

Normoverskridelse og livet i organernes stilhed - Georges Canguilhem mellem filosofi, sociologi og medicin.

Anders Kruse Ljungdahl

Denne artikel starter og slutter med antagelsen om, at sygdom er en kilde til erkendelse. Det er gennem studiet af patologiske tilstande, at normale funktioner, som normalt forbliver uerkendte, kan synliggøres. Denne pointe skal uddybes senere. For indeværende skal det blot hævdes, at type 2 diabetes, forstået som en livsstilssygdom, derfor må kunne give en erkendelse af samtidige livsstilsnormer. Georges Canguilhem refererer i *The Normal and the Pathological* (1943/66[1998]) til René Leriche, som hævdede, at ”sundhed er livet i organernes stilhed. Omvendt”, fortsætter Canguilhem sit citat af Leriche, er ”sygdom det, som generer mennesker i deres normale udøvelse af livet og i deres gøremål, og i særdeleshed det, som får dem til at lide” (Canguilhem 1943/1966/1998: 91 *oversat fra den engelske udgave*). Sundhedstilstanden er en ubevidst væren et med kroppen, hvorimod erkendelsen af kroppen er givet gennem følelser af begrænsninger, trusler, og forhindringer. Canguilhem siger videre, at denne opfattelse af det normale således beror på muligheden for brud på normen. Det er denne mulighed vi skal forfølge i denne artikel, dvs. det er denne formular, at sygdom er kilde til erkendelse, som skal efterprøves gennem type 2 diabetes som problemområde. Når jeg siger problemområde, og ikke case, så skyldes det, at sygdommen af type 2 diabetikere i mange tilfælde ikke opleves som en gene. Mange diabetikere føler sig simpelthen ikke syge. Dette er samtidig til frustration for de sundhedsprofessionelle på området, idet det i de pædagogiske indsatser på området handler om at få diabetikerne til at erkende, at de befinder sig i en risikotilstand, og at de har en alvorlig sygdom, som kan give komplikationer på sigt, også selvom de for indeværende ikke mærker noget til disse gener. Formålet med denne artikel er derfor, gennem et kvalitativt studie af diabetikers selvpraktikker og pædagogiske praktikker på diabetesområdet, at udfordre dette erkendelsesteoretiske perspektiv ved

at vise muligheder og begrænsninger i anvendelsen af perspektivet som et metodisk udgangspunkt.

Mennesker er i almindelighed tilbøjelige til at vænne sig til selv de mest mærkværdige tilstande. Som Annette L. Hindhede har vist, så er det ofte hørehæmmedes familiemedlemmer, og ikke den hørehæmmede selv, som mener, at den hørehæmmede trænger til et høreapparat (Hindhede 2010: 389). Når man eksempelvis foretager interviews med demente mennesker, så opdager forskeren ikke kun, at disse informanter ikke kan huske. Forskeren opdager også, at hendes egen hukommelse indimellem spiller hende et puds. Man bliver altså gennem et studie af patologiske tilstande opmærksom på hverdagslivets selvfølgeligheder, som ellers normalt overses (Forchhammer, *Interviewet som handlesammenhæng*, s. 30). Ifølge de sundhedsprofessionelle på området er det ligesom om diabetikerne lever ubekymrede videre, indtil de bliver ramt af senkomplikationerne ti til tyve år senere. Sygdom er altså ikke nødvendigvis en kilde til erkendelse for den syge selv. Men spørgsmålet er, om et studie af en livsstilssygdom alligevel kan afsløre normalt uerkendte aspekter af samtidige sundheds- og livsstilsnormer.

Det er altså ikke formålet udtømmende at beskrive alle aspekter af, hvordan diabetikere praktiserer deres liv. Alle de empiriske eksempler, der gives i teksten nedenfor, skal samtidigt problematisere og illustrere den erkendelsesteoretiske pointe (jf. Carter & Littles 2007 begreb om epistemologi). Det er ikke denne artikels formål at foregive en objektiv, neutral registrering af, hvordan det forholder sig med diabetikere i Danmark, eller at sætte procentvis fordeling på, hvor mange hhv. mænd og kvinder med diabetes, der praktiserer deres liv på denne eller hin måde. Derimod skal nogle af de forskellige strategier, som faktisk *kan* identificeres blandt diabetikerne i spændingsfeltet mellem bevidsthed og ubevidsthed, i det følgende præsenteres.

Men er dette ikke en meget selektiv brug af empirien? Hvorfor så overhovedet bruge tid på at præsentere det empiriske materiale? Kunne man ikke blot fremstille den erkendelsesteoretiske pointe i en abstrakt form, uden hensyntagen til det empiriske rod af kroppe, ord og bevægelser? Erfaringerne fra diabetesområdet kommer på forskellige måder til at vise, hvordan denne erkendelsesteoretiske idé løber ind i *vanskeligheder* når den bliver omsat i et konkret studie af en sygdom som type 2 diabetes. Og således gennem disse udfordringer at vise, hvilke begrænsninger for, og muligheder der er med dette argument. Det er endvidere hensigten at formidle disse vanskeligheder på en måde, så andre samfundsvidenskabelige forskere kan blive inspirerede til at benytte studiet af sygdomme til at sætte fokus på almindelige, samtidige normer, der indirekte lader sig beskrive, når de gennem sygdom bliver gjort synlige. Kernen i artiklen er altså det erkendelsesteoretiske argument, og derfor vil interviewcitater fra diabetikerne blive sat ind løbende for at uddybe og problematisere dette argument. Formålet med artiklen er således at vise, hvordan denne simple, erkendelsesteoretiske pointe kan omsættes til empirisk forskning, herunder ikke mindst problemerne hermed.

Den erkendelsesteoretiske pointe omsat til empirisk forskning

Selvom Canguilhem var uddannet i både filosofi og medicin, og også i en periode fungerede som læge inden han fik en lærestol ved Collège de France i videnskabs-historie, med særligt henblik på livsvidenskaberne, så er det svært at oversætte Canguilhem's medicinsk-historiske eksempler, samt konkrete beskrivelser af fysiologiske processer, til et nutidigt studie af diabetikers livsstil. Derfor var det ikke mindst Uffe Juul Jensens blik for, at forskellige, videnskabelige praksisområder opererer med forskellige sygdomsbegreber, som har inspireret til dette studie (Jensen 1983). Inspiration til at omsætte denne praksisfilosofi til et konkret observationsstudie kom bl.a. fra Kristian Larsens 'Observationer i et felt' (Larsen 2009), og dennes fordring om at bedrive 'teoretisk-empirisk' forskning, samt Spradleys *Participant Observation* (1980). Det er et paradoks på forhånd at skulle kende det praksisområde, man bevæger sig ind på, for overhovedet at kunne se noget, samtidig med, at det er vigtigt, at man nærmer sig dette

felt som en fremmed, for at man ikke blot ser det, man vidste i forvejen. Det er her sygdommen som erkendelseskilde kommer ind. Det ovenfor beskrevne tema om normaltilstandes almindelige, og dermed ubevidste status, og om sygdomstilstandes erkendelsesgivende funktion, var vanskeligt at håndtere under de faktiske observationer. Her fremtræder der et væld af 'positiviteter', dvs. kroppe, bevægelser, hensigter, meninger og erklæringer, som vanskeligt lader sig observere som sygdomme (forstået som negativitet). Når man anlægger et ikke-essentialistisk blik på sygdom, så er det svært at nærme sig dette fænomen positivt. Det må med andre ord hele tiden bedømmes konkret, hvad der i et givet tilfælde forstås ved sygdom. Ideen om en 'livsstilssygdom' er i sidste ende en abstraktion. Gennem observation får man adgang til trætte øjne, gangbesvær, tis og blå tæer. Disse fortolkes i konkrete tilfælde (af både forskere, sundhedsprofessionelle og patienter) som symptomer på denne eller hin sygdom. Men man får også, og i endnu højere grad, øje på mennesker, der spiser, drikker, hygger sig og snakker om familiemedlemmer eller personlige bedrifter, kort sagt alt muligt andet end diabetes. Hvis sygdommen er erkendelses-givende, hvorfor får man så ikke øje på den, når man observerer? Hvorfor er det svært at få den italesat, når man interviewer en diabetiker?

Derfor var det ikke mindst Harold Garfinkels case-beskrivelse af et transseksuelt individ (Garfinkel 1967), som konkret gav en hjælp til, hvordan denne erkendelsesteoretiske idé kunne omsættes til et forskningsdesign, metodologi og konkrete metoder. Garfinkel beskriver, hvorledes vi almindeligvis 'gør' vores køn gennem transseksuelles måder at praktisere deres nye køn. De transseksuelle måtte i 1950'erne og 60'erne kopiere kvinders adfærd meget detaljeret, for at kunne performe som kvinder, uden at der blev vækket mistanke til dem. Dette var en nødvendighed, idet det dengang kunne være fatalt at blive opdaget. Garfinkel beskriver således disse *måder*, som var både mænd og kvinder ubevidste. Dvs. han beskriver *menneskers* dagligdags, hverdagslige *metoder*, som bruges og udføres uden tanke herom (jf. begrebet ethno-metodologi). Det var de transseksuelles redegørelser for disse praktikker, der gjorde ham i stand til at erkende og beskrive dem. De transseksuelle var simpelthen tvungne til at gøre sig disse uartikulerede praksisser bevidste, såle-

des at de kunne kopiere kvinders væremåder i detaljen, og dermed undgå at vække andres opmærksomhed. De transseksuelle blev i datiden betragtet som mentalt afvigende, og det er da også ved at besøge psykiatriske afsnit, hvor psykologer og psykiatere forsøgte at beskrive denne diagnose, at han fik adgang til at lave sine interviews. Garfinkel var således en stor hjælp til at omsætte Canguilhems erkendelsesteoretiske pointe til et empirisk studie af diabetikere. Det afgørende er, at diabetikeres begrundelser for at praktisere sig selv på de måder de gør, ikke er så forskellig fra ikke-diabetikeres. Kravet om at leve sundt (spise frugt og grønt, være aktive, skære på indtag af fedt og sukker, stoppe med at ryge, og moderere indtaget af alkohol) er ikke blot noget mennesker med en diagnose møder, men udgør en anbefaling til hele befolkningen (om fedme og diabetes, se Greenway & Cefalu 2008, om motion og diabetes, se Consitt et al. 2008). At beskrive diabetikerenes *selvpraksis* er således en nøgle til at synliggøre de livsstilsnormer, der betinger, hvordan mennesker i samtiden handler på sig selv, kræver noget af sig selv (se Mol 2006 for et indsigtsfuldt, kvalitativt studie af diabetes). Diabetes er bare et intensivt eksempel på noget, der foregår bredt i samtiden, og som alle kan genkende. Men diagnosen gør, at der fokuseres langt mere skarpt og konkret på, hvad man skal foretage sig, hvornår, og i hvilken rækkefølge (læs mere herom i Ljungdalh 2012). Dermed synliggøres den konkrete udførelse af disse samtidige livsstilsnormer.

Jeg har således gennem en periode på fire måneder foretaget deltagende observation af en gruppe type 2 diabetikere i forskellige pædagogiske praktikker, herunder læge og sygeplejekonsultationer, diabetesskole, motionshold og motivationsgrupper. Dertil kommer individuelle interviews med to mandlige deltagere på diabetesskolen, det ene i hans hjem, og det andet i det lokale, hvor diabetesskolen foregik. Der blev yderligere foretaget et interview med en ældre mandlig deltager med deltagelse af dennes kone, som foregik i ægteparrets hjem, og dertil et fokusgruppeinterview med fire diabetesskoledeleger, hvoraf en af deltagerne var blevet interviewet på forhånd. Slutteligt blev der foretaget interviews med to motivationsgrupper (arrangeret af lokale diabetesforeninger), hvor interviewerens forinden havde deltaget i gruppens aktiviteter (hhv. gymnastik/motionsmaskiner og foredrag med en sygeplejerske om

forholdet mellem kost og blodsukker). Interviewene var semi-strukturerede, men i de individuelle interviews var spørgsmålene mere neutrale, dvs. de opfordrede til at informanten beskrev de måder, hvorpå de medicinske anbefalinger blev omsat i en selvpraksis, herunder eksempelvis selvmonitorering (se Danholt 2008). I fokusgrupperne blev der derimod også stillet nogle mere polemiske spørgsmål, som slog en tone an med det formål at provokere til debat ("er det svært at leve med diabetes"). Observationerne forløb over en periode på fire måneder. Skematisk ser det empiriske materiale således ud:

Tabel 1: De forskellige observationsfelter, antal professionelle, deltagere og interview personer i undersøgelsen, og observationernes varighed.

Setting	Hospitals-konsultationer		Diabetes-skole	Motionshold	Motivationsgrupper	
Professionelle	2 læger	2 sygeplejersker	plejerske og diætist	fysioterapeut	1 diabetesinstruktør	2 diabetesinstruktører
Antal deltagere eller patienter	9 patienter	3 patienter	12 - 16 deltagere	8 - 14 deltagere	6 deltagere	7 deltagere
Interview			3 individuelle interview + 1 fokusgruppe-interview (4 informanter)		1 fokusgruppe-interview (6 inf.)	1 fokusgruppe-interview (7 inf.)
Observationernes varighed	10 min. x 9	1 time x 3	4 x 3 timer	1 x 5 timer	2 timer	2 timer

Georges Canguilhem og problemet med at skelne mellem sygdom og normalitet

Det store problem, der optog Georges Canguilhem, var livsvidenskabernes forsøg på at nå til en rationel erkendelse af livet. Medicinen og biologien var på det tidspunkt Canguilhem skrev sit hovedværk, *Le normal et le pathologique*, 1943, genudgivet med tilføjelser i 1966, drevet dels af en positivisme, dvs. at vor erkendelse af virkeligheden bygger på en systematisk, værdineutral beskrivelse af positivt forekommende fænomener, og en rationalisme, dvs. at det i princippet er muligt at foretage en rationel beregning af, hvordan levende organismer fungerer, og dermed opstille evidensbaserede principper for, hvori den bedste intervention består. Medicinen bliver for alvor en videnskab op igennem

det nittende århundrede, og den etablerer bl.a. sin videnskabelige status gennem et opgør med overtroiske og religiøst betonedede praksisser. De metoder, der giver medicinen sin videnskabelige status var i første omgang den eksperimentelle metode (Claude Bernard 1865), dvs. den systematiske og kontrollerede beskrivelse af, hvad der sker med organismen, hvis man kirurgisk fjerner et bestemt organ, eller amputerer bestemte funktioner i et kredsløb. Det var sådan, det lykkedes eksperimentelle forskere kirurgisk at fremprovokere diabetes, ved at fjerne bugspytkirtlen fra et dyr. Opdagelsen af, at legemet synes at fungere nogenlunde som en maskine, som stopper med at fungere efter hensigten, hvis man fjerner vitale dele, og kan begynde at fungere igen, hvis man indsætter dele, eller introducerer medicin, som kan korrigere maskinens fejl, gav medicinen en plads blandt de fremmeste videnskaber. På dette tidspunkt var medicinen stadig bundet til individuelle, konkrete studier af enkeltorganismer, men antagelsen var, at med tilstrækkeligt mange eksempler ville man kunne opstille generelle og principielle regler for organismens virkemåder. Claude Bernard anfører gentagende gange i *An Introduction to the Study of Experimental Medicine* fra 1865, at en fundamental følge af den eksperimentelle metode var, at den videnskabelige praksis må tænkes som en læreproces, dvs. at forskere ved at eksperimentere, lærer noget om organismens virke, som stadig er skjult for os. Det var, som Foucault angiver i *Klinikkens fødsel* (1963), muligheden for kirurgisk at kunne åbne kadavere, som gjorde det muligt at studere de indre organer, og altså følgelig at kunne tænke organerne som reservedele. Idet hospitalsklinikker blev etableret, og folkesundheden begyndte at blive en prioritet for staterne, blev der dermed samtidigt etableret en stor population af patienter, ud fra hvilken generelle lovmæssigheder (normer) gradvist kunne etableres statistisk.¹ Den konkrete, individbundne, eksperimentelle medicin kunne hermed udvide sit perspektiv, idet man i stigende grad kunne formulere rationelle, statistisk baserede, generelle lovmæssigheder på grundlag af en stor population af individer. Livsvidenskabernes viden om levende organismer blev gradvist mere og mere generel. Den samme pointe fortæller Nikolas Rose om

psykologiens tilblivelse (Rose 1985), idet indførelsen af skolepligt gjorde det muligt at studere store populationer af børn, der havde varierende niveauer af intelligens, adfærdsmæssige problemer, indlæringsvanskeligheder osv.

Problemet for en del videnskabsmænd i første halvdel af det tyvende århundrede, var, at livet tilsyneladende ikke opfører sig så rationelt og beregneligt, som man kunne have håbet. Kurt Goldstein finder ud af, ved beskrivelser af soldater, der havde fået hjernelæsioner efter første verdenskrig, at hjernen tilsyneladende i nogen grad er i stand til at kompensere for de læsioner, der er blevet den påført.² Andre dele af hjernen går ind og overtager dele af de funktioner, som den beskadigede del før havde taget sig af, og nye forbindelser etableres. I dag kalder vi dette for hjernens plasticitet. Tilsyneladende er organismen en helhed, og det er ikke muligt at henhøre funktioner til et enkelt organ, eller et isoleret system i kroppen. Livet har altså tilsyneladende en selvregulerende eller selvorganiserende funktion, hvor de enkelte dele af organismen må ses i sammenhæng med hele organismen, og i bredere forstand dens miljø. Det følger, at videnskaben om livet er kontekstbunden. Canguilhem bruger som eksempel, at hvis mavesækken fjernes kirurgisk, så er der dele af det resterende system, der i nogen grad kan etablere de funktioner, som mavesækken før udførte. Et andet sted refererer han til et ældre studie, som illustrerer, at hvis en del af et søpindsvins æg fjernes kirurgisk, så udvikler organismen sig alligevel som et helt individ, hvilket betyder, at resten af ægget kan kompensere for den manglende del, og altså udvikle alle de egenskaber, som udgør et helt individ af denne art (Canguilhem 1952/1965[2008]: 14). Organismen har altså tilsyneladende en ubestemmelighed og en evne til at regulere sig selv – men ikke sådan at forstå, at den genetablerer en tidligere ligevægtstilstand. Det er derimod sådan, at

1 Se også Francois Ewald 1990 for en indsigtfuld beskrivelse af statistikkens, dvs. den normative logiks tilblivelse.

2 Canguilhem refererer gentagne gange til Kurt Goldstein som eksempel, idet Canguilhem var dybt inspireret af denne psykiater (Canguilhem 1952/1965[2008]: xx), men man kunne lige så vel have nævnt andre tænkere, der på samme tidspunkt var dybt kritiske overfor positivismen og rationalismen. Se eksempelvis Keld Thorgaard og Uffe Juul Jensen for en nutidig kritik af evidensbaseret medicin (Thorgaard & Jensen 2010). Det er ikke kun livet, der har denne ubestemmelige karakter. Også subjektet blev et referencepunkt (eks. i fænomenologien) for noget, der ikke kunne determineres.

den overskrider sine normale funktioner, og etablerer nye normaltilstande. Organismen overskrider altså sin egen normalitet. Det er denne revolutionerende indsigt, der er nerven i Canguilhem's tænkning. Det normale er ikke en forudgående tilstand, men noget der hele tiden etableres og overskrides af levende organismer. Her tænker Canguilhem i første omgang på mennesker og dyrs kroppe, men det er svært at læse hans hovedværk uden at have sociale systemer og naturen som helhed i tankerne. Begreberne, han anvender, er i hvert fald så tilpas flertydige, at de kan udlægges som en karakteristik af livets virkemåde som helhed. Det er derfor man ikke kan tænke ligevægt som et ideal, hverken for kroppen, for sociale organismer, eller for naturen som helhed. At blive rask er ikke at genetablere en normal tilstand. Det er tværtimod at etablere nye normer. Det er derfor, Canguilhem sine steder siger at organismen er normativ (dvs. i stand til at instituere nye normer), før den er normal.

Når den moderne medicins videnskabsteoretiske grundlag således drages i tvivl, dvs. da læger og psykiatere i første halvdel af det tyvende århundrede i stigende grad begyndte at udfordre den erkendelsesramme, som livet kunne og skulle tænkes i, så etablerer der sig en tvivl om, hvorvidt der i den medicinske praksis handles på et sikkert grundlag. Hvordan etablerer man sikker viden om livet, når levende organismer ikke lader sig standardisere? Følgen af Canguilhem's (og andres) tænkning bliver, at den erkendende instans selv er en del af den verden, den ønsker at beskrive, og dermed kan man ikke stille sig uinteresseret udenfor denne verden, og beskrive den. Videnskaberne om livet må altså forstås indenfor livet som en aktivitet (Canguilhem 1952/66/2008: 70). Hvis organismen ikke kan tænkes adskilt fra sit miljø betyder dette nødvendigvis også, at resultaterne af et videnskabeligt eksperiment ikke er uafhængige af de fysiske rammer, hvorunder eksperimentet finder sted. De spørgsmål, der stilles, stilles på baggrund af erfaringer fra bl.a. klinisk praksis. På nogenlunde samme tidspunkt som Canguilhem skrev, blev også Niels Bohr klar over, at observatøren, og måleapparatet, påvirker det observerede. Nogle patienters blodtryk stiger automatisk, når de ser en læge og et blodtryksapparat. Hvordan kan man altså finde et referencepunkt for at kunne beskrive levende organismer og processer, når selve den refererende instans selv er

en del af det liv, der søges beskrevet? Det interessante ved Canguilhem er, at han ikke, som mange andre efter ham, som konsekvens forfægtede en relativisme. Han insisterede på at forfølge disse problemer som filosof, dvs. gennem en historisk begrebsanalyse at forfølge spørgsmålet om, hvordan eksempelvis livsvidenskabernes erkendelsesramme har etableret sig (Canguilhem 1988, Méthot 2012). Han taler om en 'reasonable rationalism', som forstår at anerkende sine grænser, "og inkorporere sin praksis' begrænsninger" (Canguilhem 1952/1965/2008: xx). Hans metode var derfor at identificere de erkendelsesbrud, der har etableret sig i videnskabernes historie. Vores viden om livet må etablere sig gennem uforudsigelige forandringer. Denne viden må forsøge at begribe livet som en dynamisk tilblivelsesproces, hvis mening afsløres når den foruroliges. Og hvad er det, der foruroliger tanken om livet?

Svaret skal ikke findes i discipliner uden for medicinen. Det skal findes i medicinen selv. Medicinske forskere har altid vidst, at man kan opnå erkendelse af normale funktioner ved at studere patologiske tilstande. Sygdommens erkendelsesgivende potentiale er ikke blevet opdaget af geniale filosoffer, sociologer eller psykologer. Den har været, og er fortsat, det videnskabsteoretiske omdrejningspunkt i medicinsk forskning. Denne pointe formuleres allerede eksplicit af den moderne medicins ophavsmænd, eks. Claude Bernard i 1865. "For at lære, hvordan mennesker og dyr lever, er vi nødsagede til at se, hvordan disse dør, fordi livets mekanismer kun kan afsløres og bevises gennem dødens mekanismer" (Bernard 1957: 99 *oversat fra den engelske udgave*). Denne tanke har senere fået en central betydning i psykoanalysen. Det er gennem Freuds beskrivelser af psykiske anormale tilstande, at bevidsthedens såkaldt normale funktionsmåder afdækkes. Eller rettere, Freud viser, at det ikke giver mening at sondre mellem normale og anormale tilstande, idet de funktioner, der kan findes hos psykisk syge individer, også findes hos såkaldt normale individer. Sondringen mellem det patologiske og det normale falder. Vi bliver bekendte med psykens normale funktionsmåder gennem patologiske tilstande, hvor disse normaltilstande fremstår anormale (Margree 2002). Det er den samme pointe som Claude Bernard fremførte i 1865, og som Canguilhem gør til genstand for kritik, at sygdom i virkeligheden ikke er en anden form for væren,

men derimod en normal tilstand i 'exces' eller 'deficit'. Diabetes er, ifølge Bernard, ikke en radikalt anden ontologisk tilstand, men derimod en normal funktion (sekretion af sukker gennem urinen) som blot i diabetikernes tilfælde har overskredet en normalværdi. Alle mennesker udskiller altså sukker gennem urinen, men i diabetikerens tilfælde er indholdet af sukker højere end normalt (jf. navnet *sukkersyge*). Bernard laver det eksperiment, at han udsulter nogle dyr, og undersøger om de stadig udskiller sukker gennem urinen efter en længere fasteperiode. Og det gør de. Det er dette eksperiment, der leder ham til at konkludere, at organismen fortærer sig selv, når den ikke tilføres føde, og at dyr og mennesker udskiller sukker gennem urinen, uanset om disse væsener har diabetes eller ej. Nyrerne begynder at udskille urin, når en bestemt (normal) grænseværdi overskrides. Symptomet på diabetes (udskillelse af overskydende sukker igennem urinen) er altså blot et normalt fænomen, der i tilfældet med diabetes er overdrevet, idet der udskilles mere sukker end normalt. Han konkluderer således, at patologiske og normale tilfælde i virkeligheden er de samme, naturlige funktioner, og at det patologiske kun er adskilt fra det normale ved en overdrevet eller underdreven aktivitet. Sygdomstilfælde er ikke unaturlige, de er stadig normale, men blot *anormale* (dvs. kvantitative afvigelser fra en norm). I årtierne herefter kunne insulin og de Langerhanske øers funktion beskrives gennem yderligere eksperimenter. Canguilhem kritiserer denne position, og insisterer på at opretholde en principiel forskel mellem det normale og det patologiske. Det er blot ikke så lige til at nå til en erkendelse af, hvordan denne skelnen skal begribes. Det er dette, der optager Canguilhem.

Sociale og biologiske normer: normoverskridelse

Canguilhem skelner i tilføjelserne "Tyve år senere" (fra 1966) til hovedværket *Le normal et le pathologique* mellem kultur og natur, mellem sociale og biologiske normer. Sociale normer er et resultat af et valg – et eksplicit kriterium – og biologiske normer er implicitte i kroppen, dvs. at kroppen gennem sine egne funktioner præsenterer sine normer. Sociale normer kan repræsenteres, dvs. de kan være genstand for diskussion og konflikt, de kan fremstilles og forandres, og de kan ændres bevidst. Men han tilføjer dog skælmisk, at sociale normer også er et resultat af interesser, som ikke

nødvendigvis er bevidste eller eksplicitte. Vi er derfor, uanset om vi bedriver samfundsvidenskab eller medicin, nødtvungne overladt til at tænke indefra, så at sige, dvs. immanent. Vi kan ikke fastsætte neutrale, eksterne kriterier, som vi kan vurdere sociale såvel som biologiske processer i forhold til. I den første del af værket fra 1943 taler Canguilhem således kun om vitale normer, og giver eksempler fra medicinen, selvom man aldrig er i tvivl om, at han med disse begreber taler om meget andet end biologiske normer. Han bibeholder det tvetydige begreb om 'liv', som vi både bruger i eksistentiel og dagligdags forstand, men også som den genstand, livsvidenskaberne (dvs. medicinen, biologien) såvel som samfundsvidenskaberne (den sociale organisme, hverdagslivet) er optaget af. Han prøver at vise, at livsvidenskabernes genstand ikke er så fastforankret som naturvidenskaben har villet have os til at tro, og som samfundsforskere og humanister vedvarende har bekræftet den i. Han er fascineret af livets mangfoldighed og variation, og af den videnskabelige erkendelses ditto, og er særligt optaget af, at de normer, som styrer en organisme, kun vanskeligt lader sig beskrive og standardisere. Som om der lå et skema bag alle menneskers krop, en standard eller gennemsnit, et '*blueprint*', som definerer normalen, og som alle kroppens konkrete funktioner kan ses som udtryk for. Den tanke, han gør oprør imod, er, at der findes en sådan standard, som alle de konkrete manifestationer af liv er en *repræsentation* af. Dette er en essentialistisk forståelse af livet. En essentialistisk ontologi. Dvs. at det virkelige er det, der ligger *bagved* de konkrete manifestationer af liv. Når de konkrete manifestationer afviger fra den normale standard, så afviger de fra det virkelige. Vi er altså mindre virkelige, når vi afviger fra normalen. Pointen er dog, at alle afviger. Canguilhem bruger eksemplet, at man kan måle højden på alle husene på vejen, og finde et gennemsnit, men der er ingen af de faktiske huse, der har lige netop den gennemsnitlige højde. Standardmålet er dermed en abstraktion. Der findes kun de enkelte, konkrete huse, og det er dem, der udgør det 'virkelige'.

Pointen er således videre, at denne standard hele tiden forandrer sig. Menneskers gennemsnitshøjde har forandret sig over tid. Livet adskiller sig fra huse på vejen ved konstant og aktivt at forandre normerne for den konkrete organisation. Livets processer er selvregulerende eller selv-organisierende. Der er altså ikke

nogen bagvedliggende essens eller 'masterplan', som alle enkelte manifestationer er en instans af. Canguilhem udtrykker det på den måde, at de vitale normer præsenterer sig i det levede liv, og er ikke repræsentationer af en bagvedliggende virkelig norm. Han udtrykker også denne pointe ved, som tidligere nævnt at sige, at organismen kun er normal fordi den er *normativ*, dvs. i stand til at sætte nye normer. Vores standardiserede viden om livets processer (både i medicinsk, psykologisk og social forstand) er sekundær i forhold til, at livet konstant overskrider normerne for sin egen organisation. Dette syn på livet afspejler selvfølgelig en frygt for standardisering, normalisering og ensretning. Det idealiserer mangfoldighed gennem en insisteren på en *difference* mellem det normale og det patologiske, uagtet at denne forskel ikke kan defineres en gang for alle. Det er således ikke underligt at Canguilhem udtrykker disse tanker i 1943 – i en tid, hvor det kunne være farligt at afvige for meget fra normalen. Man kan således tydeligt se, hvor den næste, og berømte, generation af franske tænkere fik sin inspiration fra mht. det, der kunne kaldes en *forskelstænkning*. Begreber som distinktion (Bourdieu), difference (Derrida), galskab og anormalitet (Foucault), samt difference og gentagelse (Deleuze) har en forløber i Canguilhem (foruden, naturligvis, i Hegel og Heidegger).

Pointen er ikke, at Canguilhem tolker nogle værdier ind i medicinen. Det er snarere sådan, at disse værdier allerede er til stede, og at Canguilhem fremhæver de værdier, der allerede er indlejret i livets virke, og følgelig i medicinen som videnskab, fordi medicinen er en aktivitet i livets tjeneste. Man kan ikke sige – ”nå, det var en sød tolkning, men nu glemmer vi Canguilhem og går tilbage til den virkelige videnskab, altså den, der er objektiv og værdineutral – nu går vi tilbage og bedriver medicinsk (eller sociologisk) *forskning* i modsætning til alt det her filosofiske snak om værdier”. Hvis man tænker sådan, har man fuldstændig misforstået pointen. For når man går tilbage til sine variabler, og leder efter sammenhænge mellem overvægt og diabetes, så er denne aktivitet, dette blik, allerede en normativ udpegning af bestemte variabler som værende relevante, vedkommende eller uønskelige. Når man måler effekter af bestemte interventionsformer, vælger man at måle på nogle bestemte parametre, frem for nogle andre. Det, at forskningens blik forandrer sig, finder nye sygdomstil-

stande, som kan korreleres med andre faktorer, varierer historisk, og er et led i en kamp på området om, hvad der skal udpeges som sygt, og dermed behandlingskrævende. Og selve det blik, der udpeger sygdomme, er betinget af vores forståelse, som igen hænger sammen med fortidige hændelser og frygt for fremtiden. Altså, det medicinske blik er dybt normativt. Derfor er det ikke sådan, at sygdomme automatisk kan udpeges interesseløst af et videnskabeligt blik. Selve den kliniske praksis er medskaber af, hvad der udpeges og opfattes som sygdom. Det er den kliniske praksis, der går forud for, og udpeger de relevante variabler, som den medicinske forskning herefter korrelerer med andre tilsyneladende relevante variabler. Men hvordan fastsættes i første omgang, at bestemte variabler er relevante? Pointen er, at det er den kliniske praksis, og dermed økonomiske, politiske, og kulturelle praksisser i bredere forstand, der definerer relevanskriterierne.

Diabetesområdet og 'livet i organernes stilhed'

Alle de pædagogiske aktiviteter, som foregik på diabetesområdet, og som her er gjort til genstand for observation, foregik i et område i Storkøbenhavn, som en informant beskriver således: ”Bygningerne blev opført som midlertidige boliger til arbejderne, men det må [politikkerne] have glemt, for vi bor her endnu”. Det forhold, der er blevet beskrevet ovenfor, dvs. at diabetikerne mange gange ikke mærker gener eller symptomer på deres sygdom de første mange år, kan observeres forskelligt når man taler med forskellige diabetikere og sundhedsprofessionelle. De sundhedsprofessionelle er frustrerede over, at man kunne have forebygget senkomplikationer med en tidlig indsats, idet mange diabetikere angiveligt går rundt med et forhøjet blodsukkerniveau i mange år, uden at denne risikotilstand bliver opdaget. Når det forhøjede blodsukker opdages, og der bliver stillet en diagnose, er mange diabetikere ikke i stand til at mærke nogle gener. Man føler sig måske lidt træt, men når blodsukkeret, kolesteroltallet og blodtrykket er blevet stabiliseret med piller, så føler mange patienter sig helt normale. Dette gør naturligvis, at mange diabetikere ikke føler det nødvendigt at indlede det, der for dem kan opfattes som en asketisk livsstil. Når man ikke føler sig syg, hvorfor skulle man så ændre på sin livsstil? Det er derfor, at diabetesundersøgelsen forsøger at få diabetikerne til at erkende sig

selv som syge, idet de oplyses om, at der er tale om en alvorlig sygdom. Man opdager blot først hvor alvorlig den er senere i livet. En diætist fortalte således, at hun på diabeteskolen til at starte med havde brugt udtrykket ”en dødsensalvorlig sygdom”, men at hun senere havde modereret dette udtryk, idet hun ikke brød sig om at skræmme livet af deltagerne. Kodeordet for at forstå, hvad der foregår på landets diabeteskoler, og i diabetesundervisningen som sådan, er således dette forsøg på at vække en forståelse hos patienterne om, at de befinder sig i en risikotilstand. De får at vide, at hvis de lever sundt, kan de skubbe de forfærdelige senkomplikationer foran sig, og måske mindske dem. Et andet, og måske forældet, begreb for at leve sundt er egenomsorg (om selvpraksis og omsorgen for selvet, se Foucault 2005). Diabetikerne skal opdrages og uddannes til at drage omsorg for sig selv (Spenceley & Williams 2006, Stearns et al. 2000, Thorne et al. 2003, Thorne & Patterson 2001, Wilson 2001, Ziguras 2004). Problemet er altså, at man fornægter eller ignorerer, at man befinder sig i en risikotilstand, og helbredelsen sker i kraft af en gradvis erkendelse af sig selv som et objekt, der kræver omsorg. Det er selve denne selvomsorgspraksis, der har været fokus for mine observationer og i mine interviews. Omsorgen indebærer, at man er i stand til at handle på sig selv i nuet, i lyset af fremtidige risici. Men det er svært at sætte livsstilsændringer i gang når man ikke oplever sig som syg. Det er derfor, erkendelsestemaet, beskrevet i indledningen til denne artikel, er så centralt.

Diabetes type 2 mellitus blev, på det tidspunkt jeg foretog mine undersøgelser, diagnosticeret ved at måle personens fastblodsukker tre på hinanden følgende morgener. Hvis blodsukkerværdien er 7.2 eller derover i gennemsnit, så diagnosticeres man med type 2 diabetes. Et forhøjet blodsukker er kun et *symptom* på diabetes, og ikke selve sygdommens essens. Jeg foretager et interview med en diabetiker, som fortæller, at hans blodsukker har været over gennemsnittet 7.2, men at blodsukkeret er faldet til under grænseværdien efter at de begyndte at spise sundt derhjemme. Jeg spørger ham, om han så overhovedet har en sygdom. Det mener han dog at han har, da han på diabeteskolen blev informeret om, at diabetes er en kronisk sygdom. Man kan altså ikke løbe fra den, men mindske risikoen for fremtidige senkomplikationer ved at leve sundt. Jeg presser ham lidt i interviewsituationen, og spørger,

hvorfor han tror han er syg, når hans blodsukker ligger indenfor normalområdet, og når han ikke føler sig syg. Han svarer følgende: ”Ja, altså du har en fejl med at du er glad for mad, ikk, altså det er en last, kan man sige, ikk, altså du er glad for mad, du kan sgu ikke tåle det, vel.” Det skal siges, at værdien 7.2 er konventionelt sat. Den har altså været højere, men er faldet over tid med den begrundelse, at man kan undgå svære komplikationer senere, hvis man fanger det forhøjede blodsukker i tide, og foretager de nødvendige livsstilsændringer, før man står med en blodprop. De sundhedsprofessionelle vil naturligvis hellere forebygge, og derfor er udtrykket *pre-diabetes* også blevet aktuelt (blodsukkerværdier mellem 6 og 7). Udover at diabetikere og sundhedsprofessionelle vinder ved dette øgede fokus på at tage diabetes i opløbet, er der en yderligere stor vinder i denne situation. Det er ikke svært at forestille sig, at medicinalindustrien nyder godt af, at grænseværdien for diagnosticering af type 2 diabetes bliver lavere. To kolesterolsænkende midler, Lipitor og Zocor, toppede salgslisten i USA i 2003 med hhv. 6.3 og 5.1 milliarder dollars (Rose 2006: 86). Der er således grund til at tro, at den forebyggende medicin vil blive et endnu større emne i fremtiden. Ovenstående eksempel viser, at der er økonomiske, politiske, kulturelle og historiske interesser forbundet med at definere grænsen mellem det normale og det patologiske. Sygdomskriterier er ikke objektivt og neutralt givne en gang for alle, men påvirkes af bl.a. økonomiske interesser. I øjeblikket er der fra sundhedspolitik og i det hele taget samfundsmæssig side er meget stort fokus på lige netop en livsstilssygdom som type 2 diabetes. Sygdommen italesættes under tiden som en epidemi (Scanlan & Blonde 2008). Vi ser automatisk en bombe under velfærdsstaten og folkesundheden hver gang vi ser et overvægtigt menneske. Som denne diabetiker siger:

[J]eg ved jo godt, at [...] der er en konsekvens ved at have en dårlig livsstil, men... du kan jo ikke åbne et fjernsyn, eller åbne et søndags BT, uden at du skal forholde dig til, at ’puha, og vi er alle sammen for tykke’ og ’det er forfærdeligt’ og der bliver peget fingre af os sådan rent samfundsmæssigt, øh... og tro mig – vi ved det jo godt!

Det interessante er, at karakteristikken af type 2 diabetes har forandret sig over tid. Ved sygdommens opdagelse i 1935 blev den forstået som en geriatrisk

lidelse, dvs. en sygdom, der rammer ældre mennesker, jf. udtrykket 'gammelmandssukkersyge'. Alle menneskers blodsukker bliver højere med alderen, og for nogle bliver det bare lidt eller meget for højt (se Harris et al. 2003). Man må formode, at det er i forbindelse med, at vi har fået en velstandsstigning bredt i befolkningen, og at vi har fået et arbejdsmarked med mindre fysisk, manuelt arbejde, at sygdommen gradvist har kunnet blive opfattet som en livsstilssygdom. Det er på denne måde, at grænsen mellem det normale og det patologiske er under stadig forandring. Den er under alle omstændigheder konfliktstof.

Pointen er, at grænsen mellem det normale og det patologiske hele tiden bliver sat. Til hverdag, i vores omgang med hinanden. Vi er hele tiden med til at sætte den – det ligger i det blik, hvormed vi ser på en overvægtig person eller en ryger. Medicinens grænseværdier er dermed i en vis grad et udtryk for sociale normer. Hvordan vurderer vi, at en organismes tilstand er patologisk? Det gør vi ved at vurdere, om personen kan udføre normale funktioner. Men hvem vurderer, hvilke funktioner, der er normale? Det er derfor Canguilhem betegner det normale som et polemisk begreb. "Det normale er ikke et statisk og fredeligt, men et dynamisk og polemisk begreb" (Canguilhem 1943[1966/1998]: 239, se også Greco 2005, Mol 1998). Igen, min pointe er ikke, at medicinen ikke er videnskabelig, men derimod, at vi må være opmærksomme på, hvordan kriterierne for denne videnskab bliver grundlagt og forhandlet. Hvilke udtalte in- og eksklusionskriterier ligger til grund for en undersøgelse? Hvilke relevanskriterier ligger til grund for at arbejde med nogle bestemte variabler frem for nogle andre? Hvad tæller altså som viden, og hvordan bliver videnskriterier til? Og, som det fremgår af eksemplet med type 2 diabetes, hvordan bliver sygdomserkendelse til? Hvordan, med hvilke begrundelser, uddannes diabetikere til at praktisere bestemte former for selvomsorg? Hvordan brydes den lykkelige bekymringsfrihed angående sin egen fremtid, og erstattes af en selvforståelse, der informeres af risikotænkning? Der kan ikke opstilles eksterne, neutrale kriterier for hverken sygdom eller sundhed. Netop derfor er spændingen mellem erkendelse, normalitet og sygdom så vigtig at beskrive.

Type 2 diabetes er altså, som ovenfor beskrevet, kendetegnet ved at være en risikotilstand. Generelt er

et sådant individs gennemsnitlige blodsukker for højt, og man kan statistisk se en sammenhæng mellem for højt blodsukker, på den ene side, og forekomsten af senkomplikationer på den anden. Sammenlignet med ikke-diabetikere har disse individer større risiko for at udvikle hjertekarsygdomme, selv når man kontrollerer for typiske medvirkende variabler som overvægt, forhøjet blodtryk og kolesteroltal. Hvis man er diabetiker, har man altså stadig større risiko for at få hjertekarsygdomme, uagtet øvrige forhold. Derfor er tolerancerværdierne for, hvornår man intervenserer medicinsk mod eksempelvis forhøjet kolesteroltal og blodtryk, lavere for diabetikere end for ikke-diabetikere.³ Man er altså et risikoindivid. Man tilhører en risikogruppe, alene pga. stofskiftesygdommen, og ikke pga. eksempelvis overvægt (hvilket i så tilfælde blot tilføjer en ekstra grad af risiko). Men det er vigtigt at huske på, at risiko indikerer sandsynlighed for fremtidige udfald. Man er altså ikke syg, blot fordi man befinder sig i en risikotilstand, dvs. at diabetikerne ikke nødvendigvis har udviklet de hjertekarsygdomme endnu, som de er i farezonen for at få. Når vi taler om risiko, taler vi om fremtidige mulige udfald. Det er derfor Nikolas Rose bruger betegnelsen "the infinitely malleable empire of risk" (Rose 2006: 86-87). Man er altså ikke syg, fordi man er genetisk disponeret for at udvikle en sygdom. Og man er ikke en omvandrende blodprop fordi man er overvægtig eller har diabetes. Som denne diabetiker, adspurgte om den almindelige holdning til diabetes i samfundet, udtrykker det:

Hvis du spurgte mig inden jeg fik diabetes, så var det at diabetes det var for gamle mennesker. Personer som åd fastfood hver dag og propper sig med slik og cola. De var sgu selv ude om det. Det var deres problem. Og sådan har jeg det selvfølgelig ikke i dag, men den holdning ser jeg jo alle andre steder også...at øhm...det er også fordi du er tyk, siger de, at du har diabetes, altså. Men de ved jo bare ikke nok om det, vel, og det tror jeg, det er holdningen i hele samfundet, at hvis du er overvægtig og du har diabetes, så er det sgu din egen skyld, altså, det tror jeg.

3 Dette eksempel kommer fra et foredrag jeg overhørte mens jeg lavede mine deltagende observationer, hvor en læge var blevet inviteret til at fortælle en gruppe diabetikere i en lokal diabetesforening om sammenhængen mellem hjertekarsygdomme og diabetes.

Det normale – et polemisk begreb

At være normal er ikke det samme som at være ikke-anormal. At være normal er ikke det samme som at passe ind i en standard (Østergaard 2005, Mol 1998). Når vi taler om livet fra et biologisk-medicinsk perspektiv, så har normerne for at være normal vide grænser. En organisme har med andre ord en langt større tolerancemargin end eksempelvis en maskine. Dette skal ikke forstås sådan, at normalområdet er større, men at der stadig er tale om en standard. Det er snarere sådan, at livets store variation er et udtryk for, at livet hele tiden sætter nye normer, *overskrider* gældende normer. Organismen er i stand til at forandre de normer, der gælder for dens organisation. Dette skal man *ikke* kun forstå som kausal-deterministisk *tilpasning*, når der sker ændringer i det fysiske miljø. Hvis man bestiger et meget højt bjerg, så får de fysiske vilkår, eksempelvis manglen på ilt, organismen til at tilpasse sig den nye situation, og forandre de normer, som regulerer organismen. I dette eksempel er forandringen en automatisk, deterministisk tilpasning. Men organismens normoverskridende aktivitet skal ikke kun forstås deterministisk. Det er snarere sådan, at det, der adskiller en levende organisme fra en maskine, er, at normerne for dens regulering forandres løbende. Hvis en maskine forandres, så vil vi spørge til, hvilken intern eller ekstern hændelse, der *forårsagede* denne forandring. Men levende organismer er af en sådan karakter, at forandring er et konstant, forudgående vilkår. "Life is creation", som Claude Bernard udtrykte det (Bernard 1865: 93, Canguilhem 1952/65: 22). Dette har en betydning for det normalitetsbegreb, vi kan operere med i en medicinsk sammenhæng. At være normal vil sige at være i stand til at overskride sin normalitet, at være *normativ*, dvs. at være i stand til at sætte nye normer. "Det normale menneske er et normativt menneske, det væsen, som er i stand til at etablere nye, selv organiske normer" (Canguilhem 1998[1943/1966]: 139). Det følger af dette perspektiv, at fremtiden er åben. Livet kan udvikle sig i mangfoldige retninger. Canguilhems begreb om patologi er derfor paradoksalt (Gane 1998), idet der både er tale om negativ værdi, en tilstand, der indebærer mindre levedygtighed, men samtidig en tilstand, der demonstrerer livets normativitet, dvs. evne til at overskride sine egne normer, dvs. et mangfoldighedsideal. En gentagelse, der hele tiden indsniger en

forskel. Forandringen er ydermere ikke fuldstændig tilfældig. Den kan gøres til genstand for beskrivelse. Men en beskrivelse, der må følge en *tidslig* (historisk eller dynamisk) logik, snarere end en statisk, kausal. Dette skal *ikke* forstås sådan, at det er mennesket, der, i modsætning til det fysisk-kropslige niveau, via en beslutningsakt, kan forandre sit liv på et psykisk niveau. Der er heller ikke tale om en subjektiv eller social konstruktivisme. Det er derimod den biologiske organisme, i første omgang, der har denne dynamiske karakter, og kun i afledt, sekundær forstand kan vi som åndsvæsenere gøre os forhåbninger om at efterligne organismens normoverskridende virke.

Hvis man tolker dette ind i en konkret sammenhæng på diabetesområdet, kan det derfor heller ikke undre, at de fleste af de diabetikere, jeg har talt med i mit forskningsprojekt, i høj grad kan opfatte sig selv som normale. De identificerer sig med andre ord ikke med deres diagnose. Det skyldes, at deres livssituation ikke er mærkbart forandret af sygdommen. De spiser som sagt en håndfuld piller, lever ubekymrede videre, og går til folkedans og rejser til Argentina. Sygdommen indskrænker ikke deres udfoldelsesmuligheder. Som en enkelt diabetiker udtrykker det: "Jeg er blevet sund efter jeg har fået diabetes: jeg har aldrig før spist så mange grøntsager i mit liv." Hovedårsagen til at de føler sig normale, har således at gøre med fremtidsperspektiverne (Christiansen 2012). Dette hænger bl.a. sammen med, at de ved, at de selv har mulighed for at påvirke deres fremtidige situation ved at ændre deres livsstil. De kan, gennem selvregulering, holde deres fremtidsmuligheder åbne. Det, at de aktivt kan påvirke deres egen fremtid, gør, at de oplever en frihed – en frihed som tillader dem at tænke på sig selv som normale. Problemet opstår, når de ikke er i stand til at ændre livsstil, dvs. når de eksempelvis er i konflikt med sig selv.

Jeg vidste godt de fleste af de ting øhm, vi fik at vide [på diabetesskolen]. Dem var jeg egentlig udmærket klar over, og tænkte, nåh ja... Og det har bare bekræftet mig i at 'du véd det hele, hvorfor gør du det så ikke?' Altså, hvorfor går jeg ikke ture, hvorfor løber jeg ikke, hvorfor gør jeg ikke noget mere, end jeg gør. Og hvorfor holder jeg mig ikke væk fra oste og rødvin og kager og... alt det her... det er... det er mig en gåde. Men det gør jeg altså ikke rigtigt. Den er ikke feset ind, at det er det, jeg

skal. Og det – det kan man jo godt undre sig over, at jeg er sådan. Jeg kan i hvert fald, he-he, godt undre mig over det.

På denne måde kan man bebrejde sig selv, at man gør noget andet, end det, man godt ved, er det bedste for en. Ovenstående kvindelige diabetiker på 62 år kæmper, eller føler at hun ikke kæmper nok, for at bekæmpe sit begær. Hun er altså i konflikt med sig selv, når hun vil noget, hun ved hun ikke må, men samtidig ikke kan lade være med, hvilket får hende til at bebrejde sig selv. I en sådan situation kan man ikke selv definere sine egne normer. Og man tillægger ikke sine egne normer værdi. Man kan i det hele taget ikke sætte normer selv, men prøver at efterleve andres normer, dvs. de eksperter, som definerer en som usund. Man har brug for andres hjælp til at 'blive sig selv'. Man bliver tilbudt motivationssamtaler mm. Spørgsmålet er imidlertid her, om det overhovedet giver mening at sondre mellem *egne* og *fremmede* normer. Men en sygdomssituation kan også blive et udgangspunkt for et aktivt liv, der sætter normer og værdi ved at udkaste visioner og fremtidshåb for sig selv og andre på nye betingelser. Som Georges Canguilhem udtrykker det, så er sygdom ikke en afvigelse fra det normale, men i sig selv en *anderledes* normal (Canguilhem 1998[1943/1966]: 89).

Om forskellige måder at håndtere livet med type 2 diabetes

Når alt dette er sagt, er der naturligvis store forskelle på, hvordan de enkelte diabetikere handler, eller ikke handler, på medicinens anbefalinger. De diabetikere, som er blevet tidligt diagnosticerede, og som endnu ikke tager medicin i nævneværdig grad (måske højest nogle blodtrykssænkende piller), meddeler som sagt ofte, at de ikke føler sig syge. De ved godt, at de har en stofskiftesygdom, og at det handler om gennem livsstilsændringer at mindske risikoen for fremtidige senkomplikationer. De ved, det handler om, at de skal tabe sig, stoppe med at ryge, spise sundt og være mere aktive. Men de har af mange forskellige årsager svært ved, eller ønsker ikke, at gennemføre disse livsstilsændringer. Ældre kvinder synes mere fokuserede på anbefalingerne angående diæt end deres mænd, da det i disse hjem ofte er kvinden, der tager sig af kosten. Mændenes måde at forholde sig til sundhedsrådene tager oftere udgangspunkt i det, der har at gøre med fysisk aktivitet. Dette er et

trivielt eksempel på, at diabetikere naturligvis fortolker anbefalingerne forskelligt afhængig af kulturel bagage. Selve uvidenhedsdilemmaet forholder diabetikerne sig også forskelligt til. Mange siger helt eksplicit, at de ikke føler sig syge. Nogle siger gentagne gange, at de føler sig helt normale, og at det bare handler om at "passe lidt på med hvad man spiser". Når man går dem på klingen, er der ikke ret mange, der er i stand til at eksplicitere, hvad det betyder at passe lidt på. Nogle få diabetikere forsøger at følge reglerne til punkt og prikke ved eksempelvis at veje ingredienserne til maden, således at de ikke får mere end den anbefalede mængde fedt og sukker om dagen, og et vist minimum af grøntsager. En diabetiker siger, at det er tabet af hendes far, der også havde diabetes, som har fået hende til at være "mere ekstrem end de andre". Et udsagn, man ofte hører i interviewene er, at "man ikke skal tænke så meget over det, for så bliver man først syg". Dvs. der er et behov for at lægge afstand til de sundhedsprofessionelles "dommedagsdundertale", som en diabetiker udtrykker det. Eller sagt på en anden måde, som illustrerer erkendelsestemaet, så er der et behov for at gøre disse regler til rutine. De fleste informanter fortæller, at de ikke tænker over deres diabetes til hverdag. Det er først når deres hverdag bliver forrykket pga. ferie eller weekend, at de opdager, hvordan de egentlig fører deres liv som diabetiker. Et begreb som "vane" dukker hele tiden op i det empiriske materiale. Det er en befrielse at kunne glemme sin diagnose og de regler, som, hvis man tænker over dem, er meget besværlige. Man skal ifølge de regler, diabetikerne instrueres i på diabetesskolen, spise fem-til-seks gange om dagen, dvs. mellemmåltider, og der er meget detaljerede regler for kostens sammensætning i løbet af hele dagen. Hvordan håndterer man at være ude til festlige lejligheder? Dette kræver nogle meget veltilrettelagte selvpraksisstrategier, som diabetikerne helst vil gøre til vane, således at det ikke bliver en alt for stor byrde at bære sin diagnose. Diagnosens byrde skyldes ikke kun administrationsbesvær, men også stigmatisering. Enkelte diabetikere forklarer deres situation i moralske termer, ved eksempelvis at sige, at "jeg er ikke syg, jeg er bare doven". I et konkret tilfælde synes det at være den pårørende, ældre kvinde, der er interesseret i madlavning, som praktiserer forbuddene og anbefalingerne til kosten, formentlig af frygt for at miste sin ægteemand, som har fået diabetes.

Enkelte udtrykker, at de godt ved, hvad de burde gøre, men at de ikke kan. Man bruger i disse tilfælde anbefalingerne til ”at piske sig selv med”. I det følgende skal disse praktikker ikke kortlægges eller kvantificeres. Det er i denne sammenhæng ikke så vigtigt, om der kan identificeres et mønster i, hvilke grupperinger af diabetikere (køn, alder, beskæftigelse etc.), der typisk følger nogle bestemte strategier. Dette ville helt sikkert, som indikeret ovenfor, have været såvel muligt som interessant. Men det, der derimod skal problematiseres, er det ovenfor omtalte uvidenhedsdilemma. I det følgende skal to centrale aspekter af livet med type 2 diabetes afdækkes. Man kan identificere en række metoder til at praktisere livet med diabetes, som har det til fælles, at disse metoder handler om at bevare ’livet i organernes stilhed’. Det næste aspekt handler om det normales polemiske karakter, dvs. livets evne til eksperimenterende at overskride gældende normer, indstifte nye normer, hvilket indebærer et kritisk potentiale.

Vane, regelfølge, afholdenhed

Man kan sige, at det for alle diabetikere handler om at reducere kompleksitet. Man får en diagnose, og bliver anbefalet en række livsstilsændringer, samtidig med at man måske føler et pres fra offentligheden, såvel som fra familie og venner, i forhold til at passe på sig selv. Nogle er måske tilbøjelige til at fortælle lægen, at det går godt, og at man er stoppet med at ryge, og at man næsten er stoppet med at spise wienerbrød og lørdags-slik. Hvad lægen ikke ved, har hun jo ikke ondt af. Man kan således i ro og mag leve sit liv som man plejer, uden at behøve at bekymre sig om den kompleksitet, som diagnosen har introduceret i ens liv. Hvis man alligevel af sin kone konstant bliver mindet om, at man skal spise råkost, holde sig fra chokoladerne når man er til barnebarnets konfirmation, og spise sine mellemmåltider som diætisten har sagt, så er det nødvendigt at forsøge at gøre nogle af disse nye ubehagelige krav til vane. En yngre mandlig diabetiker fortæller, at han har et lille køleskab i sin lastbil, hvori han har plads til sine madpakker, hvilket gør at han nemt kan holde ind til siden og spise et af de mange mellemmåltider i løbet af arbejdsdagen. På den måde kan han overholde reglen om at skulle spise mange små måltider, uden at det forstyrrer hans rutine. Der findes således en række forskellige metoder til at indstifte en rutine i ens liv,

som gør at man ikke behøver at koncentrere sig om sin diagnose, som man alligevel ikke mærker det store til i hverdagen. Som i dette eksempel med en yngre mandlig diabetiker:

AKL: Hvordan affinder du dig med de ting du så ikke må eller helst ikke skal gøre?

Diabetiker: jamen, der er jo mange ting, som er blevet en vane, synes jeg, som man ikke har derhjemme og det synes jeg er okay.

AKL: hvad kunne det være?

Diabetiker: det er Cola – Coca Cola, rigtig Cola, som jeg ville sige! Det smager jo engang imellem lidt godt, og jeg drikker det engang imellem, altså hvis ikke de har andet, jamen så gi’ mig en cola! Men jeg synes ikke det smager godt i det lange løb. Nu drikker jeg så Pepsi Max og Zero og det der.

Denne samtale viser, at diabetikeren forsøger at gøre den nye livsstil til vane. Samtalen afslører også en anden teknik, som nogle bruger til at glemme deres diagnose, nemlig at udskifte sukker- eller fedtholdige varer med erstatningsprodukter, som ikke indeholder sukker. På den måde behøver man ikke bekæmpe sin egen trang til nogle bestemte produkter, hvis blot man kan vænne sig til et erstatningsprodukt i stedet. Så behøver man ikke indlade sig på den konstante brydekamp med sig selv, når lysten til usunde produkter melder sig. Som han siger lidt efter i interviewet:

Diabetiker: Jeg tror bare, det er en vane, altså, bare at sige nej når du står nede i supermarkedet. Ej, du er lækkersulten, ikk’ og de har fire poser Haribo Mix til 50 kr., ikk’, altså det kan godt være, det ikke er billigt eller det er billigt, går du bare videre, ikk’, hurtigt væk.

Eksemplet viser således også en anden ting, der særligt praktiseres af de mandlige diabetikere. Afholdenhed. Man gider måske ikke indlade sig på det komplicerede regnestykke, som nogle af de kvindelige diabetikere gør, dvs. dagligt at følge komplicerede regler, såsom ombytningsregler, eller at regne på, hvor mange kulhydrater og mættede fedtsyrer et givet produkt indeholder, eller hvor meget frugt man har indtaget, hvis man har spist to og en halv rosinbolle. Det er lettere at lære nogle få enkle regler at kende, følge dem så godt man nu kan, og så koncentrere sig om noget andet. Som denne ældre mand fra et fokusgruppeinterview forklarer:

Diabetiker, ældre mand: hvis jeg er ude til fest, ikk', og der kommer en dessert ind, så begynder jeg ikke at sidde og analysere den. Så siger jeg bare 'nej tak'. Det – det er jo ganske enkelt. Det, så – 'Jeg har fået rigeligt til hovedretten – jeg kan ikke spise mere.' Så kan det jo være løgn, men det er mit eget problem.

Ikke for mange forklaringer, ikke for mange bekymringer. Det med at sidde og analysere desserten er for kompliceret, og det er der ingen grund til at indlade sig på, hvis man har lært sig selv en række praktiske leveregler, som er nemme at leve med. Angående disse praktiske leveregler, så stiller jeg følgende spørgsmål til fokusgruppen:

AKL: Så kunne jeg tænke mig at spørge om... øh... synes I at diabetes har medført nogle praktiske forandringer i jeres liv?

Ældre mandlig diabetiker: Hvad vil du høre om? Ha-ha-ha. Vi kan jo starte med om morgenen. Der skal du spise rugbrød i stedet for franskbrød. Når du går i byen skal du købe alle varerne med et bestemt sukkerindhold – det skal du stå og læse og kunne udenad, eller sådan noget... Og når du så laver maden, så skal du så kombinere det efter de opskrifter, som er – lidt specielle. Men det er ikke vanskeligt, det er ikke derfor, men det... det er altså lidt vanskeligt, ikk'. Og når du så kommer ud om aftenen, og skal besøge tante Oda eller sådan en eller anden, så skal du liiige være opmærksom på, om de småkager, hun har sat på bordet, eller lagkager, eller hvad hun har – om det nu indeholder sukker eller ikke sukker. Og det er jo... For de der holder kuren, er det meget nødvendigt.

Det er disse specielle leveregler, som en del diabetikere synes ikke at ville tænke for meget over, hvilket er grunden til at man tilegner sig nogle bestemte vaner, som tillader en at færdes i livet til daglig uden at skulle gøre sig de store overvejelser. Disse forskellige metoder har til formål at opretholde livet i organernes stilhed. Og ikke mindst livet i autoriteternes stilhed (som Rose siger i *The Psychological Complex*, 1985: 231).

Følgende eksempel fra et andet fokusgruppeinterview kan illustrere regelfølgen som metode til at reducere kompleksitet. Det er særligt kvinderne i mit interviewmateriale, der fremhæver denne metode. Følgende er et eksempel på nogle af de overvejelser, man kan

gøre sig som diabetiker, når man forsøger at regulere sit liv og hverdag efter de af sundhedsprofessionelle udstukne retningslinjer. Samtalen er fra et andet fokusgruppeinterview.

AKL: Så kunne jeg tænke mig at spørge om... [kan ikke helt få ørenlyd]... om... [pause]... øh.... Er det svært at leve med diabetes?

K1: næh!

K2: ikke for os, da...

K1: ...man skal bare tænke sig lidt om en gang imellem...

M1: det eneste... [uhørligt] man må prøve at lave sit liv lidt om – sådan set, så at man ikke tænker på det hele tiden [K1 samt andre: ja]. Det skal man ikke, for så bliver man jo endnu mere syg., jo altså – [K1: ja] Man skal bare lade det skride. Og så passe en lille smule på – på sig selv, ikk'.

K1: ...ellers så bliver man også rundforvirret altså...

AKL: så hvis man laver lidt om på den måde man lever på, så...

M1: ja-ja! man skal bare ikke gå og tænke på det hele tiden, ikk'...

K1 samt en del andre: ja... [lyde, der indikerer generel konsensus]

En ældre kvindelig diabetiker (K4) er ikke helt enig med de øvrige diabetikere i gruppen. Hun undrer sig over det, hun opfatter som en forkert holdning om bare at lade stå til:

K4: Tænk! Det synes jeg man skal – man skal tænke på det hver dag.

K1: nå!?

K3 + K2: Neeej! He-he...

K2: så er det derfor du er dårlig!

De andre: jaaa, ha-ha-ha...

K3: ha-ha, det tror jeg også, det tror jeg også... ha-ha.

K2: du skal bare leve sundt, ligesom os [der grines og hostes]

K1: ...det bliver jo også en vane, at man har, at man har lavet sit liv om, ikk'.

K4: Jeg lever sundt, det er derfor man skal tænke på det hele tiden, hele tiden *forberede* at man har noget mad med, og spiser hver tredje time, og jeg laver mit brød selv... og de ting der... selv, for at... få det sundeste jeg kan, ikk'. Derfor bliver man nødt til at

planlægge hver dag efter det, synes jeg.

[(K1, K2 og M1 fortsætter mens K4 snakker) K1: ...det tror jeg giver mening... M1: 'ja det gør det, da, ja' ikk'?... K1: ...ja. Uden at man tænker over det... ja... K2: ja, det er rigtigt! K1: det tror jeg, ja. K2: det ligger bare på rygraden, ja, uden at man tænker over det]

Den ældre kvindelige diabetiker lader sig ikke sådan slå ud. Hun vil uddybe sit argument:

K4: Nej, jeg vil ikke sige at det er et problem, men jeg bliver bare... jeg *planlægger* det hver dag, et eller andet sted, hvad jeg skal foretage mig i dag, for at tackle sukkersygen... for det gør jeg jo.

AKL: Er der nogen af I andre, der har det på samme måde... [K1: nej] ...altså, skal I også tænke forud...?

K1: næh, nej...

M2: nej.

K3: det kommer til at ligge på rygraden.

Et typisk svar fra diabetikerne, når man taler om disse leveregler og måder at praktisere livet som diabetiker, er at man 'bare skal passe lidt på'. Det er svært at få diabetikerne til at uddybe, hvad der ligger i dette udsagn. I den følgende samtale bliver deltagerne ved med at gentage dette med at 'passe lidt på'. Den ældre kvindelige diabetiker beder de andre interviewpersoner uddybe, hvad der ligger i dette.

K4: Jeg føler mig som en hel outsider, fordi jeg tænker jo på ved hvert eneste måltid, om der er 5 gram fedt i, og om vi får mere end 30-40 gram sukker om dagen.

[nogle griner lidt i baggrunden]

K1: Nej, det gør jeg altså ikke...

En af mændene: ...nej!

K4: Jamen det har vi jo lært vi skal!

K1: Ja... det ved jeg godt – men det gør jeg ikke.

[en af mændene samt K2 stemmer også i med: ... neeej.... det er besværligt...]

K4: ...Og det tænker jeg da på, og har gjort det hele tiden, og alligevel er mine resultater ikke super fantastiske. [K1: ja!?] Så derfor synes jeg det er ikke noget jeg – at jeg kan bare sådan lade være med, høhø... [K1: nej...] Fordi jeg vil gerne have, at det, så godt som det kan, uden at jeg skal have endnu mere medicin, end det jeg får.

K1: Jeg tror altså også man skal passe på at det ikke

kun bliver det, det hele drejer sig om...

K3: Det fylder for meget så...

Der opstår i gruppen en modreaktion mod K4, som vil følge reglerne til punkt og prikke, og den resterende flok, som indikerer, at det er vigtigt ikke at tage det hele for alvorligt. 'Så bliver man først syg', som argumentet lyder. Eksemplet viser, hvorfor det er svært at få diabetikerne til at artikulere præcist, hvordan de lever med deres sygdom, dvs. i detaljen at beskrive, hvad der gør deres situation særlig. Dette er selvfølgelig et slag mod det erkendelsesteoretiske udgangspunkt, som var, at det patologiske er en kilde til erkendelse af det normale. I ovenstående tilfælde er det svært at få deltagerne til at eksplicitere, hvad de mener med 'at passe lidt på'. Hvad er altså deres selvomsorgsstrategi? Hos flertallet i ovenstående eksempel er det ikke at tænke for meget over sygdom, regler og risiko.

Modstand, eksperimentel praksis og kritik af bestående normer

Som ovenstående brudstykker fra et fokusgruppeinterview viser, så er der forskellige opfattelser af, hvad det vil sige at 'passe på' sig selv. Hvordan drager man på bedst mulig vis omsorg for selvet? Hvordan lever man op til de gældende sundhedsnormer? Hvilke leveregler, hvilken livskunst, hvilke vaner, og hvilken praksis skal man følge? Dette aspekt af livet med diabetes kan betegnes med Canguilhems udsagn om, at det normale er et polemisk begreb. Selvom normbegrebet skal forstås helt generelt, dvs. at det lige så meget betegner biologiske processers virke som standarden for afstanden mellem jernbaneskiner, så er det i nærværende sammenhæng interessant at se nærmere på netop de sociale normer for levevis og livsstil, som udspiller sig i ovenstående interviewekstrakter. Det er vigtigt at huske på, at Canguilhem er interesseret i normbegrebet som sådan, og ikke den specifikke brug af dette begreb indenfor et bestemt videnskabeligt område. Det interessante ved det normale er ikke, hvorvidt der er tale om et socialt eller biologisk begreb, men derimod den funktion normbegrebet har i alle videnskaberne om livet (det sociale såvel som det biologiske). En af pointerne med alle de begreber, hvis idéhistorie Canguilhem beskriver, er at de går på tværs af skellet mellem natur og kultur, det sociale og det biologiske (refleks, individ, celle, adfærd, stimulus, miljø, patologi og norm osv.). I nærvæ-

rende sammenhæng kigger vi nærmere på livsstils- og sundhedsnormer som genstand for en kamp om at etablere en gældende orden. En af de ting, der også dukker op i interviewene med diabetikerne, er spørgsmålet om selv at være med til at definere de normer, der ligger som en forudsætning for disse leveregler. Dette formuleres sjældent som en kritik af sundhedsprofessionelle eller medicinens autoritet som sådan, men kommer i højere grad til udtryk i disse hverdagslige kontekster, hvor regler og rettesnore diskuteres, forandres, eksperimenteres med, og glemmes.

Ovenstående polemik mellem den kvindelige diabetiker og de øvrige deltagere i motivationsgruppen angående spørgsmålet om den sunde levevis kan samtidig ses som en positionering i det felt, der her konstitueres i samspillet mellem diabetikere i et sundhedscenter, sundhedsprofessionelle på diabetesområdet, og samtidige, almene livsstilsnormer angående sundhed. Den ældre dame fortæller bl.a. under gruppeinterviewet, at hun har tabt sig tyve kilo og ikke bryder sig om leverpostej og øl. Hun viser de andre (som stadig lever usundt, og har en mindre forfinet smag end hende), at hun er i stand til at udøve en vis selvkontrol. Hun drikker rødvin i stedet for øl; spiser asiatisk mad med chili, ingefær og hvidløg i stedet for brun sovs og kartofler. Hun fortæller de andre, at hun har været i stand til at tabe sig 20 kilo, og fastholde sit vægttab gennem sin gode smag og sunde vaner. Hun er klar over, og viser gennem sin smagsudøvelse, at nogle madvarer er finere end andre, og hun udbreder højlydt sin afsmag overfor mindre fine kostvaner. Og denne afsmag for de andre deltageres livsstil virker som en rød klud på dem, idet de forsøger at ekskludere hende gennem interviewet. At praktisere nogle bestemte livsstilsnormer er på denne måde samtidig at udøve en kritik af bestående normer. Det er et forsøg på at overskride de normer, der gælder i en bestemt kontekst, og at etablere nye, anderledes normer.

Et andet forsøg på at overskride gældende normer kommer til udtryk når en mandlig diabetesskoledeltager i et fokusgruppeinterview fortæller, at han såmænd retter sig efter de regler, der bliver udstukket af diætisten. Hun har fortalt, at diabetikere kun må spise én skive ost om dagen, og kun af den fedtfattige slags. Den mandlige deltager bedyrer, at selvom han elsker gode oste – dvs. nogle som rigtigt kradser i halsen – så retter

han sig efter diætistens råd. ”Jeg tager kun én skive ost om dagen”, siger han, hvorefter han læner sig frem og hvisker ”men hun sagde jo ikke noget om, hvordan man skal vende osten, når man skærer”, hvorefter man kan forestille sig, at han indtager nogle meget lange landgangsbrød med ost. Nogle diabetikere, særligt de, der har haft sygdommen i længere tid, er træt af forbud, regler og sundhedsapostle. De kan have svært ved at motivere sig til at følge de råd der gives af sundhedsprofessionelle, idet de ligger for langt fra, hvad man i praksis kan overkomme. Man kan bedre lide flødeis og gode oste, og bryder sig ikke om fedtfattige udgaver, lightprodukter osv. Man mener at sundhedsfetichismen er blevet til hysteri, og man mener, at anbefalingerne er for generelle. Endelig mener disse diabetikere, at døden jo skal have en årsag – så hvorfor ikke gode oste og rødvin? En kvindelig diabetiker siger:

Jamen, det bliver et bevidst valg, og ja, det kan godt være at i hvert fald sådan en som mig dør ti år før – jeg burde have gjort – men, men, men hvis jeg så har valgt det eller har prioriteret, at det er så det, jeg vil, jamen så må det være min egen personlige beslutning, ikk’ [...] Altså – ’det vælger jeg for mig lige nu’, ’ja, det kan have en konsekvens’ men, den må jeg jo så tage på mig.

En mandlig diabetiker siger videre, ”jeg er ligeglad om jeg bliver 79 eller 78 eller – 72. Jeg er den sidste, der lægger mærke til det”. Denne modstandsretorik er dog ikke udtryk for en skabelse af nye normer, men nærmere et udtryk for, at de sundhedsnormer, der for diabetikerne repræsenteres af sundhedsprofessionelle, virker stærkt, og at de ikke lader sig overskride (ved at instituere nye normer), men derimod kun trodse.

En sidste, og vigtig, normoverskridende attitude handler om at eksperimentere med de regler, der er blevet beskrevet ovenfor. Man forstår levereglerne, og begrundelserne for, hvorfor det er vigtigt at regulere sit liv med diabetes på en disciplineret måde, og udfordrer principperne gennem en eksperimenterende praksis. Eksempelvis igennem madlavning, hvor man er nødt til at arbejde med reglerne, for at det kan lade sig gøre at lave sund mad, der smager godt. I et interview med et ældre ægtepar, hvor vi taler om livsstilsændringer, fortæller konen, at

Pårørende, konen: Men så voldsomt er det jo heller ikke, at [livsstilen] skal lægges om, vel?

Mand, diabetiker: Nej, det føler jeg jo ikke.

Pårørende, konen: ...du har jo godt kunnet lide en hel masse sovs, så det... det bliver jo så i små mængder, ikk'... eller jeg laver den på en anden måde, ikk'. Man kan jo sagtens lave noget, det behøver jo ikke være sådan rigtig bearnaisesovs – det kan jo være... der er jo mange af dem du godt kan lide. [Navn på manden] kan jo godt lide roastbeef med remoulade på – og så har jeg prøvet mager creme fraiche eller, øh, græsk yoghurt med sennep og sådan noget i – og så har jeg prøvet at lave sådan noget... Du var rigtig glad for det! [henvendt til manden] du sagde "nej, det må du da gerne lave!"

Sv1: ja, det [konen: ja] vil jeg lige så gerne have som [konen: ja] remoulade på, ikk' [konen: ja]. Det var jo sådan noget med kapers i og sådan... [konen: ja]

Sv2: ja, ja – og sådan lidt dijonsennep og lidt øh... sådan lidt chiliso i – du kunne rigtig godt li' det!

Sv1: ja-ja – men det smagte rigtig godt.

I dette tilfælde bliver det en spændende udfordring for mandens kone at prøve at lave sund mad, der smager godt. I processen sætter hun sine egne standarder for, hvad der er sundt og godt. Hun eksperimenterer med de regler, som er blevet udstukket, og tager de ting, hun kan bruge, for at kunne fortsætte med at lave god mad til sin mand. Dette tolkes i denne sammenhæng som en eksperimenterende og normoverskridende aktivitet.

Konklusion

Formålet med artiklen var, gennem et kvalitativt studie af diabetikers selvpraktikker og pædagogiske praktikker på diabetesområdet, at udfordre det erkendelsesteoretiske perspektiv at sygdom skaber erkendelse, og dermed vise muligheder og begrænsninger i perspektivet som metodisk udgangspunkt for studier af normalitet. Erfaringerne fra diabetesområdet viser en sådan spænding i livet som type 2 diabetiker. På den ene side har vi diabetikernes lykkelige uvidenhed, og på den anden side den konstante opmærksomhed om alle de regler og normer, der har betydning for ens fremtidige velbefindende. Der tegner sig et billede af brudflader i de måder, diabetikerne forholder sig til deres diagnoser. Og der tegner sig et billede af indre brydninger, når de to logikker kolliderer i den samme person. I alle tilfælde er det sygdommen, nærmere betegnet den eksplicitte

og konkrete opmærksomhed, der rettes mod disse individer, samt kravene til, hvordan disse individer skal og bør forvalte livet, som afslører begrundelserne for de livsstilsnormer, der er gældende i vor tid, nærmere bestemt i dette tilfælde med hensyn til kost og spisevaner. Konklusionen er således, at leveregler og normer er ikke så meget anderledes for diabetikere end de er for resten af befolkningen, men det er det intensiverede fokus på disse selvpraktikker, normer samt leveregler i tilfældet med en livsstilssygdom, der gør det muligt at erkende disse normer. Det er det patologiske, der er årsagen til, at disse livsstilsnormer bliver synliggjort i deres praktiske udformninger. Dette på trods af, at diabetikere ikke nødvendigvis opfatter sig selv som syge, og at også det diabetiske liv forløber normalt. Hvis man skal brede denne konklusion yderligere ud, kan man sige, at grænsen mellem det normale og patologiske ikke er sat objektivt og neutralt en gang for alle, men derimod hele tiden bliver sat og forhandlet i konkrete felter, og i det sociale som sådan. Det *normale* er, præcist som Canguilhem udtrykker det, et polemisk begreb, og det er gennem studiet af disse polemikker, at vi kan blive klogere på, hvordan eksempelvis livsstilsnormer bliver til.

Det patologiske som udgangspunkt for en erkendelse af normale funktioner er ikke, som allerede beskrevet, en ny videnskabsteoretisk strategi. Psykoanalysen (både som den har inspireret kritisk teori, eks. Adorno & Horkheimer samt Honneth, men også poststrukturalisme, såsom Foucault og Deleuze) vil kunne genkendes i dette perspektiv. En af de store forskelle på Canguilhems skelnen mellem det normale og det patologiske, på den ene side, og Honneths idé om den patologiske fornuft (Honneth 2000) og dens sociale patologier, er at Canguilhem ikke eksplicit leverer en samfundskritik igennem sine analyser. Eller rettere, det gør han, men det er en meget subtil kritik, som må tolkes frem af læseren. Han udpeger ikke fremmedgørende eller undertrykkende strukturer, men viser gennem konkrete eksempler fra livsvidenskabernes domæne, hvordan normbegrebet tænkes og virker. Vi læser om biologiske organismers evne til at overskride organiske normer, og får at vide, at sundhed, forstået som et abstrakt ideal, har at gøre med evnen til at kunne overskride gældende normer, hvorimod den blinde regelfølge og normaliseringsens ensretning er syg. Når man samtidig husker

på, at værket om det normale og det patologiske er udgivet i 1943, forstår vi indirekte, at der her er tale om en meget subtilt fremført kritik af et bestemt politisk regimes ideologi. Pointen om, at organismers normoverskridelse er et sundhedstegn, kan herefter ikke forstås abstrakt eller blot intellektuelt. Men vi skal selv tolke denne samfundskritik ud af værket. Den er ikke ekspliciteret. Canguilhem er til syvende og sidst filosof, og det er kampen om begrebernes definitioner, videnskabelige stridsmål om genstanden for en videnskab, samt disses metodiske begrundelser, der er Canguilhems interesseområde. Men, og dette er pointen, denne videnskabsteoretiske kamp er ikke afsondret fra resten af samfundet, netop fordi forskellige videnskabelige standarder bliver brugt som begrundelse for diverse indgreb i samfundslivet. Eller med Canguilhems ord fordi, ”tanken om livet må tage ideen om livet fra det levede liv” (Canguilhem 1952/66[2008]: xx).

Anders Kruse Ljungdalh

Postdoc, Institut for Uddannelse og Pædagogik, Aarhus Universitet. Forskningsprogrammet Læring for Om-sorg, Bæredygtighed og Sundhed.
Email: ankl@dpu.dk

Abstract

There are two aspects of Georges Canguilhem's book on *The normal and the pathological* originally from 1943, republished with an additional chapter called 'Twenty years after' in 1966 (Canguilhem 1998), that will be the focus of this article. These two aspects will be emphasised through a description of the lifestyle disease type 2 diabetes. The first aspect concerns the function of disease as an epistemological source, i.e. a rupture of that which René Leriche termed 'life in the silence of the organs'. This epistemological source implies a tension between on the one hand normality, understood as habit, regulation and abstinence, and knowledge on the other. The other aspect is about the polemical and transgressive character of the normal. These two aspects of Canguilhem's thought, as well as experiences from a qualitative study of life with type 2 diabetes, will demonstrate how a lifestyle disease can serve as a methodological point of departure for an analysis of contemporary lifestyle norms.

Keywords

epistemology, Georges Canguilhem, normal, pathological, lifestyle disease, type 2 diabetes.

Litteraturliste

- Bernard, C. 1957. *An Introduction to the Study of Experimental Medicine*. New York: Dover Publications [1865].
- Canguilhem, G. 1988. *Ideology and Rationality in the History of the Life Sciences*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Canguilhem, G. 1998. *The Normal and the Pathological*. New York: Zone Books [1943/1966].
- Canguilhem, G. 2008. *Knowledge of Life*. New York: Fordham University Press [1952/1965].
- Carter, S.M. og M. Little 2007. Justifying Knowledge, Justifying Method, Taking Action: Epistemologies, Methodologies, and Methods in Qualitative Research. *Qualitative Health Research*, 17/19: 1316-1328.
- Christiansen, K. 2012. Det syge menneske i bioteknologiens tid - mellem håb og risiko. I *Mennesket: En introduktion til filosofisk antropologi*, red. E.O. Pedersen & A.-M.S. Christensen. Aarhus: Systime Academic.
- Consitt, L.A., K.E. Boyle og J.A. Houmard 2008. Exercise as an Effective Treatment for Type 2 Diabetes. In *Type 2 Diabetes Mellitus – An Evidence-Based Approach to Practical Management*, red. M.N. Feinglos & M.A. Bethel, 135-150. Totowa, NJ: Humana Press.
- Danholt, P. 2008. *Interacting Bodies: Posthuman Enactments of the Problem of Diabetes: Relating Science, Technology, and Society-Studies, User-Centered Design, and Diabetes Practices*. Ph.d.-afhandling. Roskilde University, Department of Communication, Business, and Information Technologies.
- Ewald, F. 1990. Norms, Discipline, and the Law. *Representations*. 30: 138-161.
- Forchhammer, H.B. 2001. Interviewet som handlesammenhæng. *Nordiske udkast*, 29/1, 23-32.
- Foucault, M. 2005. *The Hermeneutics of the Subject: Lectures at the Collège de France, 1981-1982*. New York: Picador.
- Gane, M. 1998. Canguilhem and the Problem of Pathology. *Economy & Society* 27/2&3: 298-312.

- Garfinkel, H. 2008. *Studies in Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press [1967].
- Greco, M. 2005. On the Vitality of Vitalism'. *Theory, Culture & Society* 22/1: 15-27.
- Greenway, F.L. og W.T. Cefalu 2008. Obesity and Its Treatment in Type 2 Diabetes. I *Type 2 Diabetes Meletius – An Evidence-Based Approach to Practical Management*, red. M.N. Feinglos & M.A. Bethel, 333-350. Totowa, NJ: Humana Press.
- Harris, S.B., R. J. Petrella og W. Leadbetter 2003. Lifestyle Interventions for Type 2 Diabetes: Relevance for Clinical Practice. *Canadian Family Physician* 49: 1618-1625.
- Hindhede, A. 2010. Everyday Trajectories of Hearing Correction. *Health Sociology Review*. 19/3: 382-394.
- Honneth, A. 2000. The Possibility of a Disclosing Critique of Society: The Dialectic of Enlightenment in Light of Current Debates in Social Criticism. *Constellations* 7/1: 116-127.
- Jensen, Uffe J. 1986. *Sygdomsbegreber i praksis: Det kliniske arbejdes filosofi og videnskabsteori*, anden udgave [1983]. København: Munksgaard.
- Kristensen, J.E. 2008. Krise, Kritik og samtidssdiagnostik. *Dansk Sociologi* 4/19, 5-31.
- Larsen, K. 2009. Observationer i et felt: Nogle muligheder og udfordringer. I *Refleksiv sociologi i praksis*, red. O. Hammerslev, J.A. Hansen & I. Willig. København: Hans Reitzels Forlag, 37-61.
- Ljungdahl, A.K. 2012. *Patho-epistemology. An Investigation of Contemporary Lifestyle Norms through Type 2 Diabetes Self-Care Practices and techniques of Life*. Ph.d.-afhandling, Department of Education, The Danish School of Education, Aarhus University.
- Margree, V. 2002. Normal and Abnormal: Georges Canguilhem and the Question of Mental Pathology. *PPP* 9/4: 299-312.
- Maryniuk, M.D. og M.J. Christian 2008. Medical Nutrition Therapy in Type 2 Diabetes. In *Type 2 Diabetes Meletius – An Evidence-Based Approach to Practical Management*, red. M.N. Feinglos & M.A. Bethel, 115-133. Totowa, NJ: Humana Press.
- Méthot, P.-O. 2012. On the genealogy of concepts and experimental practices: Rethinking Georges Canguilhem's historical epistemology. *Studies in History and Philosophy of Science*.
- Mol, A. 1998. Lived reality and the multiplicity of norms: a critical tribute to George Canguilhem. *Economy and Society* 27/2&3: 274-284.
- Mol, A 2008. *The Logic of Care: Health and the Problem of Patient Choice*. London: Routledge.
- Rose, N. 1985. *The psychological complex. Psychology, politics and society in England, 1869-1939*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Rose, N. 2007. *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Princeton: Princeton University Press.
- Scanlan, M.C. & L. Blonde 2008. Adherence to Practice Guidelines for People with Diabetes Meletius. In *Type 2 Diabetes Meletius – An Evidence-Based Approach to Practical Management*, red. M.N. Feinglos & M.A. Bethel, 235-249. Totowa, NJ: Humana Press.
- Spenceley, S.M. & B.A. Williams 2006. Self-Care from the Perspective of People Living with Diabetes. *CJNR*, 38/3: 124-145.
- Spradley, J.P. 1980. *Participant Observation*. USA: Wadsworth Thomson Learning.
- Stearns, S.C. m. flere. 2000. The Economic Implications of Self-Care: The Effect of Lifestyle, Functional Adaptations, and Medical Self-Care among a National Sample of Medicare. *American Journal of Public Health* 90/10: 1608-1612.
- Thorgaard, K. og Jensen, U.J. 2011. Evidence and the End of Medicine. *Medical Health Care and Philosophy*, 14: 173-280.
- Thorne, S.E., B. Paterson og C. Russell. 2003. The Structure of Everyday Self-Care Decision Making in Chronic Illness. *Qualitative Health Research* 13/10: 1337-1352.
- Thorne, S.E. og B.L. Paterson 2001. Health Care Professional Support for Self-Care Management in Chronic Illness: Insights from Diabetes Research. *Patient Education & Counselling* 42: 81-90.
- Wilson, P.M. 2001. A Policy Analysis of the Expert Patient in the United Kingdom: Self-Care as an Expression of Pastoral Power?. *Health and Social Care in the Community* 9/3: 134-142.
- Ziguras, C. 2004. *Self-Care – Embodiment, Personal Autonomy, and the Shaping of Health Consciousness*. London: Routledge.
- Østergaard, M. 2005. Den patologiske normalitet. In *Sociale Patologier*, red. R. Willig & M. Østergaard, 153-178. København: Hans Reitzels Forlag.