fenomenet påpeker Dieste: "This revival of prophetic medicine has been bolstered, in my view, by the recent success of textualist rhetoric, which rules out heterodox forms of healing or those branded as deviant" (Dieste 2013:185).

I kapittel tre så vi hvordan reislamiseringens tolkninger av islam spres over hele den islamske verden, blant annet gjennom massemedia og økt produksjon av litteratur. Ifølge Dieste er dette tydelig i forbindelse med spredningen av tro og praksis knyttet til *tibb al-nabawi*. Dieste skriver at det er en "ongoing boom" i antallet internettsider som promoterer ulike aspekter ved *tibb al-nabawi*, som for eksempel de helbredende egenskapene til *habba sauda*. Nye former for industriproduksjon, markedsføring og distribusjon blir tatt i bruk for å spre både budskapet og produktene verden over. Ifølge Dieste finnes det ingen spesifikke studier av eksporterte "Islamising products" fra Midtøsten, særlig fra Saudi-Arabia, til Marokko. Likevel leder hans egne observasjoner ham til å anta at det har foregått en gradvis økning i antallet utvalg som selger medisin- og helseprodukter, som presenteres som lojale til prinsippene ved profetens medisin (Dieste 2013:184–185).

En slik spredning av *tibb al-nabawi* kom også frem i kvinnernes fortellinger om hvordan de tilegnet seg kunnskap om islamske helbredelsespraksiser, både bruk av Koranen og de anbefalte substansene. Flere av de unge kvinnene forklarte at de tilegnet seg informasjon gjennom ulike internettsider, som blant annet Facebook og YouTube. En av dem, Hafida, forklarte at det fantes mange Facebook-grupper med informasjon om hva som er det riktige å gjøre i møte med sykdom. Hafida beskrev også et veldig populært tv-program i Marokko som tar for seg årsakene til at folk må ta avstand fra bruk av *suhur*. Hun fortalte også at det holdes stadig flere konferanser i Oslo, med foredrag som blant annet tar opp aspekter knyttet til

helbredelse og sykdom i islam. Farida fortalte også at hun nylig hadde vært på et foredrag i Oslo som handlet om *jinner* og hvilke helbredelsesteknikker som var korrekte ifølge islam. Da jeg spurte Hanan om hvordan hun finner informasjon om de ulike islamske substansene og teknikkene for behandling av sykdom, forklarte hun:

Takket være internett så er ikke det vanskelig i dag. For bare fem år siden, de som var unge da, de kunne langt mindre om profetens medisin enn det jeg kan nå. Fordi de fleste bøker er jo på engelsk eller arabisk. Men takket være Facebook og distribuering av informasjon der ... Og det er faktisk flere og flere jenter som lager facebookgrupper som heter ting som "Naturlig *shifa*" og slikt (Hanan).

En av de voksne kvinnene, Sofia, fortalte om "en veldig flink mann, en lærd", som via en nettside selger forskjellige helbredende urteblandinger laget av substanser nevnt i Koranen og sunna. To av de unge kvinnene, Farida og Hanan, fortalte at de pleide å kjøpe *habba sauda* og *zamzam* i en moské i Oslo. De voksne pleide derimot å kjøpe med seg *habba sauda* fra Marokko. Sofia fortalte også at hun hadde lært ulike former for *roqya* av en lærd som legger ut små filmer på YouTube. Filmene viser hvordan man kan gjøre *roqya* på seg selv, noe hun fant svært nyttig. Flere av de voksne kvinnene viste meg små hefter som beskrev både *roqya* og bruk av helbredende substanser, noe jeg har nevnt tidligere i kapitlet. Noen av heftene hadde navn som "Helbredelse med urter", "Profetens medisin", og "*Dua* fra Koranen og sunna, fulgt av helbredelse gjennom *roqya*". To av heftene var trykket i Kuwait, et annet var gitt ut på *Al-Assar* i Kairo.

Vi ser altså hvordan flere aspekter ved både de unge og de voksne kvinnenes behandlingspraksiser kan forstås påvirket av reislamisering. Dette kommer tydelig frem ved at kvinnene synes å betrakte Koranen som eneste kilde til gyldig praksis, og ved at de synes å anse andre behandlingspraksiser (som ikke tar utgangspunkt i Koranen) som *shirk*. Likevel har vi sett at visse andre praksiser benyttes eller omtales som å være innenfor korrekt islamsk praksis av kvinnene, noe som gjør at det sterke fokuset på Koranen alene til en viss grad må nyanseres. Det vil jeg diskutere nærmere i oppgavens siste kapittel.

5.4 Betydningen av islamske behandlingspraksiser

Som vi har sett i dette kapitlet, er det tydelig at kvinnene finner stor hjelp i koranresitasjon og bruk av substanser for å behandle sykdom og plager. En av årsakene til dette kan være kvinnenes store forventninger til islamske behandlingspraksiser. Som vi har sett, anser kvinnene slike praksiser som mer positive enn visse farmakologiske medikamenter. I *The anthropology of alternative medicine* (2012), skriver antropologen Anamaria Iosif Ross: "An often unintended effect of positive expectation in therapeutic encounters, the *placebo effect* plays a powerful role in all healing experiences, including biomedical encounters" (Ross 2012:25). Ingstad definerer placeboeffekt slik: "Placebo er den effekten av medisiner som ikke kan dokumenteres ut fra den farmakologiske effekten [...]. Placebo dreier seg med andre ord om 'troen som hjelper'" (Ingstad 2007:76).

Ross skriver at selv om placeboeffekten ofte oppfattes som "fraud in an evidence- and market-driven society [...], that 'nothing' of the placebo is far from nothing at all: it is the impact of anticipation, meaning, and the cultural context of healing" (Ross 2012:25). Ifølge Ross er det blitt utførlig bevist at placeboeffekten spiller en rolle i all helbredelse, og at den er en svært viktig alliert i tradisjonelle helbredelsespraksiser, særlig rituell og religiøs helbredelse. Derfor, skriver Ross, kan det synes urettferdig og uheldig at placeboeffekten ofte anses som en illusjon i skolemedisinske miljøer (2012:25). Da de norsk-marokkanske kvinnenes behandlingspraksiser også innebærer bruk av naturlige medisinvekster er det likevel viktig å understreke, med Ross' ord, at: "The placebo effect does not account for all nonbiomedical healing, some of which involves the use of medicines, manipulation and other specific remedies" (Ross 2012:25). Videre understreker Ross:

Its [the placebo effect] working is not an indication that symptoms are "fake" or "only in someone's head", that the person is mentally unhealthy or a hypochondriac (all of which are common popular misconceptions of placebos). It is a genuine and powerful healing force in its own right, richly and creatively employed in local healing practices worldwide (Ross 2012:25).

Det er med andre ord viktig å ta tradisjonelle behandlingsmetoder, slik som de som er beskrevet i dette kapitlet, på alvor. Selv om dette er behandlingsformer som gjerne kalles alternative av det offentlige helsevesenet, opplever kvinnene selv at de virker. Som vi så i

kapittel én knytter både Fugelli og Austveg begrepet helse til vår evne til å tåle å *leve med* sykdom, problemer og risiko, i motsetning til *fravær* av sykdom, slik Verdens helseorganisasjon blant annet har definert begrepet helse (i Thorbjørnsrud 2009:249). Om en slik forståelse av helsebegrepet skriver Thorbjørnsrud: "En kan dermed sies å være ved god helse selv om en har en sykdom, eller en kan omvendt sies å være ved dårlig helse uten å ha en sykdomsdiagnose" (Thorbjørnsrud 2009:249). Fordi kvinnene opplever at resitasjon og bruk av naturlige substanser hjelper dem med å takle både fysisk smerte og psykisk ubehag, må deres islamske behandlingsformer forstås som en viktig del av deres helsesøkende atferd, selv om de ikke nødvendigvis anerkjennes som effektfulle av det offentlige helsevesenet.

Kvinnenes islamske behandlingspraksiser kan også forstås som en av flere reaksjoner mot det flere forskere har beskrevet som en økende medikalisering av samfunnet (Helman 2007:kap. 6, 9, 10, Ross 2012:22–23, Kleinman 1980:40). Ifølge Ross er medikaliseringen av det moderne samfunnet ett av hovedtemaene i den nåtidige medisinsk-sosiologiske og medisinsk-antropologiske forskningen. Ross definerer "medicalization" som "the complex social phenomenon of providing official medical labels and medical solutions to things previously considered part of normal life experience" (Ross 2012:22–23). Ett aspekt ved medikaliseringen av samfunnet er økt bruk av medikamenter, noe som blir forstått som ett av hovedaspektene ved en slik samfunnsutvikling (Kleinman 1980:40, Helman 2007:204).

I materialet var det fremtredende hvordan kvinnene blant annet benytter seg av islamske behandlingspraksiser for å unngå å bruke medikamenter, noe de fant svært virkningsfullt. Vi har også sett hvordan kvinnene finner støtte og ro gjennom koranresitasjon, i møte med sykdom og plager. På den måten kan deres islamske behandlingspraksiser forstås som en viktig selvhjelpsstrategi som motvirker medikalisering gjennom hyppigere legebesøk og medikamentbruk. Ross skriver at det parallelt med økt medikalisering av samfunnet har vært sterke initiativer for det som kalles "de-medicalization", gjennom bevegelser som for eksempel fremmer hjemmefødsel og andre alternative helsetilbud (2012:23). Jeg mener de norsk-marokkanske kvinnenenes positive holdning til islamske, "naturlige" behandlingspraksiser, og deres kritiske holdning til en del skolemedisinsk behandling og medikamentbruk, kan sees på som en parallell til en slik de-medikaliseringstendens i dagens samfunn.

Vi har nå sett hvordan kvinnene benytter islamske behandlingsmetoder for å behandle ulike fysiske og psykiske sykdommer og plager. Jeg vil nå gå over til å se på en annen type sykdom, nemlig åndelig sykdom, og spesielt hvordan kvinnene oppnår beskyttelse mot slik sykdom.

6 Å beskytte seg mot åndelig sykdom

"Det er et marokkansk 'saying' som sier at hvis du er aggressiv, da får du *jinn* i deg" (Yamina).

Sitatet til Yamina belyser noe av det vi skal se på i dette kapitlet, nemlig kvinnenes forestillinger om at visse følelser og visse måter å oppføre seg på kan gjøre mennesket sårbar for angrep fra onde makter. På bakgrunn av frykt for sykdom og plager forårsaket av slike krefter, vil jeg vise hvordan kvinnenes forestillinger om beskyttelse på flere ulike nivåer er en del av deres helsesøkende atferd. I de foregående kapitlene har vi sett hvordan kvinnene parallelt beveger seg mellom islamske, marokkanske og skolemedisinske tradisjoner i søken etter å styrke helsen og behandle plager. Forestillingsuniverset som tilhører åndelig sykdom kan derimot beskrives som mer lukket.

Jeg har valgt å bruke Thorbjørnsruds begrep "åndelig sykdom" om sykdom og plager forårsaket av onde krefter. I "A house where war rages: Åndelig sykdom blant koptisk-ortodokse i Egypt" (2008), benytter Thorbjørnsrud begrepet åndelig sykdom som en fellesbetegnelse for sykdom, plager og skader som er forårsaket av onde krefter. Blant hennes koptere utgjør slike onde krefter djevelbesettelse, det onde øyet og trolldom (Thorbjørnsrud 2008:53–54). Disse kategoriene har paralleller i de islamske forestillingene om *jinn*, *ayn* og *suhur*. Mine informanter benytter ikke selv begrepet åndelig sykdom, men i likhet med Thorbjørnsruds koptere skiller samtlige av kvinnene ut sykdom forårsaket av *jinn*, *ayn* og *suhur* som en egen sykdomskategori, adskilt fra annen sykdom.

Hovedårsaken til at Thorbjørnsrud benytter begrepet åndelig sykdom er at hun finner det offentlige helsevesenets tre sykdomskategorier, somatisk, psykisk og psykosomatisk sykdom – for snever. Det eksisterer ingen kategori for åndelig sykdom, og "åndelige diagnoser" tvinges derfor i stedet inn i de offisielle kategoriene. For eksempel peker Thorbjørnsrud på at besettelse ofte kategoriseres som en psykisk lidelse (2008:53). Den tredelte kategoriseringen av sykdom er heller ikke velegnet til å beskrive de ulike sykdomskategoriene blant mine informanter. I deres fortellinger kom det til syne en felles idé om at åndelig sykdom er annerledes enn og adskilt fra både fysiske plager, som for eksempel muskelsmerter, og psykisk ubehag, som for eksempel engstelse eller "negative tanker". Likevel mente kvinnene,

som vi skal se, at åndelig sykdom kunne innebære slike fysiske og psykiske plager. Ved å benytte begrepet åndelig sykdom har jeg valgt å distansere meg fra for eksempel Dieste (2013), som benytter begrepet psykosomatiske lidelser om lidelser forårsaket av *jinn*, *ayn* og *suhur*.

6.1 *Jinn, ayn og suhur* – finnes det?

Forestillinger om at *jinn* og *ayn* kan påføre mennesket lidelse og sykdom deles i større eller mindre grad av de fleste kvinnene jeg snakket med. Derimot uttrykte kvinnene mer skepsis til ideen om at *suhur* kunne forårsake sykdom og lidelse.³⁶ Jeg har kun få eksempler knyttet til ideer om *suhur* blant mine informanter. Fremstillingen i dette kapitlet vil derfor konsentrere seg om *jinn* og *ayn*.

To av de unge kvinnene, Zahra og Yamina, var imidlertid tvilende til alle de tre kategoriene av åndelig sykdom (*jinn*, *ayn* og *suhur*). Zahra fortalte at hun tar helt avstand fra slike forestillinger, noe hun blant annet begrunnet med sin helsefaglige utdanning. Hun bekreftet at det stod skrevet om jinner i Koranen, men forklarte at selv om hun ikke tror på jinner eksistens, forkaster hun ikke Koranen av den grunn. Yamina fortalte at hun har hørt historier om folk som har blitt rammet av både *jinn*, *ayn* og *suhur*, men at hun selv er sterkt i tvil om disse historiene er sanne. Hun begrunnet det med at "sånt kan gå litt sånn imot islam". I likhet med Zahra har også Yamina helsefaglig utdanning. Hun trakk flere ganger frem at hennes utdanning i stor grad har formet henne, og dermed også påvirket hennes islamske tro.

Når Yamina og Zahra i liten grad deler de andre kvinnes forestillinger om åndelig sykdom, kan det være nærliggende å tro at dette skyldes deres form for utdanning. Som Dieste påpeker er åndelige sykdomsforklaringer ofte blitt beskrevet som om de står i motsetning til modernitet og rasjonalitet. De antas å være trosforestillinger som bare tilhører "[...] the credulous, the marginales and the illiterate" (Dieste 2013:221). Selv mener Dieste at et forestillingsunivers som omfatter åndelige sykdomsforklaringer er like utbredt blant mennesker som tilhører "[...] modernised, elitist and highly educated classes" (Dieste 2013:221). Dieste vil med andre ord ikke avvise åndelige sykdomsforklaringer som irrasjonelle. I stedet mener han at slike forklaringer må ses i lys av at verden forstås på en måte som innebærer en annen type logikk og rasjonalitet (Dieste 2013:221).

³⁶ Se Dieste (2013) for flere opplysninger om *suhur* i islam.

I likhet med Dieste vil jeg argumentere for at åndelig sykdom som forklaringsystem nettopp *ikke* er noe som kun er begrenset til en viss sosiokulturell klasse. Jeg mener Diestes argument kan brukes for å beskrive utbredelsen av forestillinger om åndelig sykdom i begge mine informantgrupper. De unge kvinnene som har åndelig sykdomsforklaring som del av sitt verdensbilde, er i likhet med de to kvinnene som ikke delte slike forestillinger, alle født i Norge og har høyere utdanning.³⁷ Blant de voksne kvinnene var åndelig sykdomsforklaring like utbredt uavhengig om de var fra by eller landsbygd i Marokko, eller om de hadde utdanning eller ikke. Som Dieste poengterer: "[...] one of the biggest problem in this area lies in overcoming the deceptive identification between popular religion and popular medicine as primitive ways of thinking, supposedly inherent to ignorant or poorly educated populations" (Dieste 2013:169).

En måte å forstå variasjonen i de unge kvinnenes forestillinger om åndelig sykdoms eksistens, er å se på hvilken form for islam kvinnene praktiserer. Hanan og Farida er de to som i størst grad forfekter et verdensbilde som innebærer åndelige sykdomsforklaringer. Om disse to kvinnene kan det sies at de i større grad enn de andre unge kvinnene praktiserer en form for islam som er påvirket av reislamisering. Begge søker aktivt det de beskriver som "ren islam" ved å vende tilbake til de hellige kildene og de tradisjonelle tolkninger av disse, som de anser som upåvirket av kultur og nytolkninger. Disse aspektene forsøker de i stor grad å legge til grunn for sine valg i alle livets områder. At Faridas og Hanans form for islam kan forstås som en av årsakene til at de i stor grad forfekter et verdensbilde som inneholder åndelig sykdomsforklaring, kommer blant annet til syne i hvordan de vektlegger innholdet i Koranen. Farida fortalte for eksempel at: "*Jinn, ayn og suhur*, det finnes. Som troende så *må* vi tro på disse tingene fordi det står om de i Koranen." Hanan understrekte også at disse fenomenene er nevnt i Koranen og at man derfor er forpliktet til å tro på dem, til tross for at de tilsynelatende ser ut til å gå imot fornuften:

Man kan liksom le av det, men jeg tror fullt og holdent på det. Og det kan være veldig alvorlig, men det er liksom vanskelig å forholde seg til fordi det ikke er noe man ser. Og så har man hørt så mye om mentale lidelser og så tror man kanskje at det bare er det. Men det er en åndelig verden som eksisterer, og vi [mennesker og jinner] kan gå om hverandre (Hanan).

³⁷ Bortsett fra Hafida som bare har videregående skole.

Zahra og Yamina, de to unge kvinnene som i større grad tok avstand fra forestillinger om åndelig sykdom, kan i motsetning til Farida og Hanan beskrives som å praktisere en form for islam som innebærer større grad av individuell variasjon i forhold til det større marokkanske fellesskapet. Det vil si at de ikke vektlegger alle sidene ved islam i like stor grad.

Forestillingene om åndelig sykdom var et slikt aspekt. Zahra beskrev det slik: "Det at jinner kan forårsake sykdom er ikke noe jeg tror på i hvert fall. Jeg vet at det er nevnt i Koranen, det som kalles *was-was*, altså visking. Men det er liksom ikke sånn at jeg går rundt og tenker på det hver dag."³⁸ Selv om altså Zahra og Yamina ikke tillegger forestillinger om åndelig sykdom like stor vekt som de andre kvinnene, betyr ikke det at de ikke forstår seg selv som muslimer av den grunn. For dem var også deres form for islam gyldig.

6.2 Hvordan viser åndelig sykdom seg?

Før vi skal se nærmere på kvinnenes beskyttelsespraksiser, er det først nødvendig å få et innblikk i *hva* de søker beskyttelse mot. Som vi skal se i neste avsnitt ble kvinnenes beskyttelsespraksiser først og fremst utført på bakgrunn av frykt for *jinn* og *ayn*. Som nevnt var slik sykdom noe de fleste av kvinnene, både de unge og de voksne, bekreftet forekomsten av. Derimot var det ingen av kvinnene som selv fortalte at de var blitt syke av *jinn* eller *ayn*. Det som skilte de voksnes fortellinger fra fortellingene til de unge, var at de fleste av de voksne kvinnene hadde vært vitne til at personer var blitt utsatt for *jinn* eller *ayn*, mens ingen av de unge kvinnene hadde tilsvarende erfaringer.³⁹

De voksne kvinnenes beskrivelser av symptomer forårsaket av åndelig sykdom dreide seg først og fremst om forandring av utseende og atferd, men også delvis om påvirkning av det indre. Flere av dem var nølende og vage i sine beskrivelser da jeg spurte om hvilke sykdommer og skader mennesket kan få av *jinn* og *ayn*. Amina fortalte for eksempel at: "Hvis ikke du går til imamen og forteller om det [at du har *jinn*], og får han til å lese *roqya*, da kan du bli skadet. De kan ødelegge menneskekroppen, og man kan bli avhengig. Ja, du kan bli gal." Aisha fortalte at det var vanskelig å beskrive hva *jinn* kan gjøre med mennesket fordi "det er noe man ikke ser, det er usynlig", men at man blant annet kan få en "epilepsilignende sykdom". Imidlertid beskrev hun detaljert hvordan personer med *jinn* reagerer når de hører Koranen:

³⁸ Jeg vil gå nærmere inn på begrepet *was-was* i neste underkapittel.

³⁹ Mitt materiale er for lite til at jeg kan argumentere for at dette er knyttet til et generasjonsskifte, eller eventuelt til migrasjonsprosesser

Det er mange som reagerer når de hører Koranen. Det har jeg sett. De blir helt borte og de skifter farge i ansiktet, fra hvit til gul til mørk. Og utseende ... De kan være veldig pene selv om de er stygge, eller stygge når de egentlig er pene. Du ser på mennesket at dette ikke er normalt. Og så kan de begynne å slå. Å hyle og skrike. Og så skifter de stemme ... Det er ikke den personen sin stemme, men det er en stemme inne i kroppen. Det kan være et menneske som bare kan berbisk, som plutselig kan arabisk, og ikke minst fransk. De har aldri gått på skolen, men fransken kommer ut på samme måte som en franskmann! Og da skjønner man at det er noe der (Aisha).

Ved en senere anledning beskrev Amina mer detaljert hvordan *jinn* kan skade mennesket: "Du ser at det er *jinn* på ansiktet til mennesket. Munnen blir skeiv og øynene store, de buler ut og blir røde. Ansiktet forandres, fargene forandrer seg. Hvis du ser et menneske som begynner å bli svart i ansiktet, da merker du at det ikke er en normal kropp." Amina fortalte at hun kjenner flere personer i både Marokko og Norge som er blitt permanent skjeve i kroppen og ansiktet på grunn av *jinn*. Amina trakk frem en spesifikk hendelse der hun hadde møtt en gammel nabo, en eldre kvinne, på butikken. Det var en stund siden hun sist hadde sett nabokvinnen og ble derfor sjokkert da hun så at kvinnen var blitt helt skjev i ansiktet. Amina fortalte at det var *jinn* som hadde gjort kvinnen skjev i ansiktet. Fordi nabokvinnen ikke var muslim kunne ikke Amina ta henne med til imamen for behandling. Amina syntes det var trist at hun ikke kunne hjelpe henne med å bli frisk. Som vi skal se i neste underkapittel fortalte også en av de unge kvinnene, Zahra, en historie fra Marokko der en kvinne fra familien hennes hadde fått slag og blitt lam i ansiktet på grunn av et møte med en *jinn*. Zahra fortalte at hun ikke tror på det selv, men at forestillinger om at *jinn* kan føre til lammelser er utbredt blant marokkanere hun kjenner.

En annen av de voksne kvinnene, Sofia, beskrev en opprivende hendelse fra sin barndom som peker mot en idé om at jinner også kan påvirke mennesket psykisk: "Den natten onkelen til tanten min døde ble hun veldig syk, og de sa de at *jinn* hadde kommet til henne. Hun ble livredd, hun kunne ikke være alene hjemme, ikke sove alene. Hun ble så redd og engstelig. Hun skrek så høyt! Hun spiste ingenting på to eller tre måneder, drakk bare vann."

Når det gjelder *ayn* fortalte en annen av de voksne kvinnene, Noor, om en venninne av henne som plutselig hadde begynt å miste håret og som deretter hadde fått store svarte flekker i

ansiktet på grunn av *ayn*. Få av de andre voksne kvinnene kunne beskrive hvilke symptomer og plager *ayn* kan påføre mennesket. Selv om Amina for eksempel fortalte at noen mennesker kan gi andre *ayn*, kunne hun ikke nevne hvilke symptomer det kunne medføre. Likevel fortalte flere av kvinnene utfyllende om hvordan man burde *beskytte* seg mot *ayn*. Det vil jeg komme nærmere inn på i neste underkapittel.

Forestillinger om hvordan også *suhur* kan skade et menneske, kom til syne i Aishas beskrivelse av en traumatisk hendelse som fant sted under en ferietur til Marokko:

Søsteren min ble plutselig veldig dårlig. Hun fikk i seg noe heksegreier som en ukjent kvinne hadde gitt henne. Det slo ut i hodet på henne, hun ble helt borte og slapp. Så jeg tok henne med til legen, midt på natta. Etter at to leger hadde undersøkt henne, sa de til meg: "Vi tror ikke din søster har en sykdom som *vi* leger kan gjøre noe med. Vi tror hun har fått i seg noe som en av de stygge kvinnene har laget." For å finne ut om det var tilfelle gav de henne narkose for å se hvordan hun reagerte. Hvis hodet hennes reagerte med å bli veldig tungt, da var det *suhur*. Hvis hun ikke reagerte så måtte det være en vanlig sykdom. Med en gang han satte narkosen i armen på henne begynte hun å skrike: "Aisha, Aisha, hodet mitt sprekker, det er så tungt!" Da fjernet han sprøyten fra armen hennes. Han sa at jeg skulle ta henne med til en ordentlig imam fordi han mente at det [*suhur*] hadde satt seg i kroppen hennes [...]. I løpet av seks måneder ble hun dårligere og dårligere. Hun mistet synet, hun kunne verken gå eller gripe ting. Hun skrek ut veldig stygge ord, og ble fryktelig tynn, helt borte ... Vi trodde hun skulle dø (Aisha).⁴⁰

I kapittel tre så vi at det blant marokkanere finnes utbredte ideer om at *jinn* kan påføre menneskene både fysiske og psykiske plager. I det samme kapitlet så vi også hvordan mange lærde anser slike forestillinger som omstridte, fordi de anses som å gå ut over Koranens og hadithenes beskrivelser, og de tradisjonelle tolkningene av dem. At forestillingene om at *jinn* kan påføre menneskene både fysiske og psykiske plager likevel er en del av de voksne kvinnenes verdensbilde, er interessant på bakgrunn av at de generelt var svært opptatt av å ta avstand fra alle praksiser og forestillinger som de ikke forstod som "korrekt islam". Det så vi i forrige kapittel, og vi skal se det igjen i slutten av dette kapitlet. Det kan selvsagt være flere årsaker til at de voksne kvinnene la mindre vekt på "korrekt islam" når de skulle beskrive symptomer på åndelig sykdom. En av årsakene kan ha å gjøre med deres egne erfaringer. De

⁴⁰ Dette er den eneste utførlige beskrivelsen av *suhur* jeg ble fortalt.

voksne kvinnene hadde, som vist, selv vært vitne til mennesker skadet av *jinn* og *ayn*. Slik sett var forestillingene om åndelig sykdom en del av et levd liv. Derimot hadde ikke de unge kvinnene selv opplevd mennesker med åndelig sykdom, og som jeg nå skal gå nærmere inn på kan deres ideer i større grad synes å bære preg av en normativ forståelse av hvilke symptomer slik sykdom kan medføre.

De unge kvinnenenes fortellinger om sykdom forårsaket av *jinn* og *ayn* var tydelig preget av velkjente teologiske problemstillinger omkring temaet. Da jeg spurte Hanan om hva *jinn* kan gjøre med mennesket, svarte hun:

Forvirring. *Was-was*, altså visking. Rett og slett tvil og sorg, men det går hovedsakelig på viskning. Fordi de [jinner] kan i hovedsak egentlig ikke skade deg ... Så det er mer i hodet. Så denne teorien om at de kan være inne i deg eller utenpå deg ... De kan liksom ikke gripe om hjertet ditt og kortslutte det eller noe. Fordi liv og død ligger i Guds hender (Hanan).

Vi ser at Hanan avviser at jinner kan skade mennesket fysisk. I en annen sammenheng sier hun at: "Det er omdiskutert om du får *jinn* i deg, eller om du får *jinn* på deg." Hanans utsagn kan sees i sammenheng med det antropologen Mohammed Maarouf beskriver som en av de lærdes hoveduenigheter vedrørende jinneres handlinger, nettopp hvorvidt jinner kan komme i fysisk kontakt med mennesker eller ikke (2007:95, 99). Maarouf skriver at sure 2, 275 i Koranen særlig har blitt brukt av en del lærde som argumenterer for at jinner kan komme i fysisk kontakt med mennesker: "Those who live on interest will not rise (on Doomsday) but like a man [...] possessed of the devil and demented" (Koranen, sitert i Maarouf 2007:95). Sure 2, 275 kan også oversettes slik: "But those who take usury will rise up on the Day of Resurrection like someone tormented by Satans touch [...]" (The Quran 2005). Mer ortodokse lærde har derimot tolket det samme verset (og lignende vers i Koranen og hadithene) i retning av at besettelse kun er av spirituell natur (Maarouf 2007:99).

Fremtredende i samtlige av fortellingene til de unge kvinnene var nettopp en forståelse av at *jinn* og *ayn* bare kan påføre mennesker psykisk ubehag, og *ikke* fysiske skader slik de voksne kvinnene beskrev. Farida forteller i den forbindelse at man kan bli deprimert hvis man har *jinn* i seg. Det kan sees i sammenheng med det tidligere nevnte begrepet *was-was*. Det refereres til *was-was* i den siste suren i Koranen, sure 114, 1–4, og ifølge Dieste henspiller begrepet nettopp på den onde kraften i negative tanker: "[I seek refuge] from the evil of the

One who whispers and recoils" (Koranan, sitert i Dieste 2013:217). Hanan fortalte at: "Det sies at det kan hende det er mange [jinner] som har klamret seg fast til deg og visker deg i øret." Hun gikk ikke detaljert inn på *hva* denne viskingen kan føre til, bortsett fra at man ikke føler seg som seg selv, og at man kan føle seg tung. I Hafidas beskrivelser ser vi også en forståelse av at jinner bare kan påvirke menneskets psykiske aspekter: "*Jinn* kan gjøre slik at man liksom bare ser seg selv og ikke andre. Hvis man spør noen [som er påvirket av *jinn*] om noe, for eksempel om hvordan man ser ut, så får man ikke rett svar. Mange sier at jinner kan slå mennesker slik at de blir lamme, men det tror jeg ikke noe på."

I likhet med de voksne kvinnene hadde også de unge kvinnene få og vage beskrivelser av hvilke symptomer *ayn* kan føre til. Farida fortalte blant annet at: "Vi tror veldig mye på det onde øyet. Hvis noen misunner deg så gjør det at du blir dårlig." Hanan var noe mer spesifikk i sine beskrivelser. Hun hadde nemlig tidligere hadde hatt mistanke om at hun selv hadde vært påvirket av *ayn*. Hanan hadde oppsøkt en kvinne som utfører *roqya* fordi hun lenge hadde vært lei seg uten å forstå årsaken til det. Hun mistenkte at det kanskje kunne være på grunn av *ayn*. Videre forklarte Hanan at folk har klart å leve veldig lenge med både *jinn* og *ayn*, men at plager kunne oppstå. Slike personer kan for eksempel plutselig gå gjennom en depressiv periode, uten helt å skjønne hva det er, fortalte Hanan. Det er med andre ord tydelig at Hanans forestillinger om symptomer forårsaket av *ayn*, også går mer i retning av det psykiske aspektet ved menneske. I større grad enn hvilke symptomer åndelig sykdom kan medføre, handlet kvinnenens fortellinger om *hva* som kan føre til at man får åndelig sykdom, og hvordan man dermed kan oppnå beskyttelse mot slik sykdom.

Både de unge og de voksne kvinnenens opplevelser av ulike symptomer ved åndelig sykdom var knyttet til beskrivelser av hva som kan føre til slik sykdom. Det skal vi se nærmere på nå.

6.3 Farlige følelser – ulike former for beskyttelse

Før jeg gikk i gang med feltarbeidet var jeg spent på om informantene ville reservere seg mot å snakke med meg om jinner. På bakgrunn av hva jeg hadde lest, var jeg forberedt på at det kunne skje. På 1920-tallet opplevde filosofen og sosiologen Edvard Westermarck at det eksisterte en generell frykt for å snakke om jinner i den marokkanske befolkningen.

Westermarck skriver at denne frykten skyldtes en forestilling om at man ved å uttale jinneres navn samtidig påkaller dem (1926:263). Senere har både Greenwood (1981:227) og Maarouf

(2007:83) hatt lignende opplevelser under sine feltarbeid i Marokko. Jeg opplevde selv dette da jeg var på en fottur i Atlasfjellene. I frykt for at vi skulle snuble og falle ned fjellveggen, insisterte guiden på at vi ikke skulle snakke om jinner før vi kom ned til landsbyen. Men liksom Dieste i sitt feltarbeid i Marokko (2013:237), opplevde heller ikke jeg at informantene hadde problemer med å snakke om jinner. Flere av mine informanter var tvert imot av den oppfatning at så lenge man har en sterk *iman* og praktiserer islam på en riktig måte, er man ikke utsatt for angrep fra verken *jinn*, *ayn* eller *suhur* (dette vil jeg gå nærmere inn på senere i dette underkapitlet). Derfor var det heller ikke noe problem for dem å prate om jinner med meg.

Som nevnt innledningsvis delte kvinnene ideer om at visse typer følelser og visse måter å oppføre seg på, kan føre til at man i større grad er utsatt for åndelig sykdom. Dette fremgår tydelig i en av de voksne kvinnenes beskrivelser. Da jeg spurte henne om hvordan *jinn* kan angripe, la hun vekt på begge aspektene:

Det er sånn at man må passe seg når man er ute i mørket helt alene. Plutselig så kan det komme et eller annet i veien, slik at man blir redd og skvetter. Og det er da det kan skje, at kroppen blir forandret. Eller hvis du er helt alene og holder på å rense fisk eller kylling eller noe, og så får du en melding om for eksempel et dødsfall eller en kollisjon ... Eller at noen kommer bak deg og skremmer deg, slik at plutselig kroppen slår helt ut, da skjer det også (Aisha).

Flere av kvinnene delte særlig forestillinger om at aggressive, nervøse og redde personer spesielt er utsatt for angrep fra *jinn*. Det samme så vi i sitatet til Yamina i begynnelsen av kapitlet. En av de unge kvinnene fortalte om en kvinne i hennes familie som skal ha blitt angrepet av *jinn* på grunn av en hendelse som gjorde henne svært skremt og nervøs:

En av de eldre damene i den berbiske delen av familien min, hun har *facialisparese*, så hun er paralyisert i ansiktet fordi hun har hatt slag.⁴¹ Det fikk hun da hun var ganske ung, i slutten av 30-årene. En dag hadde mannen hennes kjøpt et kjøttstykke som hun skulle lage *tajine* av. Og kjøtt var ganske dyrt før i tiden, så dette var et festmåltid. Plutselig hoppet det frem en katt som tok hele kjøttstykket og løp avgårde med det. Og da ble hun jo så nervøs, eller helt sånn stressa og lei seg over hva mannen ville komme til å si, at hun faktisk fikk slag. Og det er

⁴¹ *Facialisparese* er den medisinske benevnelsen for ansiktslammelse.

forklaringen til familien min da, at hun fikk slag fordi hun ble skremt av en katt. [...] og det er en vanlig tanke at katter gjerne er jinner i forkledning (Zahra).

Forestillinger om at visse følelser, som redsel, kan føre til angrep fra *jinn* er også forbundet med *ayn*. Det kom blant annet frem hos en av de voksne kvinnene da jeg spurte henne om hun er redd for at noen skal gi henne *ayn*:

Nei, for hvis du tror det, da blir du redd! Da kommer det [*ayn*] til deg med en gang! Du må ikke være redd, bare glem det, ikke tenk på det. Hvis du ikke tenker på det, så skjer det ingenting. Det er Gud som passer på deg. Hvis du blir redd, da kommer det – *jinn* også (Sofia).

Mange av kvinnene delte forestillinger om at også visse former for oppførsel kan føre til åndelig sykdom. Som vi så i kapittel tre, er det for eksempel en utbredt forestilling blant marokkanere at misunnelse og beundring kan føre til *ayn*. I forrige underavsnitt så vi at også noen av de norsk-marokkanske kvinnene deler denne forestillingen. Blant annet fortalte Noor, en av de voksne kvinnene, at hennes venninne plutselig hadde begynt å miste håret og bli svart i ansiktet. Noors venninne trodde at dette skjedde fordi en annen kvinne hadde kommentert hennes flotte og lange hår, og dermed gitt henne *ayn* fordi hun hadde vist misunnelse over håret hennes.

I boken *Evil eye or bacteria: Turkish migrant women and swedish health care* (1983) beskriver den medisinske antropologen Lisbeth Sachs lignende forestillinger. Sachs fant at kvinnene ofte viste en negativ holdning til sine barn for å unngå å tiltrekke seg det onde øyet gjennom misunnelse og beundring. Kvinnene kunne si at et barn er stygt, at det har en form for skade og behandle det røft, heller enn å gi ros og være mild (Sachs 1983:95). Frykten for at misunnelse og beundring kan tiltrekke *ayn* fant jeg også hos en av mine informanter. Den voksne kvinnen, Amina fortalte at hun alltid forsøker å unngå å si ting som "så søt og fin du er" til barnebarnet sitt Said. Ved å si slike ting vil hun nemlig kunne påføre ham *ayn*. Da kan han bli syk, forklarte Amina. Derimot mente hun at det ikke var risikabelt å ha slike følelser, de måtte bare ikke formidles med ord. Said hadde vært sammen med oss i gruppen kvelden før, og underveis gikk det opp for meg at jeg hadde oppført meg overfor Said akkurat slik Amina fortalte at man helst skulle unngå. Derfor spurte jeg henne om jeg kunne ha gitt *ayn* til lille Said, men hun trodde ikke at en ikke-muslim kunne gi *ayn*. I likhet med kvinnene i Sachs

studie forsøker Amina å holde sin beundring for Said inne i seg. Men der kvinnene i Sachs studie viser en negativ holdning til sine barn, gjennom både handling og ord, er Amina derimot svært kjærlig med sitt barnebarn.

På bakgrunn av kvinnes frykt for at impulsive emosjoner som aggresjon, oppfarehet og redsel kan føre til åndelig sykdom, kan det forstås som et ideal for dem å oppføre seg behersket, rolig og avbalansert. På samme måte eksisterer det en frykt for at det å misunne eller beundre andre kan føre til sykdom. Kvinnes ideal blir dermed ikke bare å skjule misunnelse, men også å tie med alle bemerkninger som kan *tolkes* som misunnelse. Lignende funn finner vi i Wikans nevnte studie fra Bali (1989). Wikan undersøker hvordan balinesiske kvinner forsøker å unngå å vise visse emosjoner overfor seg selv og andre, blant annet for å motvirke at sykdom og ulykker inntreffer. Wikan kaller denne praksisen for "managing the heart", som referer til en prosess som innebærer å "forme sine indre følelser". Wikan argumenterer for at kvinnes praksis omkring "managing the heart" dermed kan forstås som et aspekt ved balinesisk folkehelse (1989:302–303).

Jeg mener Wikans perspektiv kan benyttes for å belyse mine informanters forestillinger om beskyttelse mot åndelig sykdom. Kvinnes streben etter å beherske visse emosjoner og oppførsel mener jeg derfor kan tolkes som et aspekt ved deres beskyttelsesstrategier i hverdagen, og dermed som en del av deres helsesøkende atferd. Der kvinnes ideal om å skjule visse emosjoner og oppførsel praktiseres for å beskytte seg selv mot åndelig sykdom, ser vi at idealet om ikke å uttrykke misunnelse eller beundring også handler om å beskytte *andre* mot åndelig sykdom. Som i Wikans studie kan dermed praksisen til kvinnene i min studie beskrives som å inneholde både et personlig og et sosialt aspekt.

I tillegg til forestillinger om at visse emosjoner og oppførsel kan føre til åndelig sykdom, ble det i samtale med både de unge og de voksne kvinnene uttrykt en felles idé om at de som er svake i troen, er særlig utsatt for åndelig sykdom. En konsekvens av en slik forestilling er at det å være en god muslim, er det som gir den beste beskyttelsen mot slik sykdom. Som nevnt innledningsvis i dette underkapitlet, fortalte flere av kvinnene at så lenge man har en sterk *iman* og praktiserer islam på en riktig måte, er man ikke utsatt for onde krefter som for eksempel *jinn*. En av de voksne kvinnene, Noor, forklarte at så lenge du har islam i hjertet ditt, kommer verken *ayn* eller *jinn*. "Det skjer bare med *shaytan*-folk", forklarte Noor. En

annen av de voksne kvinnene vektla også betydningen av å være en rettroende muslim, for å være beskyttet mot *jinn*:

Å beskytte seg, det er å styrke sin *iman* i hjerte, troen i hjertet ditt. At du har et hjerte som er fanget av religion og ikke av andre ting. Det sies ofte at det som gjør at noen får *jinn* er hvordan menneskene er. La oss si at du utgir deg for å være veldig troende, men så er du egentlig ikke det, og du blander inn andre ting. For eksempel, mennesker som holder på med sånne spågreier og heksegreier, de får *jinn*. Men hvis du er et rent menneske, og hvis du utfører troen din riktig ... Jeg kjenner ingen mennesker som har det [*jinn*] faktisk. Ikke når de er på riktig vei. De det gjelder er ofte sånne som har litt andre tanker i tillegg til religion [...]. Det eneste som kan beskytter deg er Gud, og derfor må du selv være muslim på best mulig måte slik at Gud gir deg full beskyttelse (Aisha).

En av de unge kvinnene som uttrykte den samme oppfatningen av det å beskytte seg mot åndelig sykdom, var Hafida. Da jeg spurte henne om hun er redd for å bli rammet av åndelig sykdom, svarte hun: "Noen er redde, mens andre bryr seg ikke. Allah kan hjelpe oss. Hvis man ber fem ganger om dagen, leser Koranen og faster og slikt, da blir man ikke rammet." En annen av de unge kvinnene, Farida, fortalte at: "Vi som muslimer tror at jo sterkere tro du har, jo vanskeligere blir det for *jinn* å plage deg." På bakgrunn av forestillingene om at det å være en rettroende muslim, både gjennom korrekt religiøs praksis og de rette intensjonene "i hjertet", kan forstås som et aspekt ved kvinnes beskyttelsespraksis, vil jeg argumentere for at det å praktisere islam i seg selv kan forstås som en del av kvinnes helsesøkende atferd.

Som nevnt knytter jeg ikke bare kvinnes forestillinger om beskyttelse mot åndelig sykdom til individet, men jeg har understreket at slike praksiser også har et sosialt aspekt. Det blir tydeligere om vi ser på åndelige sykdomsforklaringer som en form for sosial kontroll. I *Sjukdom som oordning: människan och samhället i gränlandet mellan hälsa och ohälsa* (1996) skriver Sachs i den forbindelse at vi mennesker påvirker hverandres oppførsel gjennom å henvise til hva som er farlig, og at sykdom kan forstås som en slik fare (1996:25). Videre skriver Sachs at idealer om hva som beskytter mennesket mot sykdom utgjør et kraftig språk, ofte som underliggende og ikke-uttalte formaninger som både skaper og opprettholder de moralske kodene. "Gjennom forestillinger om farer og trusler kan derfor moralske verdier opprettholdes og sosiale regler defineres", skriver Sachs (1996:25). De norsk-marokkanske kvinnes forestillinger om hva som forårsaker åndelig sykdom kan

belyses med Sachs perspektiv. I frykt for åndelig sykdom streber kvinnene etter å unngå visse handlinger og visse måter å oppføre seg på, noe som fører til at de opprettholder visse felles moralske verdier. Eksempler på slike verdier er det å være en oppriktig og praktiserende muslim, ikke misunne andre og ikke være aggressiv. Kvinnenes forestillinger om hva som fører til åndelig sykdom, forsterkes fordi de blir bekreftet gjennom felles frykt for slike angrep.

6.3.1 Beskyttende formularer og koranresitasjon

En mer eksplisitt måte kvinnene beskytter seg mot åndelig sykdom på, er ved å uttale ulike formularer. Etter et par uker sammen med de voksne kvinnene la jeg merke til at de i forskjellige situasjoner uttalte, ofte svært lavt, ord og korte setninger på arabisk. Det kunne være under samtale med hverandre, når de åpnet Koranen eller i det de reiste seg fra stolen. Men særlig forekom dette under måltidene. Spesielt i det de skjenket opp glass med vann eller te, eller i det de forsynte seg med mat. Da jeg spurte en av kvinnene, Sofia, om hvorfor de gjorde det, fortalte hun at det var for å holde *jinn* unna: "Vi sier *audhu bi-llahi mina al-shaytani I-rajim, bi-smi llahi I-rahmani I-rahim*. Hvis en *jinn* kommer, så liker den ikke å høre det. Den blir så sint at den forsvinner!"⁴² Jeg spurte Sofia om når hun pleier å uttale formularet:

Hvis jeg går ut alene, så sier jeg det. Hver gang jeg går ut døra så sier jeg det, helt automatisk! Når vi spiser og drikker også, da må vi si *bismillah*. Grunnen til at vi sier det er at vannet blir rent. Gud gjør det rent, uten *jinn* og uten sykdom! Ikke bare vann, men all mat også. Du må alltid si *bismillah* når du spiser. Også når du lager maten. Det gir god helse! Vi tenker på den måten i islam, så jeg tror på det. Du må lære barna å si *bismillah*. Det står i Koranen og det står i hadith, at hvis noe har sykdom i seg eller er skittent, så blir det reint når du sier *bismillah*! Da blir du ikke syk (Sofia).

Etter samtalen med Sofia spurte jeg flere av de andre kvinnene i gruppen om *bismillah* og lignende formularer er noe de uttaler for å beskytte seg mot sykdom. Samtlige bekreftet at de gjorde det. Amina fortalte for eksempel at: "*Bi-smi llahi tawakkaltu ala llah*" er noe hun alltid sier før hun går ut døra for ikke å bli angrepet av *jinn* eller *ayn*.⁴³ "Da kan jeg gå til

⁴² Formularet er en del av sure 16, 98 i Koranen: "[...] seek God's protection from the outcast, Satan" (The Quran 2005). I mange situasjoner uttalte kvinnene bare *bismillah*, som betyr "I Guds navn".

⁴³ Formularet kan oversettes slik: "I put my trust in God, my Lord and your Lord". Det første leddet av formularet innleder alle surene i Koranen (unntatt én). Det andre leddet går igjen flere ganger i koranteksten, for eksempel i sure 11, 56 (The Quran 2005).

senteret og hjem igjen helt uten problemer!" En av de unge kvinnene, Hafida, fortalte også at hun noen ganger sier *bismillah* før hun går ut døren. Moren hennes sier at fordi Hafida nettopp har forlovet seg så må hun gjøre det for å unngå å tiltrekke seg *ayn*. Gjennom disse beskrivelsene ser vi at kvinnes bruk av formularer i situasjoner knyttet til blant annet matlaging, og det å bevege seg utenfor hjemmet, også kan forstås som et aspekt ved deres helsesøkende atferd i det daglige.

Da jeg tidligere spurte kvinnene om hvordan de beskytter seg mot åndelig sykdom, var det ingen som nevnte at de brukte formularer for et slikt formål. Dette oppdaget jeg derimot ved å observere dem i ulike situasjoner, og deretter gjennom samtaler. Disse ordhandlingene kan belyses med Pierre Bourdieus teori om habitus.⁴⁴ Ifølge sosialantropologen Thomas Hylland Eriksen kan habitus forstås som handlinger som er "risset inn i aktørens kropp og sinn som internaliserte, implisitte programmer for handling" (Hylland Eriksen 1998:109). Hylland Eriksen har også oversatt habitus til "kroppsliggjort kultur" for å understreke at den sosialt skapte verden gjennom habitus fremstår som naturlig og tatt for gitt (1998:109). Det er kanskje nettopp på grunn av at formularene er så internaliserte i kvinnes handlinger at de ikke nevnte dem da vi snakket om hvordan de beskytter seg mot åndelig sykdom. Akkurat det blir tydelig i sitatet til Sofia over, der hun beskriver at det å uttale *bismillah* skjer helt automatisk når hun går ut døren.

I tiden jeg tilbragte sammen med kvinnene kom det frem enda et aspekt ved deres praksis som kan forstås som en form for beskyttende formular, og som en del av deres habitus. Jeg hørte stadig at kvinnene uttalte ordene "*shwiya, shwiya*". Da jeg spurte en av kvinnene om dette, forklarte hun at det er vanlig å svare "*shwiya, shwiya*" når noen hilser på deg og spør hvordan du har det. Hun forklarte at det betyr at man har det "sånn passe", eller "helt ok". Dieste skriver at "*shwiya*" direkte oversatt betyr "*a little*" eller "*little*". Han har også observert en slik praksis og forklarer at årsaken er at personen forsøker å unngå å presentere seg selv i en perfekt tilstand. Målet er å unngå å tiltrekke seg *ayn* og *jinn* (Dieste 2013:64).

I tillegg til kvinnes bruk av formularer for beskyttelse, vektla flere av dem betydningen av å lese jevnlig i Koranen for å beskytte seg mot åndelig sykdom. Det kan blant annet sees i sammenheng med forestillingen om at en sterk *iman* er den mest effektive beskyttelsen mot

⁴⁴ Jeg har valgt å bruke begrepet "ordhandling" da kvinnes uttalelser av formularer kan forstås som handlinger gjennom ord.

åndelig sykdom, da det å lese i Koranen styrker ens *iman*. En av de voksne kvinnene, Amina, fortalte for eksempel at hun pleier å lese de tre siste surene i Koranen før hun legger seg for å sove. Det gjør hun både for å få sove, men også for å beskytte seg mot *ayn* og *jinn*. En av de unge kvinnene, Hanan, fortalte at hun pleier å gjøre jevnlig *roqya*, koranresitasjon, for å beskytte seg mot åndelig sykdom. Da jeg og Hafida, en annen av de unge kvinnene, snakket om beskyttelse mot åndelig sykdom konkluderte hun med at: "Det beste er å lese i Koranen. Da er du på rett vei. Koranen er konklusjonen for alt!" Farida, også en av de unge kvinnene, søkte likeledes beskyttelse gjennom resitasjon: "Vi har faktisk koranresitasjoner som vi leser, helst hver dag, for å bli beskyttet mot *jinn*." Senere i samtalen fortalte Farida at det var viktig å unngå å blande inn noe annet enn det "rent religiøse" når det var snakk om å forebygge åndelig sykdom:

Det rent religiøse er å lese masse i Koranen og gjøre mange *dua*. Du kan også lese Koranen over for eksempel olje eller vann, og så sprinkle leiligheten din med det slik at den blir velsignet. Eller der du sover. Poenget er at det er Koranen som beskytter deg. Du skal ikke legge til andre ting enn Koranen (Farida).

Faridas beskrivelser bringer oss over på siste del av kapitlet. Vi har så langt sett at både de voksne og de unge kvinnenes beskyttelsespraksiser er festet til en sterk forestilling om at det kun er Gud alene som kan beskytte mennesket mot åndelig sykdom. Denne ideen fremmes som "rett islam".

6.4 "Kun Allah kan beskytte deg" – beskyttende praksiser og reislamisering

Flere aspekter i kvinnes fortellinger om beskyttelse mot åndelig sykdom kan sees i lys av en reislamiseringsprosess. Før vi ser nærmere på hvordan deres konkrete praksiser kan forstås som påvirket av en slik prosess, vil jeg argumentere for at selve forestillingsuniverset tilknyttet åndelig sykdom, først og fremst synet på *jinn*, må forstås som påvirket av reislamisering. Dieste skriver at *jinner* som sykdomsårsak anerkjennes og legitimeres av "official scriptural islam", noe som har ført til at fenomenet fornyes gjennom reislamiseringens vektleggelse av skriftlige kilder. Dette er synlig i kontekster som blant annet i europeisk islam, der ungdom med nordafrikansk bakgrunn diskuterer problemer forårsaket av *jinn* på ulike internettforum som omhandler helbredelse (Dieste 2013:234–235).

Dette er et aspekt vi særlig kjenner igjen fra fortellingene til de unge norsk-marokkanske kvinnene. I kapittel tre så vi hvordan et verdensbilde hvor jinner kan være sykdomsårsak er en del av *tibb al-nabawi*, altså profetens uttalelser knyttet til sykdom og helse. Dette verdensbildet styrkes dermed gjennom reislamiseringens fokus på å følge profetens sunna. I forbindelse med troen på jinner som årsak til åndelig sykdom blant tyrkiske innvandrerkvinner i Sverige, påpekte Sachs i 1983 at:

As new generations grow up and spend their adult life in a new environment, these theories are liable to change. Among the first generation of immigrant women from Kulu, the shared cognition and its theories about causality live on to a large extent as a source of order and predictability in all the vicissitudes of life (Sachs 1983:74).

Jeg deler imidlertid ikke Sachs konklusjon om at jinner som årsaksforklaring forsvinner etter hvert som nye generasjoner muslimer vokser opp i den vestlige verden. Hennes konklusjon synes ikke dekkende for hele mitt materiale. At forestillinger om jinner som sykdomsårsak står sterkt blant både de voksne og de unge kvinnene, mener jeg blant annet kan forklares på bakgrunn av reislamiseringsprosessen. I sine fortellinger understreket flere av mine informanter at de var forpliktet til å tro på jinner, fordi de var beskrevet i Koranen. Samtidig peker ikke alt i mitt materiale i retning av reislamisering. Jeg har tidligere vist at to av de unge kvinnene, Zahra og Yamina, tillå åndelige sykdomsforklaringer mindre vekt enn de andre kvinnene. Zahra og Yamina kan som nevnt forstås som å praktisere en form for islam som er preget av større grad av variasjon, sammenliknet med de andre unge kvinnene som i større grad synes å være påvirket av reislamisering.

I forrige kapittel så vi hvordan kvinnes ideer om helbredelse tar utgangspunkt i en sterk forestilling om at det kun er Gud som kan helbrede mennesker, og at bruk av Koranen derfor blir den eneste tillatte måten å oppnå helbredelse på. Vi så også hvordan begge aspektene kan forstås som kjennetegn ved en reislamiseringsprosess. I dette kapitlet har vi også sett at kvinnes forestillinger om hva som er tillatt islamsk praksis ved beskyttelse mot åndelig sykdom, også baserer seg på bruk av Koranen gjennom resitasjon og formularer. Til grunn for dette ligger en forståelse av at det kun er Gud som kan beskytte mennesker mot sykdom, på samme måte som at det kun er Gud som kan helbrede. At kvinnene anser bruk av Koranen som eneste tillatte beskyttelsespraksis, blir enda tydeligere ved at de også definerer andre utbredte beskyttelsespraksiser i Marokko som *shirk*, og dermed tar markant avstand fra disse.

Å konstruere skarpe grenser mellom praksiser knyttet til kultur og praksiser som anses som "rene" og som "korrekt islamske", er et kjennetegn ved reislamiseringsdekulturaliseringstendens, som det er gjort rede for i kapittel tre.

Fremtredende i kvinnenens fortellinger var hvordan de anså bruk av amuletter for beskyttelse som en praksis i strid med islam. Det gjaldt både amuletter kalt *khamisa* og *ayn al-hasud*, men også amuletter laget av koranvers, ofte kalt *hjab*.⁴⁵ En av de voksne kvinnene, Amina, beskrev slike amuletter som "tull og tøys". Hun presiserte at det eneste man kan gjøre for å beskytte seg mot åndelig sykdom er å lese i Koranen og si *bismillah*. Det samme kom frem da jeg spurte en annen av de voksne kvinnene om hun bruker amuletter for å beskytte seg mot *jinn*:

Nei, nei, jeg bruker aldri kjeder og sånne ting. De sier det er *shirk*. Gud liker ikke sånt. Man kan ikke beskytte seg fra *jinn*, man kan bare lese Koranen. Fordi det er Gud som hjelper oss. De [amuletter] hjelper ingenting. Jeg tror ikke på det, det er *kun* Gud som kan beskytte deg. Men det er mange i Marokko som bruker sånne smykker. Det er fordi de ikke har gått på skole og lært at det er *haram*. Men ingen jeg kjenner gjør det, det er fordi de kjenner Koranen, de kjenner *haram* (Sofia).

En av de andre voksne kvinnene gikk så langt som å beskrive bruk av amuletter som farlig:

Det [bruk av amuletter] er *shirk*. Det er å blande inn andre ting enn Gud. Hvordan kan den hånda [*khamisa*] beskytte? En *ting* kan ikke beskytte deg! Det eneste som beskytter deg er Gud, og derfor må du selv være muslim på best mulig måte slik at Gud beskytter deg enda mer. Men hvis du har på deg Fatimas hånd, eller det øye som tyrkerne har, eller sånne svarte greier rundt øyet for at ikke *ayn* skal komme, så ... *Shirk* er *veldig* farlig (Aisha).⁴⁶

Hanan og Yamina, to av de unge kvinnene, hadde det samme synet på bruk av amuletter for beskyttelse mot åndelig sykdom. Hanan fortalte at å bruke *khamisa*- og *ayn al-hasud*-amuletter er en form for overtro som grenser til *shirk*. I hennes forståelse er det å tro at amuletter skal beskytte deg det samme som å sette noe annet opp mot Gud. Hun presiserte at

⁴⁵ *Khamisa*, som betyr "fem", er en amulett formet som en hånd. Den kalles også Fatimas hånd, etter Muhammads datter (Dieste 2013:225). *Ayn al-hasud*, "misunnelsens øye", er betegnelsen for en amulett formet som et øye.

⁴⁶ Dieste skriver at mange marokkanere påfører et svart pulver rundt øynene, kalt *kuhl*, for å beskytte seg mot blant annet *jinn* (2013:130).

man aldri skal gi en gjenstand en beskyttende egenskap, fordi beskyttelse *kun* kommer fra Gud. Hanan forklarte at etter hvert som hun var blitt eldre, har hun forstått at slike amuletter er "vrøvl". Hun fortalte at særlig den berbiske delen av familien hennes alltid hadde vært opptatt av å bruke lapper med koranvers rundt halsen for å beskytte seg, men at hun nå visste at det er forbudt i islam. Yamina var også av den oppfatning at bruk amuletter for beskyttelse er noe som går imot islam. Likevel viser ett av sitatene hennes et mer nyansert syn på bruk av amuletter:

Det er veldig utbredt i marokkansk kultur, for eksempel å bruke Fatimas hånd for å beskytte seg mot det onde øyet. Spesielt på spedbarn. Det er noe jeg alltid har vokst opp med, men nå når jeg kan litt mer om religion og sånn så vet jeg at det kan gå litt imot religionen. Før måtte jeg ha det med for å være beskyttet, men nå bruker jeg det bare fordi det er fint. Fordi Gud er jo den som kan beskytte deg, ikke et armbånd. Men det er jo på grunn av beskyttelse det i utgangspunktet er så populært i Marokko. Det er litt morsomt, fordi du tror liksom ikke på at Gud beskytter deg nok, så du må gå med et smykke. Mange mener at det bare er tull, og at det liksom er *haram* å bruke det fordi da tror man at det er noe annet som beskytter deg. Det er mye diskusjon på det (Yamina).

En annen av de unge kvinnene, Zahra, fortalte i likhet med Yamina at hun bruker amuletter fordi hun synes det er fine smykker. Som vi så i begynnelsen av kapitlet, tror ikke Zahra på åndelig sykdom, men hun forteller at hun likevel bruker amuletter som en form for identitetsmarkør:

Jeg har både *ayn*-smykke og Fatimas hånd, men de har jeg kjøpt på Hennes og Mauritz fordi jeg synes de er så fine. Så jeg tenker mer på det som et slags nordafrikansk identitetssmykke, som jeg bruker fordi jeg er stolt av å ha nordafrikanske aner. Men jeg tenker liksom ikke at de beskytter meg fra det onde øyet eller noe sånt. Fordi sånne ting tror jeg jo ikke på (Zahra).

De fleste av kvinnene anså altså bruk av amuletter for beskyttelse som å stride imot islam. Mölsä, Hjelde og Tiilikainen fant også i sin studie av somaliere i Finland at bruk av amuletter og lignende beskyttelsespraksiser blant somaliere verden over er blitt feid til side som overtro, til fordel for mer puritanske tolkinger av islam (2010:289). Jeg finner tydelige likheter i fortellingene til kvinnene i min studie og til kvinnene i den finske studien. En av de somaliske informantene i den finske studien sier for eksempel: "It is complete nonsense to believe that a bottle of seawater hanging in front of the house can protect you! It is also the

same nonsense to believe that an ostrich egg protects the family from disasters. [...] it is *shirk*, a sinful thing!" (Mölsä, Hjelde og Tiilikainen 2010:289). En av de lærde som ble intervjuet i studien forklarer at amuletter er forbudt i islam, og at den eneste korrekte måten å søke helbredelse er ved å resitere *dua* og koranvers (Mölsä, Hjelde og Tiilikainen 2010:289). I boken *Islamisk medicin* (2001) påpeker også Samuelsson at ortodokse lærde som regel anser produksjon og bruk av amuletter, som *khamisa*, for å være i strid med islam (2001:73).

I motsetning til bruk av amuletter står som nevnt den beskyttende kraften i det hellige ord, altså Koranen. I boken *The Belief in Spirits in Morocco* (1920) fremholdt Westermarck at befolkningen i Marokko anså Koranen for å være det mest effektive midlet til å forebygge sykdom, selv om han fant at også andre midler ble brukt. Westermarck mente at Koranen ble tilskrevet en slik rolle på grunn av en forestilling om at all ondskap (*jinn*, *ayn* og *suhur*) fryktet Koranens hellige ord mer enn alt annet (1920:61). Som nevnt kan vektleggingen av Koranen som den *eneste* tillatte beskyttelsespraksisen mot åndelig sykdom, forstås som et kjennetegn ved reislamiseringen i den islamske verden i dag. Dieste skriver at bruk av Koranens helbredende og beskyttende kraft kan forstås som et aspekt som har overlevd kritikken fra ortodokse lærde. Derfor benyttes Koranen i en rekke profylaktiske og terapeutiske teknikker, både gjennom resitasjon, men også gjennom det skrevne ord i amuletter (Dieste 2013:249). I forbindelse med helbredelse mot åndelig sykdom påpeker også sosiologen og antropologen Emilio Spadola, i artikkelen "Writing cures: religious and communicative authority in late modern Morocco" (2009), hvordan lærde innen den islamske vekkelsen begrenser sine behandlingsteknikker til bruk av Koranen alene. Det innebærer resitasjon, men først og fremst amuletter laget av koranvers. Et interessant aspekt som skiller de norsk-marokkanske kvinnenes praksis fra både Diestes og Spadolas beskrivelser, er at kvinnene begrenser bruken av Koranen til resitasjon. Dieste og Spadola beskriver både resitasjon og det skrevne ord (i amuletter) som en del av reislamiseringsfokus på Koranens beskyttende kraft. De norsk-marokkanske kvinnene plasserer imidlertid amuletter med koranvers i samme kategori som *khamisa* og *ayn al-hasud*, som de forstår som forbudt praksis.

Tidligere i kapitlet så vi hvordan kvinnene forstår det å være en rettroende muslim, som har "islam i hjertet", som den mest effektive beskyttelsen mot åndelig sykdom. En slik oppfatning kan også sees i sammenheng med kvinnenes uttalelser om at Gud alene er den eneste som kan beskytte mennesker mot sykdom. Jeg har tolket dette aspektet ved deres

helsesøkende atferd som påvirket av en pågående reislamiseringsprosess. Det fremkom spesielt i kvinnenenes uttalelser omkring bruk av Koranen som den eneste tillatte praksis. Vi har også sett hvordan de norsk-marokkanske kvinnene avviser bruk av amuletter laget av koranvers, en praksis både Dieste og Spadola beskriver som et kjennetegn ved reislamiseringen. På den andre siden har vi sett at noen av de unge norsk-marokkanske kvinnene tillater bruk av beskyttende amuletter da de anser det som en markør på deres nordafrikanske identitet. På dette viset veves flere former for praksis sammen, men overordnet det hele står uttalelser om betydningen av "rett islam".

7 Avsluttende betraktninger

I denne oppgaven har jeg undersøkt hvordan religiøse og kulturelle tradisjoner virker inn på helsesøkende atferd, slik dette kommer til syne i en gruppe norsk-marokkanske kvinners fortellinger. Gjennom temaer som kosthold, behandling og ulike beskyttelsespraksiser har vi sett hvordan kvinnenens islamske og marokkanske tradisjoner spiller viktige roller i deres opplevelse av god helse. I stedet for å vektlegge sykdom og helbredelsespraksiser, slik det som regel har vært gjort i tidligere relevant forskning, har jeg i denne oppgaven satt *helse* i sentrum. Jeg har forsøkt å etablere en bred forståelse av kvinnenens opplevelse av helse ved å undersøke hvordan søken etter god helse på ulike måter er en del av kvinnenens hverdagsliv. Jeg har også vist hvordan måten dette gjøres på er knyttet til reislamisering. Reislamiseringen har forskjellige utslag, og jeg har undersøkt hvilken rolle disse spiller i kvinnenens helsesøkende atferd. Underveis i dette siste kapitlet vil jeg også peke på temaer det kan være av interesse å forske videre på.

For å kunne diskutere hvordan islamske og marokkanske tradisjoner har innvirkning på de norsk-marokkanske kvinnenens helsesøkende atferd, var det først nødvendig å plassere kvinnenens fortellinger i en større sammenheng. Det gjorde jeg i kapittel tre ved å presentere medisinske og helserelaterte tradisjoner i den marokkanske kulturen. Gjennom oppgaven har vi sett hvordan noen av disse tradisjonene utgjør en viktig del av kvinnenens helsesøkende atferd, mens andre tradisjoner er avvist av kvinnene. Dette vil jeg diskutere nærmere i neste underkapittel.

I kapittel fire begynte jeg analysen av det empiriske materialet ved å se på hvordan de voksne kvinnene benytter islamske og marokkanske kostholdstradisjoner for å styrke helsen. Vi så også hvordan noen av kvinnene opplevde det problematisk at deres barn ikke tillat slike tradisjoner den samme betydningen som dem selv. Slik så vi at kostholdspraksiser utgjør en viktig del av de voksne kvinnenens søken etter helse, både for seg selv og sin familie. Derimot var disse kostholdstradisjonene ikke en del av de unge kvinnenens fortellinger, og jeg diskuterte årsaker til dette.

I kapittel fem så jeg på kvinnenens fortellinger om behandling og lindring av sykdom og plager i hverdagen. Koranresitasjon var noe de voksne kvinnene fant svært effektivt i

forbindelse med både fysiske plager og psykisk ubehag. De unge kvinnene benyttet først og fremst resitasjon for psykisk ubehag. Vi så også hvordan substanser beskrevet i Koranen og anbefalt gjennom sunna ble benyttet for å behandle ulike plager. Både de unge og de voksne kvinnene trakk frem det positive ved disse substansene på bakgrunn av et sterkt fokus på profetens sunna. Et felles trekk i de voksne og de unge kvinnenes fortellinger var hvordan de beskrev islamske behandlingspraksiser som naturlige, og derfor som bedre enn farmakologiske medikamenter og behandlinger.

I det siste analysekapitlet, kapittel seks, gikk vi over til å se på en annen type sykdom, nemlig åndelig sykdom. Jeg begynte med å gi et innblikk i kvinnenes ideer om hvordan åndelig sykdom viser seg. Videre så vi på deres forestillinger om at visse følelser og en viss oppførsel kan føre til at man blir angrepet av *jinn* og *ayn*, og dermed bli syk. Jeg påpekte hvordan kvinnenes streben etter å beherske visse følelser og oppføre seg på særskilte måter, kan forstås som ett nivå av kvinnenes ulike beskyttelsesstrategier mot åndelig sykdom. I dette kapitlet fikk vi gjennom kvinnenes fortellinger også innblikk i mer eksplisitte beskyttelsespraksiser, nemlig bruk av formularer og koranresitasjon.

Gjennom hele oppgaven har det fremkommet mange likheter mellom de voksnes og de unge kvinnenes fortellinger. Likevel peker ikke alt materiale i samme retning. Den største forskjellen mellom de to generasjonene finner vi som nevnt i forbindelse med kostholdstradisjonene. I kapittel fire så vi at verken islamske eller marokkanske kostholdstradisjoner var en del av de unge kvinnenes fortellinger. Jeg diskuterte hvordan en av forklaringene på det kan være at de unge kvinnene nettopp er "unge kvinner", og at mat og kosthold derfor ikke er en stor del av deres hverdag. Jeg vil også påpeke at fraværet av praksisen omkring et varmende og kjølede kosthold kan forklares på bakgrunn av at denne tradisjonen er mer tilknyttet marokkansk kultur enn islam. Dette forklarer likevel ikke fraværet av en praksis med utgangspunkt i Koranens og sunnas anbefalte matsorter for å styrke helsen. En årsak til det kan være at Koranen og sunna i større grad inneholder substanser anbefalt for behandling av sykdom, enn matsorter anbefalt for å styrke helsen generelt. Derimot anså flere av de unge kvinnene bruken av anbefalte substanser for behandling som en viktig del av det å følge profetens sunna.

At kostholdstradisjoner ikke er en viktig del av livet til verken de unge kvinnene eller barna til de voksne kvinnene, kan forstås som et uttrykk for religiøs og kulturell endring i

migrasjonskontekst. Denne oppgaven viser at kostholdstradisjoner er ett aspekt ved de voksne kvinnenes kultur som *ikke* blir ført videre til den neste generasjonen som vokser opp i Vesten. Nettopp endringsaspekter i forhold til forestillinger om sykdom og helse blant ulike migrantgrupper i Vesten kunne vært et interessant tema for videre forskning. På hvilken måte endres forestillinger og praksis i møte med en annen kultur, og hvilke aspekter er det som blir ført videre til neste generasjon?

I forbindelse med kapittel fem og seks vil jeg også trekke frem et par områder der de unges fortellinger skiller seg fra de voksnes. I kapittel fem så vi hvordan både de unge og de voksne kvinnene fant koranresitasjon svært virkningsfullt i behandling av sykdom og plager. Kvinnene i de to ulike generasjonene hadde likevel ikke et sammenfallende syn på *hvilken* virkning koranresitasjon har på mennesket. Vi så hvordan de voksne kvinnene benyttet resitasjon for å lindre psykisk ubehag som tristhet og "uroelige tanker", men også for å behandle fysiske skader og plager, som for eksempel muskelsmerter. De unge kvinnene begrenset koranresitasjon til behandling og lindring av ulike former for psykisk ubehag, som nervøsitet og tristhet. Et slikt skille mellom den fysiske og psykiske delen av mennesket kom også til syne i kvinnenes ideer om hvilke sykdommer onde krefter kan påføre mennesket. De voksne kvinnene beskrev både fysiske og psykiske plager og sykdommer forårsaket av onde krefter, mens de unge kvinnene var mer opptatt av hvordan slike krefter kunne påvirke mennesket psykisk. Vi ser altså, når det gjelder sykdom og helse, at de unge kvinnene i motsetning til de voksne knytter et islamsk verdensbilde til rent psykiske aspekter ved mennesket.

Hovedfokuset i oppgaven har vært hvordan marokkanske og islamske tradisjoner har innvirkning på kvinnenes helseatferd. Underveis har vi likevel sett at også ulike aspekter knyttet til den skolemedisinske tradisjonen spiller en rolle i de valgene kvinnene tar for å fremme god helse. I kapittel fire så vi for eksempel hvordan de voksne kvinnene i tillegg til å klassifisere matsorter etter religiøse og kulturelle mønstre, også vurderte matsorter ut fra næringsverdier som for eksempel vitamininnhold. I forbindelse med behandling gjennom koranresitasjon og ulike substanser, så vi at både de unge og de voksne kvinnene fant slike metoder svært virkningsfulle, men at de likevel var bevisste at disse behandlingsmetodene i visse tilfeller måtte suppleres. Begge gruppene understreket at ved alvorlig eller akutt sykdom måtte skolemedisinens metoder og medikamenter benyttes.

Med andre ord kan ikke tradisjonene og praksisene som utgjør kvinnenes helsesøkende atferd betraktes som statiske og lukkede. Tvert i mot kan de beskrives som overlappende, og som å utfylle hverandre. Man kan si at kvinnene benytter seg av flere ulike verktøy i arbeidet med å styrke helsen. Vi finner likevel unntak. I kapittel seks så vi på sykdomsforestillinger og praksis knyttet til åndelig sykdom. Dette praksisområdet synes i større grad å være kjennetegnet av lukkede grenser. I fortellingene om hvordan kvinnene forsøkte å beskytte seg mot åndelig sykdom, kom det ikke frem at de søkte beskyttelse i den skolemedisinske tradisjonen, og heller ikke kostholdstradisjonen som vektla betydningen av balansen mellom varm og kald. En slik avgrensing ble også tydelig i forbindelse med hvordan kvinnene anså åndelig sykdom som en egen sykdomskategori, adskilt fra fysisk og psykisk sykdom.

7.1 Reislamisering og generasjonslikheter

I tillegg til at jeg har sett på hvordan spesifikke islamske og marokkanske medisinske tradisjoner er en del av kvinnenes helsesøkende atferd, har jeg også sett deres ideer om sykdom og helse i lys av en annen tendens. Jeg ønsket å undersøke hvorvidt reislamisering, som en pågående prosess som påvirker ulike deler av islamsk liv verden over, også har innvirkning på de norsk-marokkanske kvinnenes helsesøkende atferd. Gjennom analysen i oppgaven mener jeg vi har sett at dette er tilfelle både blant de unge og de voksne kvinnene. I deres fortellinger om behandlingspraksiser og åndelig sykdom og tilhørende beskyttelsesstrategier kan vi kjenne igjen aspekter andre forskere har beskrevet som kjennetegn ved reislamisering. Særlig har vi sett hvordan reislamiseringens dekolteralisering kan sies å kjennetegne kvinnenes avstandtaking fra folkereligøse behandlings- og beskyttelsespraksiser i Marokko, som de definerte som *shirk*. I motsatt ende står et sterkt fokus på Koranen og sunna som utgangspunktet for all praksis knyttet til sykdom og helse.

Som vi så i kapittel tre påpekte Eneborg at reislamiseringens mål om en universell islam uten kulturelle aspekter har en sterk tiltrekningskraft på "rootless second- and third-generation" (Eneborg 2012:15). Et interessant aspekt, og et viktig funn i denne oppgaven, er at reislamisering i like stor grad kjennetegner de voksne kvinnenes praksis. Min studie viser dermed at reislamisering spres i alle generasjoner.⁴⁷ Mitt materiale er for lite til å kunne si noe om *hvorfor* det er så stor likhet mellom de to generasjonene. Hvis aktivitetsgruppen

⁴⁷ Jeg er ikke alene om å påpeke at reislamisering spres i alle generasjoner. Se f.eks Saba Mahmood (2012) for lignende funn.

hadde bestått av flere kvinner, og jeg hadde hatt mulighet til å følge dem over tid og i flere ulike settinger, kan det tenkes at vi ville sett større forskjeller. Et interessant aspekt, og et forslag til videre forskning, hadde vært å se nærmere på *hvordan* og *når* vendingen mot reislamiseringen skjedde. Når det gjelder de voksne kvinnene, kan det spørres om påvirkningen skjedde mens de fortsatt bodde i Marokko, eller om de først ble påvirket i Vesten?

Vi har sett at flere aspekter ved kvinnenes behandlings- og beskyttelsespraksis kan sies å være påvirket av reislamisering. I flere av fortellingene kommer det tydelig frem at kun bruk av Koranen betraktes som gyldig praksis. Samtidig har vi sett at ikke hele materialet peker i retning av reislamisering. Noen av kvinnene tillater og benytter praksiser som ikke er begrenset til Koranen alene. Selv om de er påvirket av reislamisering, forhandler de inn og beholder visse praksiser. At det kom frem visse modifikasjoner i kvinnenes sterke fokus på Koranen alene som gyldig praksis, kan forstås som et uttrykk for en fleksibilitet i tradisjonene. Det kan ikke utelukkes at en slik tendens ville vært enda mer fremtredende hvis feltarbeidet hadde strukket seg over en lengre periode. I forbindelse med helsesøkende atferd vil jeg påpeke at nettopp håpet om bedre helse kan forstås som en av årsakene til at kvinnene, til tross for påvirkning av reislamisering, beholder visse praksiser som i utgangspunktet stemples som *shirk*.

Når det gjelder åndelig sykdom, peker heller ikke alt materiale i retning av reislamisering. I kapittel seks så vi hvordan forestillinger om åndelig sykdom var en del av de fleste av kvinnenes verdensbilde, uavhengig av sosiokulturell klasse. Jeg påpekte hvordan selve forestillingsuniverset tilknyttet åndelig sykdom, først og fremst synet på jinner, må forstås som påvirket av reislamisering. Samtidig så vi at to av de unge kvinnene, Zahra og Yamina, tilla slike sykdomsforklaringer mindre vekt enn to av de andre unge kvinnene, Hanan og Farida. En mulig forklaring på dette kan være, som jeg drøftet i kapittel seks, at Zahra og Yamina kan synes å praktisere en form for islam som er preget av større grad av individuell variasjon, mens Hanan og Farida er mer påvirket av reislamisering.

Gjennom oppgaven har vi sett at reislamisering i hovedsak synes å påvirke både de unge og de voksne kvinnene i like stor grad. På ett område synes imidlertid de unge kvinnene å være mer påvirket enn de voksne kvinnene. Som nevnt var de unge kvinnene av den oppfatning at onde krefter *ikke* kan påføre mennesket fysiske skader. Det var fremtredende hvordan deres

begrunnelser var preget av velkjente teologiske problemstillinger omkring temaet, spesielt i forhold til jinner. Da de voksne kvinnene fortalte om hva jinner kan gjøre med mennesket, syntes beskrivelsene i større grad å gå ut over de islamske, normative beskrivelsene og tolkningene av fenomenet. Jeg påpekte hvordan en av årsakene til denne forskjellen kan være at de voksne kvinnene, i motsetning til de unge kvinnene, alle har vært vitner til mennesker "med *jinn*". Slik sett synes åndelige sykdomsforklaringer å være en del av de voksne kvinnenes kroppsliggjorte erfaringer. Dette kan sees i sammenheng med avsnittet over, der jeg beskrev visse praksiser som forhandlet inn til tross for påvirkning fra reislamisering, nettopp fordi de gir mening til sykdom og lidelse.

7.2 Betydningen av religiøse og kulturelle tradisjoner i helsesøkende atferd

Jeg vil avslutte oppgaven med å understreke betydningen av kvinnes islamske og marokkanske tradisjoner i deres søken etter god helse. Medisinsk antropologi har et praksisområde som er rettet mot å endre menneskers helsesøkende atferd. Religiøse og kulturelle praksiser kan bli ansett som negative. Det så vi et eksempel på i kapittel fire, der forskning ble utført med det målet om å endre en gruppe minoriteters kostholdsvaner. Min oppgave viser derimot at kvinnes marokkanske og islamske tradisjoner spiller en betydningsfull rolle i deres helsesøkende atferd. I kapittel én la jeg til grunn Fugellis og Austvegs beskrivelser av helsebegrepet for min forståelse av helsesøkende atferd. Som vi så, knytter både Fugelli og Austveg begrepet helse til vår evne til å *leve med* sykdom, problemer og risiko (i Thorbjørnsrud 2009:249–250). I fortellingene til kvinnene har vi nettopp sett hvordan deres ulike islamske og marokkanske praksiser er viktige verktøy i deres mestring av egen helse. Vi så for eksempel hvordan islamske behandlingsmetoder kan forstås som viktige selvhjelpstrategier i møte med sykdom og plager. På samme måte så vi hvordan kvinnes ulike beskyttelsespraksiser spiller viktige roller i en hverdag der risikoen for åndelig sykdom oppfattes som reell. En innvending mot dette argumentet er at forestillingen om onde krefter kan ha negativ innvirkning på de troendes psykiske helse. Studier har for eksempel vist at redselen for svart magi kan utløse alvorlige sykdomstilstander (Ingstad 2007:26). Likevel vil jeg argumentere for at kvinnes ulike beskyttelsespraksiser fører til økt følelse av, nettopp, beskyttelse. Det å føle seg beskyttet mot sykdom, enten det er sykdom forårsaket av *jinn* eller virus, må kunne anses som en viktig del av opplevelsen av god helse.

I denne oppgaven har jeg søkt å gi et innblikk i og skape en forståelse av hvordan religiøse og kulturelle tradisjoner kan utgjøre positive sider av menneskers søken etter god helse. I forbindelse med sykdom påpeker Ingstad hvordan mestringsprosessen, i likhet med selve sykdommen, blir kulturelt formet (2007:49). Det samme gjelder for mestringsprosessen knyttet til søken etter god helse. Derfor er det nødvendig å ta ulike kulturelle oppfatninger av helse på alvor. Innenfor helsevesenet i Norge finnes et stadig økende behov for tilstrekkelig kunnskap om minoriteters ulike forståelser av sykdom og helse. Slik kunnskap er nødvendig for å kunne gi alle mennesker, uansett livssyn og kulturell bakgrunn, likeverdige helsetjenester. I rapporten "Ny nasjonal strategi for innvandreres helse 2013–2017" (Helse- og omsorgsdepartementet 2013), beskrives nettopp likeverdige helse- og omsorgstjenester som ett av (den daværende) regjeringens hovedmål. Videre beskriver rapporten hvordan "dette målet utfordres både på grunn av språkproblemer, kulturelle forskjeller og at enkelte innvandrergupper har særskilte helseproblemer" (Helse- og omsorgsdepartementet 2013). Denne oppgaven kan derfor leses som et bidrag til kunnskap om minoriteters forståelse av sykdom og helse.

Litteraturliste

Al-Suyuti, 1994, *As-Suyuti's medicine of the Prophet: May Allah bless him and grant him peace*, Ta-Ha Publishers, London.

Aukrust, K. 2005, "Det informerte samtykke og andre kategoriske imperativ: Om feltarbeidets etikk", i Gustavsson, A. (red.), *Kulturvitenskap i felt: Metodiske og pedagogiske erfaringer*, Høyskoleforlaget, Kristiansand, s. 219–242.

Austveg, B. 1994, *Helsearbeid og innvandrere: Mangfold, sunnhet og sykdom*, 2. utg., Tano, Otta.

Bowen, J.R. 2012, *The new anthropology of Islam*, Cambridge University Press, Cambridge.

Bradby, H. 1997, "Health, eating and heart attacks: Glaswegian Punjabi women's thinking about everyday food", i Capland, P. 1997, *Food, health and identity*, Routledge, London, s. 213–233.

Braut, G.S. 2014, "Skolemedisin", i *Store medisinske leksikon*. Tilgjengelig fra: <http://sml.snl.no/skolemedisin> [Lest: 30. mai 2014].

Chowdhury, A.M, Helman, C. og T. Greenhalgh 2000, "Food beliefs and practices among british bangladeshis with diabetes: Implications for health education", *Anthropology and Medicine*, bd. 7, s. 209–26, i Helman, C. (ed.) 2008, *Medical anthropology*, Ashgate, Aldershot, s. 5–22.

Cornally, N. og G. McCarthy 2011, "Help-seeking behaviour: A concept analysis", *International Journal of Nursing Practice*, bd. 17, nr. 3, s. 280–288.

Crapanzano, V. 1973, *The Hamadsha: A study in Moroccan ethnopsychiatry*, University of California Press, Berkeley.

- Dahl, K. 2002, "Dokumentasjon og prosess: Dilemmaer i et historisk perspektiv", *Sykepleien*, bd. 90, nr. 3, s. 46—50.
- Dein, S., M. Alexander og D. A. Napier. 2008, "Jinn, Psychiatry and Contested Notions of Misfortune among East London Bangladeshis", *Transcultural Psychiatry*, bd. 45, nr. 1, s. 31–55.
- Dieste, J.L.M. 2013, *Health and ritual in Morocco: Conceptions of the body and healing practices*, Brill, Leiden.
- Dochterman, M. J. og G. M. Bulechek (red.) 2008, *Klassifikasjoner av sykepleieintervensjoner (NIC)*, 4. utg., Akribes, Oslo.
- Eek, Ø. 2014, "Nosologi", i *Store medisinske leksikon*. Tilgjengelig fra: <http://sml.snl.no/nosologi> [Lest: 31. mai 2014].
- Eneborg, M. Y. 2012, "Ruqya Shariya: Observing the rise of a new faith healing tradition amongst Muslims in east London", *Mental Health, Religion and Culture*, bd. 16, nr. 10, s. 1–17.
- Esborg, L. 2005, "Feltarbeidets mange samtaleformer", i Gustavsson, A. (red.), *Kulturvitenskap i felt: Metodiske og pedagogiske erfaringer*, Høyskoleforlaget, Kristiansand, s. 91–107.
- Flood, G. 1999, *Beyond phenomenology: Rethinking the study of religion*, Continuum, London.
- Fonneland, T. 2006, "Kvalitative metoder: Intervju og observasjon", i Kraft, S. E. og R. J. Natvig (red.), *Metode i religionsvitenskapen*, Pax Forlag, Oslo, s. 222–242.
- Greenwood, B. 1981, "Cold or Spirits? Choice and ambiguity in Morocco's pluralistic medical system", *Social Science and Medicine*, bd. 15, nr. 3, s. 219–235.

- Hammersley, M. og P. Atkinson 1995, *Ethnography: Principles in practice*, 2. utg., Routledge, New York.
- Helman, C. (red.) 2008, *Medical anthropology*, Ashgate, Aldershot.
- Helman, C. G. 2007, *Culture, Health and Illness*, 5. utg., Hodder Arnold, London.
- Helse- og omsorgsdepartementet 2013, *Likeverdige helse- og omsorgstjenester – god helse for alle: Ny nasjonal strategi om innvandreres helse 2013–2017*, Helse- og omsorgsdepartementet, Oslo. Tilgjengelig fra:
http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/planer/2013/likeverdige-helse--og-omsorgstjenester.html?id=733870 [Lest: 30. mai 2014].
- Hoffer, C. 2000, "Religious healing methods among muslims in the Netherlands", *ISIM Newsletter*, bd. 6, nr. 1, s. 8–8.
- Hoffer, C.B.M. 1992, "The practice of islamic healing", i Shadid, W.A.R. og P.S. van Koningsveld (ed.) *Islam in Dutch society: current developments and future prospects*, Kok Pharos Publishing House, Kampen, s. 40–53.
- Hylland Eriksen, T. 1998, *Små steder, store spørsmål: En innføring i sosialantropologi*, 2. utg., Universitetsforlaget, Oslo.
- Ingstad, B. 2007, *Medisinsk antropologi: En innføring*, Fagbokforlaget, Bergen.
- Kleinman, A. 1980, *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*, University of California Press, Berkeley.
- Kraft, S. E. og R. J. Natvig 2006, "Innledning", i Kraft, S. E. og R. J. Natvig (red.), *Metode i religionsvitenskapen*, Pax Forlag, Oslo, s. 7–13.
- Maarouf, M. 2007, *Jinn eviction as a discourse of power: A multidisciplinary approach to moroccan magical beliefs and practices*, Brill, Leiden.

- MacPhee, M. 2003, "Medicine for the heart: The embodiment of faith in Morocco", *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, bd. 22, nr. 1, s. 53–83.
- MacPhee, M.J. 2012, *Vulnerability and the art of protection: Embodiment and health care in Moroccan households*, Carolina Academic Press, North Carolina.
- Mahmood, S. 2012, *Politics of piety: The islamic revival and the feminist subject*, Princeton University Press, New Jersey.
- Meijer, R. (red.) 2013, *Global salafism: Islam's new religious movement*, Oxford University Press, New York.
- Miller, S.G. 2013, *A history of modern Morocco*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Minganti, P.K. 2007, *Muslima: Islamisk väckelse och unga muslimska kvinnors förhandlingar om genus i det samtida Sverige*, Carlssons Bokförlag, Stockholm.
- Mölsä, M.E., Hjelde, K.H. og M. Tiilikainen 2010, "Changing conceptions of mental distress among Somalis in Finland", *Transcultural Psychiatry*, bd. 47, nr. 2, s. 276–300.
- Moorhead, S., Johnson, M., M. L. Maas og E. Swanson 2013, *Nursing Outcomes Classification (NOC)*, 5. utg., Elsevier Mosby, USA.
- Nasjonalt råd for ernæring 2006, *Tiltak for å sikre en god vitamin D-status i befolkningen*, Sosial- og helsedirektoratet, Oslo. Tilgjengelig fra:
<http://www.helsedirektoratet.no/folkehelse/ernering/strategier-og-satsninger/Documents/vitamin-d-rapport-ernaringsradet-2006.pdf> [Lest: 30. mai 2014].
- Nylenna, M. 2014, "Helseatferd", i *Store Medisinske leksikon*. Tilgjengelig fra:
<http://sml.snø.no/helseatferd> [Lest: 31. mai 2014].

- Østberg, S. 2005, *Muslim i Norge: Religion og hverdagsliv blant unge norsk-pakistanere*, Universitetsforlaget, Oslo.
- Pehro, I. 1995, *The prophet's medicine: A creation of the Muslim Traditionalist Scholars*, Finnish Oriental Society, Helsinki.
- Pettersen, K. 2005, "Feltarbeid i et kjønnssegregert samfunn", i Gustavsson, A. (red.), *Kulturvitenskap i felt: Metodiske og pedagogiske erfaringer*, Høyskoleforlaget, Kristiansand, s. 185–202.
- Rausch, M. 2000, *Bodies, boundaries and spirit possession: Moroccan women and the revision of tradition*, Transcript Verlag, Bielefeld.
- Repstad, P. 1998, *Mellom nærhet og distanse: Kvalitative metoder i samfunnsfag*, 3. utg., Universitetsforlaget, Oslo.
- Roald, B. 2014, "Etiologi", i *Store medisinske leksikon*. Tilgjengelig fra: <http://sml.snl.no/etiologi> [Lest: 31. mai 2014].
- Ross, I. A. 2012, *The anthropology of alternative medicine*, Berg, London.
- Roy, O. 2004, *Globalized islam: A search for a new ummah*, Colombia University Press, New York.
- Sachs, L. 1983, *Evil eye or bacteria: Turkish migrant women and swedish health care*, Stockholm Studies in Social Anthropology, Stockholm.
- Sachs, L. 1996, *Sjukdom som oordning: Människan och samhället i gränlandet mellan hälsa och ohälsa*, Natur og Kultur, Stockholm.
- Samuelsson, J. 2001, *Islamisk medicin*, Studentlitteratur, Lund.
- Sengers, G. 2003, *Women and demons: Cult healing in Islamic Egypt*, Brill, Leiden.

- Singer, M. og H. Baer 2012, *Introducing medical anthropology: A discipline in action*, 2. utg., AltaMira Press, Lanham.
- Spadola, E. 2009, "Writing cures: religious and communicative authority in late modern Morocco", *The Journal of North African Studies*, bd. 14, nr. 2, s. 155—168.
- Svensson, J. 2010, "Bioetikk i islam", i Jacobsen, K. (red.) *Bioetikk i verdensreligionene: Religion, medisin og teknologisk endring*, Abstrakt Forlag, Oslo, s. 107–168.
- Tafjord, B. O. 2006, "Refleksjonar kring refleksivitet", i Kraft, S. E. og R. J. Natvig (red.), *Metode i religionsvitenskapen*, Pax Forlag, Oslo, s. 243–259.
- Thagaard, T. 2009, *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode*, 3. utg., Fagbokforlaget, Bergen.
- The Quran*. Engelsk utgave, oversatt av M. A. S. Abdel Haleem, Oxford University Press, Oxford, 2005.
- Thorbjørnsrud, B. 2008, "A house where war rages: Åndelig sykdom blant koptisk-ortodokse i Egypt", *Babylon: Tidsskrift om Midtøsten og Nord-Afrika*, bd. 6, nr. 1, 52–65.
- Thorbjørnsrud, B. 2009, "Kultur, helse og sykdom", i Brodtkorb, E. og M. Rugkåsa (red.), *Mellom mennesker og samfunn: Sosiologi og sosialantropologi for helse- og sosialprofesjonene*, 2. utg., Gyldendal Akademisk, Oslo, s. 241–271.
- Tiilikainen, M. 2013, "Illness, healing and everyday Islam: Transnational lives of Somali migrant women", i Dessing, N.M, Jeldtoft, N. og J.S. Nielsen (ed.), *Everyday lived Islam in Europe*, Ashgate, Farnham, s. 147–177.
- Vogt, K. 2005, *Islam: Tradisjon, fundamentalisme og reform*, Cappelen, Oslo.
- Westermarck, E. 1920, *The Belief in Spirits in Morocco*, Åbo Akademi, Åbo.

Westermarck, E. 1926, *Ritual and belief in Morocco*, bd. 1, Macmillian and Co. Limited, London.

Wikan, U. 1989, "Managing the heart to brighten face and soul: Emotions in Balinese morality and health care", *American Ethnologist*, bd. 16, nr. 2, s. 294–312.

