



# Gelukkig maar ongezond

Een interdisciplinair onderzoek naar de sociale wortels van de gezondheidscultuur, evenals een uiteenzetting van *intuitive eating* als alternatief daarvoor



s

Maaïke Rosemarijn Stalman  
1024744  
maaïke.stalman@student.uvh.nl

Universiteit voor Humanistiek  
Bachelor Thesis B3-BT  
Coördinator: Dr. Pien Bos  
Begeleider: Dr. Martien Schreurs  
Examinator: Dr. Hanne Laceulle  
Datum: 25 juni 2021  
Woordenaantal: 8000

## Abstract

Although the current obsession with health is defined as Orthorexia Nervosa in a medical perspective, I argue that such a diagnosis places too much responsibility on the individual. Steven Bratman, who coined the term orthorexia in 1997, describes various of its ‘hidden causes’, with which he lays a foundation for my cultural-philosophical delve into the sources of this ‘health culture’, as I call it. I relate the broad phenomenon of the health culture to the ongoing processes in the modernity as defined by Giddens (1991) and Rosa (2013). The various aspects of modernity that contribute to this culture appear to be closely related. It starts with the idea that individuals are responsible for their own diet, body and health. For example diets, sports and technology are widely accepted ways of maintaining control over the body. But the belief that we can control our body with our mind, that the body is merely an "object," has the ugly implication that all who are sick, fat or disabled have themselves to blame. Fat and unhealthy are equated with ‘bad’, thin and healthy with ‘good’. This moralization of health also builds on the medicalization of society, in which more and more social phenomena are measured on the basis of illness and health. Lastly, feminist scholars have related disordered eating to a diet culture that objectifies the (female) body. As an alternative to this pursuit of health and thinness, I introduce the concept of intuitive eating. This way of eating, which departs from a resonant, responsive relationship between body and mind, is based on research that shows that dieting does not work, health does not equate thinness and the development of eating disorders is determined by cultural discourses. By recognizing and rejecting the health culture, no longer labeling food as ‘good’ or ‘bad’, and listening to your body, intuitive eating is a variant of Rosa’s concept of resonance. It indicates that we should exist in a way that is aimed at ‘being’ a body rather than ‘having’ a body, and trust, rather than control it.

# Inhoud

Inleiding .....	5
Probleemstelling.....	8
<i>Onderzoeksdoel</i> .....	8
<i>Onderzoeksvraag</i> .....	8
<i>Relevantie</i> .....	8
<i>Onderzoeksopzet</i> .....	10
Hoe wordt de gezondheidscultuur vanuit een medisch oogpunt geduid? .....	11
Hoe kan de gezondheidscultuur vanuit sociaal oogpunt begrepen worden?.....	15
<i>Moderniteit en reflexiviteit</i> .....	15
<i>Controle en beheersing</i> .....	17
<i>Individuele verantwoordelijkheid en moralisering</i> .....	20
<i>Diet culture</i> .....	22
Op welke manier kan het sociale oogpunt een alternatief faciliteren?.....	24
Conclusie.....	27
Discussie.....	29
Dankwoord .....	31
Literatuur .....	32

## Inleiding

In 2015 riep *De Volkskrant* uit dat voedselstress zijn hoogtepunt had bereikt. We maken ons zorgen over zuivel, gluten en bewerkt voedsel, suiker is het nieuwe roken en er lijkt haast geen voedingsmiddel meer te zijn dat niet in verband is gebracht met kanker<sup>1</sup>. Daarnaast groeit de ontevredenheid met het lichaam: in 2021 heeft 60% van de jonge vrouwen en 37% van de jonge mannen zeker wekelijks negatieve gedachten over hun gewicht, de vorm van hun lijf of een bepaald lichaamsdeel<sup>2</sup>. In de 21<sup>e</sup> eeuw groeit de occupatie met gezondheid, afvallen en sporten gestaag, en ook door het Coronavirus is ‘gezond leven’ sinds 2020 steeds meer een maatschappelijke verplichting geworden. Daarnaast is men ook diëten steeds meer als een morele, gezonde en sociale verplichting gaan zien (Bacon, 2010). Gezond- en slankheid zijn inmiddels gaan staan voor schoonheid, succes en zelfcontrole, terwijl ‘overgewicht’<sup>3</sup> wordt geassocieerd met morele of persoonlijke incompetentie (Marzano-Parisoli, 2001).

Ignas Devisch constateert in zijn boek ‘Ziek van gezondheid’ (2013) dat we in West-Europese samenlevingen meer dan ooit naar gezondheid streven, een ontwikkeling die hij duidt met de term ‘gezondheidscultuur’. Daarbij signaleert hij een groep mensen die hij *the worried well* noemt, mensen die het relatief heel goed hebben, maar zich desondanks veel zorgen maken over hun gezondheid: ze zijn niet ziek, maar naar eigen zeggen ook niet ‘echt’ gezond. ‘Gezond’ is een norm geworden waarnaar we maatschappelijk en individueel streven, maar die we eigenlijk nooit kunnen bereiken: het behelst immers niet enkel de afwezigheid van ziekte, maar ook een optimaal gewicht, uiterlijk, kracht, energie en functioneren (Devisch, 2013; Wendell, 1996). Deze morele ideologie vormt een groot risico, aangezien verstoord en obsessief eetgedrag algemeen aanvaarde manieren zijn om om te gaan met onvrede over gezondheid, gewicht en lichaamsbeeld (Hesse-Biber, Leavy, Quinn & Zoino, 2006).

---

<sup>1</sup> De Volkskrant. (2015, 24 december). Zo bereikte de voedselstress zijn hoogtepunt. Geraadpleegd op 15 maart 2021 van <https://www.volkskrant.nl/nieuws-achtergrond/zo-bereikte-de-voedselstress-zijn-hoogtepunt~bb633aa3/>

<sup>2</sup> NOS. (2021, 19 maart). Kwart van jongeren ontevreden met lichaam. Geraadpleegd op 22 maart 2021 van <https://nos.nl/artikel/2373232-kwart-van-jongeren-ontevreden-met-lichaam-buik-grootste-probleem.html>

<sup>3</sup> Ik volg Harrison in haar gebruik van aanhalingstekens om het woord ‘overgewicht’. Het woord heeft een stigmatiserende werking op mensen in grotere lichamen en voedt de neiging om lichaams grootte als ziekte te zien. Voor uitgebreidere uitleg zie (Harrison, 2020, 11).

Ook Steven Bratman en David Knight (2000) merken op dat de obsessie met gezond eten de afgelopen decennia uit de hand is gelopen. In 1997 muntte Bratman de term ‘Orthorexia Nervosa’ voor een door hem waargenomen aandoening die beschreven kan worden verstoord en obsessief eetgedrag gericht op gezondheid. Sindsdien is veel onderzoek gedaan naar dit fenomeen en vanuit verschillende hoeken gepoogd om de diagnose officieel op te nemen in de DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), het officiële handboek voor psychiatrische aandoeningen, naast onder andere de eetstoornissen Anorexia Nervosa en Boulimia Nervosa (zie bijvoorbeeld Chaki, Pal & Badyopadhyay, 2013). Orthorexia Nervosa zou een unieke aandoening zijn, anders dan de erkende eet- of angststoornissen, en zou daarom een plaats in de DSM verdienen.

Hoewel een dergelijke diagnose handig, of – in een gemedicaliseerde maatschappij – zelfs nodig kan zijn, doet dit teniet aan de complexiteit van het gezondheidsprobleem. Christy Harrison (2020) beschrijft hoe de waargenomen obsessie met gezondheid onderdeel uitmaakt van een omvangrijk maatschappelijk fenomeen genaamd *diet culture*, een systeem van overtuigingen dat dunheid idealiseert en het gelijkstelt aan gezondheid en morele deugd, gewichtsverlies aanmoedigt, bepaalde manieren van eten verheft en andere demoniseert, en ‘ongezonde’ mensen onderdrukt. In plaats van te zoeken naar een diagnose in individuen, zou het probleem dus eerder in maatschappij, cultuur of tijdsgeest gezocht moeten worden.

Devisch (2013) beschrijft hoe oorzaken van medische diagnoses tegenwoordig vooral worden gesitueerd in het individu, veeleer dan in de samenleving of ‘het systeem’, terwijl er wel degelijk verbanden bestaan tussen een bepaald tijdsgewricht en ziektes. Hacking (1990, in Devisch, 2013) duidt die verbanden aan met de term *transient mental illnesses*: bepaalde (mentale) ziektes die typisch zouden zijn voor bepaalde tijdsperiodes. Zowel Anthony Giddens (1991) als Hartmut Rosa (2013) beschrijven de grote impact van de moderniteit op de invulling van het persoonlijke leven. Giddens beschrijft de invloed van reflexieve moderniteit op de vorming van identiteit, die door middel van *lifestyle choices* continu opnieuw moet worden vormgegeven, wat resulteert in verregaande controle over verschillende ‘lichaamsregimes’ en in de ergste gevallen tot bijvoorbeeld anorexia en angststoornissen. Rosa behandelt met name depressie en burn-out als gevolgen van het centrale element van de moderniteit: de ‘totalitaire’

maatschappelijke versnelling. In de vorm van vergankelijke normen voert de versnelling een constante druk uit op het moderne subject, dat tegelijkertijd meer dan ooit autonoom en ‘vrij’ wil zijn. Deze frictie leidt volgens Rosa tot vervreemding; we worden gedwongen om mee te moeten komen in de haast van het moderne leven, door het ‘zelf’ continu te verbeteren. Als alternatief hiervoor pleit Rosa voor resonantie: een relatievorm waarin het subject en de wereld als het ware ‘antwoordend’ tegenover elkaar staan, en daarmee naar elkaar kunnen luisteren, gehoor kunnen, durven en willen geven aan elkaars vragen.

Robert Crawford introduceerde al in 1980 het theoretische concept *healthism*, waarmee hij de individuele verantwoordelijkheid voor gezondheid relateert aan de neoliberale structuur van de maatschappij. In diezelfde lijn wil ik hier de gezondheidscultuur relateren aan de inrichting van de moderniteit, die wordt vormgegeven door een meritocratische, neoliberale samenleving. Meritocratisch in dat in grote mate gericht wordt op meetbare prestaties en uitgegaan wordt van een individuele verantwoordelijkheid voor succes, welzijn en geluk (Verhaeghe, 2012). Neoliberaal in dat die gericht is op maximale mobilisatie van mensen en middelen met het oog op een allesoverheersend winststreven: men moet zich blijven ontplooien, bijschaven, en nieuwe kansen aangaan (Devisch, 2013). Rosa (2013) beargumenteert dat juist door maatschappijkritiek op tijdsomstandigheden te baseren, deze aan plausibiliteit wint; de tijd vormt immers een alomtegenwoordig element van het sociale leven.

## Probleemstelling

### *Onderzoeksdoel*

Mijn eerste these is dat de sociaal-culturele kenmerken van de moderniteit ook de oorsprong vormen van de gezondheidscultuur. De veranderende context van maatschappelijke versnelling, groeiende risico's en onzekerheid heeft dusdanig veel invloed op onze levenskeuzes, ideeën van identiteit en autonomie, dat ik wil stellen dat gezondheidscultuur een symptoom is van de modernisering. Paul Verhaeghe betoogt in zijn boek 'Identiteit' (2012) dat maatschappelijke veranderingen een dusdanige impact op onze identiteit hebben, dat ze leiden tot een verlies aan zelfbesef, desoriëntatie en vertwijfeling. Het verbinden van 'individuele'<sup>4</sup> pathologieën aan de context van de maatschappij bestaat bovendien al langer; zo schreef Foucault over 'micromechanismen van de macht', waarbij ons individuele gedrag gestuurd wordt door subtiele, vrijwel onherleidbare, geïnternaliseerde normen (Foucault, 1971 in Devisch, 2013). In het eerste deel van deze thesis herleid ik hoe 'gezond zijn' zo'n zelfde subtiele, geïnternaliseerde norm is geworden.

Mijn tweede these is dat het alternatief voor vervreemding, depressie en burn-out volgens Rosa, 'resonantie', ook mogelijkheden biedt als een alternatief voor de obsessie met gezondheid. In het laatste deel analyseer ik deze mogelijkheid in de vorm van de theorie van *intuitive eating*.

### *Onderzoeksvraag*

De hoofdvraag van mijn scriptie is 'Hoe kan de gezondheidscultuur begrepen en benaderd worden als symptoom van de moderniteit?', opgedeeld in de deelvragen:

- Hoe wordt de gezondheidscultuur vanuit een medisch oogpunt geduid?
- Hoe kan de gezondheidscultuur vanuit een sociaal oogpunt begrepen worden?
- Op welke manier kan dit sociale oogpunt een alternatief faciliteren?

### *Relevantie*

Door veelal vanuit medisch oogpunt te kijken naar de gezondheidscultuur, wordt geen recht gedaan aan de omvang en complexiteit van het probleem. Het is onmogelijk om door middel van klinische factoren alleen, de enorme toename van

---

<sup>4</sup> Tussen aanhalingstekens omdat de pathologie van gezondheid weliswaar bekendstaat als een individuele (Orthorexia Nervosa), maar mijns inziens dus *juist* een sociale is.



verstoord eetgedrag gedurende een periode van ruim 50 jaar volledig te verklaren (Hesse-Biber et al., 2006). Dit interdisciplinaire onderzoek, dat voornamelijk zal putten uit de sociologie, filosofie en (feministische) psychologie, breidt het kader waarin de gezondheidscultuur tot nu toe gezien wordt met een cultuurfilosofische analyse uit. Rinaldi et al. (2016) beschrijven dat de huidige klinische praktijk, die zich richt op het aanpassen van gedrag en het behalen van een streefgewicht, slechts beperkte resultaten behaalt en mogelijk zelfs dominante, culturele verwachtingen rondom gezond- en fitheid, obesitas en eetstoornissen in stand houdt. Deze thesis biedt aan de hand van opgedane inzichten een alternatief in de vorm van *intuitive eating*, en geeft daarmee de klinische praktijk, waarin ook steeds meer humanistische werkzaam zijn, handvatten voor verbetering van hun behandelmethoden.

De pogingen om de gezondheidscultuur onder de diagnose Orthorexia Nervosa te scharen, houdt bovendien het idee in stand dat dit een individuele pathologie zou zijn. Veel studies hebben het idee gereproduceerd dat het individu zowel de schuld voor zijn gezondheidsproblemen als de last van hun oplossingen zou moeten dragen (Crawford, 2006). Daarmee negeren zij de veelheid aan invloeden op gezondheid buiten het bereik of de macht van een individu zoals sociaaleconomische status, genetische factoren, omgevings- en werk gerelateerde factoren en ongevallen (Hanganu-Bresch, 2020). Deze normatieve individuele verantwoordelijkheid maakt dat velen zonder twijfel – en ten koste van hun mentale gezondheid – aannemen dat ze moeten diëten, sporten en afvallen om gezond te worden. Bregje Hofstede beschrijft dit in haar essaybundel ‘De herontdekking van het lichaam’ (2016) als implicatie van het individuele maakbaarheidsideaal. De disciplinerende van het lichaam, zoals extreem gezond eten en overmatig sporten, gaat volgens haar vooral om presteren:

‘Gaandeweg ging ik me afvragen of ik – met al mijn aandacht en oefeningen en al mijn nieuwe weetjes over gezonde eet- en leefpatronen – er niet vooral handiger in werd mijn lichaam nog geraffineerder in dienst te stellen van mijn hoofd (of nauwkeuriger: mijn plichtsbesef).’ (Hofstede, 2016, p. 55)

Hoewel ik geenszins wil aantonen dat individuele aspecten niet van belang zijn, bieden ze in dit geval geen volledige verklaring, omdat de obsessie met

gezondheid zich voordoet in de context van sociale factoren. Dit onderzoek zal licht werpen op dit sterk normatieve karakter van de gezondheidscultuur en de sociale oorzaken daarvan. Door daarnaast te pleiten voor een alternatief in de vorm van *intuitive eating* en daarmee de vraag te stellen naar ‘het goede leven’, bied ik in mijn thesis mogelijkheden om onze kwaliteit van leven te verbeteren.

### *Onderzoeksopzet*

Mijn scriptie is een thematisch onderzoek: ik werk een eigen thema uit, weliswaar vooral aan de hand van sociologen Giddens en Rosa, maar ondersteund door meerdere andere auteurs. Het onderzoek valt onder de stroming ‘cultuurfilosofie’, omdat de mens in een door mensen veranderende maatschappij bestudeerd wordt. Daarbinnen zal ik verschillende eigenschappen van de moderne cultuur analyseren, en proberen menselijke ervaringen en gedragingen in die context te plaatsen, verklaren en begrijpen. Voor de eerste deelvraag zal ik met name gebruik maken van Bratman (2002) om orthorexia te duiden. Daarna gebruik ik naast Giddens (1991) en Rosa (2013; 2020) onder andere Wendell (1996), Crawford (1980; 1987) en Devisch (2013) om het sociale oogpunt op gezondheid uit te werken. Om ten slotte in lijn van Rosa’s resonantie het concept *intuitive eating* als alternatief voor te stellen gebruik ik met name Tribole en Resch (2012) en Harrison (2020).

## Hoe wordt de gezondheidscultuur vanuit een medisch oogpunt geduid?

Gezond eten wordt geassocieerd met positieve uitkomsten zoals een verkleining van de kans op obesitas, diabetes, hart- en vaatziekten en kanker (McComb & Mills, 2019). Wanneer het streven naar gezondheid echter zodanig gaat overheersen dat het sociaal en fysiek beperkend wordt, wordt gesproken van ‘Orthorexia Nervosa’. Deze term werd in 1997 gemunt door de Amerikaanse arts Steven Bratman en duidt een conditie die gekenmerkt wordt door een fixatie op gezond eten en goede voeding. De afhankelijkheid van een dergelijk strikt dieet kan resulteren in ernstige tekorten van essentiële voedingsstoffen, die niet alleen de gezondheid kunnen schaden, maar ook levenskwaliteit kunnen belemmeren (Bratman & Knight, 2000). Hoewel de naam ‘Orthorexia Nervosa’ afstamt van de Griekse woorden “ortho” (juist, correct), “orexis” (eetlust) en “nervosa” (psychisch ongezond) en daarmee doet denken aan de eetstoornissen Anorexia Nervosa en Boulimia Nervosa, wordt de recentelijk opgekomen ‘stoornis’ tot op heden niet erkend als stoornis in de DSM.

Ongeacht de overlap tussen de drie eetstoornissen, verschilt orthorexia van de twee erkende eetstoornissen in het gegeven dat de nadruk aanvankelijk ligt op de *kwaliteit* van eten, in tegenstelling tot op de *kwantiteit* (Bratman & Knight, 2000). Hanganu-Bresch (2020) betoogt echter dat dit onderscheid, dat in de praktijk neerkomt op het verschil tussen gezond- en slankheid, in de Westerse cultuur moeilijk te maken is, aangezien ‘overgewicht’ wordt geassocieerd met ongezond en dun met fit of gezond. Orthorexia wordt daardoor in eerste instantie sociaal geaccepteerd omdat het zich voordoet als gezondheidsbevorderend. Bovendien is er discussie over de kwalijkheid van orthorexia; volgens sommige auteurs is de fixatie op gezond eten voor eetstoornispatiënten een sociaal geaccepteerde manier om controle te houden, terwijl anderen benadrukken dat dit juist een risicofactor vormt om een ‘klassieke’ eetstoornis te ontwikkelen (Brytek-Matera & Donini, 2018).

Hoewel Bratman (2017) de term in eerste plaats alleen in de klinische praktijk wilde toepassen, zijn er in de twintig jaar na zijn publicatie meerdere artikelen verschenen die orthorexia als mogelijke eetstoornis hebben behandeld. Er zijn verschillende vragenlijsten ontwikkeld om orthorexia te diagnosticeren,

waaronder de ORTO-11, ORTO-15 en DOS (McComb & Mills, 2019). Tot dusver is de ORTO-15 de meest gebruikte test, hoewel in veel studies gebruik wordt gemaakt van de zogenaamde ‘Bratman Test’. Bratman heeft echter benadrukt dat deze items slechts gecreëerd zijn als informele maatstaf en dus niet wetenschappelijk volledig zijn (Dunn & Bratman, 2015). Daarom publiceerde hij in 2015, samen met Thomas Dunn, nieuwe, formele criteria voor orthorexia. In een artikel in 2017 geeft Bratman achtergrond voor deze criteria, en beschrijft hij tevens inhoudelijke veranderingen in de 20 jaar sinds de lancering van de term in 1997. Zo is er groeiend bewijs voor de associatie tussen sportverslaving en orthorexia, en hebben veranderingen in beide eetstoornissen ervoor gezorgd dat orthorexia dichterbij anorexia is komen te liggen (Bratman, 2017). Beide blijken gepaard te gaan met perfectionisme, angst, een grote behoefte aan controle en hoge waarderingen van prestatie, discipline en zelfbeheersing (Koven & Abry, 2015), alsook een negatief lichaamsbeeld, psychopathologische neigingen en een streven naar dunheid (McComb & Mills, 2019). Naast de overlap met anorexia is bijvoorbeeld onderzocht op welke vlakken orthorexia overeenkomt met *Obsessive Compulsive Disorder* (Koven & Abry, 2015) en welke correlaties er bestaan met gender, BMI en persoonlijkheid (Oberle, Samaghabadi & Hughes, 2016).

Orthorexia is allereerst een interessant fenomeen omdat de relatief hoge prevalenties – 71% onder studenten (Dunn, Gibbs, Whitney & Starosta, 2017) en 57,6% in de algemene bevolking (Ramacciotti et al., 2011 in Hanganu-Bresch, 2020) – aantonen hoe wijdverspreid de obsessie met gezondheid is. Deze recente cijfers wijzen mogelijk op de invloed van culturele normen over gezondheid op de prevalentie van orthorexia, en vragen om een sociaal perspectief. Orthorexia is ook interessant omdat het streven naar gezondheid in eerste instantie onschuldig lijkt te zijn, en de ‘gezonde levensstijl’ een sociaal geaccepteerde vormomming is om te diëten (McComb & Mills, 2019). Een recente studie in de VS vond dat 94% van de deelnemers het afgelopen jaar hadden geprobeerd af te vallen (Puhl, Himmelstein & Quinn, 2018). Volgens Bratman en Knight (2000) kan de wens om af te vallen of gezonder te worden na verloop van tijd extreme vormen aannemen, en overgaan in orthorexia. Wanneer een individu zich gedwongen of verplicht voelt om zich aan zijn dieet te houden, anderen veroordeelt om hun dieet, sociale activiteiten gaat vermijden, meerdere uren besteed aan het denken over, kopen en maken van eten, verlaagt wellicht de kans op kanker of hart- en vaatziekten, maar wordt het leven in

het proces betekenisloos. In de woorden van Bratman: “Life is too short to spend it all thinking about how to live longer.” (2000, p. 19)

Hoewel in verschillende artikelen gezocht wordt naar biologische, psychologische of psychosociale risicofactoren van orthorexia (zie bijvoorbeeld McComb & Mills, 2019; Oberle et al., 2016), wordt door sommige auteurs ook een verband gelegd met de moderne Westerse samenleving (zie bijvoorbeeld Rangel, Dukeshire & MacDonald, 2012). Bratman en Knight (2000) zelf zetten in hun boek verschillende *hidden causes* uiteen, mythische overtuigingen die bij zouden dragen aan de aantrekkingskracht van een dieet en kunnen resulteren in orthorexia. De belangrijkste noemen zij:

- *Illusion of total safety*: de illusie dat we ziekte en dood voor altijd kunnen blijven vermijden door gezond te eten. Dit idee komt voort uit een gedeeltelijke waarheid, namelijk dat we door gezonde voeding en regelmatig sporten gemiddeld langer leven.
- *Desire for complete control*: eten als poging om niet alleen ziekte, maar alle onvoorspelbaarheid van het leven te overwinnen. Om de chaos van het bestaan niet te voelen, kiezen we een gebied waar we absolute controle over kunnen uitoefenen: ons eetpatroon.
- *Covert conformity*: gezonde voeding gebruiken als manier om de culturele schoonheidsidealen na te streven, zonder dat te hoeven toegeven aan onszelf. ‘Gezond’ is een synoniem geworden voor dun, slank, gespierd.
- *Searching for spirituality in the kitchen*: voeding gebruiken als een primaire bron van spirituele of religieuze voldoening. Diëten worden religies, waarin de plaats van God wordt ingenomen door voedsel.
- *Food puritanism*: voedingsregels als vorm van ascetisme, door onszelf te onthouden van het aangename. Discipline en beheersing zijn nodig, omdat het maximaliseren van gezondheid de enige reden is om te eten. Elke andere motivatie, zoals genot of plezier, is beschamend.
- *Creating an identity*: je begrip van wie je bent baseren op hoe je eet. In een complexe wereld met onmogelijk veel keuzemogelijkheden wordt ook eten een manier om je te onderscheiden. Bovendien komt bij een nieuw dieet tevens een nieuwe groep gelijkgestemde (gelijk-etende) vrienden.

- *Fear of other people*: eten gebruiken als excuus voor sociale isolatie. In de Westerse maatschappij is tijd alleen alsmaar zeldzamer geworden, en kan voeding gebruikt worden als manier om sociaal ongemak te vermijden.

Met deze *hidden causes* maken Bratman en Knight een belangrijk punt, namelijk dat orthorexia niet enkel een individuele, medische of psychiatrische kwestie is, maar iets waarvan de wortels te vinden in culturele en maatschappelijke overtuigingen.

In dit hoofdstuk heb ik Orthorexia Nervosa uiteengezet als representatief voor de medische blik op de gezondheidscultuur. In het komende hoofdstuk onderzoek ik hoe gezondheidscultuur bekeken kan worden vanuit sociaal perspectief, namelijk als symptoom van de moderniteit.

## Hoe kan de gezondheidscultuur vanuit sociaal oogpunt begrepen worden?

### *Moderniteit en reflexiviteit*

De moderniteit is een *risk culture*, aldus Giddens (1991). Hij bedoelt hier niet mee dat er tegenwoordig meer risico's zijn dan in eerdere tijden, maar dat het concept van risico fundamenteel wordt voor de manier waarop de moderne sociale wereld is georganiseerd. Volgens Rosa (2020) wordt de moderniteit gedefinieerd door zijn constante economische groei, technologische versnelling en culturele innovatie. Dit dynamische karakter van de moderniteit wordt verklaard door drie elementen (Giddens, 1991). De eerste daarvan is de scheiding van tijd en plaats, met name door de invoering van een universeel dateringssysteem en mondiale tijdszones. Het tweede element is de aanwezigheid van ontwrichtende systemen, waaronder expertsystemen die bijvoorbeeld op het gebied van voedsel en medicijnen technische kennis inzetten. Deze twee elementen vormen samen de context van het derde element: de intrinsieke reflexiviteit van de moderniteit.

Reflexiviteit is het continu moeten herzien van keuzes, door de veelheid van informatie die in de moderniteit beschikbaar is. Rosa (2013) beschrijft het moderne individu ook wel als 'excessief vrij', omdat het geconfronteerd wordt met een enorm scala aan opvattingen over wat het goede leven is, en met een enorm aanbod aan mogelijkheden in vrijwel alle aspecten van het leven. Deze ontwikkeling is volgens Giddens (1991) het resultaat van zowel de Verlichting – die in de kern reflexief was (Pagden, 2013) – als secularisatieprocessen – waar het individu de moraal en houvast van de kerk verloor (Chadwick, 1975). De zekerheid van traditie maakt plaats voor onzekerheid en reflexieve *lifestyle choices*, waarbij voortdurend de vraag 'How shall I live?' gesteld moet worden, en vragen over hoe en wat te eten van groeiend belang worden (Giddens, 1991).

Deze context van de moderniteit leidt tot een nadruk op individuele verantwoordelijkheid en besluitvorming als het gaat om voeding, en daarnaast creëert het verwerken van de informatie afkomstig van het moderne voedselsysteem verwarring en angst (Rangel et al., 2012). De instabiliteit van de expertsystemen resulteert in een constante zoektocht naar accurate informatie, gevoelens van angst rondom voedingskeuzes en een gevoel van zinloosheid in de pogingen om beschikbare informatie te verwerken. De toepassing van de *Risk Society* naar het

gebied van voedingskeuzes heeft door Nicolosi (2006, in Rangel et al., 2012) ook wel de naam ‘*Orthorexic Society*’ gekregen. Volgens Nicolosi wordt in de moderniteit constant beroep gedaan op individuen om zich een weg te banen door allerlei expertadviezen om de baten dan wel risico’s van voeding in te schatten. Tegelijkertijd weet het overgrote merendeel van de Westerse bevolking niet precies waar hun eten vandaan komt of zelfs wat de bestanddelen zijn, en is de informatie die beschikbaar is verre van perfect of compleet (Rangel et al., 2012). Ook Rosa (2020) beschrijft de toename van onzekerheid over wat en wanneer te eten door de vaak tegenstrijdige en verwarrende informatie rondom ons dieet.

In deze onzekere wereld, waarop men bovendien onder andere door abstracte systemen, gemedieerde ervaringen en *deskilling* – het verlies van lokale kennis en vaardigheden – steeds minder grip heeft, wordt het zelf noodzakelijkerwijs een reflexief project (Giddens, 1991). Dit ‘zelf als project’ wordt volgens Han (2017, in Hanganu-Bresch, 2020) geboren uit de neoliberale druk om het zelf immer te verbeteren, en gaat verborgen onder het mom van keuzevrijheid. Continu verkennend en reorganiserend moeten keuzes worden gemaakt, om toekomstige risico’s zoveel mogelijk in te perken. Dat uit zich in verschillende lichaamsregimes, waarvan eetgewoontes een voor de hand liggend voorbeeld zijn. Eetgewoontes zijn volgens Giddens al rituele vertoningen *an sich*, maar ze vormen ook een *body management tool*; ze hebben invloed op de vorm van het lichaam, waarmee ze iets zeggen over iemands achtergrond en zelfbeeld (Busanich & McGannon, 2010). Met dat gegeven wordt het, voor het reflexieve individu, verleidelijk om eetgewoontes continu te herzien en daarmee het ‘project van de zelf’ te beïnvloeden. Giddens beschrijft de eetstoornissen anorexia en boulimia, en orthorexia zou daar evenzo onder vallen, dan ook als extreme varianten op de controle over lichaamsregimes en “gevolgen van de behoefte – en verantwoordelijkheid – van het individu om een onderscheidende zelfidentiteit te creëren en behouden.” (1991, p. 106). Ze kunnen dus ook wel begrepen worden als uitingen van pathologische, reflexieve zelfcontrole die zich afspeelt rondom zelfidentiteit en lichamelijk uiterlijk.



### *Controle en beheersing*

Volgens Giddens (1991) gaan eetstoornissen al te meer om een diepliggende bezorgdheid om het lichaam te ‘construeren’ en te beheersen, dan om een geïdealiseerd (slank) lichaam. Ook Crawford (1987) beargumenteert dat onze ideeën over gezondheid grotendeels vormgegeven worden door het thema van controle: zelfcontrole, discipline en wilskracht zijn volgens hem de – uit protestantse en industriële revoluties stammende – bouwstenen voor de moderne persoonlijkheidsstructuur. Gezondheid moet worden bereikt, en het niet kunnen bijhouden van de moderne normen voor gezondheidsgedrag kan alleen maar worden verklaard door gebreken in ons karakter. Crawford stelt dat ideeën over controle van gezondheid en lichaam in de moderne, meritocratische cultuur overal terug te vinden zijn. ‘Overgewicht’ is een bevestiging van controleverlies, een moraal falen, een teken van impulsiviteit, genotzucht en luiheid. Deze psychologisering van dik, ziek of gehandicapt zijn wordt vaak gerechtvaardigd door de overtuiging dat de geest vergaande invloed op het lichaam zou hebben. Hilde Bruch (1978) vat het ideaal van anorexiapatiënten samen als ‘*mind over matter*’: veel patiënten zouden hun ‘zelf’ en hun lichaam als gescheiden dingen ervaren, en het als de taak van de geest zien om het lichaam in bedwang te houden.

De veronderstelling dat de geest sterker zou zijn dan het lichaam kent een lange geschiedenis. Descartes stelde met ‘Ik denk, dus ik ben’ het belang van denken – de geest – belangrijker dan voelen, bewegen of waarnemen – het lichaam. In de moderniteit is dit idee uitgegroeid tot de overtuiging dat het lichaam louter een ‘object’ is dat we kunnen construeren, verbeteren en aanpassen (Marzano-Parisoli, 2001). Natuurlijk is het in sommige gevallen nuttig om ons lichaam te objectiveren, door het te behandelen als instrument om doelen te behalen (trainen voor een marathon), als fysiek object om bekeken en gemanipuleerd te worden (een fotoshoot) of als materieel bezit om onderhouden, geëxploiteerd of verhandeld te worden (werken) (Sheets-Johnstone, 1992 in Wendell, 1996). Maar het idee dat we ons lichaam alles kunnen laten doen wat we willen is een mythe, een ‘kinderlijk geloof in almogendheid’ (Wendell, 1996). Rinaldi et al. (2016) vonden dat eetstoornispatiënten niet alleen voor culturele normen over schoonheid kwetsbaar zijn, maar vooral ook voor de alomtegenwoordige, institutioneel verankerde verwachtingen rond lichamelijke controle, die veel verder gaan dan uiterlijke idealen alleen (Rinaldi et al., 2016). Eetstoornissen zijn de moderne

producten van deze illusie van controle en “ons vermogen tot zelfopoffering, de onderdrukking van verlangens, de ontkenning van het echte lichaam en de constructie van een perfect en ideaal lichaam” (Marzano-Parisoli, 2001, p. 224). Al deze overtuigingen zijn volgens Marzano-Parisoli te herleiden tot het idee dat het ‘natuurlijke’ lichaam een imperfect en onacceptabel obstakel is, dat om vrijheid en zelfrealisatie te kunnen bereiken, in overeenstemming met culturele en sociale normen aanpast moet worden.

Het idee dat het lichaam als een object gecontroleerd zou kunnen worden is onderdeel van de *myth of control*, de algemene aanname van het moderne Westerse wetenschappelijke project dat de natuur kan worden beheerst (Wendell, 1996). Rosa schrijft over “modernity’s incessant desire to make the world engineerable, predictable, available, accessible, disposable in all its aspects.” (2020, p. viii). We hebben inderdaad steeds meer mogelijkheden om de natuur te domineren, met name door middel van de groeiende technologie, digitalisering en het kapitalistische streven naar optimalisatie en groei. In de relatie met ons eigen lichaam betekent dat, dat alles wat we waarnemen onderworpen is aan de druk van optimalisatie (Rosa, 2020). We willen afvallen, minder puistjes, minder rimpels, lagere bloeddruk, meer stappen zetten; alles aan onszelf is een mogelijkheid tot verbetering.

Een gevolg van deze *myth of control* is de *quantified self* beweging, die als doel heeft om zoveel mogelijk aspecten van ons leven te kwantificeren en dus controleren: hoeveel stappen we zetten, onze bloeddruk en hartslag, ingenomen en verbrande calorieën, slaapfases, et cetera (Rosa, 2020). Walker Rettberg (2014) beschrijft de voldoening die het geeft om al deze informatie te kunnen bijhouden, zelfs zonder ooit te hebben gerealiseerd dat je het wilde weten. Kennis en beheersing zijn verleidelijk: de meeste *trackers* vertellen je niet alleen hoeveel stappen je hebt gezet, maar geven ook een schatting van hoeveel calorieën je daarmee hebt verbrandt en bieden ons de mogelijkheid in te voeren hoeveel calorieën we gegeten hebben. Rosa (2020) beschrijft bovendien dat inzicht in deze gegevens het zo goed als onmogelijk maakt om ze niet te willen optimaliseren. In plaats van ’s avonds op de bank te ploffen ga je tóch even een rondje lopen, je hebt immers bijna die 10.000 stappen gehaald. De druk om beter, sneller, fitter en gezonder te zijn wordt door de *quantified self* beweging alsmaar groter, en onze relatie tot onze lichamelijke processen is veranderd van een flexibele, zelfredzame

manier van luisteren en reageren naar een van technologische en medische berekening en controle (ibid.).

Deze context van de moderne maatschappij, waarin we allerlei informatie kunnen en willen bijhouden, maakt dat we ons gedisciplineerd gedragen. Denk bijvoorbeeld aan het gevoel dat je hebt als iemand je vraagt ‘of je wel eens sport’: dat is nooit genoeg. Het (online) bijhouden van voeding, beweging en slaap geeft hetzelfde gevoel: ‘Ik moet nu écht gaan slapen’, niet omdat ik moe ben, maar omdat mijn telefoon al drie meldingen heeft afgegeven. We worden door middel van toezicht en controle vrijwel ongemerkt geconditioneerd om bepaald gedrag wel of niet te vertonen, vergelijkbaar met Foucaults ‘disciplinemaatschappij’ (Foucault, 1971, in Hofstede, 2016). Maar we vergeten dat informatie over ons objectieve lichaam niets zegt over ons fenomenologische lichaam. Technologische en medische parameters beschouwen ons enkel als externe data, waardoor onze eigen lichamen praktisch gezien ontoegankelijk voor ons worden (Rosa, 2020).

Naast de *quantified self* beweging heeft de *myth of control* nog meer gevolgen. Giovanni Maio toont aan dat we ziekte steeds meer zijn gaan zien als iets waar we grip op moeten kunnen krijgen, iets dat we kunnen voorkomen door middel van een gezond dieet, regelmatig sporten, genoeg slaap, of in ieder geval door medicijnen te slikken (Maio, 2016, in Rosa, 2020). Het idee dat een perfect lichaam kan worden geconstrueerd door middel van diëten of sporten, heeft echter een donkere zijde van esthetische chirurgie, sportverslavingen en eetstoornissen (Marzano-Parisoli, 2001). De aanname dat je, als je goed voor je lichaam zorgt, tot je dood gezond en wel zal blijven, impliceert dat zieken en invaliden gefaald hebben om voor zichzelf te zorgen (Wendell, 1996). Rosa (2013) noemt het moderne individu ook wel het ‘schuldige subject’: we moeten van alles (sporten, gezond eten, werken) en hebben daardoor continu het gevoel dat we niet kunnen voldoen aan de maatschappelijke verwachtingen. We vergeten echter dat de natuur niet beheersbaar is. Rosa (2020) vergelijkt gezondheid met slapen: hoe harder je probeert om in slaap wil vallen, hoe minder goed dat lukt. Net zo goed kunnen we gezond gaan eten, maar een ziekte, hernia of kanker daarmee niet voorkomen. De moderniteit wordt gekenmerkt door pogingen van agressie en beheersing, en als dat niet lukt, een onvermijdbaar gevoel van tekortkomen en falen.

### *Individuele verantwoordelijkheid en moralisering*

Gomes (2005) beschrijft hoe ziekte in toenemende mate wordt geassocieerd met het hebben van onvoldoende wilskracht om te sporten, te stoppen met roken, om goed te eten, enzovoort. Zieken worden vaker verantwoordelijk gehouden voor hun ziekte en obesitas wordt toegeschreven aan een gebrek aan wilskracht. Deze *victim-blaming* benadering promoot het idee dat het individu, in tegenstelling tot maatschappelijke instituties, verantwoordelijk zou zijn voor zijn gezondheid (ibid.). Dehue (2014) beschrijft deze ontwikkeling als ‘gezondheidspolitiek’. Sinds het einde van de 20<sup>e</sup> eeuw zijn we gaan geloven dat succes en falen, evenals gezondheid en ziekte, keuzes zijn. We moeten verantwoordelijkheid te nemen voor ons lichaam, onszelf zien als verbeterproject, en zoveel mogelijk uit ons leven halen. Crawford (1980) duidt dit met de term *healthism*: “de preoccupatie met persoonlijke gezondheid als voornaamste richtlijn voor de betekenis en het verwerven van welzijn; een doel dat voornamelijk bereikt wordt door de aanpassing van levensstijl” (p. 368). Er wordt weliswaar erkend dat gezondheidsproblemen mogelijk buiten het individu ontstaan, maar aangezien de problemen (deels) gedragsmatig zijn, wordt verondersteld dat hun oplossingen binnen het bereik van de individuele keuze liggen. Als politieke taal is deze individuele verantwoordelijkheid zeer problematisch, betoogt Crawford. Het voedt de illusie dat individuele oplossingen volstaan, en sociale oplossingen niet nodig zijn.

In de bundel ‘Ziek van Gezondheid’ (2013) waarschuwt Ine van Hoyweggen voor de gevolgen van de groeiende aandacht voor individuele verantwoordelijkheid voor gezondheid. Door middel van ‘gezondheidskortingen’ maken verzekeringen in toenemende mate onderscheid tussen verschillende klanten. Door bewegingsdoelen te halen, stappen te zetten of je hartslag te verhogen verdien je punten; hoe meer punten je verdient, hoe meer *cashback* je krijgt. Van Hoyweggen merkt op dat de aandacht voor ziekte veelal gaat naar het *voorspellen* van het *risico* op klachten die zich *in de toekomst* kunnen voordoen<sup>5</sup>. Daarmee wordt het onderscheid tussen ziek en gezond steeds moeilijker; er ontstaan tussencategorieën zoals ‘drager van een risico’ (Van Hoyweggen, 2013). De nadruk op leefstijl accentueert de zelfcontrole van mensen over hun risico’s, en verbindt ‘gezondheid’ aan ‘goed burgerschap’

---

<sup>5</sup> Cursivering door Van Hoyweggen.

(ibid.). Als blijkt dat iemand zelf niet in staat is ziekte te voorkomen, wordt die financieel gestraft met een hogere premie.

Irving Zola waarschuwde in 1972 al voor de herintroductie van het idee dat men als individu verantwoordelijk zou zijn voor zijn gezondheid: “it is not clear that the issues of morality and individual responsibility have been fully banished from the etiological scene (...) the issue of ‘personal responsibility’ seems to be re-emerging within medicine itself.” (Zola, 1972, p. 491, in Wendell, 1996). Crawford (1980) constateert dat we in een ‘medisch tijdperk’ leven, waarin geneeskunde een van de meest fundamentele kenmerken van onze cultuur belichaamt. Het nieuwe gezondheidsbewustzijn gaat volgens hem gepaard met een verdere medicalisering van onze cultuur, en in het bijzonder een medicalisering van het probleem van ‘gezondheid’. Dit houdt in dat steeds meer sociale fenomenen worden gemeten aan de hand van ziekte en gezondheid, en dat gezondheidsbevordering en ziektepreventie doordringende normen worden waaraan eet- en sport-, maar ook werk- en vrije tijdsgedrag wordt beoordeeld. Tegelijkertijd groeit de lijst met gebieden waar voeding invloed op zou hebben: gewicht, huid, botsterkte, haar- en nagelkwaliteit et cetera (Lopes, 2010). Gezondheid wordt een norm waarnaar we continu moeten streven, maar waarvan steeds onduidelijker wordt of we het ooit kunnen bereiken (Devisch, 2013).

Naast een norm is gezondheid ook een morele verplichting geworden: we *horen* gezond te leven, fit en slank te zijn (Devisch, 2013). *Healthism* gaat uit van gezondheid als nieuw moralisme en ook Marzano-Parisoli (2001) beschrijft hoe slank en gezond zijn inmiddels schoonheid, succes en hogere socio-economische status zijn gaan impliceren. Niet sporten, roken, ongezond eten of ‘overgewicht’ hebben wordt gezien als individueel falen, morele ontoereikendheid en persoonlijk wilskrachtgebrek (Gomes, 2010). Gezond en slank wordt gelijkgesteld aan ‘goed’, ongezond en dik aan ‘slecht’. Dezelfde ontwikkeling is ontstaan in het labelen van voedsel. Volgens Hesse-Biber et al. (2006) wordt de ervaring van eten tegenwoordig een serie morele beslissingen, omdat bepaalde voeding gelabeld wordt als ‘goed’ en andere als ‘slecht’. Deze dichotomie wordt gepromoot door de wetenschap, maar ook in reclames, waar ‘goede’ voeding wordt gepresenteerd als de weg naar geluk en welzijn en ‘slecht’ eten gepaard gaat met schuld, schaamte en de behoefte om boete te doen, te compenseren.

### *Diet culture*

Verschillende feministische wetenschappers hebben verstoord eetgedrag in verband gebracht met een *diet culture* die het (vrouwelijk) lichaam objectivert en idealiseert. *Diet culture* is een “systeem van overtuigingen dat dunheid idealiseert en het gelijkstelt aan gezondheid en morele deugd, gewichtsverlies bevordert als een middel om een hogere status te verkrijgen, bepaalde manieren van eten demoniseert of juist verheerlijkt, en mensen onderdrukt die niet overeenkomen met dit veronderstelde beeld van ‘gezondheid’” (Harrison, 2020, p. 7). Harrison (2020) stelt dat de manieren van denken over eten en lichamen in de Westerse cultuur zo doordrongen zijn van *diet culture* dat het systeem inmiddels bijna onherkenbaar is geworden, maar dat het zich in groeiende mate voordoet als gezondheid, *wellness*, en *fitness*. Ook volgens Busanich en McGannon (2010) zijn in de Westerse cultuur kwesties van gewicht, maat en *body management* steeds belangrijkere onderwerpen geworden in zowel medische als populaire culturele discoursen. Dagelijkse confrontaties met schoon- en gezondheidsidealen en berichten over de manieren waarop we moeten eten en sporten om die idealen te bereiken, maken het moeilijk om over ons lichaam na te denken op een manier die niet direct gerelateerd is aan eten of sport.

We worden geleerd om onzeker te zijn over ons lichaam, voortdurend te zoeken naar imperfecties, en continu bezig te zijn met fysieke ‘verbetering’ (Bordo, 1993 in Busanich & McGannon, 2010). In media, tijdschriften en advertenties wordt bovendien een ideaal gewicht gepresenteerd dat significant minder is dan dat door de medische literatuur als ‘gezond’ wordt beschouwt (Hesse-Biber et al., 2006). Dit slanke ideaal wordt gecultiveerd door de dieet-, cosmetische -, schoonheids-, medische - en media-industrie en houdt met name vrouwen verantwoordelijk voor het onderhouden van een ultra-slanke lichaamsideaal door middel van zelfverbetering en controle (ibid.). Rinaldi et al. (2016) stellen dat discussies over lichaamsvorm, -grootte en -tevredenheid vooral in verband worden gebracht met zorgen over obesitas en veronderstelde gezondheidsrisico’s van het hebben van een groter lichaam. In relevant onderzoek wordt dan ook vooral gepoogd om obesitas te volgen, te behelzen en te genezen. Lopes (2010) concludeert dat de wijdverbreide behoefte om gezondheid te maximaliseren en obesitas te voorkomen niet noodzakelijkerwijs gerelateerd zou zijn aan gezondheid, maar eerder aan een diepgeworteld verlangen naar een bepaald ideaalbeeld van het

lichaam. Het culturele discours over gezonde levensstijl zou zelfs verstrikt zijn geraakt in die over de zoektocht naar het ‘perfecte’ lichaam.

In dit hoofdstuk heb ik geïllustreerd hoe gezondheidscultuur bekeken kan worden vanuit sociaal perspectief, namelijk als symptoom van de moderniteit. De aannames die aan deze cultuur ten grondslag liggen, zoals de ideeën dat mensen individueel verantwoordelijk zijn voor hun gezondheid en dat de geest het lichaam zou kunnen beheersen, bleken veelal onjuist. In het volgende hoofdstuk onderzoek ik een alternatief, met het sociale perspectief op de gezondheidscultuur als vertrekpunt.

## Op welke manier kan dit sociale oogpunt een alternatief faciliteren?

Het belang van slank en gezond zijn is in het vorige hoofdstuk al betwistbaar gebleken, omdat het veelal gerelateerd blijkt te zijn aan maatschappelijke normen en culturele overtuigingen. Dr. Lindo Bacon, auteur van *Health at Every Size* (2010) en *Body Respect* (2014), promoveerde op een onderzoek naar de gezondheid van mensen met ‘overgewicht’. Deze mensen werden ingedeeld in twee groepen, waarvan één op een standaard dieet werd gezet en één werd verteld dat ze zichzelf mochten accepteren en intuïtief mochten eten en sporten. Hoewel de dieetgroep in eerste instantie gewicht verloor en een betere gezondheid ontwikkelde, bleek aan het eind van het tweejarige onderzoek dat 41 procent van de groep was gestopt. De resterende groep was collectief zwaarder, ongezonder en ongelukkiger dan voor het onderzoek aanving: het diëten bleek een averechts effect te hebben gehad. De intuïtieve groep was niet afgevallen, maar wel gezonder geworden en had minder depressiesymptomen. Dit onderzoek ontkracht twee diepgewortelde, breed gedragen aannames: diëten blijkt op lange termijn niet te werken, en gezondheid valt niet af te leiden uit lichaamsgewicht. Mensen in een groter lichaam kunnen zowel mentaal als fysiek gezonder zijn dan mensen met een lager gewicht.

Hoewel deze aannames onjuist blijken, zitten ze diep geworteld in de moderne, Westerse cultuur. Busanich en McGannon (2010) brengen antropologisch onderzoek naar voren waarin de notie van verstoord eetgedrag cross cultureel is onderzocht. Anderson-Fye (2003, in Busanich & McGannon, 2010) vond dat de lokale discours over het lichaam en de zelf in Guatemala enorm verschilt van die in het Westen. Zo herinneren meisjes zichzelf door middel van de zinspreuk “*never leave yourself*” om te alle tijde tevreden te zijn met hun lichaam. Lokale discourses bleken (de vorm van) het lichaam te beschouwen als een natuurlijke conditie waarover men geen controle heeft, in tegenstelling tot de Westerse ideeën over *self-management* en disciplineren. Daardoor gebruiken de Guatemalanen voeding niet om hun lichaamsgewicht te controleren, maar zien ze het slechts als middel om voor zichzelf te zorgen. Dit onderzoek legt de manieren bloot waarop de psychologische fundering van eetstoornissen verder reikt dan het individu, en wordt gevormd door lokale, culturele discourses (Busanich & McGannon, 2010).



Een alternatief voor de gezondheidscultuur kan veel leren van de ‘natuurlijke’ relatie tot het lichaam, schoonheid en voeding die de Guatemalanen hebben. Bratman en Knight (2000) constateren ook dat we zo ver verwijderd zijn van onze instincten dat maar weinigen goed kunnen 'luisteren' naar ons lichaam. Rosa betreft zijn boek ‘Leven in tijden van versnelling’ (2013) vooral op depressie en burn-out, maar zijn concept van resonantie geeft een startpunt voor een gezondheidscultuur-alternatief. Resonantie is volgens Rosa het tegenovergestelde (het ‘andere’) van vervreemding en “een relatievorm waarin het subject en de wereld als het ware antwoordend tegenover elkaar staan” (2013, p. 132). In andere woorden, een meer ‘natuurlijke’ relatie tussen binnenwereld en buitenwereld. In lijn met de gezondheidsobsessie zou ik deze definitie willen versmallen naar een relatie tussen geest (binnenwereld) en lichaam (buitenwereld), waarin geest en lichaam dus in een resonante antwoordrelatie tegenover elkaar staan. Waarin beide naar elkaar luisteren, en gehoor kunnen, durven en willen geven aan elkaars vragen. Gelukkig is hier al een term voor: *intuitive eating*.

*Intuitive eating*, of intuïtief eten, is een concept dat in 1995 werd geïntroduceerd door Evelyn Tribole en Elyse Resch (2012). In hun boek bieden zij een ‘revolutionair programma’ aan om “vrede te sluiten met eten, jezelf te bevrijden van chronisch diëten en het genoegen van eten te herontdekken” door middel van 10 principes, waaronder ‘*Reject the Diet Mentality*’, ‘*Honor Your Hunger*’, ‘*Make Peace with Food*’ en ‘*Respect Your Body*’. De fundering van intuïtief eten ligt in het prioriteren van je innerlijke signalen, het leren luisteren naar je lichaam. Het gaat uit van het idee dat mensen unieke behoeftes hebben, en dat zij op basis van hun innerlijke hongersignalen op een natuurlijke manier voeding- en sportkeuzes kunnen maken die hun gezondheid bevorderen (Tribole & Resch, 2012). Christy Harrison verdedigt in haar boek *Anti-Diet: Reclaim your Time, Money, Well-Being and Happiness through Intuitive Eating* (2020) een overeenkomstige aanpak. Door *diet culture* te begrenzen, onze natuurlijke (honger)instincten te leren volgen, voeding niet langer als ‘goed’ of ‘slecht’ te labelen, *exercise* te vervangen door *movement*, en in te zien dat je op elk gewicht gezond kunt zijn, moeten we in Harrison's woorden gaan doen aan “self-care, not self-control” (2020, p. 246).

Volgens Harrison hebben we een filosofie nodig die ons stimuleert om ‘in vrede te zijn’ met ons lichaam. Dit idee heeft verschillende namen; *body positivity*,

*body love, body confidence, body respect, body trust, body acceptance, body liberation*, maar ze komen allemaal op hetzelfde neer: het hebben van een wederzijdse antwoord- en vertrouwensrelatie met je lichaam. Hofstede (2016) beschrijft hoe het zien van haar lichaam als subject (het lichaam dat we zijn) in plaats van als object (het lichaam dat we hebben) haar daarbij heeft geholpen. Door te leren aanvoelen of haar lichaam rust of juist beweging nodig had, hoeveel en wat voor eten en of het eigenlijk gespannen was, leerde ze het (opnieuw) te hanteren. Vertrouwen, veeleer dan controle, is dus essentieel in de omgang met het lichaam. Ook Rosa (2020) betoogt dat resonantie altijd een vorm van oncontroleerbaarheid is, en hij spreekt daarbij een voorkeur uit voor manier van bestaan georiënteerd op ‘zijn’ in plaats van ‘hebben’. Toegepast op het lichaam, komen we weer terug bij het erkennen, vertrouwen en *zijn* van je lichaam, in plaats van het als instrumenteel te zien, te objectiveren.

In haar Zelfverwoestingsboek (2019) betoogt Marian Donner waarom we ons minder moeten aantrekken van het neoliberale systeem, en meer moeten ‘stinken, drinken, bloeden, branden en dansen’. “Als de wereld je blijft vertellen dat je niet goed genoeg bent, niet gezond, glad, fit, productief, positief of zen genoeg, wordt het tijd om je af te vragen wat er in godsnaam is misgegaan met die wereld” (Donner, 2019, pp. 17-18). Ze bepleit dat het verzet tegen die wereld bij jezelf begint, bij ons eigen lichaam, door nee te zeggen:

“Nee, ik zal mijn natuurlijke lichaam niet haten. Nee, ik zal de kwetsbaarheid ervan niet minachten. Ik zal het niet vatten in cijfers en diagrammen en ik zal niet alles willen repareren. Ik mag te dik zijn, oud en ongezond, scheve tanden hebben en vlassige haren, ik mag zweten en stinken, ik mag falen ten opzichte van de heersende gezondheids- en geluksideologie, net als ieder ander dat mag doen. Want de rimpels en oneffenheden in mijn huid, mijn bolle buik, alles wat te groot of te klein is, te zichtbaar, of juist niet: het is van mij. Dit is mijn lichaam, het doet het, het is er, en dat is magisch genoeg.” (Donner, 2019, pp. 37-38)

## Conclusie

In deze scriptie heb ik betoogd dat hoewel de gezondheidsobsessie vanuit medisch perspectief geduid kan worden met de term *Orthorexia Nervosa*, een dergelijke diagnostisering over het algemeen teveel verantwoordelijkheid legt bij het individu. Bratman, grondlegger van deze term, beschrijft zelf al verschillende *hidden causes* van orthorexia, waarmee hij de basis legt voor een cultuurfilosofisch onderzoek naar de bron van de obsessie met gezondheid. De gezondheidscultuur blijkt bovendien een veel breder fenomeen, zelfs een symptoom van de moderniteit.

De verschillende aspecten van de moderniteit die bijdragen aan deze cultuur blijken nauw verwant. Allereerst heerst het idee dat individuen zelf verantwoordelijk zouden zijn voor hun voeding, lichaam en gezondheid. De constante keuzes die op dit vlak gemaakt moeten worden dienen mogelijke risico's in de toekomst zoveel mogelijk in te dammen, waarmee de *myth of control* in stand wordt gehouden. Diëten, sporten, medicijnen, technologie en (cosmetische) chirurgie zijn algemeen aanvaarde manieren om controle over het lichaam te houden. Het idee dat we met onze geest controle zouden kunnen uitoefenen over ons lichaam, dat het lichaam louter een 'object' is, heeft een lange geschiedenis. Deze mythe van controle heeft echter de nare implicaties dat allen die ziek, dik of gehandicapt zijn, dat aan zichzelf te wijten hebben. Dun en gezond worden gelijkgesteld aan 'goed', dik en ongezond aan het tegenovergestelde. Deze moralisering van gezondheid borduurt tevens voort op de notie van individuele verantwoordelijkheid en de medicalisering van de maatschappij, waarin steeds meer sociale fenomenen worden gemeten aan de hand van ziekte en gezondheid. Maar ook in populaire discoursen zijn gezondheid en gewicht belangrijke onderwerpen geworden. Feministische wetenschappers hebben verstoord eetgedrag gerelateerd aan een *diet culture* die het (vrouwelijk) lichaam objectiveert.

Als alternatief voor dit streven naar gezondheid en dunheid zette ik het concept *intuitive eating* uiteen. Deze manier van eten, die uitgaat van een resonante antwoordrelatie tussen lichaam en geest, is gebaseerd op onderzoek dat uitwijst dat diëten niet werkt, gezondheid niet gelijkstaat aan dunheid en het ontstaan van eetstoornissen wordt bepaald door culturele discoursen. Onder andere door de gezondheidscultuur te herkennen en af te wijzen, voeding niet langer als 'goed' of 'slecht' te bestempelen, en te luisteren naar je lichaam is intuïtief eten een variant

op resonantie tussen geest en lichaam. Daarvoor is het nodig om te bestaan op een manier die gericht is op een lichaam 'zijn' in plaats van een lichaam 'hebben', en te vertrouwen, eerder dan te beheersen. Want jouw lichaam is van jou, en van jou alleen. Ze doet het, ze is er, ze luistert naar je, en dat is precies alles wat we nodig hebben.

## Discussie

Steeds meer UvH-alumni en humanistici werk vinden in en om het werkveld van eerste lijn (huis)artsen. Deze scriptie biedt handvatten voor de klinische praktijk door onderzoek te doen naar de sociale wortels van de gezondheidscultuur, die voor veel mensen hun kwaliteit van leven ernstig belemmert. Het voorgestelde alternatief ‘*intuitive eating*’ geeft aanknopingspunten voor behandeling en genezing van mensen die worstelen met gezondheid, eten en diëten. Ik raad deze mensen, hun behandelaren en omgeving echter sterk aan om zelf verder onderzoek te doen. De boeken van Harrison (2020), Dooner (2019) en Bacon (2010) vormen hiervoor goede startpunten.

Hoewel ik in deze scriptie vooral de meerwaarde van een sociaal perspectief heb onderschreven, is geenszins mijn doel geweest om het belang te ondermijnen van het medisch perspectief. Ondanks dat de (klinische) geneeskunde wellicht op bepaalde vlakken tekortschiet, verricht zij ook buitengewoon werk in de behandeling en genezing van talloze fysieke én psychische ziekten. Mijn streven is dan ook niet een van beide perspectieven boven de andere te stellen, maar om te laten zien dat één perspectief niet volstaat, dat we beide nodig hebben in onderzoek naar en behandeling van fenomenen zoals orthorexia. Vervolgonderzoek hierover moet dan ook altijd interdisciplinair zijn, zodat het kan putten uit verschillende perspectieven en inzichten. Een dergelijk complex probleem heeft een integratie van meerdere disciplines nodig om het te kunnen doorgronden. Mijn scriptie heeft de kwestie rondom gezondheid verdiept door zich vooral te focussen op het sociale perspectief, omdat gezondheid tot op heden vooral vanuit een medisch perspectief bekeken wordt.

Mijn onderzoek zou gelezen kunnen worden als betoog tegen gezond eten en sporten. Hoewel ik kritisch ben tegen de wortels van hetgeen dat ik heb omschreven als de gezondheidscultuur, is het allerm minst mijn doel om de voordelen van gezondheid te ontkrachten. Ik onderschrijf het belang van een gevarieerd en volledig voedingspatroon, waarvan de basis gevormd wordt door groente, fruit, granen, eiwitten en vetten. Voor klimaat en milieu is het gewin van een grotendeels plantaardig dieet bovendien onbetwistbaar gebleken. Er is niets mis met het stellen van bepaalde voornemens in je voedingspatroon. De crux is echter dat die nooit star of rigide mogen worden, dat er altijd ruimte over moet blijven om mee te eten met

vrienden, om jezelf rust en genot te gunnen, om te luisteren naar je lichaam. In de toekomst dient meer onderzoek gedaan te worden naar het grensgebied tussen het hebben van dergelijke voornemens en het ontstaan van een strikt dieet. Ik wil met mijn betoog allesbehalve een nieuwe norm, richtlijn of standaard creëren. Het doel van mijn scriptie is in die zin feministisch; zij bevraagt en bekritiseert als vanzelfsprekend beschouwde ‘waarheden’ en biedt inzicht in de manieren waarop deze ge(re)produceerd worden, zodat ze ter discussie gesteld kunnen worden.

## Dankwoord

Het inleveren van mijn scriptie ‘Gelukkig maar ongezond’ is het eindstation van een lange weg. Allereerst natuurlijk het schrijfproces van ongeveer een half jaar, waar ik ziel en zaligheid in heb gestoken. Ik begon vol goede moed, en de intentie om onderzoek te doen naar mentale gezondheid op de basisschool. Al snel voelde ik een sterke behoefte om over iets anders, iets persoonlijkers te schrijven, omdat de Universiteit voor Humanistiek mij altijd tot reflectie heeft aangezet.

Toen een vriendin op de middelbare school mij met trots vertelde hoe ze precies haar avondeten had uitgekotst, kon ik niet bedenken dat ik vanaf dat moment zo’n zes tot zeven jaar met een eetprobleem zou worstelen. Hoewel ik vrij snel een ‘gezond’ gewicht terug had, bleef ik jaren worstelen met eten, sporten en gewicht. Al snel had ik allemaal regels voor mezelf, waarbij de voornaamste richtlijn ‘gezond’ was. Achteraf kan ik inzien dat het voor mij nooit ging om afvallen, maar altijd om controle. Ik werd uitermate goed in het disciplineren van mijn lichaam, verloor echter in de tussentijd mijn spontaniteit, flexibiliteit, gezelligheid. Het ging altijd stapje voor stapje beter, maar ik bleef star en rigide. Eigenlijk pas sinds afgelopen jaar, toen ik tot rust en reflectie werd gedwongen door het Coronavirus, kan ik met gepaste trots zeggen dat ik mijn ‘natuurlijke’ relatie met eten en mijn lichaam vrijwel helemaal heb hersteld. Ik wist niet dat het zo heerlijk kon zijn om ergens *niet* altijd mee bezig te hoeven zijn.

En dus is deze scriptie niet alleen het resultaat van een half jaar schrijven, maar ook van een lange, moeilijke en zware weg, die ik weliswaar alleen heb moeten bewandelen, maar waarbij ik enorm veel steun heb gehad aan de mensen in mijn omgeving. Mijn ouders – mama, papa, Anne, Karel: *thanks for keeping up with me*. Bedankt dat jullie hebben volgehouden, zelfs als jullie zelf geen idee meer hadden welke kant we op moesten om vooruit te komen. Ik kan me alleen maar voorstellen hoe moeilijk dat geweest moet zijn. Mijn vrienden: bedankt dat jullie me altijd gesteund hebben, ook als ik moeilijk deed, ook als ik ongezellig was.

Voor het proces van afgelopen jaar bedank ik Martien Schreurs voor zijn begeleiding en deskundigheid, Hanne Laceulle voor haar ondersteuning en feedback op het onderzoeksvoorstel, en Pien Bos voor het zijn van een geweldige coördinator. En ten slotte lieve Janoël, Mariëlle, Daan, Tesse voor het geven van feedback op mijn uiteindelijke scriptie en het meedenken. Dankjulliewel.

## Literatuur

- Anderson-Fye, E.P. (2003). Never leave yourself: Ethnopsychology as mediator of psychological globalization among Belizean schoolgirls. *Ethos*, 31(1), 59–94.
- Bacon, L. (2010). *Health at every size: The surprising truth about your weight*. Dallas: BenBella Books, Inc.
- Bacon, L. (2014). *Body respect: What conventional health books get wrong, leave out, and just plain fail to understand about weight*. Dallas: BenBella Books, Inc.
- Bordo, S. (1993). *Unbearable weight: Feminism, western culture, and the body*. Berkely, California: University of California Press.
- Bratman, S. (1997). Health food junkie. *Yoga Journal*, October, 42–50.
- Bratman, S. (2017). Orthorexia vs. theories of healthy eating. *Eat Weight Discord*, 22:381-385.
- Bratman, S., & Knight, D. (2000) *Health Food Junkies*. New York: Broadway Books.
- Bruch, H. (1978). *The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press.
- Brytek-Matera, A. & Donini, L. (2018). Orthorexia Nervosa and Body Image. In Cuzzolaro, M. & Fassino, S. (2018) *Body Image, Eating and Weight*. Cham: Springer.
- Busanich, R. & McGannon, K.R. (2010) Deconstructing Disordered Eating: A Feminist Psychological Approach to the Body, Food, and Exercise Relationship in Female Athletes, *Quest*, 62:4, 385-405.
- Chadwick, O. (1975). *The Secularization of the European Mind in the Nineteenth Century*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Chaki, B., Pal, S., & Bandyopadhyay, A. (2013). Exploring scientific legitimacy of orthorexia nervosa: a newly emerging eating disorder.



- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalization of everyday life. *International journal of health services*, 10(3), 365-388.
- Crawford, R. (1987). Cultural influences on prevention and the emergence of a new health consciousness. In *Taking care. Understanding and encouraging self-protective behavior*, Edited by: Weinstein, N. 95–113. Cambridge: Cambridge University Press.
- Crawford, R. (2006). Health as a meaningful social practice. *health: An Interdisciplinary Journal for the Social Study of Health, Illness and Medicine*, 10(4): 401-420.
- Dehue, T. (2014). *Betere mensen: over gezondheid als keuze en koopwaar*. Amsterdam: Atlas Contact.
- Devisch, I. (2013). *Ziek van gezondheid: voor elk probleem een pil*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Donner, M. (2019). *Zelfverwoestingsboek*. Amsterdam: Das Mag.
- Dooner, C. (2019). *The F\* ck it Diet: Eating Should be Easy*. New York: HarperCollins.
- Dunn, T. M., & Bratman, S. (2015). On orthorexia nervosa: A review of the literature and proposed diagnostic criteria. *Eating behaviors*, 21, 11-17.
- Dunn, T. M., Gibbs, J., Whitney, N., & Starosta, A. (2017). Prevalence of orthorexia nervosa is less than 1%: data from a US sample. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(1), 185-192.
- Foucault, M. (1971). *L'ordre du discours*. Gallimard.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: Self and society in the late modern age*. Redwood City: Stanford University Press.
- Gomes, R. (2005). Young bodies identities in leisure. A critical approach. *World Leisure Journal*, 47(3): 54-60.
- Gomes, R. (2010). The Visible Body: Health Representations in a Consumer Society. In Pereira, A.L. & Garcia, R. *A Social Perspective on Sport*,

- Health and Environment* (pp. 57-66). Geraadpleegd van <https://www.academia.edu/651874>
- Hacking, I. (1990). *The Taming of Chance*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Han, B.C. (2017) *Psycho-Politics Psychopolitics. Neoliberalism and New Technologies of Power*. Londen: Verso.
- Hanganu-Bresch, C. (2020). Orthorexia: eating right in the context of healthism. *Med Humanit*, 46, 311-322.
- Harrison, C. (2020). *Anti-diet: Reclaim your time, money, well-being, and happiness through intuitive eating*. Londen: Hachette UK.
- Hesse-Biber, S., Leavy, P., Quinn, C. E., & Zoino, J. (2006, March). The mass marketing of disordered eating and eating disorders: The social psychology of women, thinness and culture. In *Women's studies international forum*, 29(2), 208-224). Oxford: Pergamon.
- Hofstede, B. (2016). *De herontdekking van het lichaam: over de burn-out*. Amsterdam: Cossee.
- Hoyweghen, van, I. (2013). Gezondheid als green card voor een verzekering. In Devisch, I. *Ziek van gezondheid: voor elk probleem een pil* (pp. 53-74) Amsterdam: De Bezige Bij.
- Koven, N. S., & Abry, A. W. (2015). The clinical basis of orthorexia nervosa: emerging perspectives. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 11, 385-394.
- Lopes, A. (2010). Commodification of the Body in Contemporary Societies: Having a Body and Being a Body. In Pereira, A.L. & Garcia, R. *A Social Perspective on Sport, Health and Environment* (pp. 46-56). Geraadpleegd van <https://www.academia.edu/651874>
- Maio, G. (2016). Gefangen im Übermaß an Ansprüchen und Verheißungen: Zur Bedeutung des Schicksals für das Denken der modernen Medizin. In idem, *Abschaffung des Schicksals* (pp.10-48). Freiburg: Herder

- Marzano-Parisoli, M. (2001). The contemporary construction of a perfect body image: Bodybuilding, exercise addiction, and eating disorders. *Quest*, 53(2), 216-230.
- McComb, S. E., & Mills, J. S. (2019). Orthorexia nervosa: A review of psychosocial risk factors. *Appetite*, 140, 50-75.
- Nicolosi, G. (2006). Biotechnologies, alimentary fears and the orthorexic society. *Tailoring Biotechnologies*, 2(3), 37-56.
- Oberle, C. D., Samaghabadi, R. O., & Hughes, E. M. (2017). Orthorexia nervosa: Assessment and correlates with gender, BMI, and personality. *Appetite*, 108, 303-310.
- Pagden, (2013). *The Enlightenment: And Why it Still Matters*. Oxford: Oxford University Press.
- Puhl, R.M., Himmelstein, M.S., & Quinn, D.M. (2018). Internalizing weight stigma: prevalence and sociodemographic considerations in US adults. *Obesity*, 26(1), 167-175.
- Ramacciotti, C.E., Perrone, P., Coli, E., Buralassi, A., Conversano, C., Massimetti, G., & Dell'Osso, L. (2011). Orthorexia nervosa in the general population: a preliminary screening using a self-administered questionnaire (ORTO-15). *Eating and weight disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 16(2), 127-130.
- Rangel, C., Dukeshire, S., & MacDonald, L. (2012). Diet and anxiety. An exploration into the Orthorexic Society. *Appetite*, 58(1), 124-132.
- Rinaldi, J., Rice, C., LaMarre, A., Pendleton Jiménez, K., Harrison, E., Friedman, M., McPhail, D., Robinson, M. & Tidgwell, T. (2016). Through thick and thin: Storying queer women's experiences of idealised body images and expected body management practices. *Psychology of Sexualities Review*, 7(2), 63-77.
- Rosa, H. (2013). *Leven in een tijd van versnelling: een pleidooi voor resonantie*. Meppel: Boom.
- Rosa, H. (2020). *The Uncontrollability of the World*. Cambridge: Polity Press.

- Sheets-Johnstone, M. (1992). *Giving the body its due*. New York: SUNY Press.
- Tribole, E., & Resch, E. (2012). *Intuitive eating: a recovery book for the chronic dieter: rediscover the pleasures of eating and rebuild your body image*. New York: St. Martin's Griffin.
- Verhaeghe, P. (2012). *Identiteit*. Amsterdam: De Bezige Bij.
- Walker Rettberg, J. (2014). *Seeing ourselves through technology: How we use selfies, blogs and wearable devices to see and shape ourselves*. London: Springer Nature.
- Wendell, S. (1996). *The rejected body: Feminist philosophical reflections on disability*. New York: Routledge.
- Zola, I. K. (1972). Medicine as an institution of social control. *The sociological review*, 20(4), 487-504.