

# Hvad siger Bourdieu og Foucault om dyrkelse af sundhedskroppen?

Komparation mellem sociologiske og socialfilosofiske positioner

**Kristian Larsen og Anette Lykke Hindhede**

In this article, we outline ways of thinking and concepts that addresses the new health regime. We take as an onset Bourdieu's writings on the socialized body and lifestyles. We then review studies inspired by the French philosopher Michel Foucault's thinking about bodies and his concepts of biopolitics and governmentality. Focus will be on the work by Nikolas Rose and his thinking about the will to health and identity. Subsequently, we discuss the similarities and differences between the two positions. We argue that common to these ways of thinking is that we must understand bodies as created and creating. However, while the social philosophers show overall and general transformations of societies and bodies, Bourdieu's relational position adds to this description by offering empirical sensitivity to social reproductions, distinctions and heterogeneous health- and body strategies.

**Keywords:** health regime; body; Bourdieu; Foucault; Rose; sociology; social philosophy

## Introduktion

Vi har siden 1960'erne set fremvækst af nye former for dyrkelse af kroppen i de vestlige kapitalistiske samfund. Opmærksomheden mod kroppen er ledsaget af tilsvarende opståen af professioner, teknologier og institutionaliseringer, som knytter sig til dyrkelsen af kroppen. Middelklassen er aktive forbrugere af det store marked af ydelser inden for ernæring, sundhed og træning. Samtidig vokser der et marked frem, som producerer og distribuerer sundhedsrelaterede ydelser fra yoga, spinning og bodybuilding til alternative terapiformer og redskaber samt apps, der monitorerer kroppens sundhedstilstand. I denne artikel præsenterer og sammenligner vi to tænkemåder, der begge argumenterer for, at denne fremvækst i dyrkelse af kroppen kan forstås i forlængelse af, at relationen mellem stat og subjekt er forandret. Hvor begge kan hjælpe med at fremanalysere sundhedsregimets samfundspolitiske betydning, har de dog forskelligt begrebsapparat og empirisk fokus. Artiklen er bygget op således, at vi først præsenterer Bourdieus tænkning om kroppe. Dernæst kobler vi til studier inspireret af tænkningen om kroppe hos den franske filosof Michel Foucault (Foucault 1994, 1999, 2000) og hans begreber om biopolitik og guvernemantalitet. Der trækkes ikke mindst på Nikolas Rose og hans måde at videreføre

tænkningen på, herunder hans fokus på sundhed. Dele af artiklen trækker på og videreudvikler ift. Bourdieu og Rose (Larsen and Esmark 2010) samt omkring Bourdieu, stat, krop og sundhedskapital (Larsen 2021b). Vi opsummerer slutteligt nogle ligheder og forskelle mellem de forskellige positioner.

### **Bourdieu om ændring af samfund og individ**

#### *Historiske forandringer knyttet til sundhed*

Kroppen har sikkert gennem mange århundreder været central i menneskers strategier med at optimere social position. Men det er tankevækkende, at så mange mennesker anvender utrolig meget tid på sig selv og egen krop i en samtid, hvor der er knaphed på tid. Det er desuden en samtid, hvor mange er blevet stadig mere passiveret med vækst i fedme og sukkersyge diagnoser, mens stadig flere dyrker ekstremsport eller går op i yoga, kost og diæter. Inspireret af Bourdieu er samfundet ændret via transformationer af felter. Felterne har en vis autonomi, men de relaterer sig også til hinanden. Man kan tale om, at vi i dag er blevet stadig mere statsligt frisat (Larsen 2021b), mest fordi staten har ændret rolle. Vi er blevet sat fri fra statens beskyttelse og sikkerhed dvs. sat fri til at passe på os selv. Der er tale om nye former for styring, hvor staten trækker sig og lader markedet styre. Styringen er lagt ind i individet selv. Man skal klare sig selv, ikke mindst i forhold til egenkroppens sundhed og velvære (Larsen 2021b, 102). Markedslogikken er strukturelt set virksom generelt set gennem udsagnet 'du er din egen lykkes smed', men den er også aktiveret på sundhedsområdet 'du er din egen sundheds smed, og ulykkes årsag'. De forandringer begrundes med transformation af det sociale rum og fremvæksten af et nyt borgerskab, transformation af det religiøse felt og staten (Larsen 2021a). Bourdieu beskriver ikke mindst, hvordan der er udviklet et sundhedspræsteskab og man kan sige at, at vi vekslede vores religiøse orientering fra Gud, kirken og præsten til egenkroppen, træningscenteret og fitnessinstruktøren (Larsen 2021b, 165). Sundhedspræsteskabet rekrutteres fra stadig flere felter (ernæring, sport, medicin osv.), som både leverer viden, ekspertise og sociomaterielle produkter til investeringsarbejdet.

#### *Stat, klasse, krop og distinktion*

I bogen *Distinction* analyserer Bourdieu det, han kalder habitus og livsstilenes rum. Han ser her blandt andet på den socialiserede krop – dens madsmag, spisevaner, selvpræsentation (klæder, kosmetik, kroppspositur, kropsfunktioner), sportspraktikker og alderstegn – og dens varierende sociale betingelser og virkninger i det sociale rum (Bourdieu 1984, 169-225).

Med Bourdieu tænkes sundhed som muligt element i en bredere analyse af, hvordan forskelle og afstande i det sociale rum etableres og reproduceres. Agenter eller fænomener (fx sundhed eller mulige emergente livsformer) er ikke interessante i sig selv – kun relateret til andre agenter eller fænomener. Hvordan indgår sundhed (sammen med andre kapitaler) i striden om at opretholde eller forbedre positioner i

det sociale rum? For sociale grupper agerer forskelligt afhængig af agenternes position og dispositioner i det sociale rum. Agenter er socialt differentierede og differentierende, også i forhold til den fremherskende diskurs om sundhed. Vi ser at nogle grupper er ekstremt privilegerede i forhold til mængden af økonomisk, kulturel, social og boligmæssige kapitaler – de lever langt længere (livskvantitet) og oplever, at livet er langt mere værdifuldt og sammenhængende (livskvalitet) i forhold til mindre privilegerede grupper. Der er tale om en investering, hos især mere privilegerede grupper, med sigte på at etablere forskel og afstand til andre grupper i det sociale rum. Denne forskel lægger sig oveni, under, eller ved siden af de øvrige og sikkert i mange sammenhænge mere vigtige kapitaler som økonomisk, kulturel og social kapital. Spørgsmålet er således, hvorvidt bestemte fremtrædelser af kroppen giver adgang til særlige sociale privilegier og i givet fald hvilke? Dette er tematiseret sociologisk og som sådan angår sundhedskapital ikke biomedicinsk sundhed, men den sociale effekt af at virke eller fremtræde sund.

Når vi ser på staten i en dansk nutidssammenhæng, vil man med Bourdieu sige, at sundhedsområdet, samt en lang række andre felter, har fået reduceret deres autonomi grundet effekter fra en økonomisk-bureaukratisk logik. Der udspiller sig kampe i og mellem felter internationalt (fx i og mellem overnationale institutioner som FN og EU) og nationalt, mellem dominerende positioner (agenter og institutioner) fx inden for staten, gennem det som Bourdieu (2010) og Wacquant (2009) beskriver som strid mellem højre- (politi, retsvæsen, økonomi og fængselsvæsen) og venstrehåndsstaten (sociale tilbud, offentlig uddannelse, sundhedsvæsen mv.). De kan også benævnes henholdsvis den maskuline versus den feminine side af staten. Bourdieu & Wacquant viser, hvordan højrehåndsstaten dominerer venstrehåndsstaten og dens professioner og institutioner. Det ser man, når kulturelle felter som fx videnskaberne, uddannelserne eller sundhedsområdet udfordres af begreber, klassifikationer og logikker fra den økonomiske verden. Vi har set en forholdsvis stor udvikling af et privat og markedsorienteret sundhedsmarked med voksende udbud af private og arbejdsgiver finansierede sundhedsforsikringer, privathospitaler, private jordemødre og fysioterapi. Samtidig reguleres sygdom i forbindelse med arbejdsmarkedet på nye måder, hvor detailstyring og aktivering er centrale (Larsen and Harsløf 2019).

Sundhedsfremme relateres ofte i medicinsk dominerede konstruktioner til forebyggelse og behandling. Dog har sundhedsfremme en relativt lang historie både i overnationalt regi, hvor WHO's definition af sundhed, som noget andet og mere end fravær af sygdom, kan stadfæstes tilbage til 1948 (Vallgård 2003). Det understøttes desuden med at fremme sundheden har rødder tilbage hos de gamle grækere med reference til Hippokrates og Galen. Her blev formidlet leveregler om, hvordan man skulle spise, drikke, hvile og træne på en sådan måde at der var balance i krop og sjæl. Det kan suppleres med fremvækst af begreber om empowerment (Freire 1993) eller salutogenese (Antonovsky 1996) og hvordan viden om sygdom og smitte fik betydning for bygninger af huse, kloakering, vandforsyning, hygiejne mv. (Schmidt and Kristensen 1986). Men uanset dette må man sige, at særligt gennem

de sidste 100 år har det patologiske og bekæmpelse af det syge været centralt for stigende økonomisk, forskningsmæssig, uddannelsesmæssig og ideologisk opmærksomhed for staten, institutioner og professioner.

Som individ eller gruppe er effekterne af en særlig måde at forholde sig til kroppen på – en påtvingende og uafrystelig virksomhed. Den statsautoriserede krop som formidles gennem statslige institutioner som Sundhedsstyrelsen pålægger via begreber om sundhed, livskvalitet og livskvantitet, koblet med moral, skyld og etik – at kroppen skal bevæge sig på visse måder i løbet af en dag og uge, i en vis varighed, intensitet og styrke. Fravalget af, at dyrke og trimme kroppen på måder som formidles af staten og dens institutioner (herunder hjemmesider og ’netdoktorer’, ’netpatient’ mv.)<sup>1</sup> og professioner mv., nødvendiggør – om ikke andet som en dyd af nødvendigheden – at dette valg (fravalg) rationaliseres. Vi ser dette meget tydeligt i aktuelle sundhedskampagner som retter sig mod fysisk inaktivitet, dårlige spisevaner, alkohol, fedme, rygning, HIV/AIDS mv. Kampagnerne lægger til grund eksistensen af et individ, som er et autonomt subjekt, som handler baseret på valg, der igen er baseret på rationel indsigt i fordele og ulemper ved et endeligt antal muligheder. Positionen eller udgangspunktet for det handlende jeg tænkes som frit og uafhængigt. Staten med dens sundhedsvidenskabelighed fx baseret på brug af særlige dele af den epidemiologiske forskning, dens institutioner som fx Sundhedsstyrelsen og dens professionelle som læger, psykologer og sygeplejersker understøtter og legitimerer generelt både den dominerende antagelse om det frit svævende og vælgende jeg og antagelserne om, hvad der er sygt og sundt. Det kan argumenteres – og til dels med rette – at denne karakteristik af staten repræsenterer en kraftig forenkling af de komplekse og modsatrettede forhold, som præger statens kampagner.<sup>2</sup> Der er imidlertid ikke tvivl om, at sundhedspolitik og sundhedspolitiske strategier helt overvejende afsendes i den just skildrede logik. Det næste er at statens politikker og strategier også ’modtages’ i denne logik af individerne i egenskab af ”brugere”, ”udsatte” eller syge. De fleste af os er med andre ord aktive medproducenter af forestillingen om, at vi er frit svævende og vælgende individer (Larsen and Brinkkjær 2008).

#### *Statsautoriseret sundhedskrop*

Det er ikke sådan, at institutioner i sundhedens tjeneste er direkte styret af bestemte sociale grupperes normer for sundhed og normalitet. Men statslige institutioner som myndigheder, tilsyn, direktorater (arbejde, fødevarer), institutter (arbejds miljø, fødevarer, teknologi), centre (beskæftigelse), råd (arbejds miljø), ministerier (finans, fødevarer, miljø, social, beskæftigelse) eller styrelser fra ernæring, lægemiddel, arbejdsskade og miljø til sundhedsstyrelsen formidler idealer, der i historisk perspektiv i høj grad korresponderer eller sam-varierer med den øvre middelklasses værdier forhold til kroppen, arbejdsliv og fritid, herunder opfattelser af hvad man skal kunne klare af stress, eller hvad fællesskab er. Der er en magisk sammenhæng mellem disse (skiftende) normer og anbefalinger, og hvad der næsten synkront hermed sanktioneres af de videnskabelige paradigmer, som statens institutioner trækker på.

Når middelklassen i stadig større grad bliver symbolarbejdere og sidder på kontor – og bliver immobiliseret – så kommer der forskningsresultater frem, som siger at fysisk træning, løb og jogging er godt og sundt for kroppen. Alle sociale grupper, også de som har hårdt fysisk manuelt arbejde, dagen lang, skal være fysisk aktive mindst 30 minutter om dagen, fx gennem løbeture!

Man kan således tale om, at staten formidler en statsautoriseret sundhedskrop, dvs. at den løbende opdaterer hvad der er godt, flot, rigtigt og ikke mindst normalt og sundt. Disse indspil trækker på en symbolsk kraft dvs. magten til at styre 'befolkningens' perceptions-matricer dvs. mentale klassifikationer af, hvad der er sundt og sygt, normalt og unormalt, rigtigt og forkert. Magten pålægger samtidig at bestemte biomedicinske og epidemiologiske logikker, årsagsforklaringer og interventioner indprentes som autoriserede og legitime, i forhold til stort set alt fra influenza og forkølelse, til kræft og social ulighed i sundhed. Andre faglige eller videnskabelige tilgange og metoder overses eller ignoreres, eller hvis det ikke er tilstrækkeligt, betvivles og tilkendes betegnelser som alternative, utroværdige eller direkte farlige. Her kan fremhæves at lige så indsigtfuld, legitim og videnskabelig dokumenteret viden, der relaterer sundhed til social position, ikke kommer ind som anvisninger. Det er fx evident, at sociale grupper, der kan trække på relativt mange økonomiske, sociale og kulturelle kapitaler, har en tendens til at leve længere og score højere i målinger af livskvalitet. Dette er de mest åbenbare resultater af store epidemiologiske undersøgelser nationalt og internationalt, se fx studierne af Marmot og Wilkinson (Marmot and Wilkinson 2005). Men anbefalingerne fra styrelserne bliver ikke, at der skal ordineres høj løn til de lavtlønnede eller høj uddannelse til de lavtuddannede (Larsen and Brinkkjær 2008), men snarere at der skal satses på 'tidlig opsporing og intervention' rettet mod de udsatte børn. Det er 'de marginale', der skal støttes, men ikke 'marginaliseringen', der skal i fokus.

### *En smag for sundhed*

Også gruppen af sundhedsprofessionelle har tilegnet sig en smag for sundhed (Larsen 2021b), og de bestræber sig på at implementere 'viden der virker', 'evidensviden' eller 'best practice' i deres forsøg på at optimere levetid eller livskvalitet i arbejdet med mennesker, brugere, klienter, patienter og forbrugere. Der er udviklet manualer, der skal anvendes i praksis med henblik på, at de sundhedsprofessionelle gør, hvad der er bedst for klienten. Det formidles i den sammenhæng, at det er en god ide at løbe en tur, at få pulsen op, at minimere eller ophøre med at ryge, at spise grønt og varieret. Det viser sig også, at det er bedst at mobilisere patienter efter operationer, eller at man må overveje strålingsfare i forhold til typer af undersøgelse og behandling. Det er også rigtigt, at der i sundhedens navn kun skal skrues på de små knapper i maskinrummet. Der skal reduceres i rygningen og optimeres på konditionen. Men de store knapper udgør stort set ikke objekt for de sundhedsprofessionelle. Det ligger lidt i sagens natur at lægen, sygeplejersken og fysioterapeuten møder patienter og klienter i direkte face to face relationer. Men ideologisk set

kunne man måske forvente mere udviklede og overgribende former for civil ulydighed, modstandsformer eller oppositionelle praksisser knyttet til f.eks. at optimere sundhed eller at bidrage i forhold til at reducere ulighed i sundhed. Det kunne både angå professionernes kliniske praksis, deres uddannelser og deres videnskab.

Den autoriserede kropsopfattelse dvs. en bestemt – og sociologisk set vilkårlig – kropsdefinition formidles som den, i bestemt form, rette, normale, sunde og tilstræbelsesværdige krop. Den kropsopfattelse er vilkårlig i to betydninger dvs. den kunne være anderledes (ændrer sig over tid) og samtidig er den 'på vilkår', det vil sige der er nogle strukturerede vilkår der styrer idealerne. Sundhedsstyrelsen og andre statslige institutioner relateret til sundhedsområdet er både aktive med at formidle den legitime og sande viden på områderne, men også i at afvise og bekæmpe andre indspil og spillere fx kætterske positioner og såkaldt alternative på området omkring ernæring-diæter, vaccinationsprogrammer, infektion-sygdomsbehandling, fysisk træning eller psykiatri. Positionen er karakteriseret ved, at den vedvarende skal formidle den rette sundhedslære og samtidig holde hus med og afvise andres sundhedslære, herunder skal den opretholde sin egen legitimitet trods det forhold, at den løbende revurderer, hvad der er sand sundhedsviden. Kostpyramider, motionsanbefalinger, råd om alkohol mv. ændrer sig hele tiden med henvisning til den videnskabelige udvikling, og hvad der i en vis tid anses som usundt kan godt konverteres til sundt og legitimt på et senere tidspunkt.

Inspireret af disse betragtninger kan den voldsomme vækst gennem de sidste 20-30 år af mennesker, der træner, løber og trimmer deres kroppe med stor opmærksomhed og entusiasme i en Bourdieu-optik forstås, som at den historiske og sociale konstruktion af 'den sunde krop' er gået ind i en ny fase, hvor nye idealer om kroppen, normalitet og sundhed, dels sætter mere snævre normer for kroppen og samtidig er dens fremtræden måske stadig mere vigtig for indehaverens sociale muligheder og væren. Disse nye måder at håndtere egenkroppen på, f.eks. gennem måder at bruge den på, udsætte den for smerte, lidelse, afsavn m.v. og evt. understøttet af autoriserede råd og monitorering kan i en Bourdieuoptik forstås som et investeringsarbejde med henblik på akkumulering af en ny type kapital, der kan betegnes som en krops- eller sundhedskapital (Jensen and Andsager 2007, Larsen and Morrow 2009, Larsen, Hindhede, and Henriksen 2020, Larsen et al. 2020). Investeringsarbejdet, det vil sige den måde at akkumulere kapital på, skal ses på baggrund af en samtidig transformation af felter som tiltrækker og værdsætter den type kapital. Der skal skabes en 'forbruger' (Bourdieu 1984) via stridigheder mellem sociale klasser og en række forandringer sker ligeledes gennem Neoliberale reformer, outsourcing mv. Det kan opsamles i et begreb om statslig frisættelse (Larsen 2021b)

Vi vil nu præsentere Foucault-inspireret og særligt Nikolas Rose forskning om ændringen i forholdet mellem stat og subjekt.

### **Foucault-inspireret forskning om styringsteknologi og kroppe**

Foucaults begreb biopolitik retter blikket mod politiske teknologier, der har til formål at optimere befolkningens biologiske liv; altså en politik, der er fokuseret på

forbedring af biomassen. Der er med biopolitik tale om en produktiv magt, der producerer problemfelter for intervention og forbedringsmuligheder for de producerede problemfelter. Biopolitikken intervenserer både på et generelt plan gennem ex reguleringer, men også gennem tilskyndelser på et mere individuelt plan. Gubernementalitetensbegrebet retter sig derimod mod, hvad der udgør den rette måde at lede og regere på, herunder forskellige former for subjektivering. Ifølge Lars Thorup Larsen (2017), skal begge begreber ses som to politiske rationaliteter, der har forskellig funktion, men som godt kan integreres, ikke mindst i forhold til analyser af begrebet livsstil. Lemke (2017) argumenterer for, at gubernementalitet har funktionen at binde magt og subjektivitet sammen, hvorved det bliver muligt at undersøge, hvordan magtteknikker forbinder sig med forskellige former for selvstyring (af kroppen) og hvordan politiske regeringsformer griber tilbage til selvstyringsteknikker. Derudover muliggøres en analyse af relationerne mellem magtteknikker og vidensformer.

Et eksempel på inspiration af Foucaults begreb om biopolitik beskrives af Elliott (2014, 97), der gør rede for, hvordan diæter, fitness mv., er nye former for biopolitik som regulerer befolkningen og dens sundhed og dødelighed. Andre Foucault-inspirerede tekster ses i beskrivelsen af den moderne socialhygiejnes fødsel (Schmidt and Kristensen 1986), i beskrivelsen af livsstilspolitikken og dens fødsel (Larsen 2017), samt i beskrivelser om folkesundhedsstudier historisk set f.eks. Valgård (2003), der foretager nogle analyser, som har til formål at give anledning til refleksioner over, hvilke styringsformer og begrundelser for magtudøvelse, der er rimelige. Hvornår er noget en opgave for myndighederne at gribe ind i? Hvilke problemer skal myndighederne løse og hvordan skal de løse dem?

### *Nikolas Rose og netværk*

Nikolas Rose arbejder med de komplekse relationer mellem menneskevidenskaberne - og særligt molekylærgenetik, neurovidenskab og ikke mindst psykofarmakologi - og formningen af hvad det er at være menneske. Han undersøger, hvorvidt vi kan tale om emergens, dvs. fremvækst af en ny livsform. Grundfiguren er inspireret af Foucault og antagelsen om en forandring fra, hvordan staten/kongen styrede borgerne gennem at tildele og distribuere borgerskab. Her var fokus på nationalitet, fysiske opdelinger/rum og territorier. Aktuelt ser vi, at det at være menneske er under forandring, med fokus på det biologiske, som et relativt nyt medie gennem hvilket denne formning kan ske. I det store grove historiske rids gør Rose - i forlængelse og som udvikling af Foucault - rede for, at i det 18. og 19. århundrede var bekymringen i forhold til livspolitik rettet mod en generel sundhedspolitik, fødsels- og dødsrater, epidemier, kontrol med vand, kloak og fødevarer. I det 20. århundrede var bekymringen snarere rettet mod angst for nedarvning af biologisk konstitution at værne om nationen (Hitler). Slutteligt i det 21 århundrede er bekymring og livspolitik rettet mod kontrol, omformning og udvikling af det enkelte menneskes livsevner. Her bliver fokus på at optimere stofskifte, organer, hjerne, livslængde på det molekylære niveau (stamceller, intelligent medicin mm). Det er særligt de sidste 50

år, der optager Rose (2009), og han siger om de forandringer, der er sket i denne periode, at vi har set en intensivering og generalisering af de sundhedsfremmende strategier, som blev udviklet i det tyvende århundrede. Ifølge ham er det parret med fremvækst af en privat sundhedsforsikringsindustri, som forstærker de forpligtigelser, individerne og familierne har til at overvåge og forvalte deres egen sundhed. Borgere må i dag blive aktive partnere i kampen for sundhed og acceptere deres eget ansvar for at sikre deres egen velfærd. Organisationer og fællesskaber ansføres også til at påtage sig en aktiv rolle i sikringen af deres ansattes og medlemmernes sundhed og velfærd. Rose gør rede for, hvordan den nye vilje til sundhed i stigende grad udnyttes af virksomheder fra medicinalindustri til fødevarebutikker og desuden tiltrækkes en stor vifte af pressionsgrupper, organisationer og selvhjælpsgrupper dette nye rum. Der er tale om et rum eller et vakuum, hvor individer, organisationer og virksomheder kan forløse både ønsker, bekymringer, skuffelser og skavanker i en spænding mellem: *"viljen til sundhed og oplevelsen af dens fravær. Inden for dette komplekse netværk af kræfter og forestillinger styres individernes sundhedsrelaterede aspirationer og adfærd 'på afstand' ved at forme de måder, de forstår og iscenesætter deres egen frihed på. Biopolitikken opererer i dag ikke længere på et problemområde der defineres af befolkning, kvalitet, territorium og nation"* (Rose 2009, 98). Desuden er nye former for idrætsaktiviteter og ekstrem sport vokset frem gennem de sidste 30 år, og en tiltagende del af idrætsudøvelsen varetages nu i private og markedsstyrede centre og institutter. Det sker særligt i byerne og delvis på bekostning af den såkaldt frivillige idræt eller den idræt, der organiseres gennem de store idrætsinstitutioner i Danmark.

I den sammenhæng og samtid, hvor statsbureaukratiet har trukket sig tilbage, er sundhed blevet et individuelt anliggende (Rose 1998). Biopolitikken, det vil sige den politik, der er fokuseret på at forbedre biomassen, afhænger i dag ifølge Rose af følgende faktorer: omhyggeligt arbejde i laboratoriet i skabelsen af nye fænomener, den massive computerkraft i det apparat, der søger at kæde medicinske historier og familiegenealogier sammen med genomiske sekvenser, de farmaceutiske virksomheders markedsføringsstyrke, forskningsetikkens reguleringsstrategier, medicin-godkendende institutioner og biotekkommissioner og så selvfølgelig af den jagt på profit og aktionærværdi, som sådanne sandheder stiller i udsigt (Rose 1998). Interessenterne, dvs. de nye producenter af styring udgøres ikke længere af staten eller kongen, men af et netværk af interessenter som biotekindustri, forskere/videnskab, klinikere/ læger og patienter/ patientsammenslutninger såsom EPF (European Patients' Forum). I den netværkstænkning eller kredsløbstænkning, som Rose trækker på, ser han ikke staten eller andre positioner som egentlige kraftcentre. Staten er ikke central i Roses analyser af de transformationer, som lægevidenskaben eller menneskelivet gennemgår, og særligt ikke hvad angår de sidste 50 år. I forhold til staten er den overordnede tænkning, at staten 'giver afkald' på områder, snarere end at den 'trækker sig' eller 'fortrænges' f.eks. af biomedicinen eller markedsinteresser mv. I Roses samtidsdiagnostik eller 'behov for at diagnosticere' som han selv siger,



beskrives ingen 'motor', initiator eller primær kilde bag de forandringer han beskriver. Der beskrives derimod et 'kredsløb', et 'felt af interesser', et 'håbets økonomi'. Rose taler om en reorganisering af statsmagten og særligt vedr. sundhed og reproduktion. Han beskriver, at en række ansvarsområder er uddelegeret til kvasi-autonome regelskabende grupper f.eks. bioetiske kommissioner, til private virksomheder som private fertilitetsklinikker og bioteknologiske virksomheder, som sælger produkter som gentest direkte til forbrugerne, og til professionelle grupper som for eksempel lægesammenslutninger, som bliver reguleret 'på afstand' af magtfulde mekanismer som regnskabsrevisioner, normfastsættelser, standarder og referencepunkter (benchmarks) og budgetter. Disse modifikationer af regeringernes rationaler og teknologier har også involveret en stærkere vægt på individers ansvar for at forvalte deres egne anliggender, for at sikre deres egen trykthed med et klogt øje på fremtiden.

Inspireret af Foucaults begreb om regeringskunst (governmentality), subjektivitet og selvteknologier hævder Rose (1999), at den moderne regeringskunst, i såkaldte avancerede liberale demokratier, ikke sætter sig igennem under tvang, men ved at skabe subjekter, der tænker om sig selv, at de er frie væsener. Konflikter vil som sådan ikke opstå på baggrund af forskellen mellem frihed og tvang, men i forhold til forskellige udgaver af friheden og deres konsekvenser. Det er en pointe at medicinalindustrien og genteknologien, ikke ad omveje, men direkte er med til at skabe, genskabe og omforme subjekter herunder lægge nye rammer for, hvad der er normalt og u-normalt. Rose (2007) beskriver, at i samtidens livsvidenskaber, er det selve menneskets forståelse af hvilken slags væsener de er, der er på spil. Biomedicin har ikke kun ændret vores forhold til sundhed og sygdom. Vi er, som Rose (2007) siger, begyndt at relatere til os selv som somatiske individer - dvs. individer, der i stigende grad erfarer, handler og udlægger sig selv som kroppe i en biomedicinsk diskurs. Disse transformationer involverer også, at der er kommet nye spillere på scenen og at staten nu kun spiller en perifer rolle. Rose betegner staten i dag gennem termer som den 'bemyndigende stat', den 'faciliterende stat' eller staten som 'inspirator' eller 'igangsætter'. Staten skal ifølge ham, stadig være ansvarlig for den generelle sundhedspolitik med opretholdelse af kloakering, regulering af salg af fødemidler samt tilsyn med vitaminer, fluor i vandet og lignende.

### *Somatiske eksperter*

Disse samfundsmæssige forandringer har konstitueret et marked med en stor gruppe af professionelle og terapeuter i tilknytning til sundhedsområdet, som Rose benævner som "somatiske eksperter". Vi ser således råd og interventioner fra læger, sygeplejersker, jordemødre og sundhedsplejersker, men også mange forskellige terapeuter, ikke blot psykoterapeuter, men også taleterapeuter, beskæftigelsesterapeuter, kunstterapeuter, fysioterapeuter og en hærskare af andre terapeuter. Der er ernæringseksperter, kosteksperter, sundhedseksperter, eksperter i genoptræningsgymnastik, eksperter i træning og fitness, stofmisbrugskonsulenter, sexkonsulenter, familie- og parforholdskonsulenter, psykiske sundhedskonsulenter og selvfølgelig

genetiske konsulenter, familieplanlægningskonsulenter, fertilitetskonsulenter og reproduktionskonsulenter, der alle kan hjælpe med at udforme et liv i sundhedens navn (Rose 2009, 110-111). Denne fremvækst af eksperter er en del af det marked, som strukturelt og indirekte, men også formelt og direkte, virker ind på individers og grupperes måde at leve livet på, herunder på deres levevilkår og livsstile. Man kan i forhold til 'korrektion af livsstile' nævne f.eks. fremkomst af en række eksperter med kursus og undervisningsaktiviteter som retter sig mod rygning (anti-rygning, rygestopkurser), mod fedme/diæter (kostvejledere, diætister), alkohol (alkoholeksperter, kure mod alkoholmisbrug) eller i forhold til motion og træning (motionsløb, løb med fedme/kriminalitet/depression, personlige træningscoaches). Det blev altså forklaret, at sundhed, styringen af sundhed og distributionen af sundhed mellem grupper i samfundet, sikkert i mindre grad reguleres af politik i konventionel betydning. Indspillet fra den type samtidsdiagnose og idehistorie, repræsenteret ved Foucault og Rose, er, at skæbne efterhånden er erstattet af, at subjektet selv er blevet central som entreprenør i sit eget liv. Det er et scenarie i de Foucault inspirerede studier, at man kan sige, at vi i de moderne samfund er blevet vore egne bioetikere, der navigerer vores liv i samråd med eksperter og i dialog med medier om sundhed og sundhedsfremme. Via en præcis og individuel genetisk, molekylær diagnose kan grundlaget være klart (Rose 2009, 132). Dernæst etableres et samråd med egen læge, hvor vi, dvs. hver enkelt af os overvejer vores valgmuligheder på nye måder og præmisser. Det vil sige, vi vil blive vores egne statistikere og sundhedsøkonomer, der løbende skaber oversigt og kalkulerer vores egne QALY'er (kvalitetsjusterede leveår) i relation til fordele og ulemper ved den ene eller den anden handling i forhold til sundhed og livet.

### *Præ-patient*

En anden dimension af de nye tendenser er ifølge Rose (2009), at ingen kan føle sig helt rask. Moderne teknologi og indsigter i den menneskelige krop, bevirker en øget opmærksomhed på potentielle sygdomme eller arvemæssige dispositioner, ikke blot fra læger og sundhedspersonale, men også for almindelige mennesker. Den medicinske klinik eller mere specifikt det lægefaglige fokus er strukturelt set forskudt fra at have fokus på eksogene til endogene risikofaktorer. Eller med det øgede fokus på genetificeringen af sygdom (Lemke 2017) må den lægefaglige handlen, som tidligere var reaktiv i sin helbredelsespraksis, i dag vige pladsen for en prædiktiv tænkemåde. (Larsen 2021b, 197).

Lemke beskriver, at den nye helbredelsespraksis har specialiseret sig i aktiv forebyggelse af sygdomme og i diagnosticeringen af sårbarhed, disponering og risiko. Sygdomsprognoser er i stigende grad orienteret mod det molekylære mønstre frem for mod holistiske vurderinger (Lemke 2017). En anden side af det samme er, at sundhed i dag ikke længere betragtes som en reel tilstand, men tenderer mod også at være en moralsk forpligtigelse. Som Lemke formulerer det: "De syge bliver implicit eller eksplicit stillet overfor spørgsmålet om, hvorfor de er blevet syge: Ind-

tager de den rigtige kost? Dyrker de sport? Får de foretaget regelmæssige helbreds-tjek? Drikker de alkohol? Ryger de?" (Lemke 2017). Med andre ord så er opmærksomheden både hos de sundhedsprofessionelle, her repræsenteret ved lægen, men også den 'måske syge' rettet mod potentiel sygdom og individuel moral.

Vi er som sådan alle præ-patienter eller potentielt syge og kan måske på længere sigt med rettidig omhu korrigerer og forbedre vores livschancer via indsigter på det molekylære niveau hos os selv og vores familie. Den konklusion, at staten har skiftet strategi, og at den via sine institutioner bestræber sig på opsyn med sin befolkning (statistik, oversigt over ulighed i sundhed) og ønsker at individer selv tager vare på egen sundhed, kommer til udtryk i mange anbefalinger og råd fra statslige institutioner som fx Sundhedsstyrelsen. Gennem en række diskurser, politikområder og dokumenter, men også via måder at organisere sundhedsfremme og forebyggelse på, går statslige institutioner og professioner direkte ind og bidrager til at styre og organisere f.eks. rygestopkurser, ernæringskurser mv. Men den vigtigste virkemåde udgøres af individernes selvstyring, dvs. at de har kropsliggjort 'ansvaret' for eget liv og sundhed. I den Foucaultske optik anvendes begrebet governmentality, som kan være et godt redskab til at forstå, hvordan det autonome individ har en lyst eller endnu stærkere et begær efter at vælge de gode råd, som formidles af de nationale sundhedsstyrelser og samtidig tage ansvar for at ændre deres adfærd, så de matcher sundhedsrådene (Vallgård 2001, Ayo 2012). Individerne lytter godt nok til sundhedsråd, men de udvikler også deres egen (mod)ekspertise i forhold til, hvordan de vil ernære og træne deres krop, hvordan de vil pleje deres tænder og ift. deres drikkevaner (Rose 1990). Områder, som tidligere mere entydigt lå under statens vinger med sociale ordninger, uddannelse, forsikring osv. (Ibid.)

I forhold til styring af befolkningens kroppe fokuserer kultursociolog Lisa Dahlager (2001, 2005) på forebyggelse. Dahlager viser, hvordan styringsteknologier ikke blot er måder at forme handlerum på gennem at koble magt- og selvteknologier, men de fungerer også som måder, hvorpå subjekter etablerer etiske selvforhold på. Det empiriske udgangspunkt er observationer og interviews koblet til livsstilsrelaterede forebyggelsessamtaler på et dansk hospital, der var udnævnt til modelhospital for forebyggelse. Samtalerne etablerer et bestemt etisk selvforhold for både de sundhedsprofessionelle og patienterne - og derved former de deres muligheder for in- og eksklusion. Men diskurserne kan også bidrage til moddiskurser og modpraksis i forhold til de råd som eksperter og dominerende sociale klasser formidler. Dette bekræftes blandt andet i studie om den historiske konstruktion af ekspertdiskurser og den sideløbende konstruktion af oppositionelle livstile (Fagerholt 2011).

### **Resiliens og smidiggørelse af kroppen**

I samtidens politik og videnskab tales der om resiliens, hvilket kan være et godt begreb for at komme lidt tættere på en samtidsdiagnose. Begrebet eksisterer kun relateret til en række andre begreber fra 'målstyring', 'disruption', 'KPI', 'version 3.0' og 'samskabelse' til 'onboarding' og ikke mindst på en klangbund af konkrete

materielle forandringer. Resilienslitteraturen siger at nøglen til robusthed er optimisme og kernen ligger i individets eget mindset, så individet skal forsøge at forestille sig noget godt, at tænke noget positivt. Sociologen Anders Petersen (2016) konstruerer tematikken anderledes og interessant i beskrivelsen af en samfundsmæssig forandring, hvor ubestemtheden udgør et nyt vilkår og hvor smidiggørelse er det centrale begreb i samtidsdiagnosen. Kroppen skal altså være smidig, bøjelig, fleksibel og dog skal den også være stærk, holdbar, sej og modstandsdygtig for at kunne klare diverse udfordringer f.eks. på arbejdsmarkedet. Kroppen skal på den måde være plastisk og med en analogi fra spejderbevægelsen være 'beredt' på mulige fremtidige forandringer både i arbejdslivet og det øvrige sociale liv. Fra økonomiens side vil mottoet 'rettidig omhu' fra A.P. Møller og Mærsk koncernen kunne fungere som et lignende begreb, der signalerer at organisationer og kroppe skal være på forkant så "intet tab rammer os, som ved rettidig omhu kunne afværges".<sup>3</sup> Da der i samtiden er en frygt for stagnation og tilbagegang, bistår kropspykologien i form af fitnessbølgen med at smidiggøre kroppen via marathon, coaching, mindfulness og NLP, mens psykofarmaca smidiggør selvet via antidepressiva, opkvikkere mv., for at holde det indre smidigt (Petersen 2016, 92-93). Denne smidiggørelse er også virksom i det pædagogiske, hvor elever og studerende gennem livs langt læringsarbejde skal realisere sig selv, samtidig med at hurtig færdiggørelse honoreres af uddannelsesinstitutionerne. Petersen er inspireret af Foucault og Rose og ifølge hans analyse står vi ikke længere i en tid, hvor risiko, men snarere resiliens, er det karakteristiske, hensigten er at fremelske ansvarlige borgere (Petersen 2016).

Inspireret af disse betragtninger kan den voldsomme vækst gennem de sidste 20-30 år af mennesker, der træner, løber og trimmer deres kroppe med stor opmærksomhed og entusiasme i en Foucault-optik forstås sådan, at det strukturelle og subjektive er sammenvævet.

### **Diskussion og konklusion**

Vi har gennemgået aktuelle sociologiske og socialfilosofiske tænkemåder om kroppe og transformationer i håndtering af egenkroppen med fokus på forskning inspireret af Foucaults tænkning om den moderne velfærdsstats ledelsesrationalitet og sammenholdt med Bourdieus tænkning om kroppe og livsstile.

Tager vi den fremherskende hverdagslige konstruktion til troende, er vi alle i den vestlige kulturkreds blevet individer. Vi er noget i os selv og noget, der er adskilt fra andre og særligt familien og sociale klasser. Det er blevet mere og mere udbredt at tale om et jeg og en identitet, der er knyttet til et bestemt menneske. Denne konstruktion er meget stærk særligt i den hverdagslige udlægning, som vi finder den i medierne, men også i de fremherskende politiske konstruktioner af, hvad eller hvem man henvender sig til i sin politik. Jeg'et ses som et vælgende jeg. Individet vælger sine handlinger og skaber løbende sin identitet gennem disse valg og handlinger. Individet er hele tiden på vej og det ligger lige for at se produktet af dets handlinger som resultatet af dets individuelle og bevidste valg. Det er helt overvejende også

dette jeg, som diverse sundheds- og forebyggelsesstrategier henvender sig til, og det kan rekonstrueres i studier i hvordan borgere oplever viden, valg og individualitet i forhold til sundhed. Der er en vifte af faktorer, der muliggør og nødvendiggør, at kroppe på nye måder er blevet og kan blive objekt for investeringer. Det måske mest overgribende er, at vi er blevet, hvad man kunne kalde, statsligt frisat (Larsen 2021b). Det vil sige fri for statens beskyttelse, sikkerhed og kontrol, men også sat fri til at skulle passe på os selv.

I en Bourdieu-optik er dyrkelse af kroppen begrundet i et behov for at få en identitet, en særlig social væren som bidrager til at gøre kroppen forskelsgørende. Derudover, at dette ikke sker bare på grund af lysten til at være sund og leve længe eller fordi man følger ex. Sundhedsstyrelsens opfordringer. Det er snarere fordi samfundet ændrer sig, og det skaber nye muligheder og begrænsninger for at være menneske. Kropsfokuseringen sker på grund af, at vi er blevet statsligt frisatte. Vi må selv opfinde vores liv på en ny måde og under ændrede vilkår, nu hvor staten trækker sig med både sin sikkerhed og kontrol.

I mere generelle sundhedssociologiske analyser af det postmoderne dokumenteres det, at kroppen har undergået forandringer fra at være producent af ting til at blive en konsument af aerobic, fitness, sund mad, træningsvideoer mv., kort sagt af hele fitness, sundheds- og velværeindustrien (Nettleton 2013). Kristensen et al. (2016) har, under inspiration af begrebet 'healthism' (Crawford 1980), beskrevet dette fænomen i en dansk sammenhæng. Det drejer sig om en sundheds-isme - en særlig socialt skabt livsstil der producerer sundhedsforbrugere, der fokuserer på sundhed og fitness over alt andet. Den lyst til at træne kroppen er skabt af samfundsmæssige forandringer med neoliberalisme og markedsgørelse. En liberalistisk politisk praksis der blev initieret, da Margaret Thatcher blev statsleder i England i 1979 og Ronald Reagan blev præsident i USA i 1980. Staten kunne, hvis ikke markedet havde iværksat det i forvejen, stå for vandforsyning, uddannelse, sundhedspleje, social sikkerhed og forurening. Ellers var det statens opgave at garantere kvalitet og integritet i forhold til penge, og den skulle sikre rammerne for det liberale marked, gennem at etablere militær, forsvar, politi og at regulere områder omkring f.eks. ejendomsret ifølge professor i geografi David Harvey (2005). Det er denne markedsgørelseslogik der gennemtrænger alle store overnationale institutioner fra 'International Monetary Fund (IMF) og verdensbanken til 'World Trade Organisation' (WTO). Men den er også indkorporeret i den almindelige common-sense måde, hvorpå vi almindelige mennesker forstår os selv og verden. Ifølge Harvey (2005) er det en logik, der søger at bringe alle livets forhold (human action) ind i markedets domæne. Begrebet sundheds-isme signalerer, at sundhed ikke blot er forbundet med noget bio-medicinsk, men det gennemtrænger også moral, politik og sociale områder af livet (Crawford 1980).

I både Bourdieu- og Foucault-optikken er der tale om samfundsforandringer mellem stat og subjekt; enten via begreber om den bemyndigende eller faciliterende stat (Rose) eller at staten trækker sig, og lader markedet styre på nye områder (Bourdieu 1999). Uanset er staten reduceret og den styrer og passer i mindre grad

på os – og i samme bevægelse mærker kroppene, at de må selvoptimere sig. Det kan godt være, at vi både har oparbejdet ganske mange flere muligheder i forhold til behandling og pleje og som sådan objektivt har lige gode eller bedre mulighedsbetingelser, end man havde for 30-40 år siden. Men forestillingen og de fremherskende diskurser siger i stadig højere grad, du må selv passe på dig! Du er ikke blot din egen lykkes smed, du er også din egen sundheds smed - og med reference til Nikolas Rose (2009) – du er også din egen sundhedsøkonom. Du er selv ansvarlig for at holde øje med din krop, som om det var en maskine, der skulle trimmes, justeres, smøres og vedligeholdes. Det støtter sikkert bevægelsen mod træningscentre, yogaen og ernæringsfokuseringen og brugen af selvmonitorering, at vi også er blevet præ-patienter. Ingen kan vide sig helt raske – ”vi er bare ikke undersøgt nok”. Der kan gemme sig en sygdom, i gener, celler eller hjerne, som venter på at komme til sin udfoldelse.

### *Opsummerende*

Der er store paradigmatisk forskelle på Bourdieus sociologi og den socialfilosofiske måde, som Foucault-inspirerede forskere diagnosticerer på. Fælles er en tænkning baseret på, at vores kroppe er født ind i – og formet af - en samtid af familie, klasse, materialitet osv., men kroppene er også skabende af vilkår. Med Foucault og hans arvtagere betones det lange historiske blik på transformationer af samfund, institutioner, magt, viden og subjektivitet. Foucault studerede klinikkens fødsel, fængselsvæsenets historie og styringsformer. Men ikke mindst Rose har videreudviklet tænkemåder omkring, hvordan den videnskabelige udvikling og særligt forskning i gener, biologi, medicin interagerer med institutionelle grupper som patientorganisationer og faggrupper, hvilket samtidig konstituerer nye former for tvang og lyst til ændrede identitetsformer. Sygdom som et moralsk anliggende involverer også nye udfordringer med de personer, som måske bærer på genetiske risici. De pådrager sig også et genetisk ansvar, hvor de må spørge sig selv hvorvidt de f.eks. skal sætte børn i verden. Som det fremgår af det foregående, beskriver Foucault-inspirerede forskere via en netværkstænkning, hvordan samtiden skaber nye forudsætninger for identitet, selvomsorg og selvstyring (af kroppe).

Sammenholder man de to positioner og deres bidrag til at forklare det nye sundhedsregime, er der en række videnskabsteoretiske forskelle, der gør at det ikke er helt enkelt at relatere dem. Bourdieus forskningsprogram gennem de begreber, som han har udviklet med sine kolleger, lægger op til langt mere empirisk sensitive undersøgelser, der ikke mindst er optaget af genesen dvs. fremvæksten af et fænomen, men også strukturen, dvs. dets omfang og udbredelse. Bourdieu ville, modsat de forudgående undersøgelser som ser på nogle overordnede og strukturelle træk, kigge på de konkrete forandringer i det sociale rum eller felter. Han ville analysere de forandringer og hvordan de foregår gennem stridigheder og konsensus i felter og sociale rum, samt ikke mindst spørge til, hvordan forskellige sociale grupper agerer når forandringerne sker. Han ville undersøge, hvordan sociale grupper agerer og

hvem der taber og vinder under de nye forandringsprocesser og hvordan de produceres. Hvilke strategier anlægger eksempelvis den øvre middelklasse, når arbejdsmarkedet skærpes, de fede kroppe lægges for had, og når medicinering, meditation og plastikkirurgi bliver en mulighed? Hvad gør de så ved kroppen? Giver det dem fordele eller det modsatte? Hvem er det der går ind i plastikkirurgien og hvem trimmer kroppen gennem fokus på kost og ernæring?

Med forskelligt begrebsapparat og empirisk fokus vil både Foucault og Rose bekræfte, at vi i tiltagende grad er blevet statsligt frisatte, hvor staten trækker sig og overlader flere områder til markedet. De store samfundsmæssige forandringer, som involverer privatisering, neoliberale reformer og New Public Management (NPM) skaber nye rammer for arbejdet med kroppen.

Der er visse ligheder mellem sundhedskapital og kropskapital, kulturel kapital, fysisk kapital, kulturel sundhedskapital (Shim 2010, Dubbin, Chang, and Shim 2013), social kapital og også symbolsk kapital. Men sundhedskapital, inspireret af Bourdieus sociologi, søger at beskrive noget særligt, som postuleres at være nyt. Det relationelle ligger i, at individer og grupper ikke kan analyseres som substans, men de har med hinanden at gøre og står i strukturelt forhold til hinanden. Det relationelle siger noget andet og mere end begrebet inter-aktion, hvor man tænker sammenhænge, hvor mennesker påvirker hinanden direkte og indirekte. Med det relationelle er vi også påvirkede af individer og aktiviteter, som end ikke er inden for synsfeltet.

Med Bourdieus tænkning om kapitalformer, vil man med sundhedskapitalbegrebet kunne konstruere typer af kropsinvesteringsformer, som matcher forskellige gruppers differentierede måder at investere i kroppen på. Disse investeringsformer er ofte vævet sammen på en sådan måde at f.eks. fysisk og mental investering er integrerede, og der er mønstre i, hvordan sociale grupper (klasse, køn, alder, region) tænker om og investerer i kroppene på. Andre har studeret investering i kirurgi (f.eks. Morgan 1991), kemisk investering i doping og sociokulturelle forskelle (f.eks. Pedersen 2010), fysisk træning (f.eks. Markula and Pringle 2006, Andreasson and Johansson 2015) eller i diæt (f.eks. Turner 2008, Astrup et al. 2015) og måske relateret til kønnede, klasse-mæssige eller aldersgruppemæssige forskelle. Ambitionen er således stor, idet sundhedskapital søger at integrere både investeringsformerne (kirurgi, diæt mv.), og samtidig at undersøge dvs. relatere til klasse-mæssige, aldersgruppemæssige forskelle mv. Hensigten er at tænke relationelt og distinktiøst frem for såkaldte livsstilsanalyser, som søger at samtænke f.eks. klasse og krop (Cockerham 2005, Latimer and Munro 2015) og måske også studier af krop og teknologi (f.eks. Lupton 2016).

Den anden form for differentiering ligger i, at der er forskellige kriterier for, hvad der værdsættes i samfundet. Vi kan her adskille mellem en dominant og en domineret eller non-dominant sundhedskapital, hvor den af Larsen (2021b) kaldes en statsautoriseret sundhedskapital, mens den dominerede sundhedskapital har kropsværdier som ikke har generel samfundsmæssig accept, men værdsættes i nogle sociale positioner i det sociale rum eller felter.

Endelig vil man med Bourdieus tænkning og med begrebet sundhedskapital kunne komplettere og supplere forskningen i social reproduktion i analyser af, hvordan og hvorfor sociale grupper skaber sig veje, genveje og omveje gennem kropsinvesteringer. Sociale mobilitetsstudier angår spørgsmål om, hvordan sociale grupper reproducerer sig inden for og mellem generationer, hvor der i høj grad er fokus på, hvordan primær socialisering, skole og uddannelsessystemet, sociale netværk eller erhvervsmarkedet indgår i spillet, herunder formelle kompetencer og familie-strategier (at sende børn på internationale skoler, udveksling mv.). Bortset fra studier af den danske magtelite (Bernsen, Ellersgaard, and Larsen 2015), er fokus primært på hvordan 'fritiden' kan anvendes til at opdyrke og raffinere uformelle kompetencer på, i form af f.eks. kroppens trimning. Med kapitaltænkningen kan derimod fremanalyseres, hvordan grupper søger at skaffe sig sociale fordele. Man kan antage, at de grupper, der i forvejen har en vis mængde og en god kombination af økonomisk, kulturel og social kapital, også er de grupper, som investerer lukrativt i sundhedskapital. De er sikkert også ansat i positioner i jobmarkedet, hvor institutionel sundhedskapital er oparbejdet.

Slutteligt tilbyder sundhedskapital et teoretisk og metodisk konstruktionsarbejde som grundlag for at kunne studere det differentierede arbejde med kroppen som del af en sundhedssociologisk analyse. Sundhedskapital er et ufuldstændigt begreb som er i proces, præcis som Bourdieu døbte bogen om praktikkens logik – en skitse til en teori (Bourdieu 1977).

Kristian Larsen, Ph.D.; Professor; The University Hospitals Centre for Health Research (UCSF) & Department of Public Health University of Copenhagen & Professor 2 Oslo Metropolitan University. Ryesgade 27, 2200 Copenhagen N; Denmark. Email [kristian.larsen@regionh.dk](mailto:kristian.larsen@regionh.dk)

Anette Lykke Hindhede, Ph.D., Associated Professor; Aalborg University, Department of Culture & Learning, A. C. Meyers Vænge 15, 2450 Copenhagen; Denmark. Email [anh@hum.aau.dk](mailto:anh@hum.aau.dk)

## Noter

- <sup>1</sup> Der findes en række hjemmesider (fx netdoktor.dk; webpatient.dk; sundhed.dk; hejsundhedsvaesen.dk; netpatient.dk;) som på forskellig måde formidler viden knyttet til sport, krop, træning mv.
- <sup>2</sup> Eksempelvis udvikles der stadig mere fokuserede sundheds- eller forebyggelses-kampagner rettet mod særligt 'udsatte' grupper. Også i disse kampagner er grundtonen dog, at der skrives og tales til et relativt 'kontekstfrit' individ som forventes at afkode sundhedsbudskaberne via læsning og lytten med henblik på efterfølgende handlen.
- <sup>3</sup> [https://da.wikipedia.org/wiki/A.P.\\_M%C3%B8ller\\_-\\_M%C3%A6rsk](https://da.wikipedia.org/wiki/A.P._M%C3%B8ller_-_M%C3%A6rsk)



## Referencer

- Andreasson, Jesper, and Thomas Johansson. 2015. *Fitnessrevolutionen: kropp, hälsa och gymkulturens globalisering*. Carlssons: Stockholm.
- Antonovsky, Aaron. 1996. "The salutogenic model as a theory to guide health promotion." *Health Promotion International* 11 (1):11-18. doi: 10.1093/heapro/11.1.11.
- Astrup, Arne, Steen Stender, Jørn Dyerberg, and Susanne Gjedsted Bügel, eds. 2015. *Menneskets ernæring*. 4 ed. Kbh.: Munksgaard.
- Ayo, Nike. 2012. "Understanding health promotion in a neoliberal climate and the making of health conscious citizens." *Critical Public Health* 22 (1):99-105. doi: 10.1080/09581596.2010.520692.
- Bernsen, Markus, Christoph Ellersgaard, and Anton Grau Larsen. 2015. *Magtelisten: hvordan 423 danskere styrer landet*. 1 ed. Kbh.: Politiken.
- Bourdieu, Pierre. 1977. *Outline of a theory of practice, Cambridge studies in social anthropology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, Pierre. 1984. *Distinction: a social critique of the judgement of taste*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Bourdieu, Pierre. 1999. *The weight of the world: social suffering in contemporary society*. Oxford: Stanford University Press.
- Cockerham, W. C. 2005. "Health lifestyle theory and the convergence of agency and structure." *Journal of Health and Social Behavior* 46 (1):51-67. doi: 10.1177/002214650504600105.
- Crawford, R. 1980. "Healthism and the medicalization of everyday life." *International Journal of Health Services* 10 (3):365-388. doi: 10.2190/3h2h-3xjn-3kay-g9ny.
- Dahlager, Lisa. 2005. *I samtalens rum: en magtanalyse med afsæt i den livsstilsrelaterede forebyggelsessamtale*. Kbh.: Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet.
- Dahlager, Lise. 2001. "I forebyggelsens magt." *Distinktion* 2 (3):91-102, 134.
- Dubbin, L. A., J. S. Chang, and J. K. Shim. 2013. "Cultural health capital and the interactional dynamics of patient-centered care." *Social Science and Medicine* 93:113-120. doi: 10.1016/j.socscimed.2013.06.014.
- Elliott, Anthony. 2014. *Contemporary social theory: an introduction*. Second ed. London: Routledge.
- Fagerholt, Randi Ann. 2011. *Kampen om helsen: en kvantitativ studie av koblinger mellom en offentlig ekspertdiskurs og ungdoms livsstilspraksiser*. Trondheim: Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet. Master thesis.
- Foucault, Michel. 1994. *Viljen til viden, Redaktion Filosofi*. Frederiksberg: Det lille Forlag.
- Foucault, Michel. 1999. *Overvågning og straff: det moderne fængsels historie*. 3 ed. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Foucault, Michel. 2000. *Klinikkens fødsel*. Kbh.: Hans Reitzels Forlag.

- Freire, Paulo. 1993. *Pedagogy of the oppressed*. Translated by Myra Bergman Ramos. New rev. 20th-Anniversary ed. New York: Continuum.
- Harvey, David. 2005. *A brief history of neoliberalism*. Oxford: Oxford University Press.
- Jensen, Bente , and Gry Andsager. 2007. *Ulighed i børn og unges sundhed: set i lyset af social kapital*. 1 ed. Kbh.: Danmarks Pædagogiske Universitet.
- Kristensen, D. B., M. Lim, and S. Askegaard. 2016. "Healthism in Denmark: state, market, and the search for a "Moral Compass"." *Health (London)* 20 (5):485-504. doi: 10.1177/1363459316638541.
- Larsen, K., and K. Esmark. 2010. "Om studier af sundhed mellem Nikolas Rose og Pierre Bourdieu." In *Hvorfor Bourdieu?*, edited by Larsen K., Esmark K. and Høyen M.E.S., 133-150. Kbh.: Forlaget Hexis.
- Larsen, K., and I. Harsløf. 2019. "Promoting health as a form of capital: the transformation of the Danish healthcare field as experienced by private healthcare professionals." In *Navigating private and public healthcare: experiences of patients, doctors and policy-makers*, edited by F. Collyer and K. Willis, 200-223. Singapore: Palgrave Macmillan.
- Larsen, K., A. Hindhede, and F.M. Henriksen. 2020. "Sundhedskapital blandt danske sundhedsprofessionelle: en kvantitativ og kvalitativ undersøgelse af kropsopfattelser og distinktion blandt forskere, klinikere og studerende i Danmark." *Praktiske Grunde - Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab* 14 (1-2):43-74.
- Larsen, K., A. L. Hindhede, M. H. Larsen, M. H. Nicolaisen, and F. M. Henriksen. 2020. "Bodies need yoga? No plastic surgery! Naturalistic versus instrumental bodies among professions in the Danish healthcare field." *Social Theory and Health*:1-20. doi: 10.1057/s41285-020-00151-z.
- Larsen, Kristian. 2021a. "Folkesundhed, politik og sundhedsøkonomi " In *Sundhedskapital: investeringer i kroppen*, 127-168. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Larsen, Kristian. 2021b. *Sundhedskapital: investeringer i kroppen*. 1 ed. Frederiksberg: Samfundslitteratur.
- Larsen, Kristian, and Ulf Brinkkjær. 2008. "Om statsautoriseret normalisering af kroppe: BMI, professioner og sundhedskanon." *Dansk Pædagogisk Tidsskrift* (3):42-49.
- Larsen, Kristian, and Virginia Morrow. 2009. "Social position and young people's health: a Bourdieu'ian critique of dominant conceptualisations of social capital'." *Praktiske Grunde - Nordisk tidsskrift for kultur- og samfundsvidenskab* 3 (3):7-30.
- Larsen, Lars Thorup. 2017. "Livsstilspolitikens fødsel: biopolitisk regulering af livsstilssygdomme i Danmark og USA 1970-2010." In *Sundhed og magt: perspektiver på biopolitik og ledelsesteknologi*, edited by Mads Peter Karlsen and Kaspar Villadsen, 107-145. Hans Reitzels Forlag.

- Latimer, J., and R. Munro. 2015. "Uprooting class? Culture, world-making and reform." *Sociological Review* 63 (2):415-432. doi: 10.1111/1467-954X.12289.
- Lemke, Thomas. 2017. "Sundhed og sygdom i den postgenomiske æra." In *Sundhed og magt: perspektiver på biopolitik og ledelsesteknologi*, edited by Mads Peter Karlsen and Kaspar Villadsen, 23-58. Kbh.: Hans Reitzel.
- Lupton, Deborah. 2016. *The quantified self*. Malden, MA: Polity Press.
- Markula, Pirkko, and Richard Pringle. 2006. *Foucault, sport and exercise: power, knowledge and transforming the self*. 1 ed. New York: Routledge.
- Marmot, Michael, and Richard Wilkinson. 2005. *Social determinants of health*. 2 ed. Oxford: Oxford University Press.
- Morgan, Kathryn Pauly. 1991. "Women and the knife: cosmetic surgery and the colonization of women's bodies." *Hypatia* 6 (3):25-53. doi: 10.1111/j.1527-2001.1991.tb00254.x.
- Nettleton, Sarah. 2013. *The sociology of health and illness*. 3 ed. Cambridge: Polity Press.
- Pedersen, Inge Kryger. 2010. "Doping and the perfect body expert: social and cultural indicators of performance-enhancing drug use in Danish gyms." *Sport in Society* 13 (3):503-516. doi: 10.1080/17430431003588184.
- Petersen, Anders. 2016. *Præstationssamfundet*. 1 ed, *Sociologi nr. 11*. Kbh.: Hans Reitzel.
- Rose, Nikolas. 1990. *Governing the soul: the shaping of the private self*. London: Routledge.
- Rose, Nikolas. 1998. *Inventing our selves: psychology, power, and personhood, Cambridge studies in the history of psychology*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, Nikolas. 1999. *Powers of freedom: reframing political thought*. 6. printing ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Rose, Nikolas. 2007. "Det biologiske selv." Turbulens, Last Modified 01-05-2007. <https://turbulens.net/det-biologiske-selv/>.
- Rose, Nikolas. 2009. *Livets politik: biomedicin, magt og subjektivitet i det 21. århundrede*. 1 ed. Virum: Dansk Psykologisk Forlag.
- Schmidt, Lars-Henrik, and Jens Erik Kristensen. 1986. *Lys, luft og renlighed: den moderne socialhygiejnes fødsel*. Kbh.: Akademisk Forlag.
- Shim, J. K. 2010. "Cultural health capital: a theoretical approach to understanding health care interactions and the dynamics of unequal treatment." *Journal of Health and Social Behavior* 51 (1):1-15. doi: 10.1177/0022146509361185.
- Turner, Bryan S. 2008. *The body and society: explorations in social theory*. 3 ed, *Theory, Culture and Society*. London: SAGE.
- Vallgård, S. 2001. "Governing people's lives. Strategies for improving the health of the nations in England, Denmark, Norway and Sweden." *European Journal of Public Health* 11 (4):386-392. doi: 10.1093/eurpub/11.4.386.
- Vallgård, Signild. 2003. *Folkesundhed som politik: Danmark og Sverige fra 1930 til i dag*. Århus: Aarhus Universitetsforlag.

Wacquant, Loïc. 2009. *Punishing the poor: the neoliberal government of social insecurity, Politics, history, and culture*. Durham NC: Duke University Press.