

Noot

a Waarbij men er niet bij vermeldt dat de stijging van de levensverwachting zo sterk is dat de doelen die in 2002 voor 2020 werden geformuleerd, in 2010 al ruimschoots gehaald zijn.⁸ Negatief nieuws doet het toch altijd het beste.

ABSTRACT

Is health promotion a divisive element in society?

In the world of Public Health and Health Promotion it is common place to commit oneself to strong measures conveying a sense of urgency about the task ahead. The downside of the '5 minutes to 12' attitude is that it leaves little room for reflection on the unwanted side effect of the advocated measures. In my contribution I argue the need to study these side effects more closely. On the basis of a qualitative study I show that some Public Health measures, like the recent smoking ban in bars and restaurants, instil anti government sentiments among the Dutch. Many see these measures as examples of increasing levels of patronizing. I also argue that health promotion enhances the cleavages between the social classes because the advocated healthy life style is easy to accomplish for the higher classes but difficult to accomplish for others. These healthy living members of the higher classes are not likely to become an accepted role model to the lower strata of society. The only way out would be that members of the lower classes find

their own ways of healthy living with role models out of their own ranks.

Keywords: public policy, social class, health promotion

LITERATUUR

1. *Okrent D.* Last Call: The Rise and Fall of Prohibition. New York: Scribner, 2010.
2. *Zeh J.* Corpus delicti. Ein Prozess. Frankfurt: Schöffling & Co, 2009
3. *Heye UK. Dalichow W.* Wir wollten ein anderes Land. Eine Familiengeschichte aus der DDR. München: roemer, 2010
4. *Kooiker SE.* Nederlanders aan het woord over gezondheid en gezond leven. Bohn Stafleu Van Loghum:Houten (in druk)
5. *Bovens M.* De diplomademocratie. Over de spanning tussen meritocratie en democratie. Beleid en Maatschappij 2006; 33:205-18
6. *Lander C.* Stuff White People Like: A Definitive Guide to the Unique Taste of Millions. New York:Random House, 2008.
7. *Eftting M.* Dikke sporters onder elkaar. De Volkskrant 31 mei 2010.
8. *Lucht F van der, Polder JJ.* Van gezond naar beter. Kernrapport van de volksgezondheidstoekomstverkenning. Houten: Bohn, Stafleu Van Loghum. 2010.

CORRESPONDENTIEADRES

Sjoerd Kooiker, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag, e-mail: s.kooiker@scp.nl

Het lichaam in beweging: een te disciplineren machine?

Jenny Slatman¹

Sinds de jaren 1960 is de overheid actief in het propageren van meer lichamelijke beweging om zwaarlijvigheid, en de mogelijke gezondheidsrisico's daarvan, te verminderen of te voorkomen. Er werden en worden verschillende nationale beweegcampagnes gelanceerd, zoals Trim u Fit! (1967). Sportreal (1976), Sport, zelfs ik doe het (1988), en nu zijn we allemaal bekend met 30 minuten bewegen.

ZWAARLIJVIGHEID TE LIJF

Het idee dat meer bewegen een gunstig effect heeft op gewichtsafname is onderhand een gemeenplaats. Dit neemt niet weg dat dit soort leefstijlinterventies kritisch bekeken moeten worden. Naast de algemene kritiek dat de publieke volksgezondheid individuen 'paternaliseert' en onderwerpt aan heersende normen,¹ en dat 'zelfverkozen' maar toch 'opgelegde' interventies de autonomie van individuen niet respecteert,² zijn sommigen nogal cynisch over de effectiviteit ervan.³ In dit artikel wil ik een ander aspect belichten. Mijn hypothese is dat de

ontwikkeling, implementatie en evaluatie van dit soort interventies vanuit een veel te eng mensbeeld begrepen worden.

Binnen de gezondheidsbevordering wordt vrijwel standaard over gedragsverandering gesproken als het om leefstijlverandering gaat.⁴ Natuurlijk gaat het bij leefstijl ook om gedrag, maar bij de oproep tot meer bewegen (met het oog op gewichtsverlies) gaat het primair om een verandering van het lichaam; een verandering van iemands belichaamde competenties en lichamelijke in de wereld zijn; een verandering van iemands lichaamsbeleving, en mogelijk met een verandering van iemands lichamelijke identiteit. Nu is er genoeg aandacht voor het lichaam in onze tijd, maar het veronderstelde lichaamsparadigma is uiterst beperkt.

HET LICHAAM ALS MACHINE

Een eenvoudige weergave van de dominante lichaamsopvatting die ten grondslag ligt aan hedendaagse beweeginterventies is: "Het lichaam is te dik, het beweegt te weinig; het moet dunner worden en daarvoor in beweging gezet worden". Achterliggende gedachte hier is dat het lichaam is te vormen, te disciplineren – als het maar gehoorzaam is, dan zal het lukken. Het lichaam is

¹ Vakgroep Metamedica, Faculteit Health, Medicine and Life Sciences, Universiteit Maastricht

te vormen door wilskracht en motivatie, en het is precies de geest die het lichaam haar wil moet opleggen.

Het idee van de geest die over het lichaam regeert, of moet regeren, is eeuwenoud. Al in de Griekse Oudheid ging men ervan uit dat mensen eigenlijk een soort dubbelwezens zijn, met zowel een geest als een lichaam. Maar tegelijkertijd gingen de oude Grieken er wel vanuit dat lichaam en geest onlosmakelijk met elkaar verweven zijn. Die intrinsieke verbondenheid tussen lichaam en geest wordt naarmate de geschiedenis voortschrijdt steeds minder. Met de opkomst van de moderne wetenschappen in de zeventiende eeuw wordt het lichaam geheel losgevoerd van de geest.⁵ Descartes stelt dat lichaam en ziel twee radicaal verschillende substanties zijn, waarbij het lichaam een soort machine is en de geest de rationele wil is.

Gezondheidsbevordering baseert zich met name op menswetenschappen zoals pedagogiek en psychologie. Met veel graagte wordt er binnen deze wetenschappen gebruik gemaakt van de Cartesiaanse gedachte dat het machinale lichaam ondergeschikt is aan de geest die alle belangrijke beslissingen neemt. Dit heeft te maken met het feit dat als we ervan uit gaan dat het lichaam een machine is die we helemaal kunnen ontleden en begrijpen, dat we deze door voortschrijdend inzicht steeds geschikter kunnen maken. Het lichaam als machine is maakbaar en te disciplineren. De lichaamsdiscipline heeft sinds de zeventiende eeuw zo'n hoge vlucht kunnen nemen doordat de te disciplineren lichamen op een zodanige wijze geordend worden dat ze in principe altijd zichtbaar zijn, en dus altijd onder toezicht staan.⁶ Een tekenend voorbeeld hiervan is de overgang van het voormoderne cachot, een donker hol waar criminelen onzichtbaar waren, naar de moderne gevangenis – het panopticon (pan-optisch = overal zichtbaar), waarin criminelen altijd zichtbaar zijn, zonder dat ze zelf zien dat ze bekeken worden.

Het panopticon beperkt zich niet tot het gevangeniswezen. Onze hedendaagse samenleving is doordrongen van het panoptische principe. Om gedragingen te beïnvloeden worden er allerlei manieren van toezicht en registratie toegepast: denk aan camera-toezicht om potentiële reischoppers in toom te houden. Het lijkt erop dat wij in naam van belangrijke maatschappelijke waarden zoals veiligheid en gezondheid ons met graagte onderwerpen aan het panopticon. Panoptisch toezicht wordt heel vaak helemaal niet als vervelend ervaren.

Ook bij beweeginterventies gaat men ervan uit dat deelnemers zich graag – uit naam van de heersende norm van gezondheid – onderwerpen aan een soort panopticon waarin ze zichzelf kunnen disciplineren; hun gewicht en BMI kunnen “normaliseren”. Het panoptische toezicht kan gevormd worden door een coach, allerlei technologische snufjes zoals apparaten die aangeven hoeveel calorieën je verbrand, die bijhouden hoeveel stappen je per dag stapt, die bijhouden of je inderdaad je programma wel afwerkt, die je vetpercentage meet et cetera.

Het probleem met dit soort technologieën die ons zouden moeten verleiden en motiveren tot meer bewegen, is dat ze primair appelleren aan cognitie en verstand. Men wordt aangesproken als een verstandig wezen dat een lichaam heeft, en dat op een verstandige wijze met dit lichaam om moet gaan. Deze

visie op het lichaam als een machine is echter slechts een aspect van ons lichamelijk bestaan.

EEN ALTERNATIEF LICHAAMSPARADIGMA

Ik kan mijn lichaam inderdaad ervaren als een soort machine. Deze ervaring noem ik de ervaring van een lichaam *hebben*; een lichaam dat is te ontleden, een lichaam als een ding, een lichaam dat is te meten, of dat te reduceren is tot meetbare kwantificeerbare determinanten zoals BMI, gewicht, bloedsuikerspiegel et cetera. Echter als we ons eigen lichaam waarnemen en ervaren dan verschijnt het niet alleen maar als iets dat we hebben. Het lichaam mag dan wel een manipuleerbaar ding zijn, het is nu juist zo'n bijzonder “ding” omdat het zichzelf van binnenuit kan voelen. Het lichaam is niet alleen iets dat we hebben en dat we met ons meezeulen. We *zijn* ook ons lichaam. Dit is een ervaring van onvervreemdbaar zijn van je eigen lichaam, dat jij het bent die je voelt (bijvoorbeeld bij pijn of als je iets aanraakt) dat jij het bent die zelf beweegt (en niet dat iets anders jouw lichaam in beweging zet). Deze twee verschillende ervaringen van ons lichaam – *hebben* en *zijn* – komen samen op het moment dat we ons met ons eigen lichaam identificeren. Zoals je in de spiegel naar je eigen buitenkant kijkt en kunt zeggen: dit ben ik. Deze lichamelijke identiteit betekent “het zijn van het lichaam dat je hebt”.⁷

De ervaring van het “zijn van je lichaam” is voor zowel de medische als de menswetenschappen veel lastiger te bevatten en te benaderen. Dit komt doordat het lichaam dat we “zijn” meestal niet expliciet waarnemen, en doordat het helemaal niet door een expliciete intentie in beweging gezet hoeft te worden; zonder erbij na te denken passen we ons telkens aan situaties en omstandigheden aan. Onze belichaamde competentie – ons “ik kan”⁸ – heeft helemaal geen “ik denk” nodig. Ons belichaamde zijn en kunnen voltrekt zich meestal op zodanige wijze dat we daar helemaal niet bewust van zijn. Dit aspect van lichamelijke identiteit is niet zomaar te kwantificeren en daardoor lastig te “meten”. Om er iets over te kunnen zeggen zal er altijd naar de ervaring van de persoon in kwestie gevraagd moeten worden.

Om te evalueren hoe deelnemers van beweeginterventies hun eigen veranderende lichaam, en hun veranderde kunnen of niet-kunnen ervaren, zullen er bij evaluaties instrumenten gebruikt (en ontwikkeld) moeten worden die de lichaamservaring van deelnemers meer centraal stellen zoals interviews, participerende observatie, het bijhouden/schrijven van een lichaamsdagboek et cetera. Deze instrumenten geven inzicht in het proces van verandering dat van deelnemers verlangd wordt of dat ze van zichzelf verlangen. In een dergelijke analyse kan naar voren gebracht worden of en hoe de verlangde verandering past in het lichaamsverhaal of de lichamelijke identiteit van betreffend individu. Een dergelijke benadering kan een aanvulling zijn op bestaande benaderingen die uitgaan van informatie en motivatie. Want, ook al is iemand goed geïnformeerd en erg gemotiveerd, als de verlangde verandering niet bij iemands lichamelijke identiteit past, dan zal de beoogde interventie niet succesvol zijn.

ABSTRACT

To prevent and treat obesity, health promoters design (and implement) all kinds of lifestyle interventions that aim at encouraging physical activity. In this paper, I argue that most of these interventions are not that successful because of the limited view on the body presupposed by current health promotion. Most interventions presuppose that the body is a kind of a (Cartesian) machine that needs to be activated and motivated by a rational and willful mind. I present another view on embodiment, in which the body should not only be seen as a certain thing or machine one *has*, but also as something one *is*, thus calling attention for bodily identity. I suggest that this alternative view on embodiment may help to gain insight in the difficulty of changing one's lifestyle, and to develop other kinds of evaluation tools.

Keywords: exercise (on prescription), lifestyle change, embodiment, bodily identity

LITERATUUR

1. Lupton D. The Imperative of Health. London: Sage, 1995.

2. DeVisch I. An Open Future? The Principle of Autonomy within Medical 'Codes of Conduct' versus the Heteronomy Effects of Predictive Medicine. *Centr Eur J Medicine*, 2008;3(2):141-8.
3. Dekkers M. Lichamelijke Oefening. Amsterdam/Antwerpen: Contact, 2006.
4. Bartholomew LK, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH. Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach. San Francisco: CA: Jossey-Bass, 2006.
5. Slatman J. Vreemd Lichaam. Over medisch ingrijpen en persoonlijke identiteit. Amsterdam: Ambo, 2008.
6. Foucault M. Discipline, toezicht en straf: de geboorte van de gevangenis. Groningen: Historische Uitgeverij, 1989.
7. Slatman J. Beelden van het lichaam: Van verleden tot heden. *Schrift. Tijdschrift over de Bijbel* 2009;41(5): 147-52.
8. Merleau-Ponty M. Fenomenologie van de waarneming. Amsterdam: Boom, 2009.

CORRESPONDENTIEADRES

Jenny Slatman, Vakgroep Metamedica, Faculteit Health, Medicine and Life Sciences, Universiteit Maastricht, e-mail: j.slatman@maastrichtuniversity.nl

Preventiebeleid vraagt om geheugen

Eddy Houwaart¹

In vrijwel alle discussies over public health programma's en public health beleid speelt historische ervaring een rol. In discussies over cholera in de negentiende eeuw wilde men graag leren van eerdere ervaringen met 'epidemische ziekten', de tuberculosecampagne in de jaren vijftig van de twintigste eeuw was mede gebaseerd op radiologische ervaringen met screening in de jaren dertig, de discussie over prenatale screening in jaren 80 en 90 werd soms sterk gekleurd door angst voor de 'eugenetica' van vroeger. Meestal gaat het dan om de historische blik van direct betrokkenen en professionals. Niet zelden is er sprake van mythevorming en men gebruikt soms eerdere ervaringen om nieuwe gezondheidsproblemen aan te pakken: dan voert men dan als het ware een strijd met strategische en tactische middelen uit een vorige oorlog.

Dergelijke vormen van geheugen zijn nuttig en inherent aan elke wetenschappelijke discipline, maar het is niet de vorm van historisch besef waarover ik het over ga hebben. Bij professionele geschiedschrijving gaat het namelijk om gereflecteerde historische ervaring: lange termijn processen in public health en preventie worden eerst systematisch onderzocht eer ze ingezet worden voor beleid. Deze vorm van geschiedschrijving vereist wat meer inspanning dan het verzamelen van medisch-professionele ervaringen. Bovendien maakt een goede historische analyse de zaken doorgaans ingewikkelder dan de medische professional geneigd is te doen. Waar bijvoorbeeld klinisch-

epidemiologische vraagstellingen gericht zijn op reductie van de (historische) complexiteit om zo – vaak op kwantitatieve gronden – de belangrijkste etiologische factoren van een gezondheidsprobleem op het spoor te komen, daar leidt historisch onderzoek naar het zelfde gezondheidsprobleem tot het compliceren van de zaken. Dat komt omdat goed historisch onderzoek een public health vraagstuk altijd in een niet-medische context plaatst en oog heeft voor de dynamiek van sociale processen. In historisch onderzoek worden gezondheidsproblemen dus altijd in verband gebracht met sociale verhoudingen, politieke structuren en culturele tradities.¹

HISTORISCH ONDERZOEK ALS KRITISCHE METHODE

Professionele geschiedschrijving staat vanwege haar benadering per definitie kritisch ten opzicht van het dagelijkse public health beleid, preventieprogramma's en klinisch epidemiologische onderzoek. Omdat het zaken eerder compliceert dan reduceert, staat het op gespannen voet met de vigerende 'evidence' in de klinische epidemiologie en met de gezondheids-economische invalshoek van preventie, waarin het streven naar efficiency en effectiviteit op de voorgrond staat. Juist door haar andere benadering kan historisch onderzoek echter iets wezenlijks toevoegen aan hedendaagse discussies over preventie en public health.

Wie zich zorgen maakt over het telkens terugkerend verzet tegen bijvoorbeeld vaccinatie en dit wil toeschrijven aan de negatieve rol van de media, kan baat hebben bij het historisch inzicht dat verzet een lang traditie kent. Er blijkt een lange

¹ Vakgroep Metamedica. Faculteit Health, Medicine & Life Sciences, Universiteit Maastricht