

## AT BEGRIBE KROPPEN

### Om socialepidemiologi, livsstil og kausalitetstænkning i det 19. og 20. århundrede

#### INTRODUKTION<sup>1</sup>

Som dreng blev jeg på en gåtur med min far passeret af to motionister. De forsvandt hastigt bag os, mens jeg kiggede forundret på min far og spurgte, hvorfor de løb. Min far, malersvend gennem 30 år, trak lidt på skuldrene og svarede (som jeg husker det) "fordi de ikke arbejder hårdt nok til daglig". Dette stykke "alfaderlige visdom" har siden (for)fulgt mig. Udsagnet fortæller om den sociale stratifikations betydning for udviklingen af præferencer, som Bourdieu så overbevisende demonstrerede i *La Distinction* (Bourdieu), men måske vigtigere fortæller det om en tid for ikke så længe siden, hvor sundheds/livsstilsparadigmet endnu ikke havde fundet den hegemoniske position, det har i dag. Vi kender efterhånden overskrifterne: "Danskere: Rygere og fede skal smides bag i køen" (Politiken, 15.3.2010), "Danske mænd dør for tidligt: Hvor farligt lever du?" (Berlingske, 10.6.2014), "Guide: Sådan tager du kontrol over dit helbred" (Berlingske 29.5.2013), "Flertal mener, at

---

1 En stor tak til den anonyme fagfællebedømmer, til professor Signild Vallgård og Helle H. Hansen for leveringen af god og konstruktiv kritik under udarbejdelsen af tidligere version af denne artikel. Konklusionerne heri står selvfølgelig for forfatterens egen regning.

fede selv skal betale for behandling" (Jyllands-Posten, Livsstil, 23.11.2014) og så videre. Man genkender for så vidt også hurtigt rationalet bag overskrifterne: At vores kroppe er vores ansvar, vores projekt og endvidere, at individets utilstrækkeligheder i forvaltningen af dette (krops)projekt ikke må lægge samfundet forstået som et fællesskab af uafhængige individer til last. Rationalet udspiller sig på en scene båret af to søjler: individuel frihed og individuelt ansvar. Bagtæppet farves af en etisk prominens, der i hidtil uset grad tildeles evnen til at kunne administrere kroppen på fornuftig vis. Som den britiske sociolog Nikolas Rose har bemærket, så befinder vi os nu i en social virkelighed, hvor "The management of health and vitality, once derided as narcissistic self-absorption, has achieved unparalleled ethical salience in the conduct of the lives of so many."<sup>2</sup> (Rose, "Powers" 258). Den historiske proces, der har ført kroppen frem som et moralsk prisme, hvorigennem vi kan se ind i selvets forvaltning af sig selv, er kompleks og synes, som flere forskere har gjort opmærksom på, intimt forbundet med den fremherskende 'avancerede' liberalisme og dens governmentale styringsrationaler (Rose, Powers; White). Det er hos disse forskere en historie om, hvorledes de neoliberalistiske rationaler og styringsteknologier såsom styring gennem frihed og 'genansvarliggørelsen'<sup>3</sup> af individet har transcenderet både den politiske og medicinske tænkning i neoliberalismens æra. White konkluderer i tråd hermed, at "Epidemiologien reflekterer nu neoliberalismens kerneantagelser: Den er individualistisk, og laver kun få eller ingen referencer til 'sociale faktorer', men fokuserer i stedet på individuel

- 
- 2 "Ledelsen af sundhed og vitalitet, tidligere set ned på som narcissistisk selvoptagethed, har opnået en etisk prominens uden sidestykke i styringen og tilrettelæggelsen af livet hos så mange mennesker."
  - 3 En genansvarliggørelse, som Lemke beskriver som "The strategy of rendering individual subjects 'responsible' (and also collectives, such as families, associations, etc.) entails shifting the responsibility for social risks such as illness, unemployment, poverty, etc., and for life in society into the domain for which the individual is responsible and transforming it into a problem of 'self-care.'" (201). "Strategien vedr. at gøre individuelle subjekter 'ansvarlige' (også kollektiver såsom familier, foreninger etc.) indebærer en forflytning af ansvaret for sociale risici, såsom sygdom, arbejdsløshed, fattigdom etc. og for livet i samfundet hen til et domæne, i hvilket individet er ansvarligt, og det transformeres dermed til et egenomsorgsproblem."

risikoadfærd." (61). I dette bidrag vil et grundlæggende argument imidlertid være, at vi må se den politisk-ideologiske udvikling i sammenhæng med udviklingen af en mere grundlæggende individualisme og et særligt ideal om sandhed og kausalitet i den epidemiologiske vidensproduktion. Den epidemiologiske tænkning kan ikke fyldestgørende anskues som blot en refleksion af det politiske. Det er i kombinationen af disse to aldrig adskilte former for vidensproduktion (ideologi og biomedicin – hvad Foucault og mange efter ham slet og ret har betegnet den biopolitiske tænkning (Foucault, *Biopolitics*; Lemke)), at narcissistisk selvoptagethed er blevet forvandlet til moralsk overlegenhed.

#### TILGANGEN

Analysen af den epidemiologiske tænknings bidrag til forståelsen af kroppen som selvets moralske prisme kan tænkes udført på mangfoldige måder: igennem analysen af de epistemiske figurer, der strukturerer vores (medicinske) erkendelse, åbner for nye praksisser og skaber nye rum (Foucault, *The Clinic*) eller gennem forfølgelsen af de sociale proto-ideer, der udgør opkomstbetingelserne for og den ikke-videnskabelige kerne i de videnskabelige fakta (Fleck). Den kunne ligeledes udføres gennem analysen af 'medicin som ideologi', det vil sige gennem analysen af medicin som et aggregat af rutiner og praksisser, der lærer os at acceptere organisationen af naturen og samfundet (Figlio). Mens disse tilgange i høj grad har inspireret det analytiske blik i nærværende artikel, så er metoden her af langt mere beskedent omfang, og konklusionerne har langt kortere rækkevidde. Med udgangspunkt i forståelsen af begreber som repræsentationer af erfaringer og forventninger (produktet af nutidig fortid og fremtid) og som lingvistiske enheder, der både repræsenterer en virkelighed og samtidig medskaber denne virkelighed (Koselleck), har jeg i det følgende søgt at spore tilsynkomsten af begreberne om ansvar, risikoadfærd og livsstil i den danske epidemiologiske litteratur. Det er særligt disse begrebers relation til skiftende kausalitetsforståelser, der vil være i fokus. Socialepidemiologiens fødsel i midten af 1800-tallet og dens transformation i slutningen af samme århundrede vil udgøre det første af to nedslagspunkter. Det andet er risikoepidemiologiens opkomst og denne nye tænknings relation til et særligt

begreb om livsstil fra 1950'erne og frem. Hvor skal man så spore den danske medicinske tænkning? Her tilbyder et væld af potentielle kildegrupper sig. Patientjournaler, konferencepapirer, dagbøger samt undersøgelsesdesigns og databasekonstruktion er alle steder, hvor den medicinske tænkning efterlader sine aftryk. I denne artikel er valget faldet på den medicinske forskning, som den er blevet publiceret i danske medicinske tidsskrifter. De videnskabelige tidsskrifter, der ifølge Fleck (118) på eksemplarisk vis indfanger den videnskabelige disciplins cirkulering af foreløbige ideer og teorier på vej mod den kollektive konsensus, synes at være et oplagt sted at starte. Sigtet med artiklen er at tegne konturerne af den epidemiologiske tænkningens forandringer, og at undersøge hvordan disse forandringer bidrager til den særlige, samtidige forståelse af kroppen som et moralsk prisme.

#### KROP OG KAUSALITET

Hvis vi vil forstå den historiske udvikling, hvori kroppens tilstand er blevet til virkningen af vores selvforhold, må vi forsøge at forstå kroppens skiftende placeringer i de forskellige sundhedsvidenskabelige forståelser af kausalitet. De videnskabsteoretiske diskussioner fortæller os, at årsager kan være både nødvendige og tilstrækkelige. At de kan være nødvendige, men ikke tilstrækkelige. At de kan være tilstrækkelige, men ikke nødvendige, og at de kan være hverken nødvendige eller tilstrækkelige. Denne skematiskering af årsagens væsen indrammer de overordnede modeller, der til forskellige tider har været dominerende i den socialepidemiologiske tænkning. Den deterministiske model, der med sit ophav i den klassiske empirisme og fysikeksperimentet kun anerkender den nødvendige årsag, en årsag uden hvilken effekten ikke vil finde sted og en årsag, hvormed effekten altid vil finde sted, har længe spillet en central rolle. I delvis modsætning hertil står den probabilistiske kausalitetstænkning eller statistiske kausalitetstænkning, der anser fænomener som årsager i det omfang, at et givent fænomen statistisk forøger sandsynligheden for, at en given virkning vil finde sted. Årsagen er her ikke nødvendigvis nødvendig eller i sig selv tilstrækkelig. Disse to modellerne er igen relateret til antagelser om, hvorvidt en effekt har én eller flere bidragende årsager. I den deterministiske model giver antagelsen om en både tilstrækkelig og nødvendig årsag grundlag for på-

standen om, at en sygdom (virkning) altid kun har én årsag. Arven fra bakteriologiens identifikation af sygdomsagenten (bacillen) er her ganske tydelig. I den probabilistiske model opereres der oftere med flere mulige årsager, hvoraf ingen (i sagens natur) er deterministiske (Parascandola & Weed). Det nutidige, dominerende sundhedsvidenskabelige fokus på det molekylærbiologiske led i kausalitetskæden og den tilsyneladende vidtrækkende betydning for udvikling af folkesundhedspolitiske initiativer, dette led tildeles, er et vidnesbyrd herom. Det er kausaliteten mellem indåndingen af formaldehyd i kombination med acrolein og den efterfølgende patologiske celleforandring i lungevævet, mellem et overdrevent kalorieindtag i kombination med det dertilhørende forhøjede kolesterolindhold i blodet og udviklingen af kardiovaskulær sygdom og mellem forbruget af alkohol og udviklingen af cirrhosis hepatis (skrumpeliver) med videre, der i dag synes at informere de folkesundhedspolitiske handlinger. I kernen af denne kausalitetstænkning – som udsagnenes første led – står repræsentationen af en handling, *en indånding, et indtag, et forbrug*. Kausaliteten er således uløseligt forbundet med subjektet, der på sin side finder sig selv uløseligt forbundet til sin frihed til at handle og sit ansvar for konsekvenserne. Den vidensproduktion, som disse sandheder om kausalitet bygger på, og som validerer forståelsen af kroppen som manifestationen af vores forvaltning af ansvar og frihed, finder vi i den sundhedsvidenskabelige tænkningens historie. Det er imidlertid ikke blot historien om molekylærbiologiens landvindinger (disse fremkommer først ganske sent i det 20. århundrede), men derimod historien om fortolkninger af statistiske associationer og udviklingen af kausalitetsteorier, der bør interessere os her. For som det så ofte har været tilfældet i den medicinske tænkningens historie, så kom 'beviset' for kausalitet først langt efter erfaringen af kausalitet, og begge repræsenterer de valg af (ikke gensidigt udelukkende) sandheder (Krieger, "Epidemiology and the Web"). Både 'beviset' og 'erfaringen' er og har været struktureret af en politisk-medicinsk stræben efter at afkorte kausalitetskæden mest muligt (politisk: individ-frihed-ansvar, medicinsk: adfærd-forandring-patologi). Desto kortere kæden er mellem årsag og virkning, desto tættere er vi på *sandhed* i den medicinske tænkning (og desto tættere er vi på 'det gode' i den politiske tænkning), synes rationalet at være. Således har det imidlertid ikke altid været. Den historiske udvikling hen

mod netop dette sted i kropsforståelsens historie, går gennem udviklingen af den epidemiologiske tænkning.

#### SOCIALEPIDEMIOLOGIENS FØDSEL OG KROPPENS TAL

Kroppe forandres og kroppe dør. Vidensproduktionen vedrørende denne basale erfaring er af flere historisk kontingente årsager blevet lægernes domæne først i Vesten og senere globalt. Med lægestandens professionalisering, der tog fart særligt i slut 1700-tallet og konsolideredes så markant i 1800-tallet, indtraf der en dobbelt bevægelse i den medicinske vidensproduktion, der efterlod den tidligere så vigtige 'talende patient' uden stemme. Den ene bevægelse var indadrettet mod organerne. Ændringen i lægernes blik efter obduktionen vandt indpas som en lægelig praksis situeret i krydsfeltet mellem oplysningstidens afhelliggørelse af kroppen og empirismens gryende, epistemologiske krav på sandhed, er velbeskrevet (Foucault, *The Clinic*; Bynum et al.). Blikket tjente til at forstumme de tidligere tiders elaborerede, mystiske og spekulative teorier og skabte "the relative silence of theories, imaginings, and whatever serves as an obstacle to the sensible immediate; and the absolute silence of all language that is anterior to that of the visible."<sup>4</sup> (Foucault, *The Clinic* 132). Tyngden af molekylærkausalitetens nutidige udsagn, dens mærkbare sandhedsværdi og den deterministiske kausalitetsforståelses forrang, kan til en vis grad anskues som dette blik midlertidige kulmination. Men det var fra den anden bevægelse, at forbindelsen mellem det molekylære og det suveræne individ blev skabt. Den anden bevægelse var udadrettet mod aggregeringen af lægens erfaring af mortalitet og morbiditet i den vitalstatistiske tænkning. Da Quetelet udgav *ou, Essai de physique sociale* (1835), afstedkom den simple applicering af astronomiens statistiske metoder på sociale fænomener en ophedet debat i de europæiske videnskabelige kredse (Desrosières). Påvisningen af en tilsyneladende fast forankret regelmæssighed i forekomsten af sociale fænomener såsom bryllupper,

---

4 "Den relative stilhed af teorier, forestillinger, og hvad end der tjener som en hindring for det umiddelbart sensible; og den absolutte stilhed af alt sprog, der er uden for det synliges grænser."

selvmord og kriminalitet stillede spørgsmålstejn ved den frie vilje, der var givet mennesket af Gud (Hacking). Denne nye socialstatistiske tænkning fordrede den socialvidenskabelige etablering af sociale kategorier (eller rettere fremhævnningen af nogle klassifikationsvariabler på bekostning af andre) i en hidtil uset grad (Higgs). Socialstatistikker, der tilvejebragte viden om boligforhold, indkomst, kriminalitet, fødsler med videre, blev fast inventar i de nye statslige statistiske kontorer, der blomstrede op i Europa og i Danmark i 1800-tallet. I kombinationen af denne nye socialstatistiske viden og den statistisk funderede lægefaglige viden om mortalitet og morbiditet fødtes socialepidemiologien – videnskaben om de sociale årsager til sygdoms- og dødelighedsmønstre i befolkningen. Bragt til verden, som den var af den socialstatistiske tænkning, undrer det ikke at disciplinen som udgangspunkt omfavnede den probabilistiske kausalitetsforståelse. Erkendelsesinteressen var ikke ny – ideerne om jordbundens, sollysets og vindforholdenes betydning for sygdomsmønstrene og dødeligheden havde længe optaget lægestanden – men aggregeringen af data om 'det sociale' var ny og skabte rum for en anderledes vidensproduktion og dermed nye former for magtudøvelse. Den nye socialepidemiologiske videnskabelse, repræsentationen af statistiske probabilitet mellem indkomst og (over) dødelighed, boligforhold og morbiditet og så videre fordrede imidlertid i første omgang nye medicinske teorier om kausalitet.

#### KROP, MORAL OG KLASSE I DEN TIDLIGE SOCIALEPIDEMIOLOGI

De første danske forsøg på at forvandle de vitalstatistiske associationer til bio-medicinsk kausalitet fremkom i midt 1800-tallet. De var stærkt inspireret af Villermes socialepidemiologiske undersøgelser af mortalitets- og morbiditetsmønstrenes relation til velstand og fattigdom i Paris' arrondissements (Villermé) og af Chadwicks undersøgelser af de sanitære og sundhedsmæssige forhold hos arbejderne i Skotland (Chadwick). Fælles for disse og de senere danske studier var en historisk kontekst, hvori den nye industribaserede storby og opkomsten af det fattige proletariet som ny socialklasse var årsag til både akademisk fascination og frygt (Christensen "Epidemiological writings"; Coleman). Det sociale spørgsmål blev diskuteret intensivt i de social-hygieniske bevægelser, der løbende gennem

1800-tallet blevet formet i diskussionerne mellem miasmeteoretikerne og bakteriologiens tilhængere (Porter). I den tidlige socialepidemiologi blev kroppen først og fremmest set som en klasse-krop. Omdrejningspunktet var i den danske kontekst som hos Villermé og Chadwick den franske og britiske etableringen af kausalitet mellem social position, klasseadfærd, hygiejne og morbiditets- og mortalitetsraterne. Denne erkendelsesinteresse stillede socialepidemiologerne over for samme udfordringer, som Linné havde taget op i *Systema Naturae* århundredet før: at skabe orden i den tilsyneladende kaotiske mangfoldighed som virkeligheden frembød.<sup>5</sup> Erkendelsesinteressen fordrede etableringen af en vitalstatistisk orden – en klassifikation baseret på en abstraktion af de myriader af sociale karakteristika, som det moderne samfund opviste. Kroppen skulle repræsenteres på baggrund af dens placering i (d)en social(e) taksonomi, og denne placering skulle på sin side afspejle de sociale karakteristika, der i hypotesedannelsen blev identificeret som repræsentanter for årsagsmomenter. Her bød velstand og fattigdom sig til som overordnede variabler for Villermé og Chadwick. Den danske læge A. Bentsen kunne derfor også i sit studie "Om nogle af de forhold, der betinge dødeligheden" i 1861 vælge:

"[...] en Inddeling der sondrede deels imellem den større og mindre Velstand, deels imellem det mere eller mindre udprægede Kulturtrin og Sædelighedsbegreeb. Jeg troer at man vil indrømme, at nedenstaaende Rubrikker i denne Henseende give en progressiv Scala: 1 ) Børn af Indsiddere, Arbejdsfolk, ugifte Mødre 2) Huusmænd uden Jord og Haandværkere, 3) Parcellister (derunder altsaa Huusmænd med Jord) 4) Gaardmænd 5) Embedsmænd Proprietærer og andre Ejendomsbesiddere udenfor Bondestanden." (325).

Mens klassifikationsvariablerne ofte som hos Bentsen repræsenterede en skønsom blanding af erhverv, civilstand og ejendomsforhold, så var forståelsen af den sociale taksonomis sammenfald med en kulturel stratifikation tydelig i den tidlige danske socialepidemiologi. Dette sammenfald var af afgørende betydning for afkodningen af kausalitet og 'den fattiges krop'. Der

---

5 For en detaljeret analyse af de fælles-taksonomiske elementer i biologiens og samfundsvidenskabernes erkendelsesinteresser i denne periode se Foucault, *The Order...* 138 ff. samt Desrosières 1998.



blev fokuseret på dårlige boligforhold, dårlig ernæring og dårlig hygiejne som mulige årsagsforklaringer på de fattige klassers overdødelighed, men årsagen bag disse fænomener var de fattiges moralske konstitution og laverestående kulturelle udvikling (Christensen "Epidemiological writings"). Det var for Bentsen og hans samtidige klart, at "fattigdommen i reglen er letsindig og hensynsløs, fordi i sin store almindelighed fattigdommen repræsenterer den afdeling af befolkningen, der staar nærmest Naturtilstanden, [...]" (Bentsen 298). I konstruktion af de fattige klassers moralske og kulturelle udvikling som den grundlæggende årsag til overdødeligheden lænede Bentsen sig dels op af de argumenter, som også Villermé, Chadwick og flere andre havde gjort sig til fortalere for, men også op af den begrebsliggørelse af de fattige og fattigdommens årsager, som allerede var velkendt i den danske borgerlige offentlighed. I 1817 kunne hofpræsten Christian Bastholm således konkludere, at fattigdommen havde sin rod i individernes "moraliske ufuldkommenhed (27). Vilhelm Munck kunne godt 50 år senere ligeledes konkludere, at "[...]Dovenskab, Drikkædighed eller lyst til udsvævelser og fornøjelser er deres fattigdoms eneste øjensynlige kilde." (13). A.P. Schleisner, stadslægen i København, gentog argumenterne i slutningen af 1870'erne, hvor han beklagede, at gryende forsøg på at binde kausaliteten til de konkrete sociale og økonomiske forhold:

"[...] fortaber sig i de udvendige mere lokale Aarsagsmomenter, i stedet for at søge de dybere bagved liggende – slette Lidenskaber og Vaner, Mangel paa Selvbeherskelse og Selvtugt, Drikkædighed – og navnlig den blandt de lavere Klasser overhaandtagende Nydelses og Forlystelses syge. Med Hensyn til Fattigdom vide jo ligeledes de Sagkyndige, at c. 9/10 af de Fattige selv have forskyldt deres Fattigdom – hvad det maaske ikke skader at erindre om paa en Tid, hvor saa megen falsk Filantropi og Sentimentalitet gjør sig gjældende." (44-45).

Men konstruktionen af de lavere klassers etiske, kulturelle og moralske underlegenhed som 'den første bevæger' var på dette tidspunkt kommet i opposition. Vitalstatistikens tal blev i sidste kvartal af 1800-tallet læst på en ny måde – ikke som afdækningen af sammenfaldet mellem den sociale og kulturelle stratifikation men som afdækningen af en social uretfærdighed. Den nye læsning var en del af den socialreformistiske bølge, der blev skabt i den kontinuerlige europæiske diskussion af 'det sociale spørgsmål',

og som tog særlig form i slutningen af 1800-tallet.<sup>6</sup> Det var en læsning, der i tråd med Herders kritik af det europæiske kulturbegreb underkendte den kulturevolutionistiske historiske teleologi og dens centrale argument om en 'naturlig' udviklingsbestemt social stratifikation. Således kunne læge Axel Ulrik i 1876 pointere, at:

Intet Udbytte af den nyere hygiejniske Statistik synes imidlertid saa værdifuldt for en uhildet Betragtning af vor Tids sociale Forhold som de Oplysninger, den har givet os om Dødeligheden i forskellige Samfundslag; de lyde som en Anklage, der ikke kan lades upaaagtet. (67).

Overgangen fra tallenes afspejling af en naturlig (om end beklagelig) kulturel/social stratifikation og dens sundhedsmæssige konsekvenser til afspejlingen af en social uretfærdighed blev båret af en konstruktion af et nyt individ, der havde undsluppet borgerskabets moralske anklager men nu fandt sig underlagt de menneskeskabte sociale og økonomiske strukturers fluktuationer. Westergaard og Rubin indledte deres studie af Landbefolkningens Dødelighed i Fyens Stift i 1886 med konstateringen af, at:

Man indrømmer – enten ligeud eller indirekte – at Samfundsordningen medfører saa megen Ubillighed, at det hele Samfund som saadant maa søge at raade Bod derpaa overfor dem, der lide under Ubilligheden, og den Støtte Staten da vil give, bliver herved Fyldestgørelsen af en Forpligtelse fra Statens, Modtagelsen af en Ret fra Arbejdernes Side. (10).

I de konkrete socialreformer, der så dagens lys i samme periode (Fattigloven af 1891, Alderdomsloven fra samme år, Sygekasseloven af 1892, Ulykkesforsikringsloven af 1899 og lov om arbejdsløshedskasser fra 1907), udmøntede forestillingen om det afmægtige individ sig i forskellige former for kollektivisering af det ansvar, der tidligere så entydigt havde været placeret på de lavere socialklassers etiske, moralske og kulturelle ufuldkommenhed. Den franske sociolog Émile Durkheim gav sit funktionalistiske bud på dette individs sociale ontologi i teorien om det begyndende industrisamfunds sociale anomi, den smertefulde tilstand af relativ normløshed, opbrud og

---

6 For det nyeste arbejde på dette område se Petersen m.fl. 2010.

upersonlighed i det sociale liv. Den tyske sociolog Max Weber skrev om individets *Lebensführung*: de bevidste valg truffet i og om livsførelsen og *Lebenchancen*; de materielle og normative vilkår, hvorunder de bevidste valg blev truffet. Han tegnede således et billede af individet situeret mellem valgfrihed og de strukturerende sociale og økonomiske forhold. Begge kritiserede de Karl Marx' historisk-materialistiske konstruktion af et individ udelukkende underlagt den økonomiske strukturs tvang. Alle tre repræsenterede dog et nyt (sociologisk) syn på individets og samfundets ontologi og delte heri en opfattelse af individets delvise afmægtiggørelse i mødet med industrisamfundets sociale, økonomiske og (mangel på) normative strukturer. Med baggrund i en realpolitisk frygt for de hastigt voksende socialistiske bevægelser fandt denne forståelse af individets afmægtiggørelse også en pragmatisk politisk imødekommenhed i en dansk politisk kontekst. Begrebet om ansvar i den socialepidemiologiske tænkning fulgte forandringerne i denne nye konstruktion af individets og samfundets ontologi. Kroppen blev indfældet i dens socialitet, og 'det sociale' indfældet i dets strukturelle betingelser. Den indflydelsesrige læge Th. Sørensen overvejede således i 1889, hvordan:

[...]den frie Konkurrence har skabt, eller har været medvirkende til at skabe betydelige økonomiske Værdier, er bekjendt nok. Destoværre er der dermed fulgt betydelige, sociale Onder. Disse staa i Forbindelse med den Opfattelse hos Arbejderklassen, at det økonomiske Fremskridt ikke paa langt nær skulde være kommen den tilgode i samme Grad som andre Samfundsklasser. Skjøndt det er vanskeligt at danne sig nogen begrundet Mening herom, synes hin Opfattelse næppe uberettiget. (123).

Kroppen og de mønstre, hvori den blev syg og døde, manifesterede en større social-strukturel sammenhæng. Konstruktionen af denne epidemiologiske sandhed fordrede identifikationen af sociale og økonomiske strukturer som kausalitetskædens første led, og dermed også de relevante interventionsobjekter. Socialepidemiologiens, Th. Sørensens, Westergaards og Rubins indflydelse på de efterfølgende sociale reformer vidner om den politiske styrke af denne socialepidemiologiske vidensproduktion og kausalitetstænkning (Løkke). Udviklingen i den socialepidemiologiske tænkning i slutningen af 1800-tallet skabte grundlaget for de to positioner 'strukturalismen' og 'voluntarismen', som Kunitz identificerer som de to erkendelsesfigurer,

hvorimellem den epidemiologiske og folkesundhedsvidenskabelige vidensproduktion i anden halvdel af det 20. århundrede blev spændt ud (Kunitz).

#### KROPPEN I IMRaD-FORMAT: DEN EPIDEMIOLOGISKE VIDENSPRODUKTION I 2. HALVDEL AF DET 20. ÅRHUNDREDE

Den historiske analyse af den danske epidemiologiske vidensproduktion i anden halvdel af det 20. århundrede udfordres på særligt to fronter i forhold til analysen af de tidligere tiders. Den første vedrører den veritable eksplosion i mængden af forskning, der udføres og publiceres. Som inden for alle andre videnskabelige områder mangedobles antallet af forskere og deres skriftlige produktion i 2. halvdel af det 20. århundrede, hvilket gør det vanskeligere at identificere de toneangivende teorier og hypoteser. Dertil kommer ændringerne i den medicinske tidsskriftsartikels form. I 1700- og 1800-tallet antog den medicinske tidsskriftartikel oftest én af to former – enten en længere afhandling, der beskæftigede sig med adskillige relaterede emner, eller en rapport over et eksperiment, der var nøgternt beskrivende (Luciana et al.). Derfor er det langt fra undtagelsen at finde medicinske tidsskriftsartikler, der som Bentsens bredte sig ud over hundrede sider. I anden halvdel af det 20. århundrede, i takt med at den epidemiologiske vidensproduktion i dens form og i dens professionelle selvforståelse fjernede sig fra de sociologiske og antropologiske elementer<sup>7</sup> og søgte mod naturvidenskabernes idealer om objektivitet og deterministisk kausalitet, ændrede publikationerne form. Fra 1930'erne blev IMRaD-formatet (Introduction, Method, Results, and Discussion) fremsat som en ny standard for de medicinske tidsskriftsartikler. Med et forbillede hentet fra det klassiske fysikeksperiment repræsenterer dette format en indholdsmæssig kondensering i forhold til de tidligere publikationsformer. IMRaD-artiklerne overstiger sjældent 4-5 normalsider og struktureres stringent efter de fire komponenter. I 1945 blev dette format anvendt i cirka 10 % af alle artikler i de fire førende internationale medicinske tidsskrifter.<sup>8</sup> I 1970 var det 80 %

---

7 For en beskrivelse af disse elementer i den epidemiologiske vidensproduktion se Trostle, 2005.

8 British Medical Journal, JAMA, The Lancet og the New England Journal of Medicine.

af alle artikler og fra 1980'erne samtlige artikler, der blev skrevet i dette format (Luciana et al.). Uden at vi her skal gå ind i en dybere analyse af relationen mellem form og indhold, så er en vigtig pointe, at dette format med dets særlige form stiller specifikke krav til den form for erkendelse, der kan formidles og hvordan. De sociologiske og antropologiske aspekter af den epidemiologiske vidensproduktion finder dårligt plads i dette format. Dette gælder ligeledes de grundlæggende, men tids- og pladskrævende overvejelser om den sociale stratifikations ontologi, der for socialepidemiologiens kausalitetskonstruktioner er af så afgørende betydning. Tendensen til at de enkelte forskningsprojekter trækker på data fra større fortløbende befolkningsstudier (og således ikke nødvendigvis selv skal forholde sig til de hypoteser om 'det sociale' og individets ontologi, der har affødt tallenes strukturering), synes ligeledes at have bidraget til nedtoningen af epidemiologiens sociologiske og antropologiske elementer.<sup>9</sup> Kroppen der kan tegnes i dette særlige format, er således også en anden. Det er en krop, der ikke forbindes til dens socialitet eller kultur, selv ikke i de tilfælde, hvor den repræsenteres i form af klasse eller socio-økonomisk gruppe.

#### RISIKABLE HANDLINGER OG DET SUVERÆNE INDIVID: TRÆK AF VIDENSPRODUKTIONENS SOCIALHISTORISKE KONTEKST

Spirene, der var plantet i slut 1800-tallets socialreformer, og hvori staten blev iscenesat som en central aktør i reguleringen og beskyttelsen af samfundet mod industrialiseringens nye sociale og økonomiske strukturer, oplevede hastig vækst fra midten af det 20. århundrede. Ikke mindst erfaringerne fra de to verdenskrige forstærkede troen på statens berettigelse som samfundsregulerende instans (Rüdiger). Et stærkt narrativ i tiden umiddelbart efter 2. Verdenskrig bandt 1920'ernes og 30'ernes *laissez-faire*

---

9 Glostrupundersøgelsen og senere Østerbroundersøgelsen blev i en dansk epidemiologisk sammenhæng to centrale datasæt, hvoromkring en anseelig del af vidensproduktionen i 2. halvdel af det 20. århundrede formede sig. Talrige udgivelser udspringer fra netop disse to befolkningsstudier kontinuerligt fra deres start til nu. De blev det oplagte udgangspunkt for de danske opfølgninger på Bradford Hill og Richard Dolls studier af tobaksrygningens skadelige virkninger i 1956, der i løbet af 1970'erne blev identificeret som en af de primære cancerrisikofaktorer.

liberalisme til den økonomiske krise i 1930'erne og denne krise til opkomsten af den sociale uro, der var en nødvendig forudsætning for nazismen og 2. Verdenskrig. Det danske socialdemokrati, der skulle blive så afgørende en med-arkitekt for velfærdsstatens udvikling de følgende tre årtier, abonnerede kraftigt på netop denne udlægning af historiens gang og brugte den effektivt som løftestang for den politiske kollektivismе, de så fremtiden i.<sup>10</sup> I den nationaløkonomiske tænkning blev implementeringen af Keynes' kontraktive og ekspansive finanspolitik manifestationen af det oplevede behov for øget kollektiv regulering af individets og samfundets værn mod det frie markeds ukontrollable kræfter. Efterkrigstidens sundhedspolitik var ligeledes mærket af den politiske kollektivismе. Lovene om svangerskabshygiejne og skolelægeordningen viste dels en fortsættelse og en udvidelse af bestræbelserne på at skære igennem de sociale skels negative virkninger på befolkningssundheden ved at skabe tilbud (eller påbud i skolelægeordningens tilfælde) til alle uanset social status og velstand (Jacobsen og Larsen). Lovene vidner ligeledes om den brede politiske og sundhedsvidenskabelige konsensus om at fokusere på forebyggelse, støttet af såvel konservative som socialdemokrater.

Den politiske kollektivismes sejrskans blev imidlertid fremført af "individets kult", som Durkheim havde forudset det (Marske), og på overfladen af en mere grundlæggende individualisme, der måske tydeligst i Menneskerettighederne påkaldte sig en apolitisk, universel status. I den udstrækning man kan tale om en apolitisk eller rettere transpolitisk individualisme i efterkrigstiden 'moderne' samfund, må fokus rettes mod de elementer, som

---

10 I Socialdemokratiets valgprogram fra 1945 genfortælles historien: "Verden er siden 1939 blevet en nazistisk Trusel kvit, men tilbage staar et økonomisk System, der ikke formaaede at løse Førkrigstidens Problemer. Dette økonomiske System har i samme Grad som Krigen bragt Sved og Taarer over Menneskeheden, naar Kriserne, Nøden og Arbejdsløsheden for Alvor svang Pисken. Disse tilbagevendende Kriser havde en ikke uvæsentlig Andel i de politiske Rystelser, der igennem Trediverne truede Demokratierne og Freden for til sidst at føre til Nazismen og Krigen. Før vi har ændret dette System, har vi ikke rensat ud hverken til Bunds eller til Tops. [...] Det vil blive en Kilde til nye Kriser, mere Arbejdsløshed - maaske til nye Nazismer og nye Krige." "Fremtidens Danmark", Socialdemokratiets arbejdsprogram, 1945, 9. Programmet blev vedtaget på den socialdemokratiske partikongres d. 19.-22. aug. 1945.

sociologerne forstår ved individualisme: af-traditionaliseringen (Giddens) og opløsningen af de meningsgivende fællesskaber, der tidligere forlangte individet underlagt fællesskabets bedste (Bauman). Som Goffman i sin samtidsdiagnostik forklarede: "Many gods has been done away with, but the individual himself stubbornly remains a deity of considerable importance."<sup>11</sup> (Goffman 95). Individualismen var "tværpolitisk" al den stund, at hverken socialdemokrater, socialliberale eller konservative fornægtede individet dets position som 'guddom.' Individet blev den primære enhed for tildelingen af rettigheder og reguleringens centrale objekt.<sup>12</sup> Hos det sen-moderne (vestlige) individ, der ikke længere fokuserede på livet hinsides det jordiske men fandt sig selv bundet til det jordiske livs begrænsede horisont og sin egen individualitet som omdrejningspunkt heri, kunne kroppen begynde at tage form af 'selvets tempel' (for nu at parafrasere et af vor tids uendelige mængde af selvhjælpsmantraer). Den medicinske vidensproduktion bød sig, særligt fra sidste kvartal af det 20. århundrede, til som en substantiel del af 'temples' hellige skrifter. Denne særlige udmøntning af pastoralmagten og det styringsrationale, der med ophav i den kristne hyrdemetafor på en og samme tid fokuserer på flokken (befolkningen) og dets enkelte medlemmer (individet), identificerede netop det af-traditionaliserede, sekulariserede individ som styringens egentlige genstand (Foucault, "The Subject"). Individet synes på sin side at være taknemmelig for medicinens aura af fordoms autoritet og for de pejlemærker, som lægerne tilbyder. Styringsrationalet blev en central komponent i velfærdsstatens folkesundhedspolitiske tænkning (Vallgård 16) og fordrede ligeledes en gendannelse af den religiøse bekendelsestradition inden for kroppens domæne. Denne bekendelsestradition lader sig afsløre på et overfladisk

- 
- 11 Mange guder er blevet afskaffet, men individet selv fortsætter stædigt med være en guddom af betragtelig vigtighed.
- 12 Den politiske kollektivism, repræsenteret i Steinkes og de efterfølgende socialreformer, havde ikke fællesskaber eller kooperativer som rettighedernes og reguleringens centrum, men individet. For en detaljeret analyse af individ-stat forholdet i den danske socialpolitiske udvikling i det 20. århundrede se, Rüdiger 75 ff. Spændingsfeltet mellem deterministerne og voluntaristerne i den epidemiologiske vidensproduktion fandt således på sin vis sit sidestykke i velfærdspolitikken spændt ud mellem politisk kollektivism og en grundlæggende individualisme.

niveau, når vi "synder" og spiser junkfood, når vi "skammer os" over vores rygevaner og har "dårlig samvittighed" over den manglende motion, men på et mere grundlæggende niveau, når vi bekender vores biodata, vægt, blod og vaner i helbredsundersøgelser og hos lægen.

#### KROPPEN SOM SELVFORHOLDETS SYMBOL: SOCIALEPIDEMIOLOGI, RISIKOADFÆRD OG LIVSSTIL

Ligesom den politiske kollektivismen bar det 'guddommelig individ' i svøb, således bar også efterkrigstidens sundhedspolitiske fokus på forebyggelse kimen til det senere så dominerende fokus på risikoadfærd og livsstil. Første gang begrebet om livsstil anvendes i en dansk medicinsk sammenhæng, var i starten af 1950'erne, hvor den århusianske læge Helge Kjems imidlertid konstaterede, at "Som De har hørt flere gange i disse møder dannes menneskets livsstil allerede i de første leveår, og det er jo efterhånden så almindelig kendt og anerkendt, at man næsten glemmer, at der også sker noget senere [...] (72). Kjems' definition vidner om livsstilsbegrebets tidlige anvendelse inden for den Adlerske psykologiske forskning og illustrerer, hvordan livsstilsbegrebet skulle undergå en omkalfatrende betydningsændring i den epidemiologiske tænkning i løbet af blot et halvt århundrede. Forståelsen af livsstil som en selvvalgt adfærd, en "bevidst valgt måde at indrette sit liv på, som signalerer en ønsket social identitet i det moderne samfund"<sup>13</sup>, finder vej til epidemiologien gennem opkomsten af risikofaktor-epidemiologien. Fra midten af det 20. århundrede fremkom en særlig gren af den epidemiologiske forskning, der til forskel fra tidligere socialepidemiologisk forskning fokuserede specifikt på forskellige former for sundhedsadfærd og disses sammenhæng med sygdomsmønstre. Særligt de amerikanske Framingham-studier af koronare sygdomme, der startede i 1947 (Oppenheimer 620) og de britiske epidemiologer Bradford Hill og Richard Dolls efterhånden legendariske studier af sammenhængen mellem rygning og lungekræft fra 1956 fungerede som startskud for denne 'nye' form for epidemiologisk forskning (Susser). I 1971 præsenterede Ha-

---

13 Opslaget "livsstil" i Den Danske Ordbog: <http://ordnet.dk/ddo/ordbog?query=livsstil> (tilgået den 6. maj 2015).



gerup risikofaktorbegrebet i et af flere efterfølgende studier af koronare risikofaktorer (1309), og i 1980 præsenterede Tybjerg Hansen med reference til et af Glostrup-studierne den 'nye epidemiologiske metode' – det vil sige risikofaktorepidemiologien i *Ugeskrift for Læger* (1170-1172). Tybjergs studie var fokuseret på rygning som hos Hagerup, men også motion og kost og tegnede på sin vis et godt billede af, hvordan udviklingen i risikofaktor- og livsstilsbegrebet kom til at forme sig i de efterfølgende tre årtier. Den danske udvikling synes på mange områder at følge den udvikling, David Armstrong demonstrerer i en amerikansk kontekst, nemlig at risikofaktorepidemiologien "skabte det begrebslige rum, hvori adfærd kunne trives side om side med det relaterede begreb om livsstil, der fremkom i 1970'erne" (921). Første gang begrebet livsstil anvendes i *Ugeskrift for Læger*, er i en artikel fra 1978, hvor det engelske ord *lifestyle* oversættes til levevaner, levevis eller levemåde. I artiklen "Kost, levevaner og sundhed" tager Anker Christensen udgangspunkt i to amerikanske religiøse grupper (mormoner og Syvende dags adventister), som begge afstår fra rygning samt indtagelse af alkohol, kaffe, te, sodavand og fastfood. Til gengæld spiser begge grupper varieret kost med forholdsvis mange fibre, grøntsager og frugt og spiser sjældent eller aldrig kød. Desuden motionerer disse grupper mere end gennemsnitsbefolkningen, og de fokuserer på at få nok hvile samt undgå stresstilstande. Denne levemåde, konkluderer Christensen, har stor betydning for den lave incidens og dødelighed af blandt andet hjertesygdomme og cancer: "Tre af de værste risikofaktorer (vægt, blodtryk og serum-kolesterol) kan mildnes eller elimineres ved hjælp af gode sunde levevaner og en sund, fornuftig kost" (2250). Fra livsstilsbegrebets første optræden i *Ugeskriftet* i slutningen af 1970'erne er det gået stærkt. Inden for det første årti i 00'erne optræder ordet livsstil i 5 % af alle *Ugeskriftets* artikler.<sup>14</sup> Et lignende mønster afsløres i gennemgangen af de epidemiolo-

---

14 I alt figurerer ordet i 843 artikler ud af i alt 17150 fra 2001-2010. Der er foretaget en trunkeret søgning på ordet livsstil\* i UfL's onlinedatabase i alle artikler fra 2001-2010. Der er ligeledes foretaget en søgning på ordet 'livsstil' i titlen på artikler i papirudgaverne af UfL fra 1940 frem til 1999. Ligeledes er der i PubMed foretaget søgninger på ordene life style\* og lifestyle\* i UfL's artikler, dvs. titel og abstracts fra 1966-2010. Her skal man selvfølgelig være opmærksom på, at resultaterne man får primært stammer fra det engelske abstract og fra Pubmeds egen tildeling af

giske publikationer, som udsprang af Østerbro- og Glostrupundersøgelserne.<sup>15</sup> Tendensen til at man inden for risikofaktorepidemiologien fokuserer på sundhedsadfærd som det 'risikofrembringende', repræsenterer et valg. Risikofaktorer kunne principielt ligeså vel være af strukturel karakter (Krieger, "Sticky webs"), men de valg, forskere har truffet i konstruktionen af relevante variabler fra særligt 1970'erne og frem, har betydet, at begreberne 'risikofaktorer' og 'livsstilsfaktorer' med tiden er blevet tæt på synonyme og har virket til en afkortning af den kausalitetskæde, der nu kun i få studier strækker sig op mod det samfundsstrukturelle niveau. Fra 1970'erne og frem sker der en betydningsindskrænkning i den sundhedsvidenskabelige anvendelse af livsstilsbegrebet. Livsstil forstås ikke længere i relation til særlige økonomisk funderede klassestrukturer (som hos Marx), som et resultat af dialektikken mellem livschancer og livsvalg i socialgrupper (som hos Weber) eller som resultat af et sæt af strukturerende strukturer (som hos Bourdieu), men primært som et individuelt valg (Coreil og Levin). Billedet er ikke entydigt. Den epidemiologiske forskning i, hvad der nu finder sted under den generelle overskrift 'social ulighed i sundhed', eksisterer stadig. Den britiske 'Black Report', der i 1980 udkom med hovedkonklusionen, at den økonomiske ulighed i England manifesterede sig i en markant overdødelighed blandt samfundets svageste klasser, skabte fornyet opmærksomhed på den 'strukturelle' position i den socialepidemiologiske vidensproduktion. Der foretages også stadig danske epidemiologiske studier af social ulighed i sundhed, der beskæftiger sig med 'det sociale' betydning og således formulerer bud på den sociale stratifikationsontologi og dens betydning for kroppen. I Hjertestatistikken fra 2004 kun-

---

keywords. Artiklerne, som denne søgning har frembragt, er derfor blevet gennemgået efterfølgende med henblik på at se om ordet livsstil figurerer. Jeg vil i denne forbindelse gerne rette en tak til min daværende studentermedhjælper Malene Roost Lytsen, der har været behjælpelig med udførelsen af databasesøgningerne.

15 For en komplet liste over publikationer fra Østerbrounderundersøgelserne se [https://www.frederiksberghospital.dk/afdelinger-og-klinikker/oesterbroundersoegelsen/Documents/QBUS\\_pub\\_2014\\_05\\_08.pdf](https://www.frederiksberghospital.dk/afdelinger-og-klinikker/oesterbroundersoegelsen/Documents/QBUS_pub_2014_05_08.pdf) en lignende oversigt over publikationerne fra Glostrupundersøgelserne se <https://www.regionh.dk/fcfs/publikationer/PublishingImages/Sider/Publikationsliste/Publikationer19672013.pdf?rhKeywords=glostrupunders%C3%B8gelserne#search=glostrupunders%C3%B8gelserne>

ne man således læse, at "(d)en sociale deling i et samfund indebærer, at samfundet etablerer sociale positioner og tildeler magt og velstand til disse. Samtidig tilkæmper den enkelte borger sig en position i samfundshierarkiet fx ved uddannelse, men også på andre måder. Samspillet mellem positionens og individets egenskaber bestemmer bl.a. helbredsforhold i de forskellige sociale grupper." (Hjertestatistikken 2004). Denne position i den overordnede vidensproduktion synes imidlertid presset af udviklingen i den medicinske tænknings afstandstagen til dens sociologiske og antropologiske komponenter (konkret givet form i IMRaD-formatet) og af et mere generel socio-politisk ønske om at se det senmoderne individ som hævet over socialklasser, klassekamp og classesamfundets stratifikation generelt (Faber et al.). Epidemiologiske studier, der inddrager et samfundsstrukturelt perspektiv, udgives også i IMRaD-format, men her er det tydeligt, at de overvejelser om relationen mellem individet og 'det sociale' som Bentsen, Th. Sørensen, Westergaard og de andre tidligere epidemiologer kunne bruge adskillige sider på at beskrive, bliver kondenseret, og antagelserne om årsag forbliver derved i den uartikulerede hypotesedannelse. "Background: It has been hypothesized that areas with an unequal income distribution are less likely to invest in health and more likely to have a social environment that influences the development of ischaemic heart disease (IHD)." (Osler et al. 375). I senere medicinhistorisk litteratur er udviklingen af risikofaktorepidemiologien og fokuset på livsstil blevet anskuet som et naturligt svar på den demografiske transition, der betegner den gradvise overgang fra et sygdomsbillede domineret af infektionssygdomme til et sygdomsbillede domineret af kroniske sygdomme, som fandt sted i midten af det 20. århundrede (Minkler). Var det ikke fordi, at også dette 'nye' sygdomsbillede danner et socialt mønster, der på centrale områder ligner det tidligere, så kunne dette argument om naturlighed muligvis have haft en berettigelse. Andre har argumenteret for, at det nye blik på risikoadfærd kan ses som en reaktion på en voksende desillusion, hvad angår medicinens grænser. De medicinske interventioner mod kroniske sygdomme viste sig mindre effektive, og det var småt med pludselige og revolutionerende medicinske fremskridt som dem, bakteriologien kunne levere i slutningen af 1800- og starten af 1900-tallet. Meredith Minkler argumenterer således for, at opfattelsen af de medicinske interventioners

begrænsninger kan have været en medvirkende årsag til, at fokus i højere grad blev flyttet over på sundhedsadfærd og livsstil.

## KONKLUSION

Fra et politisk-økonomisk perspektiv synes det klart, at vidensproduktions udvikling i 1970'erne og starten af 1980'erne fandt sted parallelt med et udtalt politisk ønske om at begrænse omkostningerne i en sundhedssektor, der var eksploderet i omfang i løbet af 1950'erne og 1960'erne. Oliekrise, lavkonjunktur og stigende arbejdsløshed satte velfærdsstaten under pres og var med til at sætte fokus på sundhedssektorernes udgiftsniveau og på den mere overordnede fordeling mellem individ og stat af ansvaret for individets velfærd og sundhed. Sundhedsadfærd og selvhjælp kom i fokus i et politisk klima præget af mere konservative og liberalistiske ideologier repræsenteret ved Reagan, Thatcher og herhjemme Schlüter-regeringens etablering (Christensen og Ydesen). Risikofaktorepidemiologien tilbød et videnskabeligt fundament for fokuseringen på menneskers adfærd. Som nævnt indledningsvis har denne parallelitet ledt flere kritisk indstillede medicinhistorikere og sociologer frem til den konklusion, at den epidemiologiske tænkning i dag mest af alt repræsenterer en genspejling af en hegemonisk (neoliberal) politisk diskurs. Historien synes imidlertid mere kompliceret end som så og omfatter dels en dybereliggende individualisme og dels en sundhedsvidenskabelig bevægelse båret af en forrang givet til en deterministisk kausalitetsforståelse, der tilstræber et ideal om kortest mulig afstand mellem årsag og virkning. Mens forklaringerne på *hvorfor* den epidemiologiske vidensproduktion har udviklet sig, som den har, brydes i medicinhistoriens historiografi, så udkrystalliserer udviklingens konsekvenser sig i form af den implicite konstruktion af kroppen som et produkt af individets handlinger. Hvis vi for et øjeblik godtager Figlios neomarxistiske argument om, at medicin er ideologi, al den stund at (også) den medicinske tænkning gennem aggregeringen af rutine og praksisser lærer os at acceptere naturens og samfundets orden, hvad vil da risikoepidemiologien, livsstilsundersøgelserne og den deterministiske kausalitetstænkning lære os at acceptere? Svaret vil næppe være entydigt, men vil utvivlsomt have en forståelse af individets forvaltning af ansvar og

frihed som et centralt omdrejningspunkt. Den sundhedsvidenskabelige vidensproduktion er i dag i høj grad karakteriseret ved identifikationen med naturvidenskaberne og ved den forrang, der gives de videnskabelige rationaler, der binder molekylære årsager og virkninger sammen i skyggen af det suveræne, handlende subjekt. Centralt i denne historiske proces står opkomsten af begreberne om risikoadfærd og livsstil i den medicinske tænkning. Disse begreber viste vejen, før 'beviset' endnu var fundet, og de bød sig til som beskrivelser af de oplagte interventionsområder, da beviserne kom. Med udgangspunkt i den kortest mulige afstand mellem årsag og virkning kan vi derfor nu på det kropslige niveau nyde den samme gen-ansvarliggørelse, eller 'mægtiggørelse' om man vil, vi som politiske subjekter mærker som 'empowerment' gennem velfærdsstatens nye konfiguration af ansvar, fremkomsten af sundhedsforsikringer, privatisering, det frie sygehusvalg og øget brugerbetaling og så videre. Kausalitetskæden i den epidemiologiske tænkning, der tidligere bandt sociale strukturer (og særligt den sociale stratifikations betydning) til kroppens patologiske tilstande, synes at have mistet meget af sin akademiske såvel som politiske styrke. Spørgsmålet er ikke, om kausaliteten er sand eller falsk. Efter alt at dømmes og med de kriterier for sandhed, som nu er gældende inden for det natur- og samfundsvidenskabelige paradigme, repræsenterer både den korte adfærd-sygdomskausalitet og den lange socialstrukturelle kausalitetskæde en sand association. Hvis vi på den baggrund forlader sandt-falsk dikotomien som et relevant kriterium for udmålingen af kausalitetskædens længde, står vi tilbage med den svært gennemtrængelige sundhedsvidenskabelige hypotesedannelsesproces. Denne proces levnes som nævnt ikke megen plads i IMRaD-formatet, og blandt andet derfor bliver den stadig sværere at gennemskue. Fleck argumenterede i sin tid for, at den medicinske hypotesedannelse har sine rødder i socio-kulturelle, 'før-videnskabelige' og 'tågede ideer' om årsagssammenhænge, som han betegnede som 'proto-ideer'. Han konkluderede på den baggrund (gennem sin historiske analyse af Wassermanns reaktionen), at "i videnskab, ligesom i kunsten og i livet, er det kun det, der er sandt i kulturen, der er sandt i naturen." (35).

Det er ligeså fristende som det er misvisende at parallelisere nutidens konstruktion af kroppen som en manifestation af individets moral med den konstruktion af kroppen, der herskede i midten af 1800-tallet. Skønt

forankring af 'den første bevæger' på et etisk og moralsk niveau ved første øjekast virker identisk, så er denne forankring i vor tid ikke som i 1800-tallet resultatet af en kulturevolutionistisk konstruktion af den sociale stratifikation og kroppens placering heri. Forankringen i vor tid synes langt mere at være et produkt af en individualiseringsproces koblet med empirismens epistemologiske krav på sandhed, der tilsammen udgør rammerne om den dobbelte (politisk/videnskabelige) stræben efter at forkorte afstanden mellem årsag og virkning. Det er en forankring i et individ, der nærmest ikke befinder sig i en social orden og i hvert fald ikke oplever sig selv som en del af en social klasse (Faber et al.). Det er formentlig herigennem, man kan se den medicinske tænknings bidrag til forståelsen af kroppen som en manifestation af selvets forvaltning af frihed og ansvar – dens bidrag til konstruktion af kroppen som selvets moralske prisme.

Ivan Lind Christensen, adjunkt ved Historiestudiet, Aalborg Universitet. Har udgivet *Lethal Differences – a short history of the concepts of wealth and poverty in Danish epidemiological writings 1858-1914* (i *History of the Human Sciences* Vol. 24, Nr. 3, 2011, s. 1-21.) samt *Arctic Neurasthenia – The Case of Greenlandic Kayak Fear 1864-1940* (i *Social History of Medicine* 26 (3): 2013, 489-509). Ph.d. fra KU, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, med afhandlingen *Knowing the social: Historical reflections on the Danish production of social epidemiological knowledge 1858-1960*.

## CONCEPTUALIZING THE BODY

On social epidemiology, lifestyle and causation in the 19<sup>TH</sup> and 20<sup>TH</sup> century

In the intersection between neoliberal entrepreneurship and epidemiological models of causation in late modernity the body has become one of the most prominent symbols of individual self-conduct, self-control and moral. Through the symbolic reading of the body, experts as well as laymen believe they can reach true statements about the individuals' lifestyle, self-conduct, risk management, moral and not least self-discipline. But how did we come to a point in time where the body, health and illness became primarily the manifestation of lifestyle and individual self-conduct? In this article a few pieces of the Danish historical development towards this place in time will be outlined. The relationship between the body, culture and class has been

the focal point of epidemiological research for well over 150 years. Characteristic of this production of knowledge is the formulation of shifting and often contradictory theories about the ontology of the individual and society, and the relation between these two entities. This article focuses on the development within epidemiological production of knowledge and its relations to contemporary intellectual, political and social changes, which seem to have been crucial for the way in which we now understand the body.

*Keywords:* Body, Lifestyle, Epidemiology, Medical history, Moral

## LITTERATUR

- Armstrong, David. "Origins of the problem of health-related behaviours: a genealogical study." *Social Studies of Science* 39: 6 (2009), 909-926.
- Bastholm, Hans. *Theoretisk og praktisk Anviisning til Fattigvæsnets hensigtsmæssige Bestyrelse i Danmark uden for Hovedstaden*. Slagelse, 1817.
- Bauman, Zygmunt. *Flydende Modernitet*. Hans Reitzels Forlag, 2006.
- Bentsen, J. "Om nogle af de forhold, der betinge dødeligheden". *Bibliotek for Læger* 2 (1861): 241-345.
- Bourdieu, Pierre. *La Distinction: Critique sociale du jugement*. Paris: Les Editions de minuit, 1979.
- Bynum, W.F.: Tansey E.: Lawrence C.: Jacyna, S. og Hardy, A. *The Western Medical Tradition – 1800-2000*. Cambridge: Cambridge University Press, 2006.
- Chadwick, E. *Report on The Sanitary Conditions of the Labouring Population*. London, 1842.
- Christensen, Anker. "Kost, levevaner og sundhed". *Ugeskrift for Læger*, vol. 140, nr. 37 (1978): 2250-2.
- Christensen, Ivan Lind. "Lethal differences: a short history of the concepts of wealth and poverty in Danish epidemiological writings 1858-1914". *History of the Human Sciences*, Vol. 24, Nr. 3, (2011): 1-21.
- Christensen, Ivan Lind og Christian Ydesen "Staten, individet og styringen". *Dansk ny-liberalisme*. Red. Anders Lundkvist. Frydenlund, 2009. 133-152.
- Coleman, W. *Death Is A Social Disease – Public Health and Political Economy in Early Industrial France*. Wisconsin: Wisconsin University Press, 1982.
- Coreil, J. og Levin, J.S. "A critique of the life style concept in public health education". *Int. Q. Community Health Educ.* 5 (2) (1984): 103-114.
- Desrosières, A. *The Politics of Large Numbers*. London: Harvard University Press, 1998.
- Faber, Stine Thidemann: Prieur, A.: Rosenlund, Lennart og Skjøtt-Larsen, Jakob. *Det skjulte klassesamfund*. Sociologiske Studier (4): Århus Universitetsforlag, 2012.
- Figlio, Karl. "Medical Diagnosis, Class Dynamics, Social Stability". *Science, Technology and the Labour Proces*. Red. Levidow, L. og Young B., Marxist studies2. London: New Jersey: Free Association Books 1985, 129-165.

- Fleck, Ludwik. *Genesis and Development of a Scientific Fact*. (org. 1935) Chicago: The University of Chicago Press, 1979.
- Foucault, Michel. *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France 1978-79*. New York: Palgrave, 2008.
- Foucault, Michel. *The Birth of the Clinic*. (org. 1963) London: New York: Routledge, 2008.
- Foucault, Michel. *The order of things*. (org. 1966), London, Routledge, 2009.
- Foucault, Michel. "The Subject and Power." *Critical Inquiry* Vol. 8, No. 4 (1982): 777-795.
- Giddens, A. *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. California: Stanford University Press, 1991.
- Goffman, E. "The Nature of Deference and Demeanor". *Interaction Ritual*, Red. Goffman, E., (org. 1967) New York: Random House-Pantheon, 1982.
- Hacking, Ian. "How should we do the history of statistics?". *The Foucault effect: Studies in Governmentality*. Red. G. Burchel, (et al.), Chicago: University of Chicago, 1991.
- Hagerup L. "Tobaksrygning og koronare risikofaktorer". *Ugeskrift for Læger* 133 (1971): 1309-1314
- Higgs, E. "The Linguistic Construction of Social and Medical Categories in the Work of the English General Register Office, 1837-1950". *Categories and Contexts: Anthropological and Historical Studies in Critical Demography* Red. S. Szreter. New York: Oxford University Press, 2004.
- Hjertestatistikken 2004, Udarbejdet af Hjerteforeningen og Institut for Folkesundhed, Københavns Universitet. Tilgængelig på: <http://www.si.folkesundhed.dk/upload/Hjertestatistik2004.pdf>
- Jacobsen, Kurt og Larsen, Klaus. *Ve og velfærd: Læger, sundhed og samfund gennem 200 år*. København: Lindhardt & Ringhof, 2007.
- Kjems, H. "Sociallægens betydning for en rationel behandling af forsorgsklientellet". *Samfundet og Folkesundheden*, Red. Bonnevie, P. København, 1951. 72-76.
- Koselleck, R. "Begriffsgeschichte and Social History." *Futures past: on the semantics of historical time*. Red. R. Koselleck. New York: West Sussex: Columbia University Press, 2004. 75-92.
- Krieger, N. "Epidemiology and the web of causation: Has anyone seen the spider?" *Social Science & Medicine*. 39:7 (1994): 887-903.
- Krieger, N. "Sticky webs, hungry spiders, buzzing flies, and fractal metaphors: on the misleading juxtaposition of "risk factor" versus "social" epidemiology". *J Epidemiol Community Health* 53 (1999): 678-680.
- Kunitz, S. J. "Explanations and Ideologies of Mortality Patterns" *Population and Development Review* 13 (1987): 379-408.
- Lemke, Thomas. "The birth of bio-politics: Michel Foucault's lecture at the Collège de France on neo-liberal governmentality". *Economy and Society* 30:2 (2001): 190-207.
- Luciana B. Sollaci og Mauricio G. Pereira. "The introduction, methods, results, and discussion (IMRaD) structure: a fifty-year survey". *J Med Libr Assoc*. 92:3 (2004): 364-371.
- Løkke, A. "No difference Without a Cause - Infant Mortality Rates as a World View Generator". *Scandinavian Journal of History* 20, (1995): 75-96.



- Marske, E.C. "Durkheim's 'cult of the Individual' and the Moral Reconstitution of Society". *Sociological Theory*, vol. 5:1 (1987): 1-14.
- Minkler, M. "Personal Responsibility for Health? A Review of the Arguments and the Evidence at Century's End". *Health Educ Behav* 26 (1999): 121-141.
- Munck, V. *Om Fattigdom i Kjøbenhavn*. København, 1868.
- Oppenheimer, Gerald, M. "Becoming the Framingham Study 1947-1950". *Am J Public Health*. 95(4) (2005): 602-610.
- Osler, M.: Christensen, U; Due, P.; Lund, R.; Andersen, I. og Diderichsen, F.: "Income inequality and ischaemic heart disease in Danish men and women". *Int. J. Epidemiol.* 32 (3) (2003): 375-380.
- Parascandola, M. og Weed D.L. "Causation in epidemiology". *J. Epidemiological Community Health*, 55, (2001): 905-912.
- Porter, R. *The greatest benefit to mankind – a medical history of humanity from antiquity to the present*. London: Fontana Press, 1999.
- Quetelet, A. *Sur l'homme et le développement de ses facultés, ou Essai de physique sociale*. Paris: 1835.
- Rose, Nikolas. *Powers of Freedom – reframing political thought*. Cambridge: Cambridge University Press, 1999.
- Rüdiger, Mogens. *Statens synlige hånd – om lovgivning, stat og individ i det 20. århundrede*. Århus: Århus Universitetsforlag, 2003.
- Schleisner, P. *Orienterende Bemærkninger angaaende Sundhedsvilkaarene og Dødelighedsforholdene i Kjøbenhavn*. København: C A. Reitzels Forlag, 1877.
- Susser, M. "Does risk factor epidemiology put epidemiology at risk? Peering into the future". *Journal of Epidemiol & Community Health* 52 (1998): 608-611.
- Sørensen, Th. "Maximalarbejdstiden set fra et hygiejnisk Standpunkt". *Tidsskrift for sundhedspleje* 1 (1889): 123-139.
- Trostle, James, *Epidemiology and Culture*. Cambridge: Cambridge University Press, 2005.
- Tybjaerg-Hansen A. "Forbyggelse af kardiovaskulære sygdomme". *Ugeskrift for Læger*, Apr. 28; 142 (18) (1980): 1170-2.
- Ulrik, A. "Om hygiejnisk statistik". *Det Nittende Aarhundrede*. Oct.-Dec., (1876): 59-72.
- Vallgård, Signild. *Folkesundhed som politik – Danmark og Sverige fra 1930 til i dag*. Århus: Århus Universitetsforlag, 2003.
- Villermé L. *Tableau de l'Etat physique et moral des Ouvriers employés dans les Manufactures de Coton, de Laine et de Soie*. 2 bd. Paris: 1840.
- Westergaard, H. og Rubin, M. *Landbefolkningens Dødelighed i Fyens Stift: et Bidrag til en Dødelighedsstatistik for Kongeriget Danmark*. København: 1886.
- White, Kevin. *An introduction to the Sociology of Health and Illness*. London: Sage, 2002.

