

Hvilken kropp? Tolkefaget i samtale med medisinsk antropologi

Gry Sagli og Tatjana R. Felberg

Abstract

In this essay we argue that the concept of the human body has seemingly been taken for granted in interpreting studies. The available research literature mainly explores body language, like gaze, gestures, and proximity, in connection with possible inclusion or exclusion of participants in interpreter-mediated communication. On the other hand, medical anthropology has developed several approaches to achieve a broader understanding of the body. One approach, the *three bodies*, divides the body into the *individual body*, the *social body* and the *body politic*. While the individual body stands for the subjectively, directly experiencing body, the social body refers to the body as described and categorized in social interactions and the body politic refers to the body as the center of political, social, and economic control and regulation. This division helps us to understand different aspects of, and diversity in, conceptualizations of the human body. Taking a survey among educators of healthcare personnel at OsloMet – Oslo Metropolitan University as a starting point, this essay invites researchers from interpreting studies and medical anthropology to work together in order to contribute to awareness raising about different constructions of the body in both research, education, and practice. It also invites researchers to explore possible consequences of different conceptualizations in interpreter-mediated institutional encounters.

Keywords: Interpreting in public sector, the three bodies, medical anthropology, conceptualizations of the body

Introduksjon

De tre kroppene (the three bodies) er et analytisk grep som har blitt anvendt i medisinsk antropologi (Scheper-Huges & Lock 1987). Kanskje kan dette begrepet være nyttig også for tolkefaget? Dette forslaget kom opp i en diskusjon mellom forfatterne av dette essayet. Diskusjonen vi var engasjert i omhandlet noen av svarene i en spørreundersøkelse blant undervisere ved ulike helsefagprogrammer ved universitetet hvor vi arbeider (OsloMet – storbyuniversitetet (OsloMet)). Da vi diskuterte de komplekse

situasjonene beskrevet i svarene, ble vi umiddelbart oppmerksomme på den menneskelige kropp og dens tilstedeværelse og sentrale rolle i samhandlingssituasjonene beskrevet i svarene. Dette fikk oss til å spørre om tolkefaget kunne dra nytte av diskusjoner og analytiske begreper fra andre fag som har beskjeftiget seg mye med kroppstematikk.

Ønsket vårt med dette essayet er å invitere til videre refleksjon og diskusjon om tolkefagets tilnærminger til kropp som fenomen og analytisk fokus. Vi vil først gi en kort introduksjon til spørreundersøkelsen ved OsloMet og de svarene som vekket interessen vår for kroppens betydning i kommunikasjons-situasjoner. Deretter presenterer vi hva vi ser som viktige trekk ved tolkefagets tilnærminger til kropp, før vi gir en nærmere beskrivelse av de tre kroppene. Avslutningsvis reiser vi spørsmål om relevansen av kropp-diskusjoner for tolkefaget.

Fem spørsmål om kommunikasjon via tolk i helsefagutdanninger

Svarene som fikk oss til å bli opptatt av kropp, kom fra undersøkelsen ”Fem spørsmål om kommunikasjon via tolk i helsefagutdanningene: Spørreskjemaundersøkelse ved OsloMet” (kort omtalt i Felberg & Sagli 2019). Undersøkelsen pågikk i perioden januar til mars 2018. Vi som sto bak undersøkelsen, sendte en henvendelse til alle som underviste ved de forskjellige helsefagprogrammene ved OsloMet, til sammen litt over 600 undervisere. Vi mottok i alt 119 svar. Svarene var fra en rekke ulike helseprofesjoner (som sykepleie, radiografi, ergoterapi, fysioterapi, ernæringsfysiologi, mm).¹

Det kom fram mange interessante svar på alle de fem spørsmålene, men her konsentrerer vi oss om noen svar på ett av spørsmålene: ”Det vil være ulike situasjoner hvor det er særlig viktig at pasient og helsepersonell forstår hverandre. Kan du nevne et eksempel på en slik situasjon fra praksis-

¹ De fem spørsmålene vi stilte var:

1. Er kommunikasjon via tolk et tema i undervisningen din (tegnspråk og/eller talespråk)?
2. Er språkbarrierer i møter mellom pasient og helsepersonell en aktuell utfordring i det praksisfeltet som undervisningen din forholder seg til?
3. Det vil være ulike situasjoner hvor det er særlig viktig at pasient og helsepersonell forstår hverandre. Kan du nevne et eksempel på en slik situasjon fra praksisfeltet ditt?
4. I forhold til undervisningen som du har ansvar for, har du behov for mer kunnskap om tematikken kommunikasjon via tolk?
5. Har du kommentarer eller forslag utover svarene på de fire spørsmålene?

feltet ditt?” Eksempler på svar som spesielt vekket oppmerksomheten vår, er:

- ”F.eks. rektalcolonfylling ved colonoskopi”
- ”Under fødsel”
- ”... radiologiske undersøkelser, og ofte må pasientene instrueres slik at de gjør akkurat det som de skal når bildet skal tas eller for at biopsien skal bli vellykket”
- ”avdekking av komplikasjoner med tannerstatninger eller i munnhulen/knyttet til munnhelse”
- ”Bioingeniører: I forbindelse med prøvetakning og pasientforberedelse”

Siden helsefagunderviserne trakk fram disse situasjonene som eksempler på settinger hvor god kommunikasjon er særlig viktig, betyr det at dette vil være situasjoner hvor det er nødvendig å tilkalle tolk dersom helsepersonellet og pasienten ikke forstår hverandre på grunn av språkbarrierer.

Når vi ser for oss hvordan samhandlingene i disse situasjonene kan utspille seg, blir det klart at dette er svært komplekse situasjoner, selv uten tolk. Det er mye som står på spill, og det er mye som skal klaffe for at alt skal gå bra. Dette handler om situasjoner hvor avgjørelser tas raskt og det skjer mye i øyeblikket. Det er ikke mye tid for diskusjoner fram og tilbake. Samtidig er nøyaktighet i kommunikasjonen sentral i disse situasjonene. Det kan opplagt få fatale følger dersom det oppstår medisinske feilgrep på grunn av kommunikasjonsproblemer og misforståelser.

I disse situasjonene er det iøynefallende at den fysiske avstanden mellom kommunikasjonspartene – mellom helsepersonell og pasient/klient – innimellom må være svært liten. De medisinske undersøkelsene og behandlingene innebærer at helsepersonellens og pasientens kropp er tett inntil hverandre, og i noen av situasjonene innebærer tiltakene til og med at helsepersonellet trenger inn i pasientenes kropp, enten med fingrene og hendene eller med medisinske redskaper.

I noen av situasjonene overskrides derfor det som vanligvis oppfattes som en persons kroppsgrense; både i en konkret betydning ved overskridelse av en fysisk grense markert med hud og kroppens overflate, men også i betydningen overskridelse av sosial kroppsgrense. Møter i helse-tjenestene er i sin alminnelighet preget av sårbarhet og sensitive temaer. Men vi legger merke til at flere av de nevnte situasjonene omfatter temaer og områder som ofte oppfattes som tabuisert, eller i alle fall som pinlige eller intime, som avføring, endetarm og kjønnsorganer (Douglas 1966). Dette gjør kommunikasjonen enda mer kompleks.

Tolker som engasjeres for å tolke i komplekse samhandlingssituasjoner som beskrevet ovenfor, står ovenfor mange utfordringer. Det som er klart er at situasjonene er langt mer kompliserte enn lege-pasient konsultasjonen med samtalende deltagerer sittende pent på stoler ved et bord, som er et standardoppsett for tolkemedierte samtaler. Situasjonene beskrevet i svarene utfordrer dette oppsettet på mange vis. Har vi analytiske verktøy som er nyttige for å undersøke og forstå kroppenes funksjon og rolle i disse samhandlingssituasjonene? Og hvordan behandler egentlig den tolkefaglige litteraturen temaet kropp?

Hvordan er kropp behandlet i den tolkefaglige litteraturen?

I litteraturen om tolkemedierte samtaler (talespråk) har det lenge nesten bare vært søkelys på den verbale kommunikasjonen. Selv om de ikke-verbale elementene har fått mer fokus i de siste årene, finnes det fortsatt kun et begrenset antall studier om samspill mellom verbale og ikke-verbale elementer i tolkemedierte samtaler. I tillegg mangler det forskning om det fysiske miljøet hvor tolkemedierte samtaler finner sted, om ulike kroppslige ressurser som brukes for å kommunisere og om “ecology of action” – relasjonen mellom kommunikasjonsdeltakere og miljøet rundt dem (Davitti & Pasquandrea 2017 s. 105).

Forskningen om den ikke-verbale kommunikasjon i tolkemedierte samtaler har først og fremst handlet om blick, kroppsposisjonering og gester, og hvordan disse elementene bidrar til meningsdanning. Ved bruk av multimodal analyse (Davitti & Pasquandrea, 2017; Havnen 2021) har forskere vist hvordan bruk av kroppen og objekter, som skriftlig tekst, påvirker deltakelse i tolkemedierte samtaler – enten ved å fremme eller å hemme deltakelsen i kommunikasjonen (Pasquandrea 2011, 2012). De har vist at den verbale kommunikasjonen er bare ett av flere kommunikasjonsslag, og at den ikke kan sees uavhengig av den ikke-verbale kommunikasjonen, dvs. kommunikasjonsslagene må sees og forskes på i sammenheng (Pasquandrea 2011).

Når det gjelder forskningen om tolkemediert helsekommunikasjon har det blitt utført flere studier som viser at ikke-verbale elementer som blick og kroppsposisjon, kan påvirke inkludering og ekskludering av deltakere i kommunikasjon. Wadensjö (2001) beskriver, for eksempel, hvordan tolkenes kroppsposisjon og avstand fra andre deltakere kan påvirke forløpet i psykoterapeutiske samtaler og dermed hvilken type medisinsk behandling pasientene blir tilbudt. Hun viser også hvordan både verbale

og ikke-verbale elementer kan bidra til at tolken kan vise differensiering mellom “seg selv” og de to andre primære kommunikasjonsdeltakere.

Blikk og gester tas også opp som tema i Bot (2005 s. 130–140) hvor hun beskriver hvordan blikkmønstre er forskjellig fra enspråklige samtaler og hvordan både blikk og gester kan påvirke terapeutiske samtaler. Pasquandrea (2011) retter lyset mot en av tolkebrukerne og viser hvordan legers deltakelse i samtaler påvirkes av ikke-verbale elementer i kommunikasjonen. Krystallidou (2014) analyser bruk av blikk og kroppsorientering i pasientsentrert kommunikasjon og foreslår at funnene fra denne forskningen inkluderes i tolkeutdanningen for tolker i helsetjenesten.

Litteraturgjennomgangen viser en økende grad av interesse for ikke-verbal kommunikasjon som blikk, gester og kroppsposisjonering, men vi har ikke klart å finne studier som reflekterer over selve kroppen, dvs. den kroppen som uttrykker gester og utveksler blikk. Det ser ut som om den tolkefaglige litteraturen har en tendens til å ta kroppen for gitt. Muligens oppfattes kroppen som noe universelt, som alle forstår på samme måte og som man derfor ikke trenger å problematisere?

De tre kroppene

I motsetning til den tolkefaglige litteraturen, har fag som filosofi (Merleau-Ponty 1962), sosiologi (Turner 2012) og antropologi (Csordas 1990, 2002; Latour 2004; Lock 1993) i perioder hatt kroppen som sentrum for diskusjoner, teoretisering og vitenskapelige undersøkelser. Eksempelet her, de tre kroppene, er fra medisinsk antropologi (Scheper-Hughes & Lock 1987). Innen medisinsk antropologi er det grunnleggende at kropp, sykdom og helse forstås som sosialt og kulturelt formede størrelser, og ikke som universelle kategorier: “(...) all knowledge relating to the body, health and illness is culturally constructed, negotiated, and renegotiated in a dynamic process through time and space” (Lock & Scheper-Hughes 1996 s. 43). De tre kroppene, slik de ble beskrevet i en mye referert artikkel – “The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Anthropology” (1987) av Scheper-Hughes og Lock – er ett, av etter hvert mange, forslag til hvordan kroppen som resultat av slike prosesser, kan studeres. De tre kroppene omfatter: 1) den individuelle (personlige) kroppen (på engelsk: *the individual body*); 2) den sosiale eller samfunnsskapte kroppen (*the social body*) og 3) den politiske kroppen (*the body politic*).

Den individuelle kroppen står for den eksistensielt opplevende og direkte erfarende kroppen, i fenomenologisk forstand. Vår eksistens har et kroppslig fundament, og vi gjør våre umiddelbare, subjektive erfaringer gjennom den individuelle kroppen. Våre levde liv former igjen våre indi-

viduelle kropp. Enkelte påvirkninger og tidligere opplevelser har vi et bevisste forhold til, og kan sette ord på, andre ikke. Denne individuelle kroppen omfatter det som vi på norsk ofte snakker om som “kropp og sjel” eller “kropp og bevissthet”. I engelskspråklig litteratur er det foreslått begreper som *the mindful body*, *embodiment* og *the embodied self* (e.g. Scheper-Hughes & Lock 1987, Csordas 1990). Vi har egentlig ikke noen helt dekkende begreper, verken på norsk eller engelsk.

Det andre analytiske nivået, den sosiale eller samfunnsskapte kroppen, viser til kroppen slik den kategoriseres, snakkes om og inngår i andre former for sosial samhandling. Den sosiale kroppen sies derfor å gjen-speile samfunnet, og begreper om samfunnet reflekteres ofte i kroppsbegreper. Kroppen forstått som en maskin, med hjerte som blodpumpe, er et eksempel.

The tredje nivået, den politiske kroppen, refererer til kroppen som sentrum for politisk, sosial og økonomisk kontroll og disiplinering. I denne sammenheng står maktperspektivet særlig sentralt. Behandling, regulering og disiplinering av kroppslige og sjelelige handlinger i regi av institusjoner som medisin, som for eksempel beskrevet av Foucault (e.g. Foucault 1999, 2000), viser hva som menes med den politiske kroppen. Alle Covid-19 restriksjonene og ordningene pålagt av myndighetene i 2019–2021 (én-meters regelen, munnbind, vaksine og hjemmekontor), er nærliggende eksempler.

De tre kroppene er konseptualisert som overlappende analytiske nivåer, og ikke som adskilte felt. De kan kanskje best betraktes som ulike perspektiver, dimensjoner eller teoretiske tilnærminger. Modellen er åpen for å se interaksjon og gjensidig påvirkning mellom den individuelle, den sosiale og den politiske kroppen. For eksempel, når vi opplever smerte ved å få stukket noe spisst inn i kroppen, opplever vi dette på et umiddelbart, direkte nivå (den individuelle kroppen), mens den smertefulle hendelsen vil kunne tilskrives mening i lys av sosialt- og kulturelt tilgjengelige oppfatninger om stikk. Ulike oppfatninger av stikket som farlig, eller motsatt som helsebringende (den sosiale kroppen), vil igjen påvirke erfaringen av stikket (den individuelle kroppen).

Hvilke forestillinger om kroppen (sosiale/samfunnsskapte kropp) som regnes som naturgitte, troverdige og sanne, varierer mye fra samfunn til samfunn (Ingstad 2007, Kuriyama 1999). En relativistisk tilnærming til kropp innebærer at den versjonen som vi her i Vesten og Norden kjenner fra anatomi og fysiologi, og som i mange sammenhenger oppfattes som en universelt gyldig beskrivelse av kroppen, ses på som formet av kultur og samfunn.

Tradisjonell kinesisk medisin (TKM) er interessant å diskutere i denne sammenheng fordi denne medisinen bygger på oppfatninger om helse,

sykdom og kropp som er vesensforskjellige fra de vi i Norden er blitt kjent med gjennom skole og den offentlige helsetjenesten (Sagli 2003). I Kina utøves og forstås tradisjonell medisin ved hjelp av begreper som *yin* og *yang*, *qi* (vitalkraft, ånde, energi), *jingluo* (meridianer, nettverk av qi-baner i kroppen) og *zang* (organer, qi-funksjonskretser) (Hsu 1999). *Zang* som hjerte, nyre, lunger, milt og lever er tillagt andre funksjoner enn de vi kjenner fra skolemedisinen og omfatter blant annet emosjoner og psykiske dimensjoner (hjerte er knyttet til glede, lever til sinne etc.) (Ots 1990, Zhang 2007). Til tross for at disse forestillingene er i kontrast til moderne, naturvitenskapelig medisin, er TKM akseptert som en del av den offentlig godkjente helsetjenesten i dagens Kina (den politiske kroppen) (Hsu 1999, Scheid 2002). TKM er blitt svært populær også utenfor Kina, og TKM-klinikker finnes i dag i de fleste land. Også her i Norden er det blitt svært vanlig å ha erfaring med kinesiskmedisinske praksiser, som akupunktur (Sagli 2003).

Siden det er helsepersonell i Norge som har svart på spørreundersøkelsen ved OsloMet, er den sosiale kroppen de tar for gitt mest sannsynlig den skolemedisinske versjonen av kroppen. Men det er ikke gitt at pasientene de samhandler med, deler denne forståelsen av hva kroppen er og gjør. Når norsk helsepersonell snakker om organer som hjerte, nyrer og lunger, er det ikke sikkert at pasienten deler helsepersonellens oppfatning om hva som er funksjonene til disse organene, dersom pasienten har bakgrunn fra samfunn hvor biomedisinen ikke er enerådende. Er pasienten kinesisk, for eksempel, og er vokst opp med erfaringer fra kinesisk medisin, er det ikke usannsynlig at pasienten regner med at ulike psykiske og emosjonelle dimensjoner er involvert i sykdom og ikke bare vev og fysiologiske prosesser (Ots 1990, Zhang 2007).

Det er interessant at det også er dokumentert kulturell variasjon med hensyn til kroppsfornevelser – og ikke bare ulikhet med hensyn til kroppens form, innhold og funksjoner. Enkelte kroppsfornevelser, som den som omtales som *deqi* innen akupunktur, er utenfor det repertoaret av kroppsfornevelser som normalt er tilgjengelig for folk i Norge/Norden. *Deqi*, eller “nålefølelse” som den også kalles, er en følelse som akupunkturbehandlere ønsker at pasientene skal oppnå i vevet når de manipulerer akupunktur nålene på spesielle måter. De som ikke har erfart slike effekter av akupunktur nåling, aner ikke hva de skal kjenne etter når de for første gang blir bedt om å si ifra når de kjenner *deqi*. Direkte oversatt betyr *deqi* “å oppnå qi”. Denne følelsen har derfor et navn som henter til at den assosieres med et kroppsbylde hvor sirkulasjon av vitalkraften *qi* er sentralt. I Kina har mange pasienter trening i å gjenkjenne *deqi*, men i Norden vil dette kun gjelde for de som har oppsøkt akupunktur (Sagli 2003, 2010).

Noen av de medisinske situasjonene som helsepersonellet nevnte i spørreundersøkelsen, omhandlet undersøkelser hvor helsepersonellet trenger inn i kroppen, for eksempel, inn i tarmen ved hjelp av redskaper. For at undersøkelsene skal gå bra, ber de om tilbakemeldinger fra pasientene underveis i undersøkelsesforløpet. Pasientene blir bedt om å kjenne etter hva de føler. Når vi, som individuelle kropper, oppfatter en følelse, er den på ett vis unik, og kun vår, samtidig er erfaringer og artikuleringer av opplevelser påvirket av hva vi har kunnskap om og hvilken kroppsoppfatning vi tar for gitt.

Det subjektet som snakker, det være seg tolk, pasient eller helsepersonell, ytrer seg fra et utgangspunkt som kan omfatte alle de tre kroppene. Eksempelene over viser at det kan foregå mye gjensidig påvirkning mellom de tre kroppene. Samtidig viser eksemplene at analytisk fokus på respektivt individuell, sosial eller politisk kropp, kan være nyttig for å få oss til å se dimensjoner som ellers ville stå i fare for å bli oversett, og som opplagt kan ha betydning for tolking og tolkefaget.

Hvilken kropp tas for gitt?

Utgangspunktet for å ta opp temaet kropp i dette essayet, var svar på spørreskjema med beskrivelser av situasjoner hvor ulike sider ved kroppens tilstedeværelse framsto som uvant synlig. Turen til medisinsk antropologi og de tre kroppene, ble en påminnelse om kroppens tilstedeværelse og påvirkning i alle tolkemedierte samhandlinger, uavhengig av om kroppene framstår som synlig for oss eller ikke.

Forskere fra fag som nå i flere tiår har bedrevet undersøkelser med fokus på kropp, peker på at kroppens tilstedeværelse lenge ble tatt for gitt i disse fagene (Turner 2012). Fagene tenderte mot å overse kroppens betydning og unnlot derfor å tematisere den. Betragtningene vi har presentert her, viser at dette gjelder også for tolkefaget og tolkefaglige studier.

Både verbal- og ikke-verbal kommunikasjon blir til gjennom kroppen, men hvilken kropp er det som ytrer seg? De tre kroppene minner oss om at alle subjekter – tolk, pasient, helsepersonell – ytrer seg fra og som en kroppslig eksistens. Spørsmålet er om dette er tilstrekkelig tatt hensyn til i tolkefaglige diskusjoner. Selv om det gjerne understrekes at mening i kommunikasjons-samhandlinger dannes, og er innvevd i, ulike kontekster (Svennevig 2009; Hora et al., 2019), ser det for oss ut til at kroppen, som umiddelbar omgivelse og kilde for ytringer, i liten grad er tematisert og diskutert.

Hvilken versjon av kroppen er det som tas for gitt når kroppen ikke diskuteres eller tematiseres? Når kroppen ikke gis oppmerksomhet, er det en

fare for at herskende ideer i samfunnet, som for eksempel at kroppen er en universell størrelse, reproduseres uten spørsmål. Dersom tolker tar for gitt at helsepersonell og pasient deler oppfatning av kroppen, kan dette gi grunnlag for misforståelser og feilaktige gjengivelser. Tolker og tolkebrukere vil derfor ha nytte av å kjenne til at tatt-forgitt-heter om kroppen varierer fra samfunn til samfunn og er avhengig av de større sosiale og kulturelle forestillingene som de inngår i. Vi foreslår derfor at tolkefaget engasjerer seg mer aktivt i dialog med fagtradisjoner som har hatt kroppen som sentrum for diskusjoner og studier.

Referenser

- Bot, Hanneke, 2005: *Dialogue Interpreting in Mental Health*. Rodopi, Amsterdam/New York.
- Csordas, Thomas J., 1990: *Embodiment as a Paradigm for Anthropology*. I: *Ethos*, 18. S. 5–47.
- Csordas, Thomas J., 2002: *Body, meaning, healing*. New York: Palgrave MacMillan
- Davitti, Elena, 2012: *Dialogue Interpreting as Intercultural Mediation: Integrating Talk and Gaze in the Analysis of Mediated Parent–Teacher Meetings*. PhD thesis. School of Arts, Languages & Cultures, University of Manchester.
- Davitti, Elena, 2013: *Dialogue interpreting as intercultural mediation: interpreters' use of upgrading moves in parent–teacher meetings*. I: *Interpreting* 15 (2). S. 168–199. <http://dx.doi.org/10.1075/intp.15.2.02dav>
- Davitti, Elena, 2015: *Interpreter-mediated parent–teacher talk*. I: Alatrste, L. (Ed.), *Linking Discourse Studies to Professional Practice*. Multilingual Matters, Clevedon. S. 176–200.
- Davitti, Elena, & Pasquandrea, Sergio, 2017: *Embodied participation: What multimodal analysis can tell us about interpreter-mediated encounters in pedagogical settings*. I: *Journal of Pragmatics* 107. S. 105–128.
- Douglas, Mary, 1966: *Purity and Danger. An analysis of concepts of pollution and taboo*. London and New York: Routledge.
- Foucault, Michel, 1999: *Galskapens historie i opplysningens tidsalder*. Oslo: Gyldendal.
- Foucault, Michel, 2000: *Klinikkens fødsel*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Felberg, Tatjana R. & Gry Sagli, 2019: *Training public service employees in how to communicate via interpreters in Norway: achievements and challenges*. I: *FITISPos International Journal*. Volum 6.(1). S. 141–155.
- Havnen. Randi, 2021: *Sight translation – Safe translation? Exploring meaning-making and interaction from a multimodal perspective*. PhD thesis. Oslo: Oslo Metropolitan University.
- Hora, Matthew T., Smolarek, B. Bailey, Norris Martin, Kelly, & Scrivener, Luke, 2019: *Exploring the situated and cultural aspects of communication in the*

- professions: Implications for teaching, student employability, and equity in higher education. I: *American Educational Research Journal*, 56(6). S. 1–41.
- Hsu, Elisabeth 1999: *The transmission of Chinese medicine*. Cambridge University Press.
- Ingstad, Benedicte, 2007: *Medisinsk antropologi: en innføring*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Krystallidou, Demi, 2014: Gaze and body orientation as an apparatus for patient inclusion into/exclusion from a patient-centred framework of communication. I: *Interpreter and Translator Training* 8 (3), S. 399–417.
- Kuriyama, Shigehisa, 1999: *The expressiveness of the body and the divergence of Greek and Chinese medicine*. Zone books, New York.
- Latour, Bruno, 2004: How to talk about the body? The normative dimension of science studies. I: *Body & society*, 10(2–3). S. 205–229.
- Lock, Margaret, 1993: Cultivating the body: Anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge. I: *Annual review of anthropology*, 22.1. S. 133–155.
- Lock, Margaret and Scheper-Hughes, Nancy, 1996: *A Critical-Interpretive Approach in Medical Anthropology: Rituals and Routines of Discipline and Dissident*, I: Sargent, Carolyn F. and Johnson Thomas M. (eds) *Handbook of Medical Anthropology. Contemporary Theory and Methods*. Revised Edition. London: Greenwood Press. S. 41–70.
- Merleau-Ponty, Maurice, 1962: *The Phenomenology of Perception*. London: Routledge.
- Ots, Thomas, 1990: The angry liver, the anxious heart and the melancholy spleen. I: *Culture, medicine and psychiatry*, 14.1. S. 21–58.
- Pasquandrea, Sergio, 2011: Managing multiple actions through multimodality: doctors' involvement in interpreter-mediated interactions. I: *Lang. Soc.* 40. S. 455–481.
- Pasquandrea, Sergio, 2012: Co-constructing dyadic sequences in healthcare interpreting: a multimodal account. I: *New Voices Trans. Stud.* 8. S. 132–157.
- Sagli, Gry, 2003: *Acupuncture Recontextualized: the Reception of Chinese Medical Concepts among Practitioners of Acupuncture in Norway*. Oslo: Unipub.
- Sagli, Gry, 2010: The establishing of Chinese medical concepts in Norwegian acupuncture schools: The cultural translation of jingluo ('circulation tracts'). I: *Anthropology & medicine*, 17(3). S. 315–326.
- Scheid, Volker, 2002: *Chinese medicine in contemporary China*. Duke University Press.
- Scheper-Hughes, Nancy and Lock, Margaret M., 1987: The mindful body: A prolegomenon to future work in medical anthropology. I: *Medical anthropology quarterly*, 1.1. S. 6–41.
- Svennevig, Jan, 2009: *Språklig samhandling: innføring i kommunikasjonsteori og diskursanalyse* (2. utg.). Oslo: Landslaget for norskundervisning Cappelen akademisk forlag.

- Turner, Bryan S, (ed) 2012: *The Routledge Handbook of Body Studies*. London and New York: Routledge
- Wadensjö, Cecilia., 2001: *Interpreting in Crisis: The Interpreter's Position in Therapeutic Encounters*. I: I. Mason (ed.) *Triadic Exchanges: Studies in Dialogue Interpreting*. Manchester: St. Jerome. S. 71–85
- Zhang, Yanhua, 2012: *Transforming emotions with Chinese medicine: An ethnographic account from contemporary China*. SUNY Press.