



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Subjects of care: Living with overweight in the Netherlands

Vogel, E.

Publication date

2016

Document Version

Final published version

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Vogel, E. (2016). *Subjects of care: Living with overweight in the Netherlands*. [Thesis, fully internal, Universiteit van Amsterdam].

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

SUMMARY

Overweight people currently find themselves cast as part of an urgent societal problem. Statistics suggest that in the Netherlands and elsewhere being overweight is becoming a true ‘epidemic’. But from the numbers offered in such statistics, we learn little about how people might live with overweight as both a concern and a bodily state in their daily lives. This dissertation analyses the practices and techniques through which people who classify as overweight or obese, or who feel they are fat or at a risk of becoming so, care for their bodily weight.

In chapter 1, I introduce my approach and research question and relate it to the existing social science literature concerned with overweight and obesity. In this body of work, most authors emphasize the disciplining, moralizing and calculating character of nutritional recommendations, diets and related bodily techniques. Their critical reading of these techniques is that they aim at making bodies docile, their desires tamed. Moreover, these techniques call upon people to take control of their health as individual subjects. Social scientists locate this normative injunction in a ‘lifestyle politics’. That is, part of being a good citizen now entails regulating one’s weight by making so-called healthy choices and engaging in good behavior.

But although in the arena of ‘obesity epidemic’ discourse the webs of normalizing biopower are becoming ever tighter, care practices are often messier. People care for their weight in ways that often elude the tropes of (self)disciplining that social scientists are so concerned with. It is such care that I have sought out. The aim was to study practices which neither responsabilize nor victimize individual subjects. I thus looked for alternatives to calls for bodily discipline in practices where weight care is being *done*.

A ‘science-based’ approach to healthy eating presents education and the supply of up-to-date information as the main tasks of professional care. In contrast to that I explore the creative strategies of both professionals and the people concerned to bring about meaningful changes in daily life. In ‘the wild’, people grapple with often contradictory messages embedded in cooking

SUMMARY

traditions, printed on labels and spread through popular media. In addition, people are engaged in different practices of cooking, tasting and eating together. There are several ways in which care practices may relate to such complexities. I find that despite body weight's clear-cut measurements, care practices do not target a well-defined condition. Instead, informed by various therapeutic concerns, they work on altering a wide array of modes of doing, being and relating.

My concern is particularly with the subject engaging in (self-)care. I ask what it may mean to 'take up' the task of living with their overweight in practice. What do professionals encourage their clients to strive after when caring for their weight? How does this help to configure the bodies and environments people then come to live in? In what normative relations are the subjects of (self-)care bound up? In this dissertation I contrast different forms of care. In other words, I engage in an *articulation* of the messy socio-materially embedded relations and practices through which living and caring are done. The aim is to thus explore how people may variously craft themselves as persons when weight is a concern. These, then, are the research questions that animate this dissertation:

What forms of care emerge in practices that address issues with bodily weight and how do these configure the body and the environment? What may subjects become as they engage in these forms of (self-)care?

To answer these questions, I conducted ethnographic fieldwork on practices through which various practitioners and people care for bodily weight. The means they draw on are as diverse as dietary recommendations, exercise regimes, meditation, tasting, diet shakes and surgery. Such techniques, I stress, not only intervene *on* the body. They reconfigure the lives of the people involved. They change the practicalities and meanings of everyday life – of cooking and eating, of pain and pleasure, of shopping, of being a family. In this dissertation, I demonstrate that different forms of care do so in different ways.

Working from a material semiotics approach, a set of sensitivities emerging from Science and Technology Studies (STS), I analyze *modes of ordering* in care practices. That is, I explore how a certain form of care implies

SUBJECTS OF CARE

a practical arranging of people and things – of subjects, bodies, environments, techniques, professionals and activities. In a particular ordering, certain problems are attended to and specific normative ideals are pursued, while others are left out. I study these different orderings as they enact different modes of living with overweight. By contrasting them, we gain new vocabularies with which to value the modes of living that emerge in care practices.

In **chapter 2**, I position my analysis of caring practices in relation to ethical debates in philosophy around responsibility for obesity, on the one hand, and poststructuralist criticisms of discursive constructions of the problem of obesity on the other. I do this by exploring the dominant terms in Dutch public debates around obesity. I show how targeting excess body weight is often presented here as a matter of controlling bodily *drives*. An individual or collective *will* is then called upon to restrict these drives. I then move on to analyze in what ways this ‘logic of control’ comes to matter in clinical care practices of dietitians, weight consultants and nutritionists. Here I find that control is not always foregrounded. Professionals may even state discipline is problematic as it leaves people to develop a ‘disturbed relation’ with their bodies. Professional ways of working, moreover, reveal a richness of practiced ideals, oriented towards feeling well, eating well and caring well. Such an attention to ‘clinical specificities’, I argue, opens up a space for productive normative engagements with obesity care that move beyond dominant logics in public debate and its critiques.

In **chapter 3** I explore how knowledge inflects consumption practices. This knowledge was initially shaped by the industrial preoccupation with efficiently maintaining a healthy, productive workforce; it is now formed by a post-industrial concern with the ailments associated with a misbalance between food intake and lack of exercise. I analyze how exercise practices in the Netherlands that are primarily concerned with weight tie eating to exercise and thus enact what I call ‘metabolic logics’. My question is which modes of relating to their body people are thus offered in these practices. A first metabolic logic premises *calculating* as a strategy to ensure energy efficiency and weight loss. This strategy depends on the measuring and quantifying of bodies, food and exercise. A second logic puts its hopes in

SUMMARY

activating people's metabolic rate in order to enhance the body's functionality. This second logic operates as a critique to the first. I stress these logics do not just present *ideas* on what is healthy and what is not, but are also and importantly a material and practical affair. That is, these logics structure *particular* ways of healthy living, rather than others. Their material character implies that as professionals working from the second logic encounter, for example, their clients' fears of eating more and gaining weight, they are not only confronted with different *ideas* about what is or is not healthy, but also with calorie lists, food packaging, weighing scales and commercial diets that convey the very norms they try to change. The analysis therefore highlights the limits of providing education about foods and bodies.

In **chapter 4**, written together with Annemarie Mol, we question the idea that healthy eating requires people to control themselves and abstain from pleasure. This idea is dominant, but in this chapter we bring out practices of professionals who work in alternative ways. By means of 'positive prevention', these professionals seek weight loss for their clients by cultivating their capacity for pleasure and their body's amenability to satisfaction. We stress the practical work required for enacting sensitive bodies felt from within. It appears that 'enjoying your food' depends on being attentive to tastes and feelings and that recognizing needs demands training. What is more, food may only be inviting if the right conditions are crafted. From the perspective of these practices, we argue, the notion of 'health behavior' prevalent in public health discussions is problematic because it concerns itself with actions observable and judged *from the outside*. The professionals presented in this chapter encourage people to no longer ask 'Am I being good?' but help them to wonder instead 'Is this good for me?' Both questions are normative and target individuals. Yet, in thinking about overweight they mark a difference worth making: that between externally controlling your behavior and self-caringly enjoying your food.

In **chapter 5**, I analyze a mindful eating course. The idea of the course is that people use eating to cope with troubles in their lives, while at the same time they are hindered by a preoccupation with the size and shape of their bodies. Mindfulness coaches aim to help people let go of this 'struggle with eating' by posing as the central question: '*what do I *really* hunger after?*'

SUBJECTS OF CARE

The self's hungers include 'belly hunger' but also stem from mouths, hearts, heads, noses and eyes. They cannot all be fed with food. This mode of care shifts from focusing on bodily norms to an orientation to *nourishment*. Techniques focus on the training of attention to recognize and disentangle hungers; developing self-knowledge of and a sensibility to what 'feeds' personal life; and the way a person positions herself in relation to herself and the world. Although examining what one hungers after is a pursuit without end, satisfaction and personal growth are part of the process. I argue that rather than introducing new norms to correct a body out of bounds, in mindfulness configures a different kind of normativity, oriented to living. It therefore changes the worlds people come to inhabit through engaging in self-care.

Chapter 6 describes the processes through which patients diagnosed with 'morbid obesity' become active subjects through undergoing bariatric surgery and a lifestyle program in a Dutch obesity clinic. I argue that surgery does not take the task of handling obesity away from patients. On the contrary: in the clinic's elaborate care assemblage - consisting of dieticians, exercise coaches and psychologists - the person is not only actively involved in his/her own treatment, but treatment is aimed at becoming, feeling, appreciating differently altogether. The empirical examples reveal that the self capable of self-care is not readily available, but can only come about due to costly and laborious conditioning through which patients will never be the same. The surgical procedure allows patients to anchor their will in the body's anatomy, permitting a mode of embodiment in which will and cravings are in synch. While the transformation harbors great potential, it can also disrupt. As patients depend on others to realize forceful changes in themselves, this is a mode of care that aligns support and submission with agency.

In **chapter 7** I come back to my main research question. I argue again that there is no 'natural' imperative for how to care for body weight, handed to us by facts on food and the body. Instead, there are different modes of engaging with overweight in people's lives. All these alternatives are situated, complex normative negotiations. In these negotiations, not one problem, but various problems, playing out on different scales and shaped by different terms, come to the fore. By way of conclusion, this chapter clusters

SUMMARY

the differences I found in the chapters in four modes of care. The first is care through the control of input and output by a rational mind. The subject is here called upon as a cognitive center making decisions. The second mode of care works through changing the self by reconfiguring its anatomy; thus enacting an embodied and relational subject transforming itself. The third mode of care aims at cultivating the tasting body. Here, the subject becomes a sensitized self who lives her body from the inside. Finally, a fourth mode of care foregrounds a 'hungering' subject as this care is premised on nourishing hungers in fitting ways. In this chapter I articulate the bodies staged in these forms of care and the environments they engage with, in particular through eating and taking exercise. The modes of care do not fit on a commensurable whole in which one is universally better than the other; neither are they options left to the preferences of professionals and their clients/patients. Instead, my analysis opens up a new evaluative field that allows for new ways of deliberating about care for and life with overweight. It gives new handholds for differentiation between supporting relations and relations that make it difficult for certain modes of living to flourish. In that way, this dissertation opens up the question of how to create institutional space for creative care practices that invent and foster better ways of living in situations where overweight is a concern.

SAMENVATTING

Subjecten van zorg: leven met overgewicht in Nederland

Mensen met overgewicht worden tegenwoordig onderdeel gemaakt van een urgent maatschappelijk probleem. Statistieken laten zien dat in Nederland en daarbuiten overgewicht ‘epidemische’ vormen begint aan te nemen. Maar van de cijfers die deze statistieken ons bieden, leren we weinig over hoe mensen in hun dagelijks leven omgaan met overgewicht. Dit proefschrift analyseert de praktijken en technieken waarmee mensen die overgewicht of obesitas hebben – of die zichzelf te dik vinden, of het risico lopen dat te worden – zorgen voor hun gewicht.

In Hoofdstuk 1 introduceer ik mijn aanpak en plaats deze in de bredere sociaalwetenschappelijke literatuur over overgewicht. In deze literatuur wijzen veel auteurs op het disciplinerende, moraliserende en calculerende karakter van voedingsadviezen, diëten en gerelateerde lichaamstechnieken. Hun kritische lezing van deze technieken is dat ze gericht zijn op het tot gehoorzaamheid dwingen van het lichaam en het temmen van zijn verlangens. Bovendien spreken ze mensen als individueel subject aan op hun plicht controle te hebben over hun eigen gezondheid. Ze plaatsen deze normatieve opdracht binnen een ‘leefstijlpolitiek’. Deze houdt in dat je pas een goede burger bent als je op je gewicht let en zogenoemde ‘gezonde keuzes’ maakt.

Maar hoewel door het vertoog rond de ‘obesitasepidemie’ de netten van normaliserende *biomacht* steeds strakker worden gespannen, gaat het er in zorgpraktijken vaak rommeliger aan toe. De manieren waarop mensen zorgen voor hun gewicht komen vaak niet overeen met de (zelf)disciplinerende sociale wetenschappers zo bezorgd over zijn. Het is deze zorg waar ik naar op zoek ben gegaan. Het doel was vormen van zorg te onderzoeken die subjecten noch als verantwoordelijk individu noch als passief slachtoffer benaderen. Ik heb dus gekeken naar alternatieven voor een appèl op lichaamsbeheersing in de praktijken waarin deze zorg *gedaan* wordt.

SAMENVATTING

Bezien vanuit een wetenschappelijke benadering van gezond eten, vormen educatie en het leveren van up-to-date informatie de belangrijkste taken van professionele zorg. In tegenstelling tot deze benadering verken ik de creatieve strategieën van zowel professionals als de betrokken personen om betekenisvolle veranderingen in het dagelijks leven aan te brengen. In 'het wild' worstelen mensen met vaak tegenstrijdige boodschappen, ingebed in kooktradities, afgebeeld op labels of verspreid door populaire media. Daarnaast zijn mensen gewend aan bepaalde manieren van koken, proeven en eten met elkaar. Er zijn verscheidene manieren waarop zorgpraktijken zich verhouden tot zulke complexiteiten. Ik vond dan ook dat niettegenstaande de scherpomlijnde criteria waaraan lichaamsgewicht tegenwoordig afgemeten wordt, zorgpraktijken geen welomschreven aandoening behandelen. In plaats daarvan werken ze, ingegeven door allerlei therapeutische belangen/idealen, aan het veranderen van een grote diversiteit aan manieren van doen, zijn en verbinden.

Mijn interesse ligt voornamelijk bij het subject dat betrokken is bij (zelf-)zorg. Ik stel de vraag wat het nou eigenlijk betekent om het leven met overgewicht als taak 'op je te nemen'. Waartoe moedigen professionals hun cliënten aan in de zorg voor hun gewicht? Hoe draagt dit bij aan het configureren van de lichamen en omgevingen waar mensen dan in komen te leven? In welke normatieve relaties zijn de subjecten van (zelf-)zorg gevat? In dit proefschrift contrasteer ik verschillende vormen van zorg. Met andere woorden, mijn onderzoek levert een *articulatie* van de sociaal-materieel ingebedde relaties en praktijken waarin leven en zorgen gedaan worden. Mijn doel is om zo nieuwe manieren te verkennen waarop mensen zichzelf vormgeven als persoon wanneer hun gewicht een probleem is. Daarmee kom ik op de onderzoeksvraag die dit proefschrift inspireert:

Welke vormen van zorg ontstaan er in zorgpraktijken en hoe configureren deze het lichaam en de omgeving? Hoe geven deze praktijken vorm aan het subject van (zelf)zorg?

Om deze vraag te beantwoorden, put ik uit etnografisch veldwerk in zorgpraktijken waarin verschillende praktijkbeoefenaars, en mensen met

SUBJECTS OF CARE

overgewicht zelf, overgewicht te lijf gaan. Dit doen ze door gebruik te maken van middelen zo divers als dieetadviezen, beweegprogramma's, meditatie, smaakoefeningen, afvalshakes en operaties. Deze technieken, zo benadruk ik, grijpen niet alleen in *op* het lichaam, maar wijzigen de levens van de betrokken personen. Ze veranderen de praktische invulling en betekenis van het dagelijks leven – van koken en eten, van pijn en plezier, van boodschappen doen, van het familieleven. In dit proefschrift laat ik zien dat verschillende vormen van zorg dat doen op verschillende manieren.

Werkende vanuit een materieel semiotische aanpak, een 'set van gevoeligheden' voortgekomen uit het wetenschapsonderzoek, analyseer ik *manieren van ordenen* in zorgpraktijken. Dat wil zeggen, ik verken hoe een bepaalde vorm van zorg samenhangt door het praktisch, materieel en talig rangschikken van en betekenis geven aan mensen en dingen– van subjecten, lichamen, omgevingen, technieken, professionals en handelingen. In een ordening krijgen bepaalde problemen aandacht en worden specifieke normatieve idealen nagestreefd, terwijl andere weggelaten worden. Ik onderzoek de aard van de samenhang van deze uiteenlopende ordeningen en hoe ze verschillende manieren van leven met overgewicht laten zien. Door deze te contrasteren, krijgen we een nieuw vocabulaire waarmee we de manieren van leven die verwezenlijkt worden in zorgpraktijken kunnen waarderen.

In **hoofdstuk 2** positioneer ik mijn analyse van zorgpraktijken in verhouding tot ethische debatten in de filosofie over verantwoordelijkheid voor obesitas enerzijds, en poststructuralistische kritieken op discursieve constructies van het probleem obesitas anderzijds. Hierbij verken ik de dominante termen van het publieke debat rond obesitas. Ik laat zien hoe het aanpakken van overgewicht hier vaak wordt gepresenteerd als een kwestie van het controleren van *lichaamsdriften*. Een individuele of collectieve *wil* wordt bovendien opgeroepen om deze beheersing op zich te nemen. Ik analyseer vervolgens op welke manier deze 'logica van controle' doorwerkt in de klinische zorgpraktijken van diëtisten, gewichtsconsulenten en voedingsdeskundigen. Hieruit blijkt dat controle van driften niet altijd belangrijk gevonden wordt en professionals discipline zelfs als zeer problematisch bestempelen omdat het mensen opzadelt met een 'verstoorde

SAMENVATTING

relatie' met hun lijf. Professionele werkwijzen onthullen bovendien een groot scala aan andere praktische idealen, gericht op goed voeden, goed eten en goed zorgen. Een dergelijke aandacht voor 'klinische specificiteit', beargumenteer ik, geeft ruimte aan productieve normatieve betrokkenheid met obesitaszorg die niet vast zit in de dominante logica van het publieke debat en zijn kritieken.

In **hoofdstuk 3** onderzoek ik hoe kennis consumptiepraktijken vormt. Deze kennis is eerst gevormd door de industriële preoccupatie met het efficiënt onderhouden van een gezonde, productieve arbeidskracht en nu door een postindustriële bezorgdheid om volksziekten ten gevolge van een misbalans tussen voedselinname en hoeveelheid beweging. Ik analyseer hoe Nederlandse beweegpraktijken die zich richten op gewichtsverlies, eten en lichamelijke oefening aan elkaar koppelen en daardoor diverse 'metabolische logica's' tot stand brengen. Mijn vraag is welke relatie tot hun lichaam mensen zo geboden wordt in deze praktijken. Een eerste metabolische logica stelt *rekenen* voorop als strategie voor het bereiken van efficiënt energieverbruik en gewichtsverlies. Deze strategie komt tot stand in het meten en kwantificeren van lichamen, voedsel en beweging. Een tweede logica vestigt haar hoop op het *activeren* van het metabolisme van mensen om zo de functionaliteit van het lichaam te verhogen. Deze tweede logica vormt een kritiek op de eerste. Ik benadruk dat deze logica's niet alleen verschillende *ideeën* weergeven over wat gezond is of niet, maar ook vooral een praktische en materiële aangelegenheid zijn. Dat wil zeggen, deze logica's structureren bepaalde manieren van gezond leven en niet andere. Hun materiële karakter behelst dat de professionals die werken vanuit de tweede logica niet alleen geconfronteerd worden met bijvoorbeeld de angst van hun cliënten om meer te eten en aan te komen, maar ook met calorielijsten, voedselverpakkingen, weegschalen en commerciële diëten die de normen uitdragen die zij proberen te veranderen. In de analyse komen daarmee de beperkingen van educatie over voedsel en lichamen aan het licht.

In **hoofdstuk 4**, geschreven samen met Annemarie Mol, betwijfelen wij het idee dat gezond eten van mensen verlangt om zichzelf te beheersen en af te zien van genot. Dit idee is dominant, maar in dit hoofdstuk laten we de praktijken zien van professionals die op andere manieren werken. Door middel

SUBJECTS OF CARE

van 'plezierige preventie' proberen deze professionals gewichtsverlies voor hun cliënten te bewerkstelligen door hun vermogen om van eten te genieten te cultiveren en daarmee de beleving van verzadiging te vergroten. We richten ons hierbij met name op het praktische werk dat nodig is voor het tot stand brengen van lichamen die gevoeld worden van binnenuit. Het wordt duidelijk dat het 'genieten van je eten' van de persoon vraagt om aandacht te hebben voor smaken en gevoelens; en dat het herkennen van behoeften training vereist. Daarnaast kan voedsel alleen uitnodigend zijn als de omstandigheden daartoe zijn uitgerust. Vanuit het perspectief van deze praktijken, zo stellen we, is het concept 'gezondheidsgedrag' dat veel voorkomt in discussies rond de publieke gezondheidszorg, problematisch omdat het zich richt op gedrag geobserveerd en beoordeeld *van buitenaf*. De professionals die aan bod komen in dit hoofdstuk moedigen mensen niet langer aan te vragen 'Doe ik het goed?' maar helpen hun cliënten te onderzoeken 'Is het goed voor mij?' Beide vragen zijn normatief en richten zich op het individu. Maar in ons denken over overgewicht signaleren ze een waardevol verschil: tussen het extern controleren van gedrag en het zorgend genieten van eten.

In **hoofdstuk 5** analyseer ik een 'mindful eten' cursus. Het idee achter de cursus is dat mensen eten gebruiken om met moeilijkheden in hun leven om te gaan, terwijl ze tegelijkertijd last hebben van een preoccupatie met de vorm en grootte van hun lichaam. Mindfulness coaches proberen mensen te helpen in deze 'strijd met eten' door als centrale vraag te stellen: 'waar honger ik nu *echt* naar?' Dit zelf voelt 'buikhonger' maar ook hongers die ontstaan in monden, harten, hoofden, neuzen en ogen. Deze kunnen niet allemaal gevoed worden met voedsel. Deze vorm van zorg verschuift zo de focus van lichamelijke normen naar een oriëntatie op *voeding*. Technieken richten zich op het trainen van aandacht om hongers te herkennen en te onderscheiden; het ontwikkelen van zelfkennis van en een gevoeligheid voor wat het persoonlijk leven 'voedt'; en de manier waarop een persoon zich verhoudt tot zichzelf en de wereld. Hoewel het onderzoek waar men naar hongert geen einde kent, zijn bevrediging en persoonlijke groei onderdeel van het proces. Het hoofdstuk beargumenteert dat in plaats van het introduceren van een nieuwe set normen om een onbegrensd lichaam te corrigeren,

SAMENVATTING

mindfulness een vorm van normativiteit uitdraagt die gericht is op het leven zelf. Zij geeft daarmee vorm aan een andere werkelijkheid rondom zelfzorg.

Hoofdstuk 6 beschrijft de processen waardoor mensen gediagnosticeerd met 'morbide obesitas' actieve subjecten worden door het ondergaan van een maagverkleinende operatie en een leefstijlprogramma in een obesitaskliniek. Ik stel dat de operatie de taak van het omgaan met obesitas niet wegneemt van patiënten. Integendeel: in de uitgebreide zorgopstelling van de kliniek – bestaande uit diëtisten, beweegcoaches en psychologen – is de persoon niet alleen actief betrokken in zijn/haar eigen behandeling; de behandeling zelf is gericht op helemaal anders worden, voelen en waarderen. De empirische voorbeelden laten zien dat 'het zelf in staat tot zelfzorg' niet zomaar beschikbaar is, maar alleen tot stand kan komen door een aantal kostbare en moeizame aanpassingen waarna patiënten nooit meer dezelfde zijn. De operatie stelt patiënten in staat hun wil te verankeren in de anatomie van hun lichaam, waardoor zij een belichaming kunnen bereiken waarin wil en trek met elkaar overeenstemmen. De transformatie heeft daarmee veel potentie voor mensen maar kan ook verstorend zijn. Omdat patiënten van anderen afhankelijk zijn voor het realiseren van krachtige veranderingen in henzelf, is dit een vorm van zorg waarin steun en onderwerping samenvallen met *agency*.

In **hoofdstuk 7**, tenslotte, kom ik terug bij mijn hoofdvraag. Ik stel nogmaals dat er geen 'natuurlijk gegeven' is, gelegen in de feiten over voedsel en het lichaam, hoe met overgewicht om te gaan. In plaats daarvan zijn er verschillende manieren waarop mensen in hun dagelijks leven met overgewicht om kunnen gaan. Al deze alternatieven omvatten gesitueerde, complexe normatieve overwegingen. Deze overwegingen laten niet één, maar meerdere problemen zien, die spelen op verschillende niveaus en in verschillende termen worden gevat. Bij wijze van conclusie, cluster ik in dit hoofdstuk de gevonden verschillen in vier vormen van zorg. De eerste is zorg door controle van input en output door een rationele geest. Het subject wordt hier aangesproken als een cognitief centrum dat beslissingen maakt. De tweede vorm van zorg werkt aan het veranderen van het zelf door in te grijpen op zijn/haar anatomie; een belichaamd en relationeel subject verschijnt dat zichzelf vormgeeft. De derde vorm van zorg richt zich op het

SUBJECTS OF CARE

cultiveren van de goede smaak van het lichaam. Het subject wordt hier een sensitief zelf dat haar lijf beleeft van binnenuit. Tot slot gaat een vierde vorm van zorg uit van een 'hongerend' subject omdat deze zorg gericht is op het voeden van diverse hongers op de juiste manieren. In dit hoofdstuk articuleer ik de lichamen die ten tonele verschijnen in deze vormen van zorg en de omgevingen waarmee ze in relatie staan, met name door middel van eten en bewegen. De vormen van zorg passen niet in een allesomvattend geheel waarin één altijd beter is dan de ander; ook zijn het geen opties die we overlaten aan de voorkeuren van professionals en hun cliënten/patiënten. In plaats daarvan opent mijn analyse een nieuw evaluatief veld dat nieuwe deliberaties over zorg voor en leven met overgewicht mogelijk maakt. Zij geeft nieuwe aanknopingspunten voor het differentiëren tussen ondersteunende relaties en situaties die het moeilijk maken om bepaalde manieren van leven tot bloei te laten komen. Het proefschrift leidt zodoende tot de vraag hoe we institutionele ruimte kunnen creëren waarin creatieve zorgpraktijken passende manieren van leven kunnen ontwikkelen in situaties waarin overgewicht een zorg is.