

Af Camilla Schwartz

Den sunde krop som et polemisk mellemværende hos Sundhedsstyrelsen og i Lotte Inuks:
Sultekunstnerinde.

Denne artikel tager afsæt i dels en undersøgelse af affiniteten imellem Sundhedsstyrelsens intention og praksis, og dels i en undersøgelse af de sundheds- og kropsdiskurser som sættes i spil i interaktionen mellem Sundhedsstyrelsens rapporter og det litterære værk: *Sultekunstnerinde* (2004).

Min motivation for komparativt at undersøge den diskursive relation imellem den offentlige sundhedspolitiske nøgletekst og den litterære tekst er for det første, at litteraturen, modsat den borgeroplysende tekst, har en evne til med sit første persons perspektiv at nuancere den sundhedspolitiske problemstilling. Litteraturen giver med sine komplekse fænomenologiske beskrivelser af den velfærdsstatslige virkelighed en unik indsigt i værdidebatten. Søren Harnow Klausen argumenterer i sin artikel: *Hyggeligt, men lavt til loftet, eller er det plat at have det godt?* for, hvorfor netop litteraturen kan give et udbytterigt perspektiv på værdidebatten:

”Tanken er, at litteraturen kan bidrage med nuancerede beskrivelser af situationer og erfaringer, som kan udgøre grundlaget for filosofiske analyser – uden nødvendigvis at virke specielt opbyggelige – og dermed være med til at kvalificere den ellers ofte virkelighedsfjerne og abstrakte debat om værdier og samfundsformer.”

(Søren Harnow Klausen: *Hyggeligt, men lavt til loftet, eller er det plat at have det godt?* Fra: *Velfærdsfortællinger*, s. 171).

Afsættet for mit komparative blik er, at de forestillingsbaner eller værdier, som ligger til grund for idealet om ’den gode sunde krop’, fungerer som mellemværender, der både eksplicit og implicit udfordres og problematiseres både i den litterære tekst: *Sultekunstnerinde* og i Sundhedsstyrelsens rapporter. I praksis betyder det, som vi skal se, dels at Sundhedsstyrelsen i sin diskursive selvlegitimering tager afsæt i en række traditionsbundne dannelseskabeloner, som ofte er knyttet til den litterære romangener, og dels at *Sultekunstnerinde* tager afsæt i aktuelle sundhedspolitiske diskurser. De to afsendere og de to tekstgenerer ’taler’ altså sammen og tilbyder derved i samspil en polemisk dialog, som er gunstig for en nuanceret forståelse af velfærdsstatens sundhedspolitiske intention og praksis.

Jeg har hentet mit tekstmateriale fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside: *sundhedsstyrelsen.dk* og har i min udvælgelse fokuseret på rapporter fra 2003-2011. Jeg har desuden overvejende udvalgt rapporter om overvægt, da mit omdrejningspunkt for artiklen har været at stille skarpt på relationen imellem kropsforestillinger, vægt og mad i nyere tid. Jeg refererer og henviser desuden løbende til hjemmesidens mere generelle formuleringer omkring Sundhedsstyrelsens mål og opgaver.

Som det vil fremgå af artiklen, har min gennemgang af materialet synliggjort en generel ambivalens imellem på den ene side velfærdsstatens sundhedspolitiske *intentioner* og på den anden side velfærdsstatens sundhedspolitiske retoriske *praksis*.

Lotte Inuks autofiktive roman: *Sultekunstnerinde* fra 2004 problematiserer både i kraft af sit udsigelsesplan og sit udsagnsplan bindingen imellem det enkelte individ og den ambivalente velfærdsstat og viser i kraft af sin fortællesituation, hvilke konsekvenser den sundhedspolitiske ambivalens har for den enkelte borger. *Sultekunstnerinde* konstruerer med sit litterære jeg-perspektiv afklarende og uddybende moddiskurser, som udfordrer velfærdsstatens selvlegitimerende forestillinger om 'det gode liv' og bidrager derved til en nuanceret og kompleks forståelse af velfærdsstatens praksis.

Velfærdsstatens 'sunde' intentioner

Velfærd er en omdiskuteret og mangfoldig begrebskonstruktion, som har tradition for at blive forbundet med ideen om 'det gode lykkelige liv'. 'Det gode liv' er selvsagt en noget diffus paraplydefinition, som synes beboet af forskellige tolkninger og forståelser. Fælles for disse tolkninger af 'det gode liv' er dog en generel enighed om, at 'det gode liv' må være kendetegnet ved dels en oplevelse af fysisk velvære, dels en grundlæggende oplevelse af frihed til at realisere sig selv, og dertil muligheden for at indgå i betydningsfulde sociale sammenhænge. (Per H. Jensen: *Velfærd*).

Hvad 'det gode liv' definatorisk indebærer, ser ud til at variere over tid, hvilket dog ikke nødvendigvis betyder, at forestillingen om 'det gode liv' bliver genstand for debat og redefinering i den offentlige debat. Forestillingen om 'Det gode liv' trækker tråde helt tilbage til antikkens livsfilosofi og knytter sig til en række underforståede idékonstruktioner, som spiller en central rolle

for den politiske retorik og handlen. Den implicitte definering og redefinering af 'det gode liv' er dog også ideologisk knyttet til en aktuel politisk situation, forstået således at der eksempelvis fra 1970'erne og frem til i dag overordnet kan spores en bevægelse fra 'det gode liv' som et socialdemokratisk projekt til 'det gode liv' som et liberalistisk projekt. Eller i Ove K. Pedersens optik: En bevægelse fra en fællesskabssøgende velfærdsstat til en individualiseret konkurrencestat. (Ove K. Pedersen: *Konkurrencestaten*). Forestillingen om 'det gode liv' kan således forstås som en vekselvirkning imellem en nedarvet idéhistorisk basis og en aktuel intentionel politisk overbygning. Denne balance skal vi se nærmere på.

Siden antikken har forestillingen om 'det gode liv' været en spaltet idékonstruktion, som på den ene side er blevet knyttet til nydelsen, lysten og spontaniteten (Dionysos), og på den anden side til en moralsk og etisk livsførelse (Apollon). På den ene side sofisternes relativistiske lykkeopfattelse, som betragtede lykke som maksimal tilfredsstillelse for flest mulige, og på den anden side Sokrates og Platons idé om 'det gode liv' som et resultat af et disciplineret og fornuftsbetonet liv. Hos Sokrates og Platon identificeres 'det gode liv' som dyden, en idealiseret tilstand som sættes i forbindelse med menneskets evne til mådeholdenhed og besindighed. 'Det gode liv' som et liv, hvor fornuften vinder over begæret og viljen. (Mogens Pahuus: *Det gode liv*).

Antikkens forestillinger om 'det gode liv' er stadig basis i velfærdsstatens værdigrundlag og dens opdragende praksis, og den anvender retorisk både elementer fra den relativistiske og den ikke-relativistiske tradition.

I dag synes der at være en tendens til, at 'det gode liv', forstået både som relativistisk livskvalitet og som en etisk-moralsk forpligtigelse, defineres som 'det sunde liv'. Den sunde krop og det sunde liv er i dag en central indikator for det gode livs succes, og derfor spiller Sundhedsstyrelsen en central rolle i varetagelsen af vor tids velfærd. Sundhedsstyrelsen er Danmarks øverste sundhedsfaglige myndighed og er sammensat af en række centre og enheder, der er spredt geografisk, og som arbejder på tværs indenfor forskellige fagområder. Sundhedsstyrelsen fungerer som repræsentativt talerør for regeringens velfærds- og sundhedspolitik, og en analyse af Sundhedsstyrelsen rapporter giver derfor et billede af velfærdsstatens intentionelle værdigrundlag og velfærdsstatens retoriske praksis. På samme måde kan ændringer i velfærdsstatens

værdigrundlag spores i Sundhedsstyrelsens retorik. Sundhedsstyrelsen definerer selv sine mål og opgaver anno 2011 således:

”Sundhed spiller en stor rolle i den enkelte persons liv, og sundhed er et centralt tema i velfærdssamfundet. Der er øget fokus på at leve et sundt liv og på at få den bedste behandling, når vi bliver syge. Sundhedsstyrelsen er en vigtig aktør på sundhedsområdet. Vi er den øverste sundhedsfaglige myndighed i Danmark, og det er vores opgave i samarbejde med beslutningstagere at skabe de bedste sundhedsfaglige rammer for behandling og forebyggelse. Vi er således med til at understøtte, at folk i Danmark har mulighed for at kunne leve sundt og efter behov kan behandles sikkert i et sundhedsvæsen med høj faglig kvalitet.”
(Sundhedsstyrelsen.dk (bilag 1))

Sundhedsstyrelsen italesætter sig som ”vigtig aktør” i fastholdelsen og vedligeholdelsen af den sunde velfærdsdiskurs, men den undviger eller negligerer sin rolle som medskaber af velfærdsdiskursen, der her italesættes som afsenderløs: ”Der er øget fokus på at leve et sundt liv”. Det betyder, at postulaterne, om at ”sundhed spiller en stor rolle i den enkelte persons liv”, og om at ”sundhed er et centralt tema i velfærdssamfundet”, italesættes som et indiskutabelt faktum eller en naturgiven selvfølgelighed eller absolut. Sundhedsstyrelsen skaber derved en diskursiv forforståelse af, at forestillingerne om velfærd, sundhed og det gode liv er efterstræbelsesværdige målsætninger, som hænger uløseligt og naturligt sammen. Dette retoriske legitimeringsgreb kan med fordel tolkes som en pendant til Platons forestilling om det gode liv som en indiskutabel og absolut tilstand, som mennesket får indsigt i gennem fornuften og rationaliteten.

Signild Vallgård noterer sig ligeledes denne mangel på debat og argumentation i sundhedspolitikken i perioden 1970 og frem.

”Søger man efter begrundelser for at intensivere forebyggelse – eller folkesundhedspolitik i den politiske debat, betænkninger mv., er det mest påfaldende, at de er så sjældne – især i Danmark. Det skyldes sandsynligvis at enigheden blandt politikere, embedsmænd og sundhedsprofessionelle var stor. Næsten ingen satte spørgsmålstejn ved nytten af at forebygge, jo mere jo bedre.” (Signild Vallgård: *Folkesundhed som politik*, s. 126-127).

Men velfærdsbegrebet kan ikke isoleres til en forestilling om ’det gode sunde liv’, for bag denne implicite forståelse af velfærdsbegrebet gemmer der sig ifølge velfærdsforskeren Per H. Jensen to modsætningsfyldte menneskeopfattelser og to kundskabsteoretiske traditioner, som hver for sig og tilsammen udgør grundstammen for velfærdsstatens ambitioner og idealer: En nytteorienteret og en behovsorienteret (Per H. Jensen: *Velfærd*). Jeg introducerer kort disse to

velfærdsdimensioner, idet Sundhedsstyrelsens intenderede motivation for at udbrede det gode og sunde velfærdsliv diskursivt trækker på begge dimensioner.

Den nytteorienterede er knyttet til utilitarismen og opfatter derfor mennesket som grundlæggende egoistisk og optaget af at forfølge og maksimere egeninteresser. Mennesket er i denne optik drevet af individuelle behov og lyster og afviger kun herfra, "hvis det kan betale sig". Af denne individualiserede velfærdsforståelse følger, at velfærd på samfundsniveau ikke er andet end "summen" af individernes velfærd." (Per H. Jensen: *Velfærd*, s. 15).

Den nytteorienterede velfærdsforståelse er i reglen imod, at velfærdsstaten griber ind i den enkeltes frihed og taler om den negative frihed som en frihed fra tvang. Det kan derfor synes bemærkelsesværdigt, at denne dimension optræder i Sundhedsstyrelsens rapporter. Det ser dog ud til, at udbredelsen af denne velfærdsdimension i Sundhedsstyrelsens rapporter hænger sammen med en generel neoliberalistisk vending i velfærdsdiskursen. Denne vending viser sig blandt andet ved, at sundhedsmotiveringen i høj grad er knyttet til en økonomisk kalkule. Velfærdsborgen opdrages til 'det sunde liv' for at blive duelig og konkurrencedygtig på det kapitalistiske arbejdsmarked, og sundhedsvæsenet optimeres med henblik på international konkurrencedygtighed. Dertil formuleres velfærdsstatens intenderede omsorg i højere grad som hjælp til selvhjælp og i mindre grad som uforbeholden omsorg. Denne velfærdsdimension italesættes i Sundhedsstyrelsens tekster i kraft af en konsekvent fremhævelse af vægttabets "sundhedsmæssige gevinster" (*Små skridt til vægttab der holder*, s. 4) . Det kan betale sig at tabe sig, fordi: "Vægttab gør, at du får det bedre fysisk og psykisk. Du får mere overskud, dit humør får et løft, og din krop fungerer bedre. Samtidig vinder du noget på "sundheds-kontoen". (*Små skridt til vægttab – der holder*, s. 4). På samme tid lægges der stor vægt på at skjule Sundhedsstyrelsens formynderiske styring ved, at det intenderede vægttab retorisk fremstår som frie eksistentielle valg:

"Små skridt er skridt, du selv oplever som små. Små skridt er ændringer i dine nuværende vaner – ændringer, som du selv har lyst til, og som du let kan fortsætte med på lang sigt. Små skridt handler om, hvad du kan vælge at gøre bedre lige nu." (*Små skridt til vægttab – der holder*, s. 2).

Den behovsorienterede velfærdsdimension, der har Abraham Maslows behovsteori¹ som basis, peger på tre grundlæggende behovstyper: "At have", forstået som nødvendige materielle goder, uddannelse og godt helbred, "at elske", forstået som gode mellemmenneskelige relationer baseret på solidaritet og lighed, "at være", forstået som realisering og frigørelse af individuelle potentialer (sociologen Erik Allards tredelte behovssystematik, Per H. Jensen: *Velfærd*). Modsat den nytteorienterede tradition er velfærd her ikke kun kendetegnet ved at være et individualistisk projekt men er også et projekt, som italesættes som grundlæggende kollektivistisk. Behovsteorien bygger på et ideal om at forene social solidaritet med den enkeltes selvrealiseringsmuligheder. Den behovsorienterede velfærdsdimension fremhæver begrebet: Positiv frihed, i forståelsen: Frihed til at realisere sig selv. Denne positive frihedsdimension afspejler sig eksempelvis i empowermentbegrebet:

"Individuel empowerment handler om at styrke individernes autonome beslutningstagen. I disse valghandlinger skal det enkelte individ have mulighed for at trække på sin egen viden, kompetencer og erfaringer. Det enkelte individ skal så at sige have mulighed for at agere som sin egen ekspert i egne forestillinger om fremtiden". (Per H. Jensen: *Velfærd*, s. 332).

Sundhedsstyrelsen italesætter den behovsorienterede velfærdsdimension ved eksempelvis at gøre lighed i sundhed til et overordnet mål:

"Sikring af udsatte borgeres sundhed er højt prioriteret på den sundhedspolitiske dagsorden. Regeringens sundhedsprogram for 2002-2010: "Sund hele livet" lægger vægt på, at den sociale ulighed i sundhed skal reduceres, og at middelealderen skal øges markant," (*Lighed i sundhed. 2009*, s. 7).

Bemærk formuleringen: "Sikring af udsatte borgeres sundhed (...)", som retorisk understreger, hvordan velfærdsstatens liberalistiske og decentraliserede vending reformulerer lighedsbegrebet, så det fokuserer på de særligt trængende frem for alle velfærdsstatens borgere. Der lægges vægt på solidaritet, lighed og universalitet: "Sundhedsvæsenet er udformet med henblik på en *solidarisk finansiering* efter betalingsevne og med henblik på *universel* tilgang til forebyggelse og behandling. Det er de to lighedsbærende principper." (*Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. 2011*, s. 22), og på samme tid italesættes Sundhedsstyrelsens intention om at sikre det gode sunde liv som et

¹ Abraham Maslow, russisk/amerikansk psykolog som i 1943 illustrerede de såkaldte menneskelige behov i en behovspyramide. Ideen bag pyramiden er, at mennesket vil forsøge at få dækket sine behov nedefra begyndende med basale behov og slutteligt med selvrealisering. Den finske sociolog Erik Allardt anvender Maslows behovsteori til at opstille tre typer af behov.

eksistensfilosofisk og selvvirkeliggørende dannelsesprojekt. "Det er kun dig, der ved hvad der kan fungere for dig. Du er eksperten." (*Små skridt til vægttab der holder*, s. 13). Sidstnævnte strategi, som er knyttet til empowerment-begrebet, vender jeg tilbage til i det følgende afsnit.

Sundhedsstyrelsens velfærdsintentioner er altså facetterede, idet de både synes at ville sikre den enkeltes konkurrencedygtighed og egeninteresser og på samme tid intenderer at skabe lighed, solidaritet og retfærdighed. En historisk gennemgang af Sundhedsstyrelsens rapporter fra 1970'erne og frem til i dag viser dog, at det individuelle velfærdsprojekt fylder mere og mere og det kollektive velfærdsprojekt mindre og mindre. Denne udvikling kan knyttes til en mere generel individualisering af det sociale liv, i det Ulrich Beck kalder for Risikosamfundet. (Ulrich Beck: *Risikosamfundet*). Velfærdsstatens værdigrundlag synes i dag at kombinere de to velfærdsbetydninger ved at forene det utilitaristiske projekt med det eksistensfilosofiske. Eller som Ove K. Pedersen formulerer det:

"Konkurrencestaten hviler nok på et andet menneskesyn end velfærdsstaten, men udelukker ikke tidligere værdier. Den lægger sig tværtimod oven i disse og udgør således endnu et arkæologisk lag i den lange historie, der fra 1970'erne til i dag drejer sig om det samme: at skabe individualitet, der svarer til fællesskabets udfordringer." (Ove K. Pedersen: *Konkurrencestaten*, s. 202).

Forebyggelse og sundhedsfremme

Sundhedsstyrelsen italesætter selv sine indgreb som "missioner" eller "visioner":

"Sundhedsstyrelsens mission er: Vi fremmer sundheden" (Sundhedsstyrelsen.dk (bilag 2) og benytter sig i sin retoriske praksis overordnet af to styringsstrategier, der kan bestemmes som henholdsvis forebyggelse og sundhedsfremme. (Signild Vallgård: *Folkesundhed som politik*)

Forebyggelse er en autoritær og formanende strategi, hvor velfærdsstaten ved hjælp af påbud og anbefalinger sigter mod at holde befolkningen sygdomsfri. Der tales hyppigt i bydeform ("*pas på*", "*undgå*", "*hold dig fra*") (*Sunde vaner før, under og efter graviditet*. 2010, s. 3, 6 og 15)), og der appelleres derved til et lydigt, skrøbeligt og pligttopfyldende borgerideal. Da forebyggelse fungerer som en eksplicit formynderisk strategi, opfatter den nytteorienterede velfærdsdimension i reglen denne strategi som problematisk.

Sundhedsfremme er på den anden side en mindre formynderisk strategi, som i stedet fokuserer på at fremme sunde handlingskompetencer hos det enkelte individ. Sundhedsfremme er knyttet til forestillingen om *empowerment* og *enablement*² og koncentrerer sig overvejende om at videregive kontrol og styring til og i den enkelte. Der anvendes typisk formuleringer som: "Det er dig, der er eksperten", "du bestemmer selv" eller "du har friheden til at vælge" (*Små skridt til vægttab – der holder*, s. 3, 11 og 13). Motivationen bag denne strategi er, at befolkningen ikke kun skal styres til at træffe sunde valg med henblik på at undgå at blive syge, men fordi sundhed implicit er defineret som det naturlige, ansvarlige og moralske velfærdsliv. Sundhedsfremme er som strategi knyttet til Sundhedsstyrelsens eksistensfilosofiske motiver, idet den i sin retorik indarbejder en dannelsesdiskurs, hvori den enkelte opdager og udforsker uerkendte kompetencer med henblik på at integrere disse i selvet. Den eksistensfilosofiske dimension intenderer at tilføje den enkelte positive frihedskompetencer med henblik på at give den enkelte mulighed for at træffe bevidste valg. Dette sundhedsfremmeaspekt er, som jeg tidligere har været inde på, tydeligt i Sundhedsstyrelsens definition af egne mål og opgaver.

Man kan lidt forenklet sige, at hvor forebyggelsesstrategien ser sundhed som et middel til at opnå 'det gode liv', ser sundhedsfremme strategien altså sundhed som selve definitionen på det gode moralske liv. Sundhedsfremme er derfor også en evig og uafsluttet proces:

"Sundhedsstyrelsen skal skabe de bedste sundhedsfaglige rammer for behandling, forebyggelse og sundhedsfremme i Danmark, og medvirke til at sikre stadig mere sundhed for pengene. Det arbejde bliver aldrig færdigt. Tværtimod (...)" (*Vi arbejder for sundheden. Strategiske fokusområder for Sundhedsstyrelsen 2010-2013*, s. 3).

Sundhedsfremme opfattes i reglen som mindre kontrollerende og styrende end forebyggelse, da 'det sunde liv' her retorisk italesættes som "ændringer du selv har lyst til", og ikke som ændringer velfærdsstaten påbyder dig. Det betyder ikke, at sundhedsfremme er en mindre styrende strategi, men det betyder, at styringen er mindre åbenlys. Til gengæld udvider sundhedsfremme sit

² Empowermentbegrebet anvendes hyppigt i den medicinske diskurs i forståelsen: Evnen til at styrke egne kræfter og modsætte sig undertrykkelse, men Empowermentbegrebet har ikke sin oprindelse i den medicinske diskurs men opstod som idé i forskellige græsrodsbevægelser i 1960'ernes og 1970'ernes USA. Dengang blev begrebet brugt mere bredt og dækkede over et generelt ønske om mindre undertrykkelse og stigmatisering og mere selvbestemmelse og indflydelse. Et centralt navn i Empowermentbegrebets historie er filosofen og historikeren Paulo Freires, som i 1973 udgav værket: *De undertryktes pædagogik*. I dag bruges Empowermentbegrebet i mangfoldige sammenhænge, men det spiller en helt central rolle i forestillingen om sundhedsfremme. Empowermentstrategier er i mindre grad knyttet til et specifikt mål og opfattes snarere som processuelle dannelsesprojekter.

styringsfelt. Signild Vallgård er i sit artikelbidrag til antologien *Folkesundhed i et kritisk perspektiv* inde på det problematiske ved denne skjulte styring:

”Spørgsmålet er, om det er ønskeligt at få styring til at fremstå som ikke-styring, og om man arbejder på falske præmisser, når man siger, at folk skal vælge selv, og samtidig går ud fra, at de skal vælge sundheden, sådan som den defineres af sundhedsprofessionelle.” (Signild Vallgård: *Forebyggelse og sundhedsfremme – definitioner, historie og magtudøvelse. Fra: Folkesundhed i et kritisk perspektiv*, s. 112).

Og i *Folkesundhed som politik* definerer Signild Vallgård empowermentstrategien som regulær magtudøvelse:

”Empowerment kan imidlertid ses som magtudøvelse af to grunde. For det første fordi myndighederne nærmest tvinger folk til at tage stilling til forhold, som de ikke tidligere har forholdt sig til (...) For det andet er hensigten, at borgerne skal bruge deres handleevner til noget bestemt, til den adfærd, som myndighederne angiver. De skal bruge valgmulighederne til at vælge sundheden.” (Signild Vallgård: *Folkesundhed som politik*, s. 16).

Sundhedsfremme er en strategi, som med sin kamuflerede styring og sin fokusering på det enkelte individs udviklingskompetencer intenderer at favne både den nytteorienterede og den behovsorienterede velfærdsdimension. Hvis vi ser tilbage imod den antikke tradition, bliver det ligeledes tydeligt, at sundhedsfremmestrategien i sit virke samler ideen om lykke som dels en livskvalitet og dels en etisk-moralsk fordring.

Den definatoriske afstand imellem de to styringsstrategier er betydelig, men i praksis bliver de i reglen anvendt samtidigt og i forlængelse af hinanden, og Sundhedsstyrelsens rapporter veksler da også imellem at italesætte sin motivation som sundhedsfremmende og forebyggende. Tilsammen etablerer de to strategier den styringskonstellation, som Michel Foucault kalder: *Governmentality*. *Governmentality* dækker over styringens to formål, dels at styre befolkningen via påbud og anbefalinger og dels at få befolkningen til at udøve kontrol med sig selv og hinanden. (Michel Foucault: *Sikkerhed, territorium, befolkning*).

Governmentality fungerer som en implicit målsætning og har i Sundhedsstyrelsens rapporter en tendens til at lade sig kamuflere bag en massiv eksistentiel frigørelsesretorik. I *Små skridt til vægttab – der holder* får deviserne om, at ”du bestemmer”, ”du er ekspert” og ”du har frihed til at vælge” følgeskab af pop-filosofiske citater, som alle understøtter denne eksistensfilosofiske muligheds- og frihedsretorik: ”Frihed er, hvad du gør ved det, der er gjort ved dig” (Jean Paul

Sartre), "Start med at sige til dig selv, hvad du vil være; så gør hvad der skal til." (*Epiktet*), "Succesfulde mennesker har succes, fordi de ved, hvor de går hen. Så enkelt er det." (*Earl Nightingale*) (*Små skridt til vægttab – der holder*, s. 5, 6 og 16).

Denne kombinerede eksistentielle og empowermentstrategiske retorik synes dog at kamuflere et formynderisk og autoritært dannelsesideal, som i sin essens paradoksalt nok stiller sig i opposition til både eksistensfilosofiens ideer om frihed, autenticitet, autonomi og bevidsthed og empowermentstrategiens ambition om at styrke individets egne kræfter og modvirke undertrykkelse. I stedet overfører velfærdsstaten sine egne behov til individet ("ændringer du selv har lyst til") og plæderer for en lydige og underkastede slavelmentalitet. Sundhedsstyrelsens implicite dannelsesprojekt kan deraf bestemmes dels som en cartesiansk splittelse³ imellem krop og bevidsthed og dels som en splittelse imellem liv og form, som reducerer borgeren til et tomt og nøgent biopolitisk subjekt. (Giorgio Agamben: *Livs-form*), som i Maslows behovsoptik aldrig når videre end til at tage vare på sine basale kropslige behov.

Denne grundlæggende splittelse forhindrer enhver følelse af selvvirkeliggørelse i eksistentiel eller fænomenologisk forstand og reducerer derimod kroppen til et antifænomenologisk objekt for bevidstheden. Kroppen bliver i Sundhedsstyrelsens tekster italesat som en utilregnelig fjende, som for enhver pris vil bestræbe sig på at forråde os og føre os direkte ud i undtagelsestilstanden. Ser vi tilbage imod det antikke verdensbillede, repræsenterer kroppen altså stadig en fremmedgørende begærlig instans, som mennesket med fornuften må besinde sig på at kontrollere og tøjle.

Sundhedsstyrelsens sundhedsdiskurs har således flere niveauer, idet den eksplicit imiterer fænomenologiens kropsforståelse forstået som en idealisering af en umiddelbar og selvforglemmende rettethed imod verden: ("Gå på opdagelse i dine vaner", "vægttab med små skridt er en opdagelsesrejse i dine vaner" (*Små skridt til vægttab – der holder*, s. 8)), og hermeneutikkens erkendelsesambitioner ("se i øjnene, hvem du er...", "Find ud af hvem du er, og planlæg din rute. (*Små skridt til vægttab – der holder*, s. 14)), men den viser sig implicit at

³ Den cartesianske tænkning refererer til filosofen og matematikeren René Descartes' (1596-1650) ideer om forholdet imellem krop og bevidsthed. Descartes forestiller sig tre substanser: Den tænkende ting som udgør bevidstheden, den udstrakte ting som udgør kroppen eller tingen og Gud. Ifølge Descartes kan vi ikke stole på sanserne, og erkendelsen må derfor tage afsæt i bevidstheden, rationalet og fornuften.

italesætte præcis det modsatte, nemlig en cartesiansk diskurs, som splitter og sætter skel imellem krop og bevidsthed. Det implicitte dannelsesprojekt kan herefter reduceres til det ene forhold, at bevidstheden må bestræbe sig på med fornuften at kontrollere og bestyre sin egen krop.

"Kroppen og vanerne vil forsøge at holde dig fast." (s. 9),
"du kan styre dine valg - ikke din vægt." (s. 6),
"Fokuser på dét, du har kontrol over." (s. 6),
"Mind hver dag dig selv om din beslutning og om fordelene ved vægttab og sundhed." (s. 3),
"sørg samtidig for, at du har en klar ide, hvad du vil opnå: Nemlig dit vægtmål." (s. 2)
(*Små skridt til vægttab – der holder*).

Det, at sundhedsstyrelsen arbejder med flere diskurser på samme tid, har flere årsager. Dels hænger det sammen med, som jeg tidligere har været inde på, at velfærdsstatsideologien og forestillingen om 'det gode liv' har en historik, som den synes at bære med sig, og dels fordi den fænomenologiske og eksistentielle diskurs er langt nemmere at legitimere end den cartesianske.

Forholdet imellem den eksplicite diskurs og den implicite diskurs kan med fordel knyttes til Ove K. Pedersens skelnen imellem *den eksistentielle person* og *den opportunistiske person*. Ove K. Pedersen skelner i sin gennemgang af folkeskolens rolle i velfærdsstatens udvikling imellem ideen om henholdsvis *den eksistentielle person* (det dannede menneske) og *den opportunistiske person* (det konkurrencedygtige menneske). Fra efterkrigstiden og frem til 1990erne dyrkede velfærdsstaten idealet om den eksistentielle person, og folkeskolens opgave var at fremelske det særlige og unikke ved den enkelte med henblik på at styrke det demokratiske fællesskab. Den enkelte borger var forpligtet til selvrealisering igennem social mobilitet og var derudover obligeret til at deltage i det demokratiske fællesskab. Det er levn fra dette dannelsesideal, som blandt andet ligger til grund for Sundhedsstyrelsens eksplicite eksistentielle retorik. Fra 1990erne bliver idealet den opportunistiske og konkurrencedygtige person, som udelukkende defineres ved sine kompetencer og færdigheder på arbejdsmarkedet. "Man kunne kalde personen en "tom signifier", dvs. et ord, der er nødvendigt for argumentationen, men i øvrigt ikke har noget eget indhold eller nogen egen betydning og derfor heller ikke har anden opgave end at være et ord, der venter på indhold." (Ove K. Pedersen: *Konkurrencestaten*, s. 192).

Da medborgerskabet i dag synes kendetegnet ved en ekstrem kropslighed, og idet den gode borger identificeres ved sin sunde konkurrencedygtige eksistens, og ikke ved sin deltagelse i det

politiske og kulturelle liv, synes den "tomme" opportunistiske person at være identificerbar med det borgerideal, som Sundhedsstyrelsen implicit sætter i spil.

De fire blik

Da forholdet imellem at se som en aktiv fænomenologisk handling og at blive set på som en passiv diskursiv tilrettesætning spiller en central rolle i relationen imellem velfærdsstatens (Sundhedsstyrelsens) tekster og skønlitteraturen, finder jeg det udbytterigt i mine komparative læsninger metodisk at tage udgangspunkt i et kombineret blikgreb. Jeg arbejder med fire blikvarianter, som sammen og hver for sig peger på og undersøger, hvordan det diskursive subjekt sættes til rette, og hvordan det fænomenologiske litterære subjekt både adlyder og protesterer imod denne positionering. En af de afgørende præmisser for mine litterære bliklæsninger er, at de blik, som retter sig imod det litterære jeg, bestemmes som forestillinger eller fantasier om den andens blik og altså ikke kan defineres som reelle blik. Denne præmis formulerer Jacques Lacan på følgende måde: "Det blik, som jeg møder (...), er ikke et set blik, men et blik, som jeg forestiller mig på den Andens felt." (Jacques Lacan: *Psykoanalysens fire grundbegreber*, s.76).

Det stigmatiserende blik er et blik, som bestræber sig på at forme og idealisere normaliteten, og som derfor insisterer på at fremme ensartethed, symmetri og balance, og som afviser, devaluerer og miskrediterer det afvigende, det asymmetriske og det ubalancerede (Erwing Goffman: *Stigma*). Den normale krop repræsenterer en konstrueret og kunstig idealmodel, som Rosemarie Garland-Thomson henviser til som "The average man":

"The statistical figure of the "average man" becomes the common denominator against which we are measured (Quetelet, 1842). Invented by Belgian statistician Adolphe Quetelet in 1842 *average man* is a statistical phantom who stands in for us all. In fact, the hypothetical figure we think of as average coincide with no actual persons, but are abstracted from data to yield descriptive models." (Rosemarie Garland-Thomson: *Staring*, s. 30)

Sundhedsstyrelsens rapporter søger efter repræsentationer af denne konstruerede normalitet og idealitet ved at efterspørge og fremhæve den "hensigtsmæssige", "stabile", "regelmæssige", "balancerede", "gavnlig" normalkrop (*Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt*) og ved at miskreditere og afvise den afvigende og utilstrækkelige krop: "I flere undersøgelser angiver

personer, der lider af fedme, at dette "handicap" opleves på linie med meget alvorlig sygdom, som en kræftsygdom". (*Den danske fedmeepidemi*, s. 29).

Den miskrediterede krop må leve under det, som Goffman kalder skinnormalitet forstået som en forestillet normalitet:

"Selvom han eller hun ikke opfattes som normal, må den stigmatiserede foregive at være et normalt menneske med en normal identitet, og han eller hun må taktfuldt tage imod den accept og den hjælp, der udvises fra de normals side og tilmed beskytte dem ved at undgå situationer, der vanskeliggør det hykleri, der ligger i den falske accept." (Erwing Goffman: *Stigma*, s. 24).

Sundhedsstyrelsen har en bemærkelsesværdig tendens til retorisk at sammenkæde de to begrebskonstruktioner *normal* og *ideal*, og denne begrebssammensmeltning hænger sammen med, at "den normalvægtige" (*National handlingsplan mod svær overvægt*, s. 9), ikke alene i kraft af sin normalvægt lever op til Sundhedsstyrelsens krav. Den normalvægtige kan stadig være i en risikogruppe, hvorfra han eller hun er potentielt afvigende. De målgrupper, som indsatserne retter sig imod, er ikke kun svært overvægtige, men også mennesker som på den ene eller anden måde er disponeret til overvægt:

"Voksne med moderat overvægt (BMI = 25-29,9) og/eller med særlig risiko for at udvikle svær overvægt eller overvægtsrelaterede sygdom (fx personer, der er arveligt disponerede for svær overvægt eller for følgesygdomme til svær overvægt, personer, der holder op med at ryge, eller får medicin med vægtøgning som bivirkning eller kvinder i forbindelse med graviditet)." (*National handlingsplan mod svær overvægt*, s. 11).

Goffman skelner i *Stigma* imellem den miskrediterede og den potentielt miskrediterede. Hos den miskrediterede er stigmaet synligt (eksempelvis synlig svær overvægt), hvorimod den potentielt miskrediterede er i besiddelse af et skjult stigma og lever i konstant frygt for at blive afsløret.

Denne skelnen imellem synlig og skjult stigma er interessant i denne kontekst, fordi

Sundhedsstyrelsen med sine mangfoldige risikogrupperinger konstruerer denne potentielle miskreditering. På Sundhedsstyrelsens hjemmeside konstateres det, at 30-40 % af befolkningen i dag er overvægtige, og at 10-13 % er svært overvægtige (sundhedsstyrelsen.dk (bilag 3)), hvis vi medregner de potentielt overvægtige, må det være langt over halvdelen af befolkningen, som på den ene eller anden måde kategoriseres som afvigende fra en såkaldt normalitet. "Det normale" kan således ikke længere begrebsdefineres som det almindelige og gennemsnitlige men må derimod forstås i sin idealiserede betydning:

"The normal stands indifferently for what is typical, the unenthusiastic objective average, but it also stands for what has been, good health, and what shall be, our chosen destiny. That is why the ... word 'normal' has become one of the most powerful ideological tools of the twentieth century." (Ian Hacking: *The Taming Of Chance*, s. 169).

Sundhedsstyrelsen stigmatiserer altså ikke kun de synligt afvigende men stigmatiserer ligeledes befolkningsgrupper, som potentielt er i fare for at udvikle fedme. Sundhedsstyrelsens dobbeltvirkende stigmatiserende praksis konstruerer, til trods for sine idealiserede velfærdsideal (lighed, fællesskab og solidaritet) ulighed og ubalance, og selv "de normalvægtige" må vogte sig for eventuelt kommende afvigelser fra normaliteten.

Ved at anvende begreberne: "normal" og "ideal" synonymt bliver normalitetskategorien en idealiseret tilstand, som størstedelen af befolkningen er i evig bestræbelse efter at opnå, og resten for enhver pris må fastholde.

"People who deviate from normal, functional or behavioral norms lose the advantages of being normal. In the way, the label *abnormal* reduces people's economic and social status and relegates them to the outer edges of the human community." (Rosemarie Garland-Thomson: *Staring*, s. 31).

Det er paradoksalt, at det stigmatiserende blik på mange måder opstår som en følge af velfærdsstatens intenderede ligheds- og universalitetsideal, således at lighedsidealets bagside bliver en afvisning af den enkeltes særegenheder. Velfærdsstatens værdigrundlag om en naturlig proportionalitet imellem bestræbelsen på lighed og tilstedeværelsen af fællesskab og solidaritet, viser sig i praksis som utopisk eller decideret misvisende. Erik Jørgen Hansen kalder i sin artikel: *Lighed og velfærdsstaten* denne grundkonflikt for velfærdsstatens Janushoved:

"Forsøger vi at tilvejebringe et samlet overblik over den danske velfærdsstats udformning, er det iøjnefaldende, at den på en og samme tid bekæmper sociale uligheder og skaber sociale uligheder (...) Velfærdsstaten har således et Janushoved." (Erik Jørgen Hansen: *Lighed og velfærdsstaten*. Fra: *13 værdier i den danske velfærdsstat*).

Det medicinske blik, som hos Michel Foucault bestemmes som "the medical gaze", er et blik, som er knyttet til det førromtalte cartesianske dannelsesprojekt, idet dette blik qua en objektivisering af subjektet søger imod en konsistent spaltning af krop og bevidsthed. Det medicinske blik kan bestemmes som rent og ukompliceret og søger i reglen forenklede tolkninger og løsninger. Det komplekse menneske er derfor dels uvæsentligt og dels en forhindring for dette blik. Foucault taler om patienten som "et vedhæng" til sygdommen. Det medicinske blik ser kun, og er kun

interesseret i, det biologiske nøgne liv og bestræber sig på at eliminere faktorer, som stiller sig i vejen og komplicerer udsynet. Det medicinske blik er kendetegnet ved " En relation imellem et blik (gaze) og et ansigt eller et flygtigt øjekast (glance) og en stum krop" (Michel Foucault: *Klinikkens Fødsel*).

Det medicinske blik udspiller sig ikke kun på hospitalet og i lægehuset men er et blik, som er blevet politiseret, og som også figurerer i det sociale rum:

"Det medicinske rum kan foretage en indtrængen i det sociale rum og fylde det helt ud. Man begynder at forestille sig en total og konstant tilstedeværelse af læger, hvis blikke fra en mangfoldighed af udsigtspunkter kunne skabe et netværk, således at ethvert punkt i rummet på et hvilket som helst tidspunkt kunne underkastes en løbende, mobil og differentieret kontrol." (Michel Foucault: *Klinikkens fødsel*, s. 69).

Det medicinske blik er på mange måder dominerende i Sundhedsstyrelsens rapporter om overvægt. Forudsætningen for en legitimering af det medicinske blik er, at "den overvægtige" retorisk reduceres til patientkrop, og at Sundhedsstyrelsen indtager en rolle som lægelig forvalter af patientkroppen. Dette sker ved en konsekvent anvendelse af medicinske og lægevidenskabelige termer, så som: "Forebygge", "stabilisere", "behandle", "ordinere" (*Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt, Den danske fedmeepidemi*). Sundhedsstyrelsen taler i forlængelse af denne patient-læge-retorik heller ikke om eller til subjekter, mennesker eller individer men taler om overvægtige, undervægtige eller normalvægtige, og kroppen udgør overalt i rapporterne bevidsthedstomme legemer, som enten er defineret ved sin biologiske primitivitet eller sin maskinelle enkelhed.

"Kroppen er et biologisk system, der har en tendens til at øge vægten og holde den oppe" (*Små skridt til væggtab – der holder*, s. 9) – "Tidsmæssigt spiser vi vore tre hovedmåltider relativt homogent – og mere "i takt" end vores nordiske nabolande" (*Den danske fedmeepidemi*, s. 77), "De arbejdsmæssige "håndtag", man kan dreje på i forbindelse med forebyggelse og behandling af svær overvægt (...)" (*Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt*, s.52).

Det kønnede blik er et dominerende og disciplinerende blik, som sigter imod at positionere og låse den kønnede identitet. Den amerikanske filosof Judith Butler taler om kønnet, som noget der performativt, normativt og diskursivt produceres og reproduceres og forstår i denne optik "the male gaze" som et mandligt blik, der sætter kvinden til rette. (Judith Butler: *Kønsballade*). I min forståelse af det kønnede blik bevæger blikket sig både på tværs af køn og imellem køn. Det

kønnede blik i velfærdsstaten er som de andre blik domineret af et universalistisk ideal, som intenderer en repræsentation af kønnet baseret på lighed og ligestilling, men som i praksis synes at være med til at konstruere den ubalance, den søger at ophæve.

I rapporten: *Sunde børn 2011*, som henvender sig til nybagte forældre, bliver det eksempelvis tydeligt, hvordan den kønnede identitet produceres af velfærdsstaten. I tekstuddraget positioneres manden og kvinden som dels ligestillede, idet de begge indtager en rolle i forhold til barnet, og dels fastlåste i mytologiske repræsentationer i forældre-barn-relationen. Hvor kvinden repræsenterer den arketyriske omsorgsfulde idealiserede moderfigur, er manden knyttet til det sproglige og derved til det symbolske og det rationelle. Kvinden "føler" med barnet, og manden "taler" til barnet:

"Barnet lærer om verden og udvikler sig ved at bruge sine sanser i samspil med de mennesker, der er omkring det. Mor tager barnet op, når det græder og er sultent. Barnet får mælk, og det mærker varmen, mors hjerteslag og duften af hende. Sulten forsvinder, men pludselig er der lidt luft, som generer i maven. Den lille bliver urolig igen og kommer op på skulderen. Så kommer bøvsen og lettelsen breder sig i barnets krop. Nu er det tid for en ren ble, og far tager måske over. Far og barn kigger på hinanden, far snakker til barnet, og den lille lytter intenst."
(*Sunde børn 2011*, s.10).

Det paradoksale er, at velfærdsstaten her italesætter sin grundtanke om lighed og universalisme, samtidig med at den er optaget af retorisk at fastholde de to køn i modsatrettede positioneringer. Dette kombinerede ligheds- og dualismeideal, som vi støder på i både Sundhedsstyrelsens rapporter og i *Sultekunstnerinde*, konstruerer i praksis fikserede og låste kønspositioner, og dette ambivalente ideal vanskeliggør paradoksalt nok både muligheden for lighed og diversitet.

Det spejlende blik er et blik, som konsekvent søger genspejling og identifikation i den andens blik. Det spejlende blik, som vi blandt andet kan identificere i poststrukturalisten Jacques Lacans formulering: "Jeg ser mig se mig selv" (Jacques Lacan: *Psykoanalysens fire grundbegreber*, s. 76), er et blik, som i mødet med spejlbilledet eller den imaginære anden søger kontrollerede, forenkede og hele versioner af sig selv. Det spejlende blik er et beskyttelsesblik, som reelt uskadeliggør de andre blik, idet illusionen om aktivt at se sig selv afvæbner den afmagtsfulde position, som blikket konstituerer. Det spejlende blik interesserer sig således ikke for reelle, i fænomenologisk og eksistensfilosofisk forstand, mellemmenneskelige interaktioner men er derimod fokuseret på imaginære og spejlende identifikationer med den anden. Til trods for at det spejlende blik

intenderer at afmontere det stigmatiserende, kønnede og medicinske blik, ligger de tre blik implicit forgrenet i det spejlende blik grundstruktur. Dette hænger sammen med, at det spejlende blik, til trods for sin imaginære konstruktion, besinder sig på at tilpasse sig de givne normative regelsæt, som synes forbundet med det symbolske blik. Denne iagttagelse peger på det paradoks, at velfærdsstatens sunde lighedsideal, som kommer til udtryk igennem de tre blik, selv bringer dette spejlende og selviagttagende blik i spil, idet velfærdsværdierne om lighed og universalitet fordrer et blik, som i stedet for verdensåbenhed og intersubjektiv selvvirkeliggørelse er kendetegnet ved et behov for socialt at rette sig selv og hinanden til. Som jeg senere kommer ind på, kombinerer romanen *Sultekunstnerinde* tematisk dette blik med en fantasi om en mere autentisk selvrelation og nære egentlige intersubjektive møder med den anden.

Det spejlende blik i Sundhedsstyrelsens rapporter er knyttet til Michel Foucaults førømtalte begreb: *Governmentality*, da dette dobbelte styringsgreb viser, hvordan velfærdsstaten intenderer at inkorporere dette selvstyrende og selviagttagende blik i den enkelte borger. Velfærdsstatens ønske om at kombinere ydre styring, kontrol og dominans med indre selvstyring, selvkontrol og selvregulering resulterer i et spaltet subjekt, eller som Signild Vallgård formulerer det:

”Det betyder at den enkelte via magtudøvelsen både får en undersåttrolle og en funktion som handlende subjekt, der er formet ved, at han/hun kommer til at se sig selv med andres øjne.”
(Signild Vallgård: *Studier i magtudøvelse. Bidrag til en operationalisering af Michel Foucaults begreb: Governmentality*, s.119).

Det spejlende blik hensætter altså den enkelte velfærdsborger i en infantil afhængighedsposition, hvorfra selvfølelsen og interaktionen med andre synes reduceret til: ”Jeg ser mig se mig selv”.

Med øje for de fire blikvarianters virke i Sundhedsstyrelsens rapporter bliver det tydeligt, at der indfinder sig en grundlæggende ambivalens imellem velfærdsstatens fine intentioner om med indføringen af det gode sunde liv at sikre retfærdighed, lighed og mangfoldighed og så velfærdsstatens retoriske praksis.

Sultekunstnerinde

Det er blandt andet dette ambivalente misforhold imellem velfærdsstatens og sundhedsvæsenets gode intentioner og problematiske praksis, som Lotte Inuk med sin autofiktive roman *Sultekunstnerinde* (2004) tematisk sætter i spil.

I romanen *Sultekunstnerinde* møder vi den unge jeg-fortæller Charlie, som i løbet af sine teenageår udvikler en alvorlig spiseforstyrrelse, og som derfor indlægges på hospitalet i Nuuk. Romanens blik tilbyder, modsat Sundhedsstyrelsens blik, et nuanceret og komplekst billede af spiseforstyrrelsens årsager, motiver og konsekvenser. Hvor velfærdsstatens medicinske blik søger forenklinger, søger *Sultekunstnerinde* at udvide spiseforstyrrelsens forståelsesfelt.

Charlies spiseforstyrrelse synes på det eksplicitte plan at være forårsaget af tabet af bedsteveninden og kærlighedsobjektet Malou, manglende intimitet med moderen samt diverse seksuelle overgreb. På det implicitte plan kædes spiseforstyrrelsen mere overordnet sammen med omverdenens massive forventninger til hendes køn, til hendes krop, og til hendes kulturelle identitet som eksildansker på Grønland. Det er således implicit de blik, som konfronterer jeg-fortælleren (deriblandt sundhedskampagner), der skaber rammen for den livstruende spiseforstyrrelse.

I det følgende vil jeg, med afsæt i Sundhedsstyrelsens selvlegitimerende diskurser, ved hjælp af en kombineret udsigelses- og udsagnsanalyse argumentere for, hvordan *Sultekunstnerinde* omstrukturerer, udvider og nuancerer blikket på spiseforstyrrelsen og den spiseforstyrrede.

Sultekunstnerinde er en autofiktiv roman, som genremæssigt kombinerer fiktion og virkelighed, på samme vis som den tematisk bevæger sig i et grænseland imellem drømmen og virkeligheden. Dette kombinerede genregreb virker i teksten i form af mangfoldige navnesammenfald imellem forfatter, fortæller og protagonist, men spiller også en væsentlig rolle i relationen imellem Lotte Inuks forfatterrolle og receptionen af teksten:

”‘Sultekunstnerinde’ bygger på en hel del selvbiografisk stof, som jeg hellere end gerne ville være sluppet for at gå igennem følelsesmæssigt endnu engang for at skrive om, var det ikke fordi, jeg syntes, jeg skyldte mine læsere noget ved at sidde inde med en sådan personlig historie og erfaring, der måske kunne bruges af andre til at komme videre i livet med.” (Lotte Inuk. Litteratursiden.dk. *Hver og én af mine romaner har været hjertebørn*. 26.02.2006).

Det autofiktive islæt synes i lyset af denne kommentar at virke ind på romanens hensigt eller intention, idet de autobiografiske elementer intenderer at tage form som en art vejledning til andre unge i samme situation. Der ligger således en intention og et politisk drive udenfor teksten, som spiller sammen med romanens iboende tematik. Denne intention og dette politiske projekt vender jeg tilbage til.

Sultekunstnerinde bryder, som vi skal se, fortælletradition med nogle klassiske udsigelsestraditioner, og disse brud spiller en afgørende rolle for romanens tematiske behandling af relationen imellem den velfærdsinstitution, *som ser*, og det udsatte subjekt som *bliver set på*.

Som i traditionel selvbiografisk genrepraksis skelnes der mellem et fortællende jeg og et fortalt jeg (fortælle tid/fortalt tid). Det fortalte jeg er traditionelt, enten i form af en kombineret generaliserende nutid og en panoramisk datid, distanceret fra og underlagt det fortællende jeg i en dissonant selv-narration (Dorrit Cohn: *Transparent Minds*), eller i form af en dobbelt nutidsform, tæt og ambivalent forbundet med det fortællende jeg i en konsonant selv-narration (Dorrit Cohn: *Transparent Minds*). Dorrit Cohns nøgleeksempler er henholdsvis Marcel Proust: *På sporet af den tabte tid* (dissonant selv-narration) og Knut Hamsuns: *Sult* (konsonant selv-narration).

I *Sultekunstnerinde* er relationen imellem det fortællende jeg og det fortalte jeg hverken kendetegnet ved nærhed eller refleksiv distance. Der anvendes overvejende konsonant selv-narration, uden at dette bringer de to jeg-konstruktioner tættere på hinanden. Det fortællende jeg har ikke nogen form for hermeneutisk forforstået forbindelse eller erkendelse til og af sit tidligere jeg og kan derfor ikke bestemmes som et traditionelt (dissonant) autobiografisk fortællende subjekt. Det betyder imidlertid ikke, at det fortællende jeg ikke søger efter identifikationer af og forbindelser til sit tidligere jeg, det betyder blot, at den narrative relation, som her etableres performativt, ikke på fortælle tidspunktet er anskueliggjort. "Kom tilbage til mig. Mor. Jeg må stadig være et sted at finde." (*Sultekunstnerinde*, s. 33), "Hvis bare nogen havde lært mig at tyde stjernerne, så jeg kunne finde vej!" (*Sultekunstnerinde*, s. 63). For overhovedet at levendegøre det fortalte jeg må det fortællende jeg transformere sig selv til olympisk fortæller. Dette sker ved, at det fortællende jeg forlader sin reale hospitalsseng og sin jordiske krop og svæver tilbage i tiden:

"--- Som jeg flyver lavt hen over Samuel Kleinschmidt Skolens skolegård og får de mest poetisk sindede af de legende børn til at standse op og kigge og drømme under min klassiske ædle kontur, lader jeg mig distrahere et kort sekund og forsøger at dykke efter en skræmt og forvirret spurv. Jeg fortaber mig og sætter i spin, hvirvler gennem luften i svimlende fart og WHAM! Ligger jeg fladt på ryggen, på den hårde snedækkede jord." (*Sultekunstnerinde*, s. 99).

Der ligger tematisk en væsentlig pointe i, at det fortællende jeg, som af hospitalspersonalet er underlagt både fysisk og psykisk kontrol, hverken retrospektivt eller samtidigt har overblik og

kapacitet til at samle sin jeg-identitet. Det tematiseres som tvetydigt, hvorvidt denne tidsløse, sprogløse og identitetsløse tilstand, som spiseforstyrrelsen udgør, er forårsaget af de ydre blik (reklamer, sundhedskampagner, hospitalet) eller af en indre nødvendighed: "Jeg lever i dette mørke nu, har jeg mon søgt det eller er det blevet mig påtvunget?" (*Sultekunstnerinde*, s. 5). Som jeg senere kommer ind på, fastholdes denne polemiske tvetydighed igennem romanen.

Den manglende relation imellem de to jeger er knyttet til romanens komposition, idet det fortalte jeg bliver fortalt kronologisk og fortløbende (1976-1978/79) og ender med at støde op til fortællertiden (Hospitalsopholdet feb. 1979 til maj 1979), hvorimod det fortællende jeg fuldstændig mangler fornemmelse for tid og rum og væver rundt i anti-narrative gentagelsesstrukturer.

"Jeg sidder og venter på noget; givetvis" (*Sultekunstnerinde*, s. 29), "Og jeg er faret vild i dette fjeld. Jeg er faret vild ude i fjeldet; jeg ved ikke længere hvilken vej jeg kom fra eller hvilken der var meningen jeg skulle gå, Jeg går omkring i cirkler. Jeg leder efter havet til der kun er is omkring mig." (*Sultekunstnerinde*, s. 62).

Det betyder, at det fortællende jeg til trods for sin hermeneutiske intention om at forbinde sit gamle jeg og sit nuværende jeg ikke formår at skabe logiske narrative erkendelseskæder:

"Jeg tror jeg kom hertil for at sove, måske det ligefrem er lykkedes mig, at sove en lille smule? Det forekommer mig at jeg har været væk et øjeblik. For eksempel kan jeg ikke huske hvordan jeg kom hertil. Hvor jeg tilsyneladende lige nu befinder mig: (...)" (*Sultekunstnerinde*, s. 27).

Romanens udsigelsesplan og udsagnsplan spiller sammen om at etablere en skelnen imellem en vågen tilstand og en drømmetilstand. Kompositorisk bevæger romanens jeg sig i den fortællende tid fra drømmetilstanden mod den vågne tilstand og i den fortalte tid fra den vågne tilstand mod drømmetilstanden. Relationen imellem disse to niveauer skaber på det implicitte plan den kompositoriske og tematiske udvikling.

Den vågne tilstand er knyttet til en symbolsk defineret orden, som på rationel vis konstituerer et entydigt og lukket verdensbillede. I den vågne tilstand er subjektet ordnet og positioneret og befinder sig på sin rette plads, og vækkelsen repræsenterer derfor velfærdsinstitutionens dannelsesideal. " (...) jeg ved det er vigtigt for mig at vågne og forblive vågen, og stå alene, og se." (*Sultekunstnerinde*, s. 347). Den vågne tilstand er fortælleteknisk forbundet med et lettere distanceret kronologisk perspektiv, som vægter den selv-citerede monolog og den selv-fortalte

monolog. Det at være vågen eller at blive vækket reduceres på romanens eksplicitte niveau til et spørgsmål om at agere i henhold til de forventninger og blik, subjektet konfronteres med.

Den drømmende tilstand repræsenterer et helle fra disse forventninger og blik. Drømmestadiet stiller sig i opposition til den symbolske og entydigt definerede orden, idet den er kendetegnet ved et grundlæggende fravær af horisontal lukning. Drømmelandskabet er uendeligt, idet det ikke lader sig indskrænke af rationalets logik. Drømmestadiet bestræber sig på fantasmatisk og ambivalent vis at overvinde og opløse den positionering, som omverdenens diskurser og blik insisterer på. Drømmestadiet udgør en position, hvorfra jeget fritstilles fra at se og blive set på: ” (...) - at vores position i drømmen i bund og grund er at være den, der ikke ser. Subjektet ser ikke, hvor det fører det hen, det følger efter.” (Jacques Lacan: *Psykoanalysens fire grundbegreber*, s. 70). Drømmen repræsenterer en metafysisk kraft, som det rationelle medicinske blik ikke kan afkode. Drømmetilstanden tematiseres dog som dobbelttydig, idet den både er knyttet til et imaginært spejlstadiet, hvorfra jeg-fortælleren med sit spejlende blik (*jeg ser mig se mig selv*) fantaserer om at overvinde sin splittelse men også til en reel orden udenfor sproget, som bevæger sig imod selvopløsningen og intetheden. Drømmen er knyttet til undtagelsestilstanden, til dødsdriften, og til ophævelsen af den specifikke identitet, og den repræsenterer derfor en sfære, som jeg-fortælleren på skift længes imod og frygter:

”Jeg kan ikke sove. Efter jeg først for alvor er vågnet op er jeg blevet så bange for at sove.”

(*Sultekunstnerinde*, s. 330)

”Jeg vågner med et sæt, jeg forsøger at åbne mine øjne (...) Men mine øjne vil ikke lystre mig (...) Der findes et sort blødt mørke bag mine øjenlåg, et mørke hvori der egentlig er behageligt at være. Jeg lever i dette mørke nu, har jeg mon søgt det eller er det blevet mig påtvunget. Det rungende ekko af mine sørgelige, uarticulerede hyl er for længst ebbet ud og her er igen blevet stille.” (*Sultekunstnerinde*, s. 5)

”Jeg vågner med et sæt og åbner mine øjne vidt op: Jeg er i Helvede.” (*Sultekunstnerinde*, s.124)

”Jeg ved det: Søvnens og dens drømme er blevet os givet for at vi vedvarende, gennem livet, skal blive mindet om døden. Om at der findes steder, skønnere end dette, (...)”

(*Sultekunstnerinde*, s. 24).

Drømmetilstanden, som kompositorisk eskalerer, i takt med at spiseforstyrrelsen forværres, sættes fortælleteknisk i spil via en sanselig selvnarration, som adderer kompleksitet og ambivalens til den kombinerede imaginære og reelle drømmetilstand. En kompleksitet som den medicinske og symbolske verden hverken kan optage eller vil acceptere.

Den kompositoriske og tematiske udvikling er ambivalent, idet det eksplicite plan og det implicite plan i romanen her udkæmper polemiske kampe. Det ser på det eksplicite plan ud til, at jeg-fortælleren bevæger sig lineært fra den symbolske og diskursive orden mod den imaginære og reelle orden, for til slut igennem en fortrængning af drømmetilstanden at positionere et nyere erkendelsesfelt. "Jeg er kommet hertil langvejs fra. Hjemkommen fra en farefuld rejse." (*Sultekunstnerinde*, s. 6)

På det implicite plan derimod er det mere tvetydigt, idet jeg-fortælleren kompositorisk synes underlagt en cyklisk gentagelsesstruktur. For det første ved vi som læsere, at jeg-fortælleren er mester i at maskere sig og lyve for både læseren, sygehuspersonalet og sig selv. "Jeg kan forestille mig at det vil se godt ud, og at det måske er den slags de gerne vil have mig til (...)" (*Sultekunstnerinde*, s. 256). Denne viden tilfører en generel utroværdighed, som effektueres af et imaginært fantasme, der gentages flere gange. Dette fantasme, som repræsenterer en fænomenologisk længsel efter selvvirkeliggørelse, forstået som både en trang til at udfolde sig selv og en trang til at forenes med andre, må placeres på det drømmende niveau. Vi forlader jeg-fortælleren i dette fantasme, hvor hun drømmer om at "sidde ved Seinen en lysegrøn forårsdag og lytte til saxofonens toner og drikke dybrød bordeaux og spise mad man selv har købt, for egne tjente penge og grundet egen sult og lyst." (*Sultekunstnerinde*, s. 348). Jeg-fortælleren inkorporerer ikke drømmen i virkeligheden men forbliver i en art falsk bevidsthed eller pseudovågenhed.

"det forekommer mig at der er så frygteligt meget at fortælle, og så er det i sidste ende alligevel alt sammen det samme, igen og igen, præcis den samme historie." (*Sultekunstnerinde*, s. 342)

Romanens eksplicite udviklingsniveau følger lægevidenskabens medicinske diskurser, og det attraktive dannelsesideal (*vækkelsen*) reduceres til et spørgsmål om at få magt over kroppen og nå et specifikt kropsideal. Det paradoksale er, som jeg også var inde på i forbindelse med min analyse af Sundhedsstyrelsens rapporter, at dette fysiske dannelsesideal både fungerer som katalysator for faldet (*tilbagetrækningen til drømmen*) og for den efterfølgende opstigning (*pseudovækkelsen*). Den lægevidenskabelige diskurs konstituerer altså selv det problem, som den så efterfølgende forsøger at overvinde. På den måde bliver den velfærdsstatslige institution i romanen på samme tid frelser og bøddel. Denne erkendelse er implicit forgrenet i romanen og skaber en

underliggende gal gentagelsesstruktur, som konsekvent konfronterer romanens eksplicitte og utroværdige udviklingsniveauer. Romanen konfronterer også implicit denne forløjede dannelsesproces ved, at jeg-fortælleren i sine drømmeseancer fantasierer om udviklings- og dannelsesstrukturer, som bevæger sig hinsides institutionens entydige sundheds- og kropsidealer. Disse implicitte dannelsesfantasier, som er knyttet til det ambivalente drømmestadie, er splittet imellem fænomenologiske og hermeneutiske forestillinger om det bevidste selv og forskellige former for selvopløsninger. Ingen af disse fantasier indfries indenfor romanens rammer, og de forbliver derved fantasier om vækkelsen: "En dag. En gang--." (*Sultekunstnerinde*, s. 348).

I en samtale med Litteratursiden.dk taler Lotte Inuk selv om, hvordan drømmene, modsat fornuften og rationalet, er i besiddelse af en særlig mulighedskraft, som giver rum for udvikling og transcendens:

"Jeg tror på drømme som reelle forstadier til den vågent levede virkelighed, en kraft, de fleste mennesker ikke har begreb om, hvor vældig egentlig er, når det kommer til mulig forandring og bevægelse. Således har de alt til fælles med litteraturen, som jeg i sin ypperste form ser som en art menneskeheds drøm om og transcendens til en anden, og forhåbentlig, hvis vi er i stand til at drømme ordentligt, bedre virkelighed og verden!" (Lotte Inuk. Litteratursiden.dk. "Hver og én af mine romaner har været hjertebørn." (26.02.2006)

Igen bliver det tydeligt, at Lotte Inuk taler inden for rammerne af et litteratursyn, som betragter litteratur og kunst som et muligt afsæt for en grundlæggende transcendens af en given politisk virkelighed, ikke ved at opfordre til en kollektiv modstand, men ved at påvirke den enkelte læsers perspektiv på verden. Litteraturens kritiske potentiale ligger i dens evne til at gøre det usynlige synligt og derved tilbyde mulige moddiskurser til de legitimerende diskurser. (Jacques Rancière: *Dissensus. On Politics and Aesthetics*).

Blikkene i *Sultekunstnerinde*

Forholdet imellem *at se* og *blive set på* spiller en afgørende tematisk rolle i *Sultekunstnerinde*, da romanen konsekvent problematiserer relationen imellem jeg-fortælleren blik og jeg-fortælleren forestillinger om de andres blik.

Jeg-fortælleren forsøger igennem hele romanen at undvige omverdenens blik, og det drømmende niveau, som spiseforstyrrelsen bliver katalysator for, fungerer som et beskyttelseslag, der afviser de andres blik. Flere steder symboliseres dette fantasmatiske beskyttelseslag ved hjælp af hår:

"Jeg gør en interessant betragtning: jeg er i færd med at blive blå overalt på kroppen, blå som en fløjtespillende hindugudinde. Lange sorte hår vokser frem på mine violette arme; et lag mellem mig og verden nu det gamle af kød og fedt er forsvundet, en venligt beskyttende pels." (*Sultekunstnerinde*, s. 305).

Spiseforstyrrelsen og derved rejsen mod det imaginære fungerer altså som en bevægelse væk fra dels det stigmatiserende blik, som insisterer på at skubbe hende fra sig (fordi hun afviger fra idealvægten, og fordi hun kulturelt set er uplacerbar), dels det kønnede blik, som vil sætte hende til rette som kvinde, og dels det medicinske blik, som vil reducere hende til udstrakt objekt krop.

Grunden til at det netop bliver spisehandlingen, som symbolsk bliver det centrale og faretruende bindeled imellem hende selv og de blik, som vil noget med hende, er, at kostregulering udgør en hovedstrategi i velfærdsinstitutionens kontrol og magtanvendelse men hænger naturligvis også sammen med det kapitalistiske markedes krops- og kønsfokusering. Hun undviger spiseritualet, fordi hun er bange for at blive positioneret og rettet til som krop og som kvinde og derved miste sin autonomi:

"Deres metoder (hospitalets), jeg ved hvad det betyder: At blive fyldt op til randen med noget man ikke vil, man ikke engang aner hvad rigtig består af eller kan føre til. Som at få udskiftet sit blod og sit kød med deres, med alt det man ikke ér og aldrig har haft lyst til at blive, til at være." (*Sultekunstnerinde*, s. 9)

Da jeg-fortælleren bliver indlagt på hospitalet for sin spiseforstyrrelse, fratages hun retten til egen krop og til egen kropslig intentionalitet. Hun fikseres fysisk og fratages mentalt retten til sin egen fri vilje. Hun reduceres af det medicinske blik til forsøgsobjekt for videnskaben. Denne desubjektivering og devaluering medfører, at hun fuldstændig mister evnen til at orientere sig og skelne sig selv fra omverden.

"Jeg ved ikke om mine egne øjne er åbne eller lukkede, jeg ved ikke om dette er deres virkelighed eller min. Om denne krop er min eller deres og hvad den var og sidenhen vil blive." (*Sultekunstnerinde*, s.73)

Det ser således ud til at være det medicinske blik, som tvinger jeg-fortælleren ud i den drømmende undtagelsestilstand, som det fortællende jeg befinder sig i. Denne biopolitiske tematik er dog ikke entydig, da jeg-fortælleren også selv synes at fremskynde denne positionering: " (...) jeg er villig til at lade mig eksperimentere med, jeg lægger gerne min krop i videnskabens kyndige hænder." (*Sultekunstnerinde*, s. 97)

Det kønnede blik spiller en stor rolle i *Sultekunstnerinde*, da jeg-fortælleren både før og under hospitalsopholdet udsættes for en ekstrem kønspositionering. Både læger og sygeplejersker navngiver hende Charlotta, til trods for at hun foretrækker det lettere androgyne navn Charlie, og lægernes kropslige målsætning for jeg-fortælleren bliver at transformere den trodsige androgyne pige til blød og genkendelig kvinde.

”- Dig skal vi nok få gjort en pæn pige ud af, sagde han som det første da jeg blev præsenteret for ham ude på gangen kort efter min indlæggelse; han lod sit blik glide op og ned af mig med faderlig overbærende mine, som om han troede det måtte være blikket jeg hungrede efter, som om han ikke i sin vildeste fantasi kunne forestille sig hvad ellers det skule være.”
(*Sultekunstnerinde*, s. 257)

Også det stigmatiserende blik tematiseres i *Sultekunstnerinde*, idet jeg-fortælleren veksler imellem at skjule og udstille sin abnorme krop af frygt for at blive afvist og i håb om at blive set:

”Jeg kender disse blikke, de svider imod huden og ens sjæl; jeg ser hvordan sygeplejerskerne smiler bredt og tager den moderlige overbærende mine på når de kalder os sammen, for at ingen herude i verden skal tage fejl af hvem af os der er hvem, og med rette kan tildeles et sådant blik. Jeg vil gerne selv stå frem og vise mig på den sikre side, men jeg er i tvivl om jeg nu også har lov, det er ikke til at vide om man er helt vågnet endnu.” (*Sultekunstnerinde*, s. 321)

Igen er relationen imellem jeget og de andres blik grundlæggende ambivalent, idet jeget på skift undviger og opsøger den andens blik.

Som jeg var inde på i min analyse af Sundhedsstyrelsens tekster, synes der at figurere en påfaldende ambivalens imellem Sundhedsstyrelsens intentioner om at beskytte den enkelte borger og sikre selvrealisering, lighed og retfærdighed og så dennes noget endimensionelle praksis. Denne ambivalens forgrener sig ligeledes tematisk i *Sultekunstnerinde*, hvor jeg-fortælleren i udgangspunktet forventer omsorg fra institutionen men i praksis bliver mødt af stigmatiserende og forenkede forestillinger om hendes kønsidentitet og hendes sygdom. Romanen indledes med, at jeg-fortælleren vågner op fikseret i en hospitalsseng med forventningen om, at denne fiksering selvfølgelig er foranstaltet for hendes eget bedste: ”Nogen ønsker mig det godt. Jeg tror at dette mørke og denne stilhed må være til for mit bedste, må være opstået eller tildelt mig for at yde beskyttelse.” (*Sultekunstnerinde*, s. 5). Denne forventning om velfærdsstatens gode intentioner italesættes ligeledes af sygehuspersonalet: ”Det er for dit eget bedste, Charlotta (...)” (*Sultekunstnerinde*, s. 259). Disse bløde og moderlige intentioner viser sig

dog at se noget anderledes ud i praksis. Undervejs i hospitalsopholdet bliver hun bedt om at skrive en liste med de objekter og de relationer, som betyder mest for hende.

"AT HAVE MOR HER VED SIDEN AF NOGLE TIMER HVER DAG", "AT HAVE PEN OG SKRIVEBLOK LIGGENDE PARAT PÅ NATBORDET (for at få dette sidste og vigtigste ønske opfyldt skal jeg tage ikke mindre end 7kg på, og være nået op på lige lidt under 40." (*Sultekunstnerinde*, s. 258).

Disse objekter og relationer tages efterfølgende fra hende, og hun unddrages derved muligheden for at rette sig imod verden og virkeliggøre sig selv ("at-være-dimensionen") og fratages ligeledes muligheden for at dele sine tanker med andre. ("at-elske-dimensionen").

"Så så, siger Wolf, med en ulveknurren lige under den fattede alfaderstemme. Nu skal vi jo ikke blive for oprevne, lille Mikkelsen. Vi gør hvad vi mener er det bedste for dig her på stedet, det er ikke fordi vi synes det er morsomt." (*Sultekunstnerinde*, s. 259).

Jeg-fortælleren reduceres i den medicinske, kønnede og stigmatiserende blikoptik til en mislykket, skrøbelig, unormal og androgyn krop. Hospitalet er ikke interesseret i hendes komplekse emotionelle liv men er udelukkende fokuseret på at konstruere den gode sunde krop. Som en sygeplejerske på hospitalet formulerer det:

"Vi skal se at få stoppet noget sundhed ind i dig og dine blege kinder! Hun blinker og klapper mig på skulderen efter først at have bremsset sig selv i at forsøge at knibe mig venligt i huden, der ligger stramt udspændt over mine kindben." (*Sultekunstnerinde*, s. 97)

I den medicinske optik forbliver spiseforstyrrelsen et praktisk vægtproblem, hvorimod læseren, som har indsigt i det fortællende jags emotionelle virvar, forstår sygdommens kompleksitet. Romanen devaluerer da også flere steder den medicinske dannelsesproces, som baserer sig på en evig jagt efter et utopisk kropsideal:

"Jeg bliver tyndere dag for dag, hver dag slår og overvinder jeg endnu engang mig selv og dog føler jeg ingen lykke: kun en nagende, smertende, dump og sørgelig higen. (*Sultekunstnerinde*, s. 287)

Tematiseringen af velfærdsstatens tvivlsomme praksis forstærkes af, at velfærdsstatens blik (hospitalets) bliver synonymt med markedets blik (reklamernes).

Slik som det så cool ud i reklamerne at spise, drikke man følte sig som medvirkende i film eller rocksange ved at kunne få lov at tage til sig, og som man forbrugte og kendetegnede sig selv gennem ligesom deodoranter eller cigaretter eller cowboybuksemærker... Alt dét har dannet min krop og giver den tyngde og fylde og form, ikke mine egne ønsker eller drømme eller håb. (*Sultekunstnerinde*, s. 318-319).

Til trods for at romanen udspiller sig i 1970'erne, ser vi allerede antræk til den transformation af velfærdsstaten, som Ove K. Pedersen refererer til som overgangen fra velfærdsstat til konkurrencestat. (Ove K. Pedersen: *Konkurrencestaten*). Velfærdsstatens selvforståelse er traditionelt konstrueret igennem en polarisering til og fra markedskræfternes ideologi, og velfærdsstatens eksistensberettigelse beror på dens evne til at beskytte velfærdsstatsborgene fra det kapitalistiske marked. (Gösta Esping-Andersen: *Politics against market*). Denne selvforståelse er i *Sultekunstnerinde* under beskydning, da velfærdsstaten her imiterer og forfølger kapitalens diskurser. Denne dekonstruktion af velfærdsstatens selvforståelse kan også med rette læses ud af Sundhedsstyrelsens rapporter, idet 'det gode sunde liv' konsekvent er underlagt en kapitalistisk diskurs, hvor konkurrenceevne og tilpasning til markedet spiller en afgørende rolle som motivationsfaktor. Vi synes, som Ove K. Pedersen påpeger, at have bevæget os fra en socialdemokratisk idealforestilling om kapitalen som modpol til en mere neoliberalistisk forestilling om markedet som medspiller. (Ove K. Pedersen: *Konkurrencestaten*).

"Sundhedsstyrelsen skal skabe de bedste sundhedsfaglige rammer for behandling, forebyggelse og sundhedsfremme i Danmark, og medvirke til at sikre stadig mere sundhed for pengene." (*Vi arbejder for sundheden. Strategiske fokusområder for Sundhedsstyrelsen 2010-2013*. s. 3).

Den fællesskabsbevidste velfærdsstat er blevet en individualistisk kapitalstat, hvilket igen markerer den tvivlsomme relation imellem intention og praksis.

Sultekunstnerinde tematiserer, hvordan anorektikeren i pervers grad opfylder velfærdsstatens og markedets krav om nogle ideelle kropsproportioner, men den tematiserer også, hvordan anorektikeren på samme tid udgør en radikal oprørsposition.

Det første perspektiv, at anorektikeren i sin adfærd opfylder velfærdsstatens og markedets krav om det rette kropsideal (Governmentality), kommer tematisk i spil ved, at jeg-fortælleren er sygeligt optaget af at spejle sig i andre kvinder og konkurrere med, efterligne og kopiere deres fysiske fremtræden. Hun regulerer på sig selv i kraft af andre kvinders blik og retter ligeledes andre kvinder til. I det følgende citat bliver det tydeligt, hvordan det spejlende blik er et overfladisk imaginært blik, som skjuler mere, end det egentlig ser.

"Jeg holdt af fornemmelsen med det samme jeg til min undren så effekten spejlet derhjemme og siden i folks ansigter på gaden, blev afhængig ved første fix og i selvsamme øjeblik: Det er som at beskytte ens virkelige ansigt fra uden videre at blive gransket og tydet og røbet og forrådt og det føles som noget jeg har trængt til længe efterhånden, at skrue lidt ned for mit eget ansigts lys. Hvilken lettelse!" (*Sultekunstnerinde*, s. 345)

Lig sultekunstneren i Franz Kafkas novelle: *En sultekunstner* (1922), som romanen gennem sin titel intertekstuel refererer til, har den sultende Charlie et grundlæggende ambivalent forhold til de andres blik, idet hun dels nægter den andens blik og dels kræver at blive set og læst af den andens blik. Som Maud Ellmann skriver om *En sultekunstner*:

"It is the public gaze that keeps him visible, however ruthlessly he wills his flesh to disappear, and it is only when he is deprived of this surveillance that he dies. The moral seems to be that it is not by food that we survive but by the gaze of others; and it is impossible to live by hunger unless we can be seen or represented doing so." (Maud Ellmann: *The Hunger Artists*, s. 17)

Sultekunst er altså en performativ handling, hvilket betyder, at sultekunstneren i ekstrem grad performer et samfunds gældende regelsæt, uden at det på nogen måde udelukker, at sultekunstneren ligeledes med sin performance repræsenterer en oprørsposition.

"The anorectic rejects the rituals of commensality that form the foundation of society, en route to a repudiation of the limits of organic life. And anorexia, like terrorism, attacks the social fabric indiscriminately, exemplifying the Foucaultian idea that power in the modern age has been decentralized among a myriad of local struggles." (Maud Ellmann: *The Hunger Artists*, s. 21).

Denne ambivalens er som flere gange nævnt gældende for sultekunstneren Charlie, som konsekvent er i tvivl om, hvorvidt hendes tilstand er påtvunget eller selvforskyldt, og hvorvidt sultekunsten repræsenterer en sejr eller et tab:

"Jeg er hjemkommen fra en sælsom rejse, jeg var borte i lange tider, jeg udrettede noget derude et sted, noget farefuldt, noget næsten uoverkommeligt. Jeg kæmpede i et voldsomt slag. Har jeg vundet det eller skyldes min følelse af fuldstændig fred at jeg netop endelig har tabt? Er jeg mon død og kommet i himmelen. Eller til helvede: Endelig, du! Og jeg? Begge dele forekommer mig muligt." (*Sultekunstnerinde*, s. 6).

Charlie repræsenterer et biopolitisk ideal, og på samme tid repræsenterer hun et biopolitisk skrækscenarie, idet hun med sin radikale spisekunst insisterer på at udslette sin positionerede subjektivitet og derved negligere og underminere velfærdsstatens krav om genkendelighed, lydighed og normalitet både i krop, i køn, og i kulturel identitet:

”Jeg kan skræmme folk fra vid og sans alene ved min diagnose, os ved man ikke hvor man har. Det er, hvad man ved om os! vi ville kunne finde på hvad som helst. Hvad som helst, når som helst, bedst som man tror os eftergivende trykke og tamme. Tro ikke man kan stole på os! Det er hele ideen bag vor slags.” (*Sultekunstnerinde*, s. 255)

Den ambivalens, som gennemsyrrer romanen på alle leder og kanter (genre, fortælleforhold, komposition, tematik), er ligeledes et led i kampen imod positionering. Både Jeg-fortælleren og romanen nægter at lade sig identificere med fastlagte strukturer og normer og insisterer konsekvent på at være midt imellem positioner (barn/voksen, dreng/pige, levende/død, drøm/virkelighed). Den identitetsløse nægter at lade sig integrere og repræsenterer derfor et kritisk potentiale for velfærdsstaten. I forbindelse med udgivelsen af romanen er Lotte Inuk i et interview til Politikken selv inde på den oprørskraft, der også ligger i det anorektiske projekt:

”jeg synes hellere, at man skal fokusere på det oprør, der ligger i at nære modvilje mod det normale, det kræver en enorm styrke at inddrømme, at man ikke passer ind i de roller, der tilbydes én. (...) det er simpelthen så ærgerligt, at den kraft, der ligger i anoreksien, bliver holdt nede og ikke kommer samfundet til gode.” (Politiken. 27.11.2004)

I relation til velfærdsstatens selvforståelse fungerer anoreksien eller sultekunsten som en subversiv proces eller handling, der i sin grundessens eliminerer de normative værdibegreber, som holder sammen på velfærdsidealet. Det subversive ligger implicit i sultekunstnerens ambivalente selvforståelse, idet denne insisterer på at bevare et repræsentationsløst mulighedsfelt imellem de givne positioneringer. I *Sultekunstnerinde* insisterer jeg-fortælleren på at bevare en ikke-identitet, eller en ”hvilken-som-helst-singularitet” (Giorgio Agamben: *Le comunità che viene*), som konsekvent placerer sig imellem de kategorier, som autoriteterne (lærere, forældre, læger, markedet etc.) tvinger hende til at fylde ud. Denne ikke-repræsentation eller hvilken-som-helst-singularitet tager form som en *Nej-position*, da hun som Herman Melvilles: *Skriveren Bartleby* simpelthen afviser og nægter at gøre noget som helst:

”Alt denne ro kræver er: Nej. At sige nej, men inden i sig selv; at huske at sige Nej, men uden at støde nogen så de bliver vrede og bekymrede og vil tage det væk fra én igen og komme én i vejen for det væsentligste. Ikke at lade nogen vide man har fat på dét, ikke udsætte det for farer. At være Nej og ligne lutter Ja så ingen ser det, dette er hemmeligheden, det eneste. Ja.” (*Sultekunstnerinde*, s. 272).

Anorektikeren er samfundsomstyrtende i den forstand, at hun i form af sin nægtelse af mad og positioneret identitet åbner op for en indsigt om, at det, der på overfladen synes at være

naturligt og uundgåeligt, i virkeligheden er "valgte" repræsentationer. Judith Butler er inde på denne indsigt i sin behandling af den afvigende kønsposition:

"Når der stilles spørgsmålstejn ved sådanne kategorier, kommer kønnets realitet også i krise: Det bliver uklart, hvordan man kan skelne det virkelige fra det uvirkelige. Og det er den anledning hvor vi kommer til at forstå, at det, vi anser for at være virkeligt, det som vi påberåber os som naturaliseret viden om køn, rent faktisk er en foranderlig og reviderbar virkelighed. Kald det subversiv eller kald det noget andet. Selvom denne indsigt ikke i sig selv konstituerer en politisk revolution, er ingen politisk revolution mulig uden en radikal ændring i ens opfattelse af det mulige og det virkelige." (Judith Butler: *Kønsballade*. (Nyt forord. 1999)).

Opsamling

Forholdet imellem Sundhedsstyrelsens intention og praksis er domineret af en eklatant inkonsistens, idet den i sit værdigrundlag intenderer at sikre den enkelte velfærdsborgers ret til "at have", "at elske" og "at være" og i praksis reducerer denne intention til et spørgsmål om at sikre den desubjektiverede udstrakte konkurrencedygtige krop. Tilstedeværelsen af denne inkonsistens betyder, at velfærdsstaten ikke bare bedriver biopolitik, men at den med sin bløde velfærdsretorik skjuler, at den retorisk bedriver denne biopolitik. Denne skjulte praksis medfører, at velfærdsborgeren i højere grad end borgere i andre lande, som også bedriver biopolitik, føler et ansvar og en forpligtigelse til at adlyde og tilfredsstille den favnende og beskyttende velfærdsstat. Det betyder også, at der imellem velfærdsstaten og det enkelte subjekt etableres en nærmest moderlig symbiose, som den enkelte igennem lydighed forsøger at holde intakt.

Det er dette problematiske skel imellem intention og praksis i den kapitalistiske velfærdsstat, som *Sultekunstnerinde* tager afsæt i, idet den i et førstepersons perspektiv viser, hvordan denne inkonsistens virker på og i den enkelte. Den tematiserer, hvordan den intenderende omsorg i praksis pendulerer imellem afvisning og klaustrofobisk overgreb og både viser og skildrer, hvordan det angrebne og afviste subjekt langsomt smuldrer imellem hænderne på velfærdsstaten.

Sultekunstnerinde viser, hvordan den diskursivt konstruerede symbiotiske relation imellem velfærdsstaten og det enkelte subjekt konstruerer et infantilt og spejlende selvbillede, og hvordan dette spejlbillede afmonterer den enkeltes fænomenologiske væren-i-verden. Denne litterære symbiosetematik er interessant i lyset af Sundhedsstyrelsens sundhedsfremmende dobbelte praksis, hvor subjektet på den ene side desubjektiveres og på den anden side opfordres til at udvikle egne handlingskompetencer.

Men *Sultekunstnerinde* viser ikke bare konsekvenserne af velfærdsstatens tveæggede omsorg, den tilbyder med sine kombinerede fænomenologiske væren-i-verden-fantasier og sine mangfoldige selvopløsningsfantasmer (post-strukturalistiske positioner) også moddiskurser til velfærdsstatens selvlegitimerende diskurser. Den går ideologisk til modangreb og afmonterer med sin dristige sultekunstnertematik simpelthen idealet om den gode, sunde og *vågne* velfærdsborger.

Litteraturliste

Rapporter fra Sundhedsstyrelsen:

Den danske fedmeepidemi. Oplæg til en forebyggelsesindsats. 2003

Lighed i sundhed. Sundhedsfremme og forebyggelse målrettet borgere uden for arbejdsmarkedet. 2009

Oplæg til national handlingsplan mod svær overvægt. Forslag til løsninger og perspektiver. 2003

Små skridt til vægttab – der holder. 2010

Sunde børn. Til forældre med børn i alderen 0-3 år. 2011

Sunde vaner før, under og efter graviditet. 2010

Ulighed i sundhed – årsager og indsatser. 2011

Vi arbejder for sundheden. Strategiske fokusområder for Sundhedsstyrelsen 2010-2013. 2010

Bøger og artikler:

Agamben, Giorgio: *Livs-form.* Klim, 2005

Agamben, Giorgio: *La Comunita Che Viene.* University of Minnesota Press, 1993

Beck, Ulrich: *Risikosamfundet.* Hans Reitzel, 2004

Butler, Judith: *Kønsballade.* Forlaget THP, 2010

Cohn, Dorrit: *Transparent Minds. Narrative Modes for Presenting Consciousness in Fiction.* Princeton University Press, 1984

Ellmann, Maud: *The Hunger Artists – Starving, Writing & Imprisonment.* VIRAGO PRESS, 1993

Esping-Andersen, Gösta: *Politics against market.* Princeton University Press, 1985

Foucault, Michel: *Sikkerhed, territorium, befolkning.* Forelæsninger på Collège de France, 1977-1978. Hans Reitzel, 2008

Foucault, Michel: *Klinikkens fødsel*. Hans Reitzel, 2000

Garland-Thomson, Rosemarie: *Staring: How We Look*. Oxford University Press, USA, 2009

Goffman, Erving: *Stigma*. SAMFUNDSLITTERATUR, 2009

Hacking, Ian: *The Taming Of Chance*. Cambridge University Press, 1990

Inuk, Lotte: *Sultekunstnerinde*. Tiderne Skifter, 2004

Jensen, Per H.: *Velfærd*. Frydenlund, 2007

Kafka, Franz: *En sultekunstner*. Fra: Beskrivelse af en kamp og andre efterladte fortællinger. Gyldendal, 1995

Klausen, Søren Harnow: *Hyggeligt, men lavt til loftet, eller er det plat at have det godt? Fra: Velfærdsfortællinger*. Gyldendal, 2010

Lacan, Jacques: *Psykoanalysens fire grundbegreber*. Forlaget Politisk Revy, 2004

Melville, Herman: *Skriveren Bartleby*. Museum Tusulanum, 2000

Merleau-Ponty, Maurice: *Kroppens fænomenologi*. Det lille Forlag, 2006

Pahuus, Mogens: *Det gode liv*. Gyldendal, 1998

Pedersen, Ove K.: *Konkurrencestaten*. Hans Reitzel, 2011

Petersen, Jørn Henrik og Petersen, Klaus: *13 værdier bag den danske velfærdstat*. Syddansk Universitetsforlag, 2007

Ranciére, Jacques: *Dissensus. On Politics and Aesthetics*. CONTINUUM, 2010

Vallgård, Signild: *Folkesundhed som politik*. Århus Universitetsforlag, 2003

Vallgård, Signild: *Forebyggelse og sundhedsfremme – definitioner, historie og magtudøvelse*. Fra Folkesundhed i et kritisk perspektiv. Dansk sygeplejeråd. Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, 2009

Vallgård, Signild: *Studier i magtudøvelse*. Bidrag til en operationalisering af Michel Foucaults begreb governmentality. pp. 117-131 i Peter Munk Christiansen & Lise Togeby (red.). *På sporet af magten*. Århus: Aarhus Universitetsforlag, 2003.

Politiken den 27/11/2004

Litteratursiden.dk

Sundhedsstyrelsen.dk