



Billedet viser to massaer, der har gennemgået en hård opfedningskur (Garine, Igor de (1995)).

# Sundheden og det sociale individ

Analyse af to effektiviseringsbegreber

Massafolket i Cameroun har et generelt positivt syn på fede kropsformer. De fede kropsformer forekommer oftest blandt mændene, da det er dem, der har mulighed for at gennemgå de ceremonielle opfedningsritualer, men fede kropsformer værdsættes af både mænd og kvinder. De fede respekteres, fordi deres kropsform for Massæerne udstråler værdier som styrke, godhed og mildhed (Gariné 1995, s. 50). Anderledes forholder det sig med de tynde kropsformer, der opfattes som skamfulde, grimme, seksuelt uattraktive og tåbelige.

I vores samfund dominerer imidlertid en anden opfattelse af de fede. De fordømmes som uansvarlige og ude af stand til at kontrollere deres krop. I det vestlige nutidige samfund tænkes krop, sundhed og udseende sammenhængende, og her er det den slanke kropsform, der tillægges positive værdier.

Men hvordan er dette fokus på krop og sundhed opstået i vores del af verden, og hvorfor vokser foragten for de(t) usunde? Undersøges fænomenet nærmere, viser staten og markedet sig at indtage privilegerede positioner, og de har hver især interesse i sundhedsfænomenet på deres egne faconer.

Staten har ofte i historien forsøgt at påvirke befolkningens sundhed, ligesom markedet i dag har andel i folkets engagement i sundhed. Statens og markedets sundhedsdiskurser fungerer med deres egne definitioner af sundhedsbegrebet og deres egne motiver for at beskæftige sig med sundhed.

Dermed opstår spørgsmålet om, hvordan sundhedsbegrebet indskriver sig i den generelle samfundsmæssige udvikling. I statens og markedets sundhedsdiskurser ses overlap, og de virker sammen som instrumenter i velfærdsstatens nye konfiguration som konkurrencestat, hvor effektivitet, evaluering og produktionsoptimering er i fokus.

Konkurrencestatens værdier har betydning for den aktuelle tænkning af sundhed, krop og samfund og konsekvenser i form af stress, overvægt og udbrændthed for menneskene i Danmark.

Det er her, at denne artikel vil bidrage til en forståelse af sundhedsbegrebet, hvor der argumenteres for, at sundhed er et socialt og kulturelt konstrueret fænomen med dertilhørende forskellige diskursive forståelser og praksisser.

Artiklen er videnskabsteoretisk knyttet til Foucaults forståelse af diskurser og praksisregimer samt hans generelle metodiske arbejdsform *genealogi*: under hvilke forhold opstår en diskurs, hvordan virker den, hvordan udvikler den sig, hvem er aktørerne? Herudover har Webers idé om idealtyper været inspirerende. Med udviklingen af idealtypiske sundhedsdiskurser fra staten og markedet åbenbares en nuanceret og flerdimensionel metode til at forstå krop og sundhed i civilsamfundet.

I artiklen undersøges først statens idealtypiske sundhedsdiskurs. Der anlægges en historisk tilgang, hvorefter et nutidigt dansk eksempel inddrages. Efterfølgende tages markedet under lup, og her ses igen på den historiske udvikling og på aktuelle sundhedsdiskurser. Det civile samfund undersøges derpå ud fra en empirisk betragtning af et bestemt segment. Afsluttende kobles den generelle samfundsmæssige udvikling til kroppene i civilsamfundet.

#### SUNDHEDEN I ET STATSLIGT PERSPEKTIV

Selv om der for tiden fra statslig side er et enormt fokus på befolkningens kroppe og sundhed, er det ikke første gang i historien, at staten har haft interesse heri. Sundhed har helt fra statens tilblivelse været genstand for dens politiske engagement. Statens tilgang til sundhed er foregået under fire politisk-historiske statslige sundhedsregimer: 1. Karantæne, 2. Oplyst sundhedspolitik,

3. Sundhed, arbejde og personlig hygiejne og 4. Offentlig sundhed (Lupton 1995, s. 16).

I middelalderen var man bevidst om, at smitte af sygdom kunne ske fra krop til krop, og derfor var den mest udtalte sundhedspolitik arbejdet med karantæner (Lupton 1995, s. 21). Ordet karantæne betyder oprindeligt 40 dage, og det var tidsrummet, man skulle være isoleret, hvis man havde sygdomssymptomer, der lignede en smitsom og farlig sygdom.

Bevidstheden om smitte fra krop til krop medførte en isolering af de syge. De syge stigmatiseredes<sup>1</sup> som *de farlige andre*<sup>2</sup>, men det var ikke kun de spedalske og andre syge – også mindretal som jøder og fattige blev stigmatiseret som moralsk fordærvede – det var dem, der havde dårlig moral, og som derfor blev udelukket af samfundet i mange sammenhænge.

I oplysningstiden slog troen på det fornuftige i mennesket igennem, og mennesket så sig selv som værende i stand til målrationelt at kunne kontrollere dets egen skæbne (Lupton 1995, s. 21). Dette afspejledes også i sundhedspolitikken, hvor sygdom opfattedes som styret af naturlove. Dermed kunne dårligheder med fornuften undgås gennem samfundsmæssige rationelle handlinger, og i forsøget på at danne en moderne nation retfærdiggøres ofte en effektiv og politisk bureaukratisk stat.

I det tidlige 19. århundrede skete der et skift i synet på sundhed. Sundhed blev snævert forbundet med vigtigheden af produktive arbejdere. Syge arbejdere var dårligt for økonomien, og sundhedspolitik var endemiske sygdomme og erhvervshygiejne i fokus. På den måde blev offentlighedens sundhed et vigtigt mål for politisk magt. I denne sammenhæng blev Frankrig opfattet som et foregangsland, hvor det medicinske blik penetrerede alle aspekter af samfundet og krævede kliniske optegnelser af alle egen-



AF  
PER APOLLO

skaber i befolkningen. Medicin mod epidemier involverede tilskrivning af kausalitet, og mønstre og medicinsk viden blev vigtig information mellem individuel sygdom og de årsager, den kunne have. På den måde faldt det medicinske rum sammen med det sociale rum.

En vigtig pointe er, at selv om hver epidemi opfattedes som unik og derfor krævede en unik løsningsmetode, blev medicin en generel teknik til sundhed og var ikke kun til for at blive af med sygdom. Disse ændringer gjorde, at hele befolkningen konstitueredes som et problem i sig selv, et mål for overvågning og regulering. Der blev indført påbud, der ikke kun relaterede sig til sundhed, men også til anden kropslig adfærd såsom indtagelse af bestemte føde- og drikkevarer, seksualitet og beklædning. Kroppe blev bærere af nye værdier, der bl.a. relaterede til deres produktivitet og generelle sundhedstilstand.

Hvor sygdomme tidligere betragtedes som udefrakommende, skete der et skred i denne opfattelse i retningen af sundhed, som noget *den enkelte* skal styre, altså et skridt mod en holdning til sundhed som et individuelt ansvar (Maguire 2008, s. 31). Et vigtigt aspekt var, at de ofte anvendte statistikker indebar en panoptisk dimension og diskursiv forståelse af mennesket med forventninger om det normale, som befolkninger og individer kunne holdes op imod.

I de første årtier i det 20. årh. blev de sundhedspolitiske principper afløst af yderligere tro på større regulering. Der blev lagt vægt på *social hygiejne*, der betød, at staten konstant skulle kontrollere og håndtere befolkningen. Industrialisering betød en generel sundhedstrussel i form af dårlig vand- og luftkvalitet, og arbejderklassen er igen i fokus, da man finder en sammenhæng mellem deres sociale position og sygdomme. Desuden frygtede man oprør og revolution fra denne klasse, og det mente man at kunne forhindre med monitorering i form af en streng sundhedspolitik (Lupton 1995, s. 27).

Sundhed fremmedes gennem uddannelses- og oplysningskampagner, og idrætten tillagdes værdier som fremmende for den gode moral, for selvkontrol og for autoritetstro. Og over for arbejderklassen blev idræt anvendt som uddannelse til at adlyde frem for at føre, men idræt blev også anvendt inden for andre diskurser som militarisme, nationalisme og økonomi for at skabe medgørlige individer.

I 1930'erne flyttedes den institutionelle disciplinering i Danmark fra militæret til velfærdsstaten, og der fokuseredes kraftigt på individet frem for miljøet. Det var en individualisering, der skulle få den enkelte til at påtage sig ansvaret for egen krop og sundhed. Samtidig gik pligt og ansvarsfølelsen fra at blive opfattet som et middel til at være et mål i sig selv (Haastrup, 1997 s. 119).

I 1960'er- og 70'erne ses en generel velstandsstigning i Danmark, og det betød en forandring i levevis for mange mennesker. Som en følge heraf opstod de såkaldte velfærds- eller livsstilssygdomme såsom hjertekarsygdomme, diabetes, visse former for kræft, knogleskørhed og overfølsomhedssygdomme. Det er nu disse lidelser, der sundhedspolitisk har statens opmærksomhed (Regeringen 2002).

### SUND HELE LIVET

Efter at have været bagudskuende stilles her skarpt på den danske stats nutidige sundhedsdiskurs, og som hovedkilde er valgt statens aktuelle program for sundhed fra 2002 »Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10«. I hæftet omtales sundheden som kilden til *det gode liv*. Det officielle mål med programmet, der er en del af statens helhedsorienterede sundhedsprogram, er »flere gode leveår«, og disse skal opnås med en foreskrevet sundhedsadfærd. Med »flere gode leveår« menes der kort sagt et langt liv uden sygdom, og dette erhverves ved at leve op til de givne anbefalinger.

Først i hæftet nævnes det *fælles* ansvar, men det viger efterfølgende til fordel for en generel fokus på individet: »Den enkelte har ansvaret for sit eget liv.« (Regeringen 2002) – hvad end det er aldersdiabetes, forebyggelige kræftsygdomme, hjerte-karsygdomme, knogleskørhed, muskel- og skeletlidelser, overfølsomhedssygdomme, psykiske lidelser eller rygerlunger, påstås det, at det enkelte individ med viden og uddannelse kan undgå disse ved at følge de givne anvisninger.

Det individorienterede og ansvarliggørende element i sundhedspolitikken, som ses i »Sund hele livet«, kan spores til det rationelle syn på mennesket, der opstod i oplysningstiden og de, i en Weberiansk forstand, målrationalle løsningsmetoder, hvor individet, hvis det følger statens foreskrifter, vil blive sundt. Oplysningstidens fokus på menneskets rationalitet og fornuft videreudvikledes i de kommende perioder og blev overført til *den enkelte*. I forlængelse heraf er oplysning og uddannelse til rigtig sundhedsadfærd i fokus.

»Sund hele livet« har imidlertid også hentet inspiration fra andre tider i historien. I forsøget på at tildele befolkningen *flere gode leveår* iden-

tificeres der adskillige målgrupper, der anses for særligt udsatte, og de kræver dermed særlig bevågenhed. Således er der afsat et helt kapitel til at omfatte disse særlige grupper, der tæller *børn, unge, voksne udsatte, ældre og langvarigt syge*. Det er disse grupper, der er befængt med nutidens pest, snavs og skidt i form af rygning, alkohol, genetiske fejl og fedt på kroppen. Hermed åbnes for middelalderens karantænetænkning, og *de farlige andre* eksisterer således stadig. Ser man nærmere på de givne målgrupper: fra børn til gravide og til ældre, synes *hele* befolkningen at være indbefattet, og på den måde er fokus på alle.

I »Sund hele livet« vies meget plads til et såkaldt *indikatorprogram*, hvor især BMI-indekset skal tjene som mål for det normale og som et mål for risikofaktorer. Denne sundhedspolitik kan spores tilbage til det tidlige 19. århundrede, men faktortænkningen, som den store fokus på risikofaktorer afstedkommer, er ofte upræcis og forklarer kun en statistisk sammenhæng. F.eks. er evnen til at svømme en risikofaktor for at drukne, og det at have kørekort er en risikofaktor for bilulykker.<sup>3</sup> Ligeledes er mad en risikofaktor for fedme, men en forudsætning for selve livet, og livet er en risikofaktor for døden. På den måde konstrueres et individ, der til stadighed må tage stilling til og overveje hver enkelt handling – den kunne jo have fatale følger. De ironiske konsekvenser i risikotænkningen, der oprindeligt opstod for at skabe tryghed, er til at få øje på: »... *moderne individer er ikke bange for noget bortset fra maden, vandet, jorden, energi ...*« (Lupton 1995, s. 75)

Den indbyggede overvågning, der ligger i indikatorprogrammet og BMI-opmålingerne, medfører ligeledes en panoptisk, individualiserende og disciplinerende effekt af borgerne. Den kan udnyttes økonomisk, da de overvågede nu hand-

ler efter, hvad der opfattes som normalt og rigtigt, f.eks. at dyrke motion og spise sundt. Overvågningen afretter individers adfærd og »... sørger for effektiviteten i kraft af sin forebyggende karakter, sin kontinuerlige funktion og sine automatiske mekanismer.« (Foucault 1975, s. 223)

#### STATENS KONTROLLERENDE SPOR

Ovenstående udviklingstræk er de store historiske linier, der er malet med en bred pensel. For at begribe statens sundhedsdiskurs er det nødvendigt med en teoretisk forståelsesramme, der kan levere en model for den komplekse udvikling. Her har samfundsvidenskabens *historiske institutionalisme*<sup>4</sup> været inspirerende.

Pointen inden for den historisk institutionelle tilgang er, at når først et institutionelt spor er etableret, struktureres fremtiden til en vis grad, og det er muligt at følge dette spor tilbage i tiden. Ser man den statslige sundhedspolitik gennem dette perspektiv, tegner der sig et tydeligt billede: I de forskellige perioder er der lagt spor, som staten stadig kører efter, og med ovenstående analyse in mente ligner statens sundhedsdiskurs samlet set et *institutionelt kontrolspor*. Hvad enten målet har været at udrydde sygdomme, forhindring af oprør, fremskaffe soldater eller producere produktive arbejdere, har sundhedspolitik været brugt som et middel til at kontrollere, effektivisere og skabe social orden.

Midlerne i sundhedspolitikken har været udskillelse af *de farlige andre*, identificering af risikofaktorer, overvågning, individualisering og ansvarliggørelse. Statens sundhedspolitiske fokuspunkter i de skiftende perioder kan på genealogisk vis spores i *nutidens* sundhedspolitik.

Det konstruerede individ i statens sundhedsdiskurs er således et ansvarligt, selvhjulpent, føjeligt og dermed et brugbart individ for sta-

ten. Med dens kontinuitet gennem årene og dens historiske individualiseringstendens kaldes statens sundhedsdiskurs *Statens kontrollerende spor*.

For at forstå sundhedsbegrebet i det moderne samfund, må en anden stærk medspiller, foruden staten, medtages. Også på *markedet* eksisterer diskurser, der danner baggrund for en distinkt konstruktion af individet.

### MARKEDET OG SUNDHEDEN

En generel velstandsstigning i Danmark i 1950'erne initierer en ændring på markedet, og man kan sige overordnet, at forbruget går fra et forbrug i 50'erne som en nødvendighed til et forbrug rettet mod en ny bredde af *Conspicuous Consumption*<sup>5</sup> – et iøjnefaldende forbrug, hvor forbruget har en symbolsk betydning. I den forbindelse er kroppen et interessant fænomen. Forbrugskulturen, som vi kender den i dag, har, groft sagt, for alvor påbegyndt sin brede udvikling for ikke mere end 50-60 år siden.

### REKLAMEN, FÆLLESSKABET OG DEN RENE FORBRUGSDISKURS

Et vigtigt fænomen i forbindelse med forbruget er reklamen. Helt grundlæggende er reklamen til for at få forbrugeren til at købe et specifikt produkt – den er altså en overtalesesteknik. Afgørende for markedsføringen af produkter er, at reklamen skal få forbrugeren til at føle en utilfredsstillelse.

»Under dække af at give råd eller komme med advarsler slår de ned på alle afvigelser og skaber frygt for ikke at kunne holde trit med de utallige forbrugspligter, en 'frigjort' livsstil kræver, og de skaber mindreværdsfølelser hos dem, der ikke har de nødvendige forudsætninger for at indfri forpligtelserne.« (Bourdieu 1979, s. 125. Min oversættelse)

Når reklamen lykkedes med at udbrede følelsen af utilfredshed og mindreværd hos forbrugerne, bundes det i, at reklamen spiller på menneskets behov for at tilhøre et fællesskab.

Det behøver således ikke at være en løbeskos direkte effekt, dens specielle stødabsorberende evne og støttende funktion, vi er interesseret i, men derimod hele *pakken*, der følger med: venners misundelige blikke, populariteten hos det modsatte køn, respekten fra familien, når man gennemfører det første maraton – som kun er muligt ved hjælp fra netop denne specifikke sko. I hvert fald vil vi gøre alt for at »holde trit« med det fællesskab, vi indgår i.

Reklamen skaber for det første en forbrugsmoral og derudover et behov for produkter, der garanterer fællesskabet, og netop *behovet* hos forbrugerne er altafgørende for serviceøkonomien: »...økonomien er lige så afhængig af produktion af behov som produktion af produkter.« (Bourdieu 1979, s. 125)

At økonomien er afhængig af produktionen og af behovet for at forbruge, afspejles i de enorme beløb, der hvert år bruges på reklamer. Disse investeringer skal sikre markedet mod dets værste fjende, tilfredsheden. Forbrugeren fulde tilfredshed med sit udseende, sin bil, tøj, hjem, eller med sit liv generelt ville være katastrofalt for markedet. Forbrugeren ville ikke længere være en forbruger, men en ligegyldig og frem for alt værdiløs person, som ikke ville være værd at bekymre sig om. Som modsvar appellerer reklamerne til en umiddelbar tilfredsstillelse ved at forbruge:

»Gennem råd, som er fordækte påbud, og ved at holde eksempler på eksemplarisk livsstil frem foreslår disse nye tastemakers en moral, som koges ned til kunsten at konsumere, at bruge penge og at nyde.« (Bourdieu 1979, s. 125. Min oversættelse)

Nye teknikker gør også, at kroppen hurtigt kan ændres ved hjælp af plastickirurgiske indgreb. Kroppen er kommet på indkøbslisten og forskellige steder på internettet reklameres for alt fra balder til barm – selvfølgelig på markedsvilkår, dvs. konkurrencedygtigt og til markedets bedste pris.

Individet i den *rene* markedsdiskurs konstrueres som en *utilfreds forbruger*, der lader sig friste af reklamer og forbruger i forhold til et fællesskab. Løsningen er at købe sig tilfreds – problemet (eller fordelene – alt efter hvilken side man ser det fra) er bare, at nydelsen og tilfredsheden er kortvarig, og individet er hurtigt klar til endnu et køb – individet er subjektiveret som en forbruger.

#### DEN INDIVIDUELLE LØSNING – OVERLAP OG MODSIGELSER PÅ MARKEDET

»Da du havde diarré i morges, havde du et valg. Håbede du på, at det gik over af sig selv, eller tog du Imodium Plus?«<sup>6</sup>

I kontrast til fællesskabets betydning siger markedslogikken, at problemer er individuelle og skal løses som sådanne, altså af den enkelte. Hvis ikke der leves op til det herskende ideal, er det et tegn på uansvarlighed – det er således den enkeltes pligt at tage sig, hvis man er for tyk (eller blive rask, hvis man har maveonde). Hvor den utilfredse forbruger påvirkes af den rene markedsdiskurs, er der i dette tilfælde tale om en påvirkning fra *statens kontrollerende spor*. Pligt- og ansvarsfølelse til den rette sundhedsadfærd stammer fra den offentlige logik, men appellerer til markedet forstået således, at løsningen for så vidt kan findes på markedet – opfattelsen er, at sundheden kan erhverves ved det *rette* forbrug. Markedets og statens sundhedsdiskurs overlapper altså hinanden, og de konstruerer på samme tid ansvarlighedstænk-

ning og pligtfølelse over for *den rette sundhedsadfærd*.

Grunden til, at det lykkes at udbrede opfattelsen af det ansvarlige individ, er, at markedet bygger på og tilskynder det liberale ideal, at vi alle har lige muligheder – vi er alle vores egen lykkes eller sundheds smed og må blot stræbe efter succes (eller sundhed) for at få den.

Problemet med opfattelsen af, at alle i samfundet er lige, og at alle derfor har lige muligheder for at være sunde, er, at alle *ikke* er lige, og reelt *ikke* har samme muligheder. Sundhed og sygdom bundes ofte i sociale og strukturelle årsager, og der er således stor forskel på riges og fattiges sociale habitusser og deraf følgende muligheder i samfundet. Denne forskel kommer især til udtryk på markedet, hvor det er købekraften, der tæller, og den er – om noget – ulige fordelt.

Et andet problem er, at det er forskelligt fra menneske til menneske, hvad *det gode liv* indbefatter, men man må indordne sig de gældende idealer for at undgå social udskillelse. Der er med andre ord ikke plads til forskellighed. Fitnessbladene forsider med unge, ofte hvide og slanke modeller illustrerer den kropslige streamlining og standardisering, men den manglende plads til forskellighed stemmer ikke overens med markedets generelle hyldest til den enkelte individ, der i øvrigt virker selvmodsigende, da en fuldstændig individualisering *ikke* er ønskelig?

»... forskelligheder skal være socialt genkendelige og legitimerede: total forskellighed som total individualitet er i fare for ikke at blive genkendt.« (Featherstone 1991, s. 96. Min oversættelse)

Når vi køber en speciel løbesko med deraf følgende speciel tegnværdi, er det derfor ikke for, at vi vil opfattes som så specielle af alle, så *in-*

gen vil kendes ved os, men derimod for at *tilhøre* en bestemt gruppe. Det *politiske forbrug* begrebsliggør fænomenet, hvor der er tale om, at forbruget får betydning, når det udføres i forbindelse med »holdninger og værdier rettet mod et bestemt fællesskab.« (Sørensen 2004, s. 15) Distance fra ét fællesskab betyder samhørighed med et andet.

At man ikke bliver sund af at gå i sportstøj, eller at man på sigt må forvente en usund effekt fra solariestrålerne, der ellers giver en sund kulør, illustrerer endnu en modsigelse på markedet. Her gælder det om for den enkelte at *signalere*, at man fører en sund livsstil. Iscenesættelsen af sig selv som havende en sund livsstil signalerer, at man gør noget, og man lever således op til markedets førnævnte liberale idé, hvor kollektive problemer privatiseres, og man viser, at man tager ansvar for sig selv – igen ses overlappet fra *statens kontrollerende spor*.

#### DEN FRISTEDE OG DEN ANSVARLIGE FORBRUGER

Der tegner sig altså et billede af to forskellige diskurser på markedet. For det første ses forbrugeren som utilfreds og forsøger at afhjælpe problemet ved et umiddelbart og nydelsesmæssigt forbrug. Reklamen skaber et behov for at forbruge og frister med en direkte forløsning.

Her eksisterer forbrugeren i den *rene* markedsløgik, som har en indbygget selvmodsigelse i forbindelse med sundhed: markedsløgikkens appel »Æd, hvad du kan« virker i sundhedssammenhæng paradoksalt. Individet følger i markedets *rene* diskurs *markedets fristende drøm*.

En anden tendens på markedet er den restriktive tilbøjelighed, hvor ansvarligheden kommer til udtryk via et forbrug, der kombinerer konsumering og selvdisciplin. Sundhedsforbruget sættes i forbindelse med en ansvarlighedslogik, der kendes fra *statens kontrollerende spor*. Ideen er

lige som hos *statens kontrollerende spor*, at kroppen og sundhed er den enkeltes eget ansvar, men at sundhed kan erhverves markedsmæssigt – på markedet opnås sundhed ved at forbruge bestemte »sundhedsfremmende« varer. På den måde præges individet i markedets sundhedsdiskurs af *statens kontrollerende spor*. Her ses en overlappning mellem den måde, hvorpå staten forholder sig til befolkningens sundhed og markedets merkantile stræben. Individet må i markedets sundhedsdiskurs leve op til sin forpligtelse og følge *markedets ansvarlige forbrug*.

#### SUNDHEDEN I DET CIVILE SAMFUND

Diskurserne *statens kontrollerende forbrug*, *markedets fristende drøm* og *markedets ansvarlige forbrug* er idealtyper, der sjældent vil fremstå i deres rene former. De er analyseredskaber, der kan anvendes til at undersøge, hvorvidt mennesker er påvirkede af statens eller markedets sundhedsdiskurser og i hvilket omfang.

Her gives et kort eksempel for at illustrere, hvordan diskurserne kan komme til udtryk i civilsamfundet.

#### BODYBUILDERKULTUREN PÅ INTERNETTET

På et internetforum for bodybuildere skriver en person med brugernavnet Agger004 et indlæg. Indlægget er en forespørgsel angående kost og træning, og i den forbindelse angiver Agger004 et eksempel på, hvor megen kost han havde i sinde at indtage i løbet af en dag. Agger004 skriver:

Agger004: »Hejsa. Jeg er igen i gang med at finde den perfekte kost til min træning. Jeg har kigget på denne her.«

Morgenmad: (tilberedningstid 3-4 min.) kl 8:00  
60g økologisk havregryn  
25g whey-protein, vaniljesmag



1 lille banan  
2,5 dl skummetmælk  
7g Udo's Choice, essentielle fedtsyrer  
Blendes.

Frokost: (tilberedningstid 5 min.) 12:00

2 skiver groft fiberbrød  
150g tun i vand  
tomat+agurk+majs  
5g Udo's Choice blandes med tun og majs

Mellemmåltid I: (tilberedningstid 3-4 min.)

17:00

4 dl cheasy 0,1% yougurt, jordbær/rabarber  
10g whey-protein, jordbærsmag  
5g Udo's Choice  
Blendes.

2 skiver groft fiberbrød  
2 gulerødder

Middagsmad: (10-12 min.) 14-15:00

150g kylling-inderfilet  
10g extra jomfru olivenolie  
500g blandede grøntsager  
40g brune naturris, parboiled

Mellemmåltid II: (tilberedningstid 4-5 min.) ?

25g whey protein, chokoladesmag  
2 dl skummetmælk  
5g Udo's Choice  
Blendes  
2 skiver fiberrugbrød  
60g leverpostej, den grønne slagter, max 3%

Mellemmåltid III: (tilberedningstid 2-3 min.) ??

25g whey-protein  
2 dl skummetmælk.  
4g Udo's Choice  
Blendes og indtages umiddelbar før lyset slukkes!

1 æble  
Evt. kosttilskud

»Men mit spørgsmål er. Hvad gør jeg inden træning? Og efter? Om jeg skal spise mellemmåltid i slutningen af træningen?«<sup>8</sup>

Den stramme kropslige selvdisciplin, der skal til for at følge det detaljerede program, og det store arbejde og viden, der må ligge bag at udføre et så specifikt afmålt kostprogram, viser, at Agger04 trækker på *statens kontrollerende spor*. Fra *statens kontrollerede spor* ses ideen om kroppen som en effektiv arbejdsmaskine, der blot må have det rigtige brændstof for at fungere. Alle ingredienser er nøje afmålt, og selv tidsforbruget for hvert måltid er skitseret. Kostplanen lever herudover op til gængse sundhedsanbefalinger om at spise fisk, fiberrigt, frugt og grøntsager og om at undgå fedt og sukker. Kostens risikofaktorer i *statens kontrollerende spor* er således sorteret fra. At Agger04 efter bedste ånd fra staten er et selvhjulpent individ, viser han ved, at han selv har søgt oplysninger for at finde »den perfekte kost.« Det må siges at være en ansvarlighedsreaktion, der kan ses som et resultat af en individualiserende tendens, som *statens kontrollerende spor*, men også *markedets ansvarlige forbrug* tilskynder til. Hertil kommer, at der nævnes mange specifikke produkter i kostprogrammet. Desuden lyder *markedets ansvarlige forbrug* for Agger04: »køb dig adgang til et fitnesscenter, så du kan træne!« Det givne mål synes altså at kunne opnås markedsmæssigt med et målrettet forbrug, der kommer fra *markedets ansvarlige forbrug*. Mens Agger04 trækker på *statens kontrollerende spor* og *markedets ansvarlige forbrug*, synes *markedets fristende drøm* at spille en mindre fremtrædende rolle.

Ansvarligheden og især selvkontrollen med

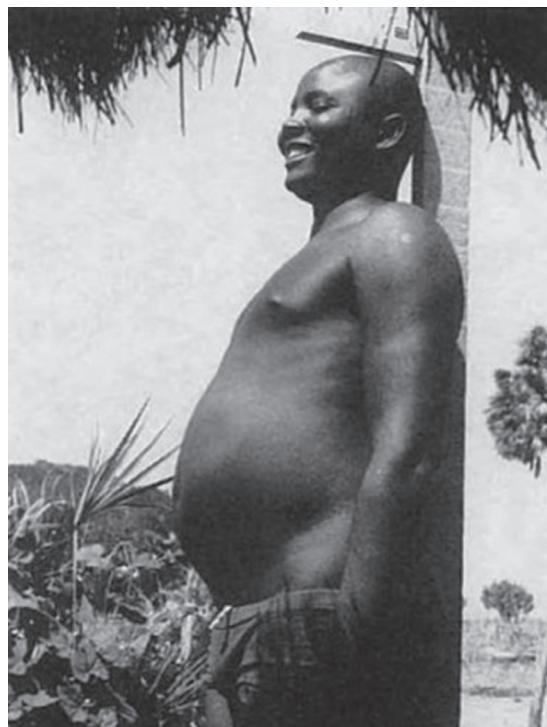
hensyn til kosten er overfortolket i en grad, som hverken *statens kontrollerende spor* eller *markedets ansvarlige forbrug* lægger op til. Agger004 har formentligt andre mål end dem, *statens kontrollerende spor* vil fremme. Der er eksempelvis ikke noget, der tyder på, at Agger004 vil have »den perfekte kost«, så han kan (for)blive sund og arbejde hårdere på arbejdsmarkedet, men nok nærmere for, at han kan arbejde hårdere i træningslokalet. Foruden at være præget af statens og markedets sundhedsdiskurser er Agger004 altså påvirket af noget helt tredje, som man kunne kalde for *civilsamfundets tredje syn*.

#### SUNDHEDSDISKURSERNE - UNIVERSELLE STØRRELSER?

Casen fra artiklens indledning danner rammen om et empirisk eksempel, der omhandler Massafolket i det nordlige Cameroun. Her udføres et ritual, der på mange måder ligger langt fra den vestlige verdens tilgang til kroppen. Mændene, der tager sig af det dyrebareste i deres kultur, kvæget, deltager i forskellige former for opfædningsritualer (Garine 1995, s. 46).

At blive fedet op og at være fed har blandt Massaerne mange positive betydninger. For eksempel betragtes de fede som værende smukke, seksuelt attraktive, gode arbejdere, milde, gode brydere og som gode dansere og sangere samt at have en høj moral. Dog kan massaerne også blive for fede. I en antropologisk undersøgelse gav nogle kvinder udtryk for, at de ekstremt fede er dårlige elskere, ude af stand til at arbejde i solen, svære at holde med mad og dårlige brydere. De er imidlertid stadig respekterede og værdsatte, men mere som sønner end som elskere eller ægtemænd (Garine 1995, s. 46).

Årsagen til det positive syn på opfædningsritualerne og på de fede skal findes i Massafolkets sociale selvforståelse. De fede er med til at sikre



slægtens biologiske videreførelse i tider med fødeknaphed, da de fede kan forventes at overleve i lang tid uden mad. Man prioriterer de få, men samtidig hele slægtens overlevelse.

Hovedpointen er, at fedmeritualerne og de fede er en del af den sociale lim, der sikrer social sammenhængskraft i slægten. Desuden garanterer den fede krop fremtiden for slægten som helhed. Fedmen har hos Massafolkene en positiv betydning, fordi opfædningen sikrer slægten og helheden frem for individet. Hos Massafolket konstrueres individet ikke som individ, men som en del af en helhed – i denne helhed er det slanke, som eksempelvis er konstrueret som eftertragtet i *markedets ansvarlige forbrug*, ikke ønskeligt. Det er derimod den kraf-

tige eller fede kropsform, der er effektiv for slægten som arbejdskraft og som social sikring for stammen, og på den måde minder individernes sundhedskonstruktion hos Massafolkets om den, der findes hos *statens kontrollerende spor*. Her er det dog vigtigt ikke at forfalde til en etnocentrisk bedømmelse af Massafolket ved at analysere den fremmede kultur med et begrebsapparat, der er udviklet til at forstå *vores* kultur. Der synes f.eks. hverken at være en stat eller et marked, der har betydning for Massafolket. Man kan ikke dømme andre kulturer ud fra vores værdier, normer og begreber. Derfor bliver det også vanskeligt at forklare Massaernes fedme, da betydningen af ordene *overvægt* og *fedme* er stærkt influeret af forforståelser, der hører hjemme i den vestlige kultur.

Essensen i ovenstående komparative blik viser, at *synet* på kroppen ikke er universelt, men socialt konstrueret.

Med Massaernes syn på kroppen bliver vi reflekterede og bevidste om vestlige forforståelser af krop, forbrug, fedme og sundhed. Det bliver klart, at der ikke findes én sand eller absolut forståelse af kroppen, men at det kommer an på øjnene, der ser. Derfor vil én repræsentation af kroppen altid være ét perspektiv blandt mange. Vil man analysere andre kulturers syn på krop og sundhed, må man imidlertid udvikle specialiserede begrebsapparater og analyseredskaber, der er henvendt til den specifikke kontekst. Det er derfor heller ikke muligt at analysere Massarne med statens og markedets sundhedsdiskurser, men det er med inddragelsen af Massarne og deres kulturelle forståelse af vægtidealer og skønhed, at vores egne indlejrede forforståelser omkring fedme og sundhed træder frem og gør diskurserne synlige. Når der f.eks. i bodybuilderkulturen tales om en bestemt kost, angives der en *common sense* forståelse af den rigtige

kost. Inden for dette specifikke fællesskab er det den fedtfrie, proteinholdige kost, der giver en muskuløs, trimmet og kontrolleret krop, der er idealet. Men denne kost eller krop er netop ikke en universel størrelse, men et ideal, der er konstrueret og defineret inden for et afgrænset fællesskab. Begrebet fedme har én betydning i bodybuilderkulturen i en vestlig kulturel kontekst og en anden blandt Massafolket – at tale om fedme (ud fra en vestlig forståelse) i Massaernes kultur ville være en anakronisme.

Betragtningen fra bodybuildermiljøet viser realiteten i, at de sociale differentieringer og at de sociale fællesskaber, man indgår i, er med til at bestemme, hvorledes diskurserne optages og fortolkes. Inden for et socialt fællesskab besiddes en bestemt viden, særlige opfattelser, et sæt af ideer som gruppens medlemmer orienterer sig efter, og som dermed giver deres praksis en særlig retning, og deres handlingsmotiveer en bestemt baggrund. Specifikke normer og værdier, der er gældende i et bestemt fællesskab, er altså med til at forme de individer, der indgår deri. Der er her langt til ideen om »frisatte individer« i et »sen- eller postmoderne« samfund, der frit vælger sin levevis.

*Individet* i civilsamfundet er ligesom de idealtypiske sundhedsdiskurser en utopi, og ideen om *det sociale individ* er en selvmodsigelse, hvor individet pådattes, at det skal handle individuelt, men individet i civilsamfundet er *altid* socialt og er derfor ikke et individ, men et menneske.

Statens og markedets diskurser virker kun, hvor de bliver forstået, oversat og anvendt gennem civilsamfundets grupper – og sjældent i deres idealtypiske rene former. Der er på den måde ikke tale om diskursiv determinisme.

Sundhedsdiskurserne i det civile samfund kan altså til forskel fra statens og markedets diskurser ikke sammenfattes idealtypisk. De virker

snarere som filtre og fortolkninger, som side- og modfortællinger.

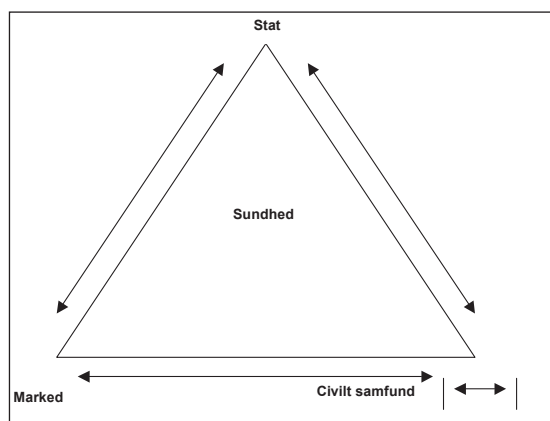
De forskellige overlap og adskillelser mellem sundhedsdiskurserne, der kom til syne under betragtningerne i det civile samfund, kan efterlade et forvirrende indtryk af diskurserne. Nedenstående figur tydeliggør sundhedsdiskursernes indbyrdes forhold.

Figur 1 viser sundhedsdiskursernes indbyrdes forhold. Dobbeltpilene skal vise, at de forskellige områder og tilhørende diskurser påvirker hinanden.

Den hidtidige analyse har afsløret, at civilsamfundet er præget af både staten og markedet, og at diskurserne ikke optages i deres rene former, men at der sker en fortolkning af sundhedsdiskurserne i forskellige grupper i civilsamfundet – det illustrerer den dobbelte pil ved civilsamfundet.

#### SUNDHEDSDISKURSERNE OG SAMFUNDET

Dette afsluttende og perspektiverende afsnit iagttager emnet fra oven, fra en vinkel, der ser på sundhedsdiskurserne sammenholdt med den øvrige samfundsudvikling. Der kan spores en



Figur 1

proces, hvor udviklingen går i retning af et effektiviseringssamfund, og hvor sundhedsdiskurserne spiller en betydelig rolle.

Fælles for sundhedsdiskurserne *statens kontrollerende spor* og *markedets ansvarlige forbrug* er, at de virker disciplinerende for individet. Dette faktum følger udviklingen i dansk politik, der på samme vis er kommet til at handle om at afrette individers adfærd (Knudsen 2007, s. 22). Dette skyldes dels, at den offentlige sektor er blevet for omkostningsfuld, og dels, at velfærdsstaten skal tilpasses konkurrencen i en global verden. Individet er i denne sammenhæng en vigtig brik.

Den økonomiske usikkerhed i 1970'erne betød, at politik siden begyndelsen af 80'erne har drejet sig om at skabe de bedste rammer for markedsøkonomien for på den måde at få samfundet til at fungere bedre (Knudsen 2007, s. 26). En markeds-mæssiggørelse af samfundet betragtes som løsningen på problemerne med den dyre offentlige sektor og Danmarks konkurrenceevne i globaliseringen.

Det har på mange arbejdspladser ledt til udbredelsen af en evalueringskultur, der har som formål at effektivisere produktionen. Effektiviseringskulturen i befolkningen starter tidligt med, at børn socialiseres ind i et effektiviseringssystem, hvor lovforslag om individuelle udviklingsplaner i daginstitutioner så dagens lys i 2006, og pædagogiske lærerplaner blev en realitet i folkeskolen i 2004. Senere stilles individer over for krav om *livslang læring* – dette forhold ses også i »Sund hele livet« (min kursivering). Man er altså gået fra »Welfare« til »Workfare« (Knudsen 2007, s. 40), hvor socialpolitikken underlægges arbejdsmarkedspolitikken. Samlet fremmes der en præstationskultur, hvor der i mindre og mindre grad er plads til forskellighed og afvigelse. Befolkningen skal streamlines og

ensrettes socialt og kropsligt for at forbedre den nationale konkurrenceevne (Eichberg 2007, s. 98). Udviklingen kan beskrives som en overgang fra *velfærdsstat* til en *social konkurrencestat* (Knudsen 2007, s. 26), hvor politiske beslutninger træffes ud fra økonomiske overvejelser.

Her kommer sundhedsdiskurserne ind i billedet. Sundhedsdiskurserne virker i denne sammenhæng som *midler* i konkurrencestaten, et styringsinstrument på vejen mod en konkurrencedygtig nation, hvor staten forsøger at få den enkelte til at tage ansvar for sig selv med en sund livsstil, mens markedet byder sig til med ansvarlige og sundhedsfremmende produkter. I den nye samfundskonfiguration er frihed det samme som frihed til varevalg og frihed til at være effektiv og mobil på arbejdsmarkedet (Knudsen, 2007 s. 43). Det forsøger staten at udnytte til fordel for samfundets økonomi, mens markedet udnytter og udbygger statens ansvarliggørelse til at afsætte produkter. Den kropslige selvbeskyttelse bliver et bidrag til nationaløkonomien i form af besparelser på sundhedsområdet og på arbejdsmarkedet. En kropslig selvbeskyttelse ville i teorien også betyde et fald i den, ifølge konkurrencestatens fortalere, altafgørende økonomiske vækst på grund af faldende forbrug, som en selvbeskyttende asketisk livsførelse ville medføre. Men her understøtter *statens kontrollerende spor og markedets ansvarlige forbrug* hinanden. Markedet udnytter statens anbefalinger og ansvarliggørelse til at afsætte produkter – selvbeskyttende produkter. På den måde indgår de to sundhedsdiskurser et symbiotisk forhold, hvor de begge drager fordel af hinanden.

#### MENNESKET I KONKURRENCESTATEN

For befolkningen har konkurrencestaten store omkostninger, da mennesket på det personlige

plan løsrives fra forpligtende fællesskaber. Dette sker, når markedstænkningen breder sig til store dele af samfundet, og »den individuelle kalkulationslogik fremmes« (Knudsen 2007, s. 44). Kravet om mere effektivitet på arbejdspladsen om at være forandringsparat, visionær og fleksibel samt længere arbejdsdage, har for mange betydet, at de har svært ved at leve op til forventningerne, og konsekvenserne viser sig som stress, depression og udbrændthed (Eichberg 2007, s. 100). På samme måde kan overvægten ses som et tavst signal fra kroppen (Eichberg 2007, s. 100), men konkurrencestatens reaktion er endnu mere kontrol. På den måde virker det ellers så rationelle system irrationelt.

Sundhedsdiskurserne virker som et imperativ, men formidles som et gode for den enkelte, der medfører flere »gode leveår«, godt udseende eller velvære. I et biopolitisk perspektiv, kan man sige, at individerne i effektiviseringssamfundet *fødes* i rationalitetens jernbur,<sup>9</sup> og de har derfor svært ved at slippe ud – også der, hvor de har opdaget, at de er indespærret.

#### LITTERATURLISTE

Bourdieu, Pierre (1979): *Distinktionen. En sociologisk kritik af dømmekraften*. Pax Forlag, Oslo, 1995.

Eichberg, Henning (2007): »Glem det 'enkelte individ' – Glem Giddens! Om en stor fortælling i effektiviseringssamfundet« i *Dansk Sociologi*, nr. 3, årgang 2007.

Featherstone, Mike (1991): »Lifestyle and Consumer Culture« i *Consumer Culture and Postmodernism*. Sage Publications, London.

Foucault, Michel (1975): *Overvågning og straf*. Det lille forlag, Fredriksberg 2002.

Garine, Igor de (1995): »Sociocultural Aspects of the Male Fattening Session among the Massa of Northern Cameroon«. I Igor de Garine og Nancy Pollock red.: *Social Aspects of Obesity*.

Goffman, Erving (1975): *Stigma: om afvigerens sociale identitet*. Gyldendal, København.

Haastrup, Lisbeth (1997): »Kostvaner eller madkulturer?« I *Tværvideenskabelige perspektiver på sundhed*. Akademisk Forlag.

Hardt, Michael og Negri, Antoni (1993): *Imperiet*. Informations Forlag 2003, København.

Høg, Jørgen: »Uden for det gode selskab« *Jyllands-Posten*, 28.03.2007.

Knudsen, Tim (2007): *Fra folkestyre til markedsdemokrati. Dansk demokratihistorie efter 1973*. Akademisk Forlag, København.

Lupton, Deborah (1995): *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*. SAGE Publications, London.

Maguire, Jenifer Smith (2008): *Fit for Consumption. Sociology and the Business of Fitness*. Routledge, New York.

Marsh, David og Stoker, Gerry (2002): *Theory and Methods in Political Science*. Palgrave Macmillan, New York, 2. udgave.

Regeringen (2002): »Sund hele livet – de nationale mål og strategier for folkesundheden 2002-10)«.

Sørensen, Mads P. (2004): *Den politiske forbruger*. Hans Reitzels Forlag, København.

Veblen, Thorstein (2005): *Conspicuous consumption*. Penguin Books, London.

Weber, Marx (1904): *Den protestantiske etik og kapitalismens ånd*. Nansensgade Antikvariat, København 1995, 7. oplag 2005.

#### NOTER

1. Begrebet stigma anvendes i denne sammenhæng som hos Erving Goffman, der anvender begrebet til at forklare, hvorledes diskurser afgør, hvordan vi tillægger betydninger til andre mennesker (ofte minoriteter) ud fra ydre tegn. Se: Goffman, E. (1975). *Stigma: om afvigerens sociale identitet*.
2. Begrebet *De farlige andre* betyder, at når nogle opfattes som sådan, ekskluderes de fra fællesskabet i det samfund, de lever i. *De farlige andre* finder man i stort set alle samfund op gennem historien.
3. Eksemplerne er lånt fra Ole Hartlings foredrag »Sundhed som religion«. Set d. 5.02.08 og kan findes på: [http://www.klf-dk.org/serpens/sundhed\\_som\\_religion.htm](http://www.klf-dk.org/serpens/sundhed_som_religion.htm)
4. Historisk institutionalisme er en mainstream tilgang til det samfundsvidenskabelige, se Marsh, David og Stoker, Gerry (2002): *Theory and Methods in Political Science*.
5. Veblen, Thorstein (2005). s. 39. Her må det nævnes, at de rige og velstillede, også før 50'erne, havde et *Conspicuous consumption*, men at denne type af forbrug blev stærkere udbredt fra 50'erne og frem.
6. Ordlyd fra en TV-reklame sendt på danske TV-kanaler. Mine understregninger .
7. En fuldstændig individualisering er desuden ikke mulig, da vi som nævnt er sociale væsner og som sådanne altid finder sammen i fællesskaber.
8. Information fra Internettet. Set d. 24.06.09. Kan findes på: <http://www.bodybuilding.dk/viewtopic.php?t=15854>
9. Begrebet *Rationalitetens jernbur* anvender Weber til at beskrive den moderne verden, hvor individet opdrages til at være målrationalt tænkende. Se Max Weber: *Den protestantiske etik og kapitalismens ånd* s. 121.