

**UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE**

**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

Katedra genderových studií

**Bc. Kristýna Kaválková**

**Poruchy příjmu potravy z genderové  
perspektivy:  
nemoc, či součást života?**

*Diplomová práce*

Vedoucí práce: **Mgr. Kateřina Kolářová, Ph.D.**

Praha 2011

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Kladně dne 5. září 2011

Kristýna Kaválková

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí diplomové práce Mgr. Kateřině Kolářové, Ph. D. za cenné rady, podnětné připomínky, čas věnovaný vedení práce a také za shovívavý přístup.

Dále bych chtěla poděkovat svému partnerovi, bez jehož podpory a tolerance by tato práce nemohla vzniknout. A obrovské díky také směřuji všem ženám, které byly ochotné věnovat mi svůj drahocenný čas, sdílet se mnou své cenné zkušenosti a poskytnout mi své názory na problematiku.

# OBSAH

## ABSTRAKT

<b>1. ÚVOD</b>	<b>8</b>
<b>2. TEORETICKÁ ČÁST</b>	<b>10</b>
2.1 Medikalizace společnosti	10
2.2 Ženy a „poruchy příjmu potravy“	15
2.2.1 Lékařský diskurs a „poruchy příjmu potravy“	17
2.2.2 Feministická perspektiva a „poruchy příjmu potravy“	20
2.2.3 „Poruchy příjmu potravy“: onemocnění?	23
2.3 Ideál krásy původcem „poruch příjmu potravy“?	28
2.4. Asymetrický vztah maskulinity a feminity: přirozenost?	33
2.5 Odlišnost ukotvená v těle	35
2.5.1 Sociálně konstruovaná těla	37
2.5.2 Disciplinace těla	39
2.5.3 Interpretace „poslušného těla“	40
<b>3. EMPIRICKÁ ČÁST</b>	<b>43</b>
3.1 Metodologický přístup	44
3.1.1 Výzkumné otázky	45
3.1.2 Výzkumná strategie a techniky sběru dat	46
3.1.3 Výběr a popis vzorku	48
3.2 Realizace rozhovorů	49
3.2.1 Vyhodnocování a interpretace získaných dat	49
3.3 Etické problémy výzkumu	51
3.4 „Významní druzí“	52
3.5 Tělesnost	53
3.5.1 Tělo „ženské“	54
3.5.2 Tělo štíhlé – tělo ideální?	56
3.5.3 Vztah k vlastnímu tělu	60
3.5.4 Zdraví a péče o sebe sama	63
3.6 Každodenní situace a život žen	64

3.6.1	Rutina	65
3.6.2	Vztah k jídlu	66
3.6.3	Jídlo a život	68
3.6.4	Obecně sdílená přesvědčení?	69
3.7	Tematizace „poruch příjmu potravy“	71
3.8	Bytosti „léčící se“ z poruch příjmu potravy	75
3.9	Interakce s odborníky/ odbornicemi	77
<b>4.</b>	<b>ZÁVĚR</b>	<b>80</b>
<b>5.</b>	<b>POUŽITÁ LITERATURA</b>	<b>82</b>
<b>6.</b>	<b>PŘÍLOHA Č. 1</b>	<b>87</b>

## **ABSTRAKT**

Tato práce se zabývá „poruchami příjmu potravy“, které jsou v lékařské literatuře, médiích a časopisech vymezeny jako psychické onemocnění, které souvisí s patologickým způsobem zacházení s jídlem, tělem a sebou samým/samou. Ukazuje se, že tato oblast není z genderové perspektivy neutrální, zpravidla jsou poruchy příjmu potravy označovány jako záležitost žen. Na základě polostrukturovaných rozhovorů v rámci kvalitativního výzkumu práce analyzuje názory žen, které mají s touto oblastí zkušenost, a to především jejich prožívání vlastní tělesnosti a každodenního života. Zároveň se zaměřuje na to, jakým způsobem ženy vnímají prezentaci poruch příjmu potravy, oblasti, jež se jich dotýká, tak jak je prezentována v médiích, lékařských publikacích a v rámci společnosti a jak interpretují svůj status jakožto bytostí „léčících se“ z tohoto „onemocnění“. Výpovědi žen poukazují na skutečnost, že jejich okolí na ně nahlíželo jako na osoby definované skrze jejich „poruchu“, osoby, které jsou výlučně spojovány s patologií a stigmatem. Ovšem tento pohled okolí, médií, odborníků/ic opomíjí rozmanitost lidských identit – ukazuje se, že ženy samy mohou své prožitky a zkušenosti interpretovat odlišným způsobem, svou „poruchu příjmu potravy“ pak vnímají v kontextu dominantního diskurzu jako nemoc, ovšem jejich subjektivní nazírání ji spíše spojuje s posilujícím stavem, který je součástí jejich života.

**Klíčové pojmy:** poruchy příjmu potravy, gender, patologie, každodennost, femininita, feministické teorie

## **ABSTRACT**

This dissertation deals with a problem of „eating disorders“, which are defined in medical literature, media and magazines as psychological disease, which relates to pathological way of dealing with food, body and himself/herself. It shows that that this area is not neutral from the gender point of view; eating disorders are usually women’s matter. Based on semi-structured interviews within the framework of qualitative research, this work analyses opinions of women, who have experience with this, especially their experience of their physicality and daily life. It is also focused on how women perceive the presentation of eating disorders, which concerns them, in media, medical publications and society and how they interpret their status as those who are recovering from this illness. Women’s testimonies point at the fact that their surroundings look at them as persons defined through their illness, as persons, who are exclusively connected with pathology and stigma. This view of surroundings, media and specialists, however, omit the diversity of human identities. It shows that women alone can interpret their experiences in different way. They perceive their eating disorder in the context of dominant discourse as disease, their subjective perception, however, connects it with strengthened status, which is part of their life.

**Key words:** Eating disorder, gender, pathology, everyday life, femininity, feminist theories

## 1. ÚVOD

V posledních letech média, literatura a společnost věnuje velkou pozornost tzv. poruchám příjmu potravy. Pokud se blíže zajímáte o toto slovní spojení, brzy se díky množství knih (Krch 1999, Marádová 2007, Maloney a Kranzová 1997, Papežová 2000, 2003) a internetu dozvíte, že se jedná o rozsáhlou oblast „patologických“ způsobů zacházení s jídlem. „V jistém smyslu se u jídelních poruch jedná o závislost na jídle, podobnou jako závislost na alkoholu u alkoholiků nebo závislost na drogách u toxikomanů.“ (Maloney a Kranzová 1997: 7). Mezi „poruchy příjmu potravy“ je řazena především mentální anorexie (anorexia nervosa) a bulimie (bulimia nervosa), pak i další „poruchy“, které se v anglické literatuře označují zkratkou EDNOS (Eating Disorders Not Otherwise Specified). Velmi výrazné místo této skupiny představuje onemocnění charakterizované impulzivními záchvaty přejídání BED (Binge Eating Disorder).<sup>1</sup> V rámci tohoto přístupu je oblast „poruch příjmu potravy“ silně patologizována.

Takto definovaná oblast tzv. poruch příjmu potravy vychází z medicínského diskurzu, vědy, která je společností vnímána jako dominantní zdroj informací a „pravd“. Lékařský diskurz se v rozmanitých oblastech snaží o nalezení příčin „problému“, o diagnostiku těla, o zlepšení, „opravení chyb“. Zpravidla klasifikuje odchylku od norem jako patologický jev, který je třeba léčit, odlišnost vystupuje jako nepříjemná a nepřijatelná. Podobně je tomu i v případě „poruch příjmu potravy“, kde už samotné spojení zcela přirozeného příjmu potravy a poruchy naznačuje negativní rozměr této oblasti. Ačkoli nechci zpochybňovat závažnost „poruch příjmu potravy“, potýkám se s problematičností takto negativně vymezeného slovního spojení. Slovo „porucha“ nese význam „jakékoli ztráty nebo abnormálnosti v psychologické, fyziologické nebo anatomické struktuře nebo funkci“ (Maříková, Petrušek, Vodáková a kol. 1996: 453). Nicméně nepodařilo se mi najít alternativní termín, což je také důvodem, proč se k tomuto spojení obracím, i když jsem si vědoma, že dochází k automatickému propojení „poruch příjmu potravy“ s onemocněním a „problémem“. Ovšem ve své práci usiluji o to, abych se naopak pohybovala v rámci, který tuto medikalizující pozici nesleduje a spíše se snažím vůči ní vymezit.

---

<sup>1</sup> V této definici vycházím především z dominantního a převládajícího lékařského diskurzu, který výrazným způsobem ovlivňuje představu společnosti o této oblasti.



Při snaze dozvědět se o „poruchách příjmu potravy“ více, ať už se obrátíme na internetové zdroje, odborné časopisy či literaturu, se ukazuje, že se dozvíme jen velmi málo o žité zkušenosti osob s poruchami příjmu potravy. Pokud je jim dopřán prostor, potom zpravidla z hlediska jejich „lěčby“, z toho, jak „nemoc“ zvládli/y a jak jejich „porucha“ postihla jejich blízké. Nedožíváme se blíže o tom, jaké důsledky má označení osob, jakožto nemocných poruchou příjmu potravy, pro jejich život, vztah k vlastnímu tělu, k okolí. Můžeme se jen tázat, jak lidé s „poruchou příjmu potravy“ interpretují tento svůj „status“? Co pro ně znamená „onemocnění“ poruchou příjmu potravy, zda zasahuje do jejich každodennosti? Jak vnímají interakci s lékařskými institucemi a s převládající představou o „poruchách příjmu potravy“ jakožto duševním onemocněním? Právě těmto zkušenostem, které jsou součástí života některých lidí, bych se ráda věnovala.

Studie ukazují (Lintott 2003, Peterson, Grippo, Tantleff-Dunn, 2008, Krch 1999, Marádová 2007), že většinu případů poruch příjmu potravy představují ženy<sup>2</sup> a oproti dřívějším předpokladům se nyní zjišťuje, že se neomezují na střední bílou třídu, ale potýkají se s nimi osoby různých ras, etnicit, tříd a věku (Lintott 2003). Osobně se zaměřím právě na tuto „většinu případů“ osob s poruchami příjmu potravy. Cílem této práce je prostřednictvím výpovědí konkrétních žen ukázat, jakým způsobem se konceptualizace jídelních návyků jakožto „poruch“ promítá do jejich života, zda a jak ovlivňuje vztah k vlastnímu tělu a lékařským institucím. Snažím se přitom poukázat na komplexitu vztahu mezi lékařskými institucemi, medicínským diskurzem, procesem sociálního konstruování poruch příjmu potravy a genderovanými představami o těle.

---

<sup>2</sup> Ovšem je zajímavé, že ačkoli ženy ve spojitosti s poruchami příjmu potravy převažují (90%), roste i počet mužů a dětí, kteří/é se s nimi potýkají. Tím, že jsou poruchy příjmu potravy nejčastěji spojovány se ženami, nechci vzbudit dojem, že kategorie „žena“ je koherentní a homogenní kategorií. Jde zároveň o propojení kategorií jako věk, etnická a národnostní příslušnost, vzdělání, sexuální orientace.

## 2. TEORETICKÁ ČÁST

„Poruchy příjmu potravy“ představují oblast, která je společností přibližována především skrze názory lékařů a lékařek, které jsou dále rozšiřovány prostřednictvím médií. Medicína tak představuje dominantní diskurz, který o „poruchách příjmu potravy“ utváří „vědění“ a jako takový je většinou společností vnímán jako zdroj relevantních informací o oblasti. Jeho prostřednictvím jsou tak „poruchy příjmu potravy“ rozklíčovávány. Proto se v první části práce zaměřuji na interakci žen s lékařským prostředím, neboť medicínský diskurz se obecně intenzivně zaměřuje na ženské tělo. Vycházím přitom především z přístupů, které nahlížejí na vztah mezi lékařstvím, ženami a mechanismy kontroly jejich těl kriticky. Pokusím se problematizovat způsoby pojmání „poruch příjmu potravy“ tak, jak jsou zobrazovány v médiích, časopisech a lékařských publikacích. Nejdříve se ovšem budu snažit přiblížit proces medikalizace společnosti, který obecně sehrál důležitou roli a ovlivnil pojmání mnohých aspektů lidského života, které jsou nyní chápány jako medicínské „problémy“. Dle mého názoru tento proces úzce souvisí i s příjmem potravy a jeho možnými „poruchami“, které by měly být řešeny a „lčeny“.

### 2.1. Medikalizace společnosti

Teoretický pohled (Foucault, 2000) na modernizační proces naznačuje, že současně s ústupem vlivu náboženství na fungování společnosti od 18. století nabývaly na síle poznatky vycházející z nově se utvářejících vědních disciplín. Ačkoli věda měla na jedné straně přispět k navýšení svobody a nezávislosti života jedince i celé společnosti, docházelo ale také, společně s pronikáním vědních poznatků do veřejného diskurzu, ke zvyšování míry kontrolování populace. Jak jsem již naznačila výše, i lidské tělo začalo fungovat jako cíl poznání, popisování, ale také kontroly, přičemž se zároveň stává nositelem symbolických hodnot.

Ve spojitosti s lékařskou vědou dochází k medikalizaci společnosti. Jde o proces, kdy jsou nemedicínské problémy definovány a léčeny v termínech nemoci (Conrad 1992 in Čada 2009). Klíčem k medikalizaci je problém definice: „medikalizace znamená definovat problém v lékařských termínech, použít lékařský jazyk k popsání tohoto problému,

přijmout lékařský rámec k porozumění tomuto problému a užít lékařskou intervenci k jeho léčbě“ (Conrad 1992: 211 in Čada 2009). Tato tendence se projevuje i v souvislosti s tělesnou hmotností lidí, současná společnost žije v obrovském strachu z „tloušťky“ a „obezity“<sup>3</sup>, která je interpretována jako velké „nebezpečí“. Opačná snaha, o udržení štíhlosti, ve svém důsledku může u některých bytostí vést ke vzniku poruch příjmu potravy. Právě mezi těmito póly – tloušťkou a extrémní vyhublostí, která s držením diet a poruchami příjmu potravy souvisí – existují paralely. Obě oblasti, „obezita“ i „extrémní vyhublost“, představují reakci jedinců/jednotlivkyň na společenský diktát, který směřuje k normalizaci jejich těl, přičemž problematická je především skutečnost, že „tloušťka“ i „vyhublost“ a potažmo i „poruchy příjmu potravy“ jsou vnímány jako onemocnění. Tyto oblasti jsou diskursivně konstruovány, genderově strukturovány a patologizovány.

V souvislosti s medikalizací společnosti pak Talcott Parsons (1951 in Čada 2009) jako první konceptualizoval medicínu jako formu sociální kontroly. Podle Parsonse je nemocný/á osvobozen/a od řady očekávání spojených s určitými sociálními rolemi, neboť přijetí norem role nemocného legitimizuje určité deviace od těchto norem a s nimi spojených očekávání. Na druhé straně však podléhá jiným normám specifickými pro svou novou roli. Parsons popisuje čtyři hlavní komponenty role nemocné/ho: (1) nemocní/né jsou uvolněni/y ze sociálních závazků, které by normálně museli/y naplňovat, (2) nejsou viněni/y za podmínky, ve kterých se ocitli/y, (3) nemocní lidé se snaží uzdravit se, (4) být nemocný/á znamená být definován/a jako objekt medicínské pomoci umožňující mu návrat do normality. Parsonsova teorie představuje podnětný základ pro uvažování o medikalizaci, protože přináší určitý předpoklad konsenzuálního kontraktu mezi nemocným/ou a lékařem/kou, na kterém část zmiňovaného diskurzu stojí. Jedinec/jednotlivkyň se přijetím role nemocného/nemocné vyváže z určitých typů norem a závazků, ale na druhou stranu se podrobí kontrole medicínských institucí. „Poruchy příjmu potravy“ jsou definovány jako „psychické poruchy/nemoce“ a jako takové představují pro lékaře/ky pole působnosti, představují onemocnění, které je potřeba „vyléčit a opravit“. Proto se ve svém výzkumu zaměřuji na to, zda tyto normy spojené s onemocněním a rolemi nemocných osob, které jsou zde nastíněny, přijímají konkrétní lidské bytosti zcela nekriticky za své i v případě mnou sledované oblasti, či zda se vůči nim určitým způsobem vymezují a případně jak. Nepředpokládám takto jednoduché

---

<sup>3</sup> V roce 2005 „válka proti obezitě“ nahradila „válku proti kouření“, neboť se společnost potýká s její epidemií (Gilman 2008: 15).

podrobení se lékařským autoritám a institucím a zároveň se domnívám, že osoby s „poruchami příjmu potravy“ by neměly být redukovány na oběti jednotné patologie.

Karel Čada (2009) dále odkazuje k dílu Ivana Illicha (1976 in Čada 2009), který upozorňuje na to, že medicínští profesionálové/ky a farmaceutické firmy vytvářejí nerealistické představy o zdraví, na jejichž základě se zvyšuje poptávka po léčbě. Skoro všechny aspekty lidského života se dle Illicha se postupně stávají součástí oblasti tělesného nebo duševního zdraví: porod, výchova dětí, řešení problémů a strastí, kriminalita, smutek, ambice, všechny typy tělesných a psychických odchylek a také smrt, a jako takové jsou pak předmětem medicínské kontroly. Podle Stearnse „kultura pomohla vytvořit vědecké obavy, udržuje přehnaná vědecká varování a medicínská zjištění pozdvihuje na morální vodítka.“ (cit in Palečková, 2006). Medikalizací obezity dochází k zastření skutečnosti, že trend hubnutí zdaleka není jen o zdraví. „To, co současný lékařský diskurz prohlašuje za zdravé, je ve skutečnosti nikoliv biologickou, ale kulturní normou“. (ibid.) Toto se názorně ukazuje v oblasti estetické chirurgie, která od 80. let expanduje a nově dochází k ustavení nedokonalosti, obezity, stárnutí jakožto „nemocí“, kterých je třeba se vyvarovat. Mohlo by se zdát, že vznikají „nové“ nemoci, jako je například celulitida, které dříve nebyla věnována pozornost, ovšem v současnosti bychom proti ní měly bojovat<sup>4</sup> za pomoci nejrozmanitějších kosmetických přípravků, chirurgických zákroků a pohybem.

V návaznosti na upozornění Ivana Illicha se nabízí otázka, zda i lidé s „poruchami příjmu potravy“ vždy potřebují lékařskou pomoc? Nebo dochází spíše ke konstruování obrazu „potřebnosti pomoci“ pro vyřešení „problému“, čehož je zpravidla dosahováno za pomoci léků a nákladných léčebných programů? Z tohoto důvodu se ve své práci soustřeďuji i na interakci osob s „poruchami příjmu potravy“ s lékařskými institucemi a problematizují již samotné nahlížení na oblast jako na otázku patologie a onemocnění.

Pro feministický úhel pohledu se jako velmi důležitý jeví aspekt procesu medikalizace společnosti, kdy dochází obecně ke zvyšování funkce dozoru státem ustavených institucí nad tělem. Conrad (1992 in Hasmanová Marhánková 2008) pak upozorňuje na skutečnost, že právě ženské tělo je více náchylné k medikalizaci. Gender se jeví jako důležitý faktor, který určuje hranici toho, co bude definováno jako deviantní a

---

<sup>4</sup> Celulitida je považována především za „nemoc“ žen. Ačkoli se na první pohled zdá, že se jedná o pouhý estetický problém, plastičtí chirurgové upozorňují na zdravotní nebezpečí, které představuje pokročilé stádium celulitidy, tedy tzv. lipohypertrofie.

vyžadující kontrolu<sup>5</sup>. Již osvícenství chápalo ženské pohlavní orgány jako hlavní faktor ovlivňující zbytek organismu - při menstruaci byly pozorovány a popisovány změny ženského chování. Toto se pak stalo základem, který odkazoval k ženským pohlavním orgánům jako k hlavnímu činiteli, jenž ovládá nervový systém žen. Protože byla žena z pohledu lékařské vědy v podstatě každý měsíc ve stavu mezi nemocí a zdravím, v jakémusi biologickém mezičase rizika, je potřeba podrobit dohledu i ženskou psychiku. Právě ze souvislosti s náchylností k nemocem se pak vyvinula celá strategie označující ženy jako osoby nervově slabé, neurotické a labilní. Touto „zcela logickou cestou“ pak došlo prostřednictvím vědeckého diskurzu lékařství ke konstituování genderových stereotypů, které zdánlivě pramení z odlišnosti biologických pohlaví, pročež byly, a mnohými stále jsou, nahlíženy jako pevně zakotvené v samotné podstatě lidské existence.<sup>6</sup> Lékařská věda se v tomto kontextu jeví jako zatížená genderovými stereotypy a zdá se, že i v současné společnosti dochází k manipulaci s názory, které se týkají zdraví a nemoci, a „rozhodování o tom, kdo je zdravý a kdo nemocný, je často subjektivní a společnost při jeho formulování sleduje vlastní cíle“ (Wolf 2000: 251). V této spojitosti se proto blíže zaměřím na lidské zdraví, které, jak se ukazuje, je do značné míry genderovaným společenským konstruktem.

Gender se podílí na konstruování představy o lidském zdraví, které je „jiné“ pro muže a pro ženy, na což upozorňuje Lenka Ševítová (2004). Svou roli zde hrají rozdílné životní podmínky, které mají muži a ženy na trhu práce, rozmanité životní šance a také sociální interakce. Gender není jediným faktorem, který má na konstruování představ o zdraví vliv, v každodenním životě dochází k jeho propojení s dalšími konstruovanými kategoriemi jako je rasa, etnicita, věk, sexuální orientace, a spolu se pak podílejí na utváření odlišných rizik a výhod pro fyzické zdraví, určují odlišné chování nemocných a ovlivňují sociální hodnotu pacientů/ek a priority výzkumů (Lorber 2000 in Ševítová 2004).

Lenka Ševítová (2004) v tomto kontextu upozorňuje na důležitost modelu nemocí, který leží v základu lékařské vědy. V západních moderních společnostech medicína vychází z biomedicínského modelu nemocí, který pracuje s onemocněním jako s odchylkou od „normálního“<sup>7</sup> biologického fungování. Tento model předpokládá

---

<sup>5</sup> Příjem potravy obecně, dříve zcela běžná a nikterak významně sledovaná záležitost, byl překlasifikována na oblast, která vyžaduje lékařskou pozornost a intervenci.

<sup>6</sup> <<http://uhv.upce.cz/cs/gender-a-telo/>>. [navštíveno 18.4.2011].

<sup>7</sup> Slovo „normální“, jako označení pro obvyklé, konstituující, odpovídající a neodlišující se, se v angličtině

specifické příčiny nemoci umístěné v těle „nemocné/ho“ a domnívá se, že každá nemoc má stejné příznaky a projevy v každé sociální situaci. Tato tendence se projevuje i v případě „poruch příjmu potravy“, kdy se v rámci odborných časopisů a v lékařských publikacích setkáváme se snahou o přesné vymezení faktorů a příčin, které vedou ke vzniku „problému“, o popis charakteristik osob, jichž se oblast týká, přičemž se předpokládá, že je možné pojmenovat osobnostní rysy či sociální podmínky, které vedou ke vzniku „onemocnění“, které není součástí „normálního“ života. Motivací je snaha o „znormailování nemocných“, jejichž odchylka budí znepokojení.

Jak podotýká Judith Lorber (2000), feministicky orientované práce poukazují na skutečnost, že „medicínské normy vycházejí z těl bílých mužů středních vrstev“ (Lorber 2000 in Ševítová 2004: 7). Tato „normalita“ tak, podle mého názoru, v sobě propojuje mnohý diskriminační potenciál a jak dále vysvětluje Lorber, všechny ženy, které menstruuji, jsou těhotné nebo procházejí obdobím menopauzy, jsou západním lékařstvím vnímány jako nemocné. Ženy jsou tak celý život potenciálními pacientkami a to především na základě normálních fyziologických funkcí těl žen, které jsou interpretovány jako lékařské syndromy. Podle Lenky Ševítové (2004) konstruování „ženského zdraví“ výborně odráží stereotypy, které se pojí s dominantním obrazem ženství tak, jak je konstruován v našem kulturním kontextu. Se zdravím žen jsou nejčastěji tematizovány oblasti, jako jsou sexualita, mateřství, láska nebo hubnutí. Zdá se, že i krása (přesněji patriarchální ideál ženské krásy) souvisí se zdravím, pročež úspěšně vzkvétá estetická chirurgie, farmaceutický a kosmetický průmysl, odvětví, která se soustřeďují především na ženy spotřebitelky.

Lékařská věda v západním světě není neutrální, jak sama předpokládá, a pronikají do ní rozmanité stereotypy, které ovlivňují přístup k pacientům a také prožívání „nemocí“ z jejich strany. Proto se ve svém výzkumu zaměřím na žitou zkušenost osob potýkajících se s „poruchami příjmu potravy“ a na pocity, které prožívají při interakci s lékařskými institucemi, které jsou, jak jsem naznačila výše, strukturovány vědou, jež není zcela neutrální. V následující části této práce se budu věnovat spojení „poruch příjmu potravy“ a

---

objevilo v polovině 19. století. S konceptem „normy“ začaly pracovat statistiky (zprostředkování informací o státu), odsud se koncept rozšířil i na těla (medicínské statistiky) a normální se stalo imperativem. Norma dala vzniknout představě průměrného člověka, průměrných vlastností, jež se stala paradoxně ideálem (Davis 1997, s.9-12). Na úkor zvláštnosti byla valorizována uniformita. Odchylky od standardu označila medicína (a vůbec vědecký diskurz) za patologické.

žen a dále konceptualizaci „poruch příjmu potravy“, přičemž se pokusím přiblížit alternativní přístupy, které se vymezují vůči převládajícím lékařským definicím.

## 2.2 Ženy a „poruchy příjmu potravy“

Jak již bylo zmíněno výše, většinu případů „poruch příjmu potravy“ tvoří ženy. Množství publikací a výzkumů (viz např. Krch 1999, Marádová 2007, Maloney a Kranzová 1997), které se zaměřují na nejrozmanitější detaily spojené s poruchami příjmu potravy, pracují s touto oblastí jako s „onemocněním žen“, přičemž předkládají výčet charakteristik osob, které jsou k těmto poruchám náchylné, ovšem nikdy nejdou dále za tuto klasifikaci a blíže neproblematizují otázku žen, jejich těl a genderových souvislostí. Vždy jde především o popis symptomů nemoci a jejich nápravu, jak jsem naznačila výše. Tato tendence souvisí především se snahou, aby lidské bytosti svým jednáním nevybočovali/y a nenarušovali/y stávající řád a „normalitu“.

Na pozici žen ve spojitosti s poruchami příjmu potravy se detailně zaměřila Naomi Wolf (2000), podle níž ženy ještě nikdy v minulosti neměly tolik možností, peněz, moci, ale co se týče toho, jak se cítí fyzicky, je možné, že jsou na tom hůře než předchozí generace žen, neboť veškeré jejich konání je podřízeno kulturnímu vlivu a „nutnosti“ být krásné. Svoboda úspěšných, atraktivních pracujících žen je omezována jejich „skrytým životem“: sebenávistí, tělesnými obsesemi, strachem ze stárnutí a ztráty kontroly, které jsou tak důležité pro jejich krásu. Hlad odstraňuje moc ze života ženy. „Anorektická žena či studentka, která je plna nenávisti vůči svému tělu, „nevyčnívá“, je politicky vykastovaná, nemá dost energie, aby se rozhněvala nebo organizovala, aby vyhledávala sex, demonstrovala“ (Wolf 2000: 225). Ženy musí trvat na tom, že „anorexie je politickou újmou“ a měly by ji označit za hanbu, která není hanbou žen, ale je hanbou společenského pořádku. Být anorektickou nebo bulimičkou znamená být politickou vězenkyní“ (Wolf 2000: 233-234).

Ačkoli se vzhled Naomi Wolf na problematiku může zdát až příliš radikální, vnímám jej jako velmi výstižný, neboť ženy přijímající svou roli ve společnosti, která je konstruována prostřednictvím jejich těl, nemají nejsnazší výchozí pozici. Ve spojitosti s příjmem potravy, úpravou vzhledu, líčením, cvičením je patrný vliv těchto aktivit na každodenní život. Jak podotýká Melinda Young (2005), mnoho žen tráví obrovské

množství času počítáním, vážením, plánováním, cvičením, měřením a nenáviděním sebe sama – tento čas by mohl být využit na jejich práci, studium, uplatnění ve veřejném životě. Právě z tohoto důvodu považuji názor Naomi Wolf, že poruchy příjmu potravy jsou „politickou újmou“, za zcela relevantní, neboť ženy se soustřeďují na jiné „aktivity“, a je tak potlačen jejich potenciál, který by mohly využít v odlišných sférách života.

Podle Melindy Young (2005) ženy přijímají opresivní a rozšiřující se „povinnost“ být štíhlé, která je jim podsouvána společností a médií, a zakládají svou identitu na „tloušťce“, jejíž představa je utvářena společností. V důsledku ustavení „tloušťky“ jakožto „vady“ je ženská identita utvářena prostřednictvím odlišnosti a nedostatku. Je tak vyvolán vznik binárního páru (štíhlost/tloušťka, úspěch/neúspěch, muž/žena), v němž je vždy jeden člen podhodnocován. Toto se, jak upozorňuje Susan Bordo (1990), názorně promítá do reálného života, kdy je „ženská přirozenost“ spojována se zájmem o atraktivnost a jako taková je banalizována. Lidé obecně vycházejí z představy, že ženy nejsou nikdy spokojené samy se sebou a svým vzhledem, což souvisí s jejich ženskou přirozeností, není třeba tuto oblast vnímat příliš vážně či dokonce jako „politickou otázku“. Představa uspokojení žen módou souvisí s přesvědčením, že veškerou jejich motivací a nejdůležitější hodnotou je „svůdnost“. Veškeré věci, které ženy podnikají (make-up, cvičení, diety, malování,...), jsou vedeny cílem vypadat lépe a atraktivněji.

Susan Bordo (1993) upozorňuje na nebezpečí, které se pojí s lékařskými interpretacemi charakteristik žen potýkajících se s poruchami příjmu potravy, které je nahlízejí jako individua s narušeným způsobem vnímání a hodnocení. Dochází tak ke konstruování jejich uvažování jako „chybného“, „vadného“, „překrouceného“, produktu chybné logiky. Tyto konstrukce zobrazují anorektičky a bulimičky jako špatně zpracovávající data z vnější reality a jejichž skutečné znaky jsou velmi odlišné od jejich myšlení a vnímání. Ve skutečnosti je ale každý z těchto „překroucených postojů“ velmi výstižnou reprezentací sociálních postojů týkajících se štíhlosti nebo biologické reality, která je obsažena v držení diet. Anorektičky a bulimičky proto Bordo (1993) nevnímá jako oběti jednotné a „bizarní“ patologie, ale jako nositelky velmi smutného poselství o naší kultuře.



Za velmi zajímavý považuji pohled na to, jakým způsobem své problémy s jídlem vnímají samy ženy<sup>8</sup>, který poukazuje na možné rozpory, neboť se výslovně vymezují vůči nahlížení na osoby s poruchami příjmu potravy jako na pouhé otroky/yně kultury bez svobodné vůle. Tento úhel pohledu nabízí práce Abigail Richardson a Elizabeth Cherry (2005), které se zaměřily na rozbor tzv. „pro-Ana“ stránek. Tyto internetové stránky zpravidla zakládají mladé ženy s cílem vytvořit kolem sebe komunitu, díky níž by byla anorexie předefinována jako „životní styl“ spíše než jako stigmatizující nemoc. Tento přístup pak pozměňuje obraz oblasti celkově, neboť se ukazuje, že tyto ženy samy sebe nestaví do role pasivních bytostí, jež potřebují pomoc lékařů/ek, ale spíše se vůči tomuto odevzdání se autoritám vymezují. Anorektičky zpravidla vnímají samy sebe jako aktivní činitelky, které mají naprostou kontrolu nad svým tělem, což je přístup, který společnost vysoce cení. Tělo vnímají jako projekt, ovšem ony redefinují cíle tohoto projektu. Nepovažují samy sebe za oběti kulturního a mediálního důrazu na tělo, spíše představují alternativní diskurz krásy a normality.

V tomto vymezení vnímám snahu o alternativní náhled a hodnocení osob s „poruchami příjmu potravy“ především z toho hlediska, aby nebyly nahlíženy ani jako oběti naší společnosti a kultury a ani jako bytosti potýkající se s patologií. Také zde vidím tendenci „pracovat“ s převládající představou krásy a podílet se na konstruování toho, co je považováno za krásné a normální. Ovšem na druhou stranu se v přístupu žen zrcadlí „sevření kulturou“, to, od čeho se snaží oprostit. Samy zdůrazňují svůj aktivní přístup, kontrolu nad svým tělem a svou schopnost utvářet vlastní tělo dle svých cílů, přičemž ovšem zdůrazňují přesně ty hodnoty, které moderní západní společnost vyznává.

### 2.2.1 Lékařský diskurz a „poruchy příjmu potravy“

Společnost pod vlivem lékařské vědy obecně nahlíží na „poruchy příjmu potravy“ jako na onemocnění související s narušeným stavem lidské, zpravidla ženské, duše, na což poukazuje už samotný název<sup>9</sup>, který obsahuje termín *nervosa*, který odkazuje k nervovému původu problému. Většina studií (Krch 1999, Marádová 2007, Maloney a Kranzová 1997,

---

<sup>8</sup> V tomto případě vycházím z práce Abigail Richardson a Elizabeth Cherry (2005), které analyzovaly tzv. „pro-Ana“ stránky. Ovšem jsem si vědoma, že tyto názory nemusí sdílet všechny osoby s poruchami příjmu potravy.

<sup>9</sup> Mezi nejčastěji zmiňované poruchy příjmu potravy patří anorexia nervosa a bulimia nervosa.

Papežová 2000, 2003) „poruchy příjmu potravy“ patologizuje, tedy považuje je za nemoce, na jejichž vzniku se podílí celá řada příčin a faktorů, přičemž tato onemocnění jsou bio-psycho-sociálně podmíněna, protože vyžadují léčbu či terapii. Příčiny jsou spatřovány v rozmanitých oblastech, ale bez ohledu na tuto skutečnost je jasně vymezeno postavení těch, kterých se poruchy příjmu potravy týkají: jsou postaveny/i do pozice pacientek/ů, kteří/které jsou podřízeny/ni expertům, lékařům/kám, kteří/které jim mají pomoci.

Tendence lékařského diskurzu ve spojitosti s „poruchami příjmu potravy“ výstižně shrnuje Susan Bordo (1993), podle níž je cílem popsat, klasifikovat a propracovat „patologii“. V odborných časopisech se velmi rozšířily pokusy spojit poruchy příjmu potravy s jinými specificky patogenními situacemi (biologickou, psychologickou, rodinnou) spolu se studii zdůrazňujícími demonstraci, že poruchy příjmu potravy jsou součástí stejně založené kategorie poruch (depresivních, citových, vnímání, hypotolamu...). Protože se anorexie a bulimie objevují ve stále rozmanitější populaci žen, je snižována pravděpodobnost popisu přesného profilu osob z obou oblastí. Ve většině výzkumů zaměřených na oblast poruch příjmu potravy převládá snaha nalezení společné patologie. Protože jsou modely „onemocnění“ podřívány aktuální různorodostí daného fenoménu, ještě více úsilí je věnováno precizní klasifikaci rozdílných podtypů a vytvoření nových „mnohorozměrných“ kategorií (například bulimie jako „biopsychosociální“ nemoci), což uspokojuje představy o přesnosti a unifikovanosti fenoménu, který stále méně a méně podléhá vědecké jasnosti a zřetelnosti.

Přístup lékařské vědy k „poruchám příjmu potravy“ dále problematizuje Eleanor Carey (2009). Podle ní je oblast v rámci tohoto diskurzu interperetována jako důsledek individuální patologie a jen v malém měřítku je uznáván vliv socio-kulturních faktorů, které k této oblasti přispívají. Medicína je ovšem limitována, a to svou snahou o přesnou diagnózu těl, protože lze usuzovat, že takový diskurz může aktivně produkovat žitou zkušenost těl. Předepsáním parametrů, jež jsou asociovány s muži - rozum a autonomie - dochází k vnímání žen jako stvoření nedostatečných a neautentických. Podle Carey (2009) je příjem potravy či její odmítání metaforou pro dilema spojení a separace. Zatímco jsou ženy ve společnosti vybízeny, aby se identifikovaly s vnějškem a okolím, v psychologii je toto nahlíženo jako neautentičnost, což pak znamená, že neautentičnost je feminizována. Lékařské názory neexistují mimo společnost, jsou to také konstrukty. V případě „poruch příjmu potravy“ je tělo medicínou chápáno jako zcela přirozené (přírodní), protože musí být

překonáno. Pro pacienty/ky je toto těžké odmítnout, neboť názor přichází od lékařů/ek, kteří/ré jsou autoritami. Zároveň díky tomuto přístupu dochází ke vzniku faktoru, který přispívá k rozvoji „poruch příjmu potravy“, tedy k prožitku těla jako objektu, který je a má být kontrolován. Většina lékařských programů se zaměřuje především na přibírání na váze a změnu chování jedince/jednotlivkyně (což zahrnuje hlavně počítání kalorií a neustálé vážení, tedy činnosti, které jsou pro poruchy příjmu potravy každodenní rutinou). Jak podotýká Eleanor Carey, zatímco se lékařský diskurs snaží diagnostikovat a léčit těla, současně pomáhá zachovat názor, že ženské tělo by mohlo a mělo být kontrolováno, že je to „přirozené“ a těžké.

Problematičnost lékařského diskurzu, a to především z hlediska medikalizace „poruch příjmu potravy“, přibližují O'Connor a Van Esterik (2008), kteří upozorňují na to, že specialisté/ky se domnívají, že anorexie má své patologické podhoubí, tudíž lékařská věda pomíjí zkušenosti lidí s anorexií. Ovšem zdůrazněním každodenních dimenzí anorexie by bylo umožněno bytostem potýkajícím se s tímto „problémem“, aby participovaly na svém „uzdravení“, na rozdíl od léčebných programů, kde odborníci/ce přebírají kontrolu. Nejčastější odpovědí institucí na „poruchy příjmu potravy“ je jejich medikalizace. Výpovědi osob s anorexií ovšem ukazují, že léčba mnohdy zhoršuje jejich stav a vede je ke vzdoru. Zatímco medikalizace anorexie může zachránit životy, na druhé straně její hegemonie pacientům/kám může uškodit, a navíc jsou vytvářeny podmínky pro její vznik tím, že osoby izoluje (anorektické bytosti jsou odděleny jako abnormální). O'Connor a Van Esterik netvrdí, že anorektické osoby nepotřebují pozornost lékařské vědy, ovšem medikalizace anorektických osob a patologizace jejich asketismu stále selhává v řešení problému.

Mým cílem není obvinít lékařskou vědu jako celek, spíše se snažím poukázat na určité limity, důsledky medicínského diskurzu a na to, jakým způsobem lékařské názory mohou ovlivňovat smýšlení o konkrétních oblastech, v mém případě o „poruchách příjmu potravy“. V následující kapitole se zaměřím na alternativní přístupy, které tuto oblast problematizují z jiné - především feministické - perspektivy.

### 2.2.2 Feministická perspektiva a „poruchy příjmu potravy“

Až do 80. let minulého století nebyly „poruchy příjmu potravy“ v rámci dominantního diskurzu příliš tematizovány z jiného úhlu pohledu než z hlediska lékařského. Susan Bordo (1993) ukazuje, že v minulosti jediný klinický model, pro který byl gender klíčovou analytickou kategorií, byl psychoanalytický, který teoretizoval anorektický odpor k rozvoji ženského těla v termínech tradičního freudianismu, jako vyjádření obav a představ čistě psycho-sexuální povahy, jako je strach z otěhotnění nebo z přitahování sexuální pozornosti mužů.

Jedním ze zásadních kroků byla podle Susan Bordo (1993) konference v roce 1983, kde byly hlavním tématem „Poruchy příjmu potravy a psychologie žen“ a jako hlavní přednášející byly vybrány Carol Gilligan a Susie Orbach. Do té doby byl gender vůdčími autoritami na problémy příjmu potravy buď opomíjený nebo teoretizovaný v esencialistických termínech, což organizátoři konference o anorexii a bulimii shledali jako nevyhovující a nutné nápravy. Proto přizvali feministické autorky, které pracovaly na tom, co bylo v rámci mainstreamu přehlíženo: psaly pro publikum něco jiného než lékařští profesionálové/ky, praktikovaly terapii mimo rámec tehdy dominujících modelů a během uplynulých deseti let rozvinuly velmi odlišný výzkum k porozumění poruchám příjmu potravy.

Jednou z feministických teoretiček „poruch příjmu potravy“, které se již v 70. letech zabíraly oblastí z jiné perspektivy a snažily se o zahrnutí genderové tematiky, byla Marlene Boskind-Lodahl (1976), která vychází ze svých rozhovorů se ženami, které se potýkaly s cykly hladovění-přejídání- pročišťování, které souvisely s jejich snahou změnit vlastní těla. Autorka v této souvislosti užívá označení „bulimarexie“, které lépe vystihuje podstatu problému. Z těchto rozhovorů vyplynulo, že touha žen kontrolovat fyzický zevnějšek souvisí se snahou potěšit ostatní, obzvláště muže. Spoléhají se tak na ostatní, kteří mohou potvrdit jejich hodnotu. Ženy se tak oddaly naplňování femininí role spíše než role individuálních bytostí. Podle Marlene Boskind-Lodahl tyto ženy žijí v realitě, v níž nemají svou vlastní identitu, nevlastní své tělo a jeho smysly a nejsou schopny rozlišit hlad jako projev potřeby výživy. Tento stav ovšem nemusí souviset pouze se stereotypní projektivní matkou, s odůvodněním předkládaným lékařskou vědou, ale také s kulturními, sociálními a psychologickými vlivy. Většina bulimarektiček bylo odměňováno za jejich

fyzickou atraktivitu a submisivní „dobrotu“, zatímco charakteristiky jako nezávislost, sebedůvěra a přílišné sebevědomí byly ze všech stran trestány.

Susie Orbach (1978) vycházela především ze svých praktických zkušeností z vedení terapeutických skupin žen s „poruchami příjmu potravy“ a její hlavní argumenty se zakládají na teorii objektivních vztahů a umístění v socio-kulturním kontextu konstrukce femininity, kterou si anorektičky osvojily extrémně bolestivým a vysilujícím způsobem a na existenci psychologické bitvy, která je charakteristická pro současnou situaci žen. Tato situace je taková, ve které je kombinována konstelace sociálních, ekonomických a psychologických faktorů tak, aby vytvořila generaci žen, které se stydí za své potřeby a cítí, že nejsou oprávněny existovat, pokud se nepromění v nové, cennější samy sebe - bez potřeb, bez tužeb, bez těla. Vztah mezi matkou a dcerou je důležitým zprostředkovatelem tohoto procesu. Nikterak tím ale neobviňuje samotné matky, pro ně jsou děti také jejich kulturou, hluboce se strachují o svou vlastní chuť k jídlu a vzhled a obávají se faktu, který je sdělován mnoha cestami uvnitř naší kultury, že schopnost jejich dcer „získat si muže“ bude záviset do velké míry na jejich fyzickém vzhledu. A také že uspokojení z role manželky a matky bude přímo záviset na naučení se „nasytit“ ostatní spíše než samy sebe - jak v metaforické rovině, tak i doslovně. Pro Orbach anorexie reprezentuje jeden extrém na kontinuu, na kterém se dnešní ženy nacházejí, dochází k silné kritice normativní konstrukce femininity v naší kultuře. Ve svých úvahách pokračuje ještě dále a dospívá ke zpochybnění označení poruch příjmu potravy jako „patologie“.

Zásadní zlomové práce z „pera“ autorek, jako je právě Susie Orbach a Marlene Boskind-Lodahl, napomohly k vytvoření odlišného paradigmatu, které bylo posléze převzato mnoha odborníky/odbornicemi na „poruchy příjmu potravy“.

Susan Bordo (1993) s ním pracuje jako s feministicko-kulturním paradigmatem, které shrnuje do následujících bodů: 1) začalo se problematizovat označení anorexie a bulimie jako psychopatologie a místo toho byla vyzdvížena naučená, návyková dimenze těchto poruch; 2) došlo ke zcela jinému pojetí významu kultury a zvláště genderu jako něčeho primárního a produkujícího tyto poruchy spíše než jako spouštějící a pouze k nim přispívající; a 3) byla opětovně věnována pozornost sociálním příčinám, faktorům, které byly dříve viděny ve standardním lékařském modelu jako týkající se individuálních dysfunkcí. V souvislosti s těmito sociálními příčinami byl mezi ženami v našem kulturním

kontextu zjištěn vliv mnoha nesocio-kulturních faktorů, které byly dříve dominantně konceptualizovány jako „překroucená“ a „klamná“ specifika „patologie“ anorexie a bulimie. V důsledku toho byly poruchy příjmu potravy považovány za otázku klinické praxe a spojovány s normativně-patologickou představou (Bordo 1993: 59). Feministická perspektiva „poruch příjmu potravy“ byla obecně, ačkoli mezi jednotlivými názory autorek/autorů existovaly rozdíly, zatížena na první pohled závazkem vnímat ženy vážně a potřebou systematické sociální analýzy.

Bordo (1993) také reaguje na kritiky feministicko-kulturního paradigmatu a podotýká, že zdůrazňování spojitosti mezi „poruchami příjmu potravy“ a „normálním“ ženským chováním nutně neznamená popření faktu, že anorexie a bulimie jsou extrémními a oslabujícími poruchami<sup>10</sup>. Tato feministická perspektiva nepopírá realitu anorektické či bulimické existence bytosti. Spíše zpochybňuje speciální patologický profil osob s poruchami příjmu potravy, který, zaměřeno na ženy, rozlišuje ženy s poruchami příjmu potravy od těch, co těmto poruchám „unikly“. To, že některé osoby jsou k poruchám příjmu potravy náchylnější než jiné bytosti, pak Bordo (1993) vysvětluje tím, že všechny/všichni nejsme vystaveny/i „stejnému kulturnímu prostředí“. Spíše se všechny/všichni střetáváme s homogenizujícími a normalizujícími obrazy a představami, které se týkají „femininity“, „maskulinity“ a ženské krásy. Tyto představy a ideologie trvají na základě udržování konformity vůči dominantním kulturním normám. Ale identita lidí není formována výhradně pomocí střetávání se s těmito obrazy, ať mohou být jakkoli silné. Tyto obrazy jsou dále propojeny s kategoriemi, jako je etnicita, sociální třída, rasa, sexuální orientace, vyznání, genetika, vzdělání, rodina, věk, které společně strukturují život každé osoby a určují, jak každá/ý skutečná/ý žena/muž bude ovlivněna/ovlivněn naší kulturou.

Feministicko-kulturní paradigma<sup>11</sup> se stalo základním kamenem, ze kterého pak vycházejí mnohé práce autorek/autorů, které se zaměřují na „poruchy příjmu potravy“ „nepatologizujícím“ pohledem a zahrnují ve své perspektivě genderové hledisko. Právě na tyto práce se v následující kapitole zaměřím a pokusím se je přiblížit.

---

<sup>10</sup> V tomto ohledu nebyl problematizován samotný název a označení anorexie a bulimie jako „poruch“. Přesto se domnívám, že to neubírá na síle argumentů a za významnou považuji tematizaci oblasti jakožto „nepatologické“ sféry a zahrnutí genderu.

<sup>11</sup> Ráda bych v tomto kontextu upozornila na určité „nebezpečí“ některých autorek/autorů (např. Susan Bordo) pracujících v rámci tohoto paradigmatu: ačkoli je zahrnuto genderové hledisko, pak spíše z té perspektivy, že mnohdy dochází k vnímání poruch příjmu potravy jako výhradně „ženského onemocnění“.

### 2.2.3 „Poruchy příjmu potravy“: onemocnění?

Ačkoli není snižována závažnost oblasti, je možné nalézt alternativní přístup k této „problematice“. Podle Naomi Wolf (2000) „poruchy příjmu potravy“ „nejsou chorobami, jejich počátek tkví v rozumné a zdravé reakci na nezdravou společenskou realitu, ve které se většina žen může cítit spokojena sama se sebou, pokud polohladoví“ (Wolf 2000: 224). „Epidemie poruch příjmu potravy“ má výrazný vliv, být ženou znamená být hladová, slabá a nemocná. Mladé ženy jsou dnes dvojnásobně oslabeny: instituce orientované výhradně na mužské vzory je vychovávají tak, aby mohly konkurovat mužům, ale musí si zachovat všechny typické známky ženskosti (Wolf 2000).

Ukazuje se, že kulturní fixace na ženskou štíhlost není ani tak spojena s představou ženské krásy, ale s posedlostí ženskou poslušností. Nutnost snižování hmotnosti u žen považuje Naomi Wolf za „přímé řešení nebezpečí, které vyvolalo ženské hnutí, ekonomická a reprodukční nezávislost. Jde především o oslabení osvobození žen, které by se mohly vymknout kontrole“ (Wolf 2000: 213). Tuto koncepci, zaměřující se na hlad a touhu po štíhlosti především z hlediska udržení moci a kontroly nad bytostmi, jakkoli se může zdát radikální, považuji za zcela zásadní, neboť podkřývá fungování mocenského řádu naší společnosti. Na straně druhé je zapotřebí si vždy uvědomovat, že ačkoli se „mýtus krásy“ ve své komplexnosti jeví jako faktor ovlivňující fungování společnosti, nemusí být zcela univerzální a vztahovat se na všechny ženy bez výjimky.

V podobných souvislostech jako Naomi Wolf nahlíží na „poruchy příjmu potravy“ také feministická analýza autorky Avigail Moor (2009), která ukazuje, že proces zmenšení velikosti a snížení hmotnosti ideálu ženského těla souvisí s kolektivní nepříznivou reakcí na vzestup ženské společenské síly. Sledování rovných práv pro ženy výrazně ohrožuje mužskou hegemonii a narušuje moc, vládnutí a dominanci mužů. Tento vývoj způsobil nevědomé kolektivní znepokojení mužů, kteří ženy „usměrňují“ restrikcemi, jež jsou uvaleny na jejich fyzický vzhled a anorektické tělo je vystaveno jako nejzazší symbol těchto omezení.

Ačkoli smýšlení Naomi Wolf a Avigail Moor má své opodstatnění, neboť s „ideálem krásy“ a hegemonií mužů se setkáváme v každodenním životě, musím se vůči jejich interpretaci vymezit, neboť v jejich pojetí jsou osoby s poruchami příjmu potravy zobrazeny jako bytosti vyznačující se svou pasivní rolí, podléhající „mýtu krásy“ či

skupině mužů. Ve své práci se naopak snažím problematizovat tuto pasivizaci a přiblížit život lidí s „poruchami příjmu potravy“ jako nikoli výlučně „zatížený nemocí“.

Z jiného úhlu se na oblast poruch příjmu potravy dívá také Sheila Lintott (2003), která osoby potýkající se s poruchami příjmu potravy nevnímá jako pouhé oběti společenského vlivu, přičemž se soustřeďuje především na případy žen. Autorka se domnívá, že nejintenzivnější cestou, kterou ženy dosahují prožitku „dokonalosti“, je skrze kontrolu jejich vlastních těl prostřednictvím extrémního držení diet. Právě tato naprostá kontrola těl přináší ženám „sociálně akceptovatelný“ prožitek dokonalosti (vznešenosti), díky čemuž je žena ujištěna, že její hodnota jako člověka transcenduje její hodnotu jako nedokonalé a omezené fyzické bytosti.

Na první pohled se nabízí otázka, proč některé ženy hladoví až na hranici svých fyzických možností? Částečná odpověď může být nalezena v existenci ideálu ženské krásy, podle něhož ženy nejsou nikdy dost štíhlé. V rámci dosažení tohoto ideálu jsou motivovány cvičit a držet diety, a to nadměrným způsobem, a také touží ovládat a kontrolovat svá těla. Počátkem „problému“ může být snaha stát se ztělesněním dokonalosti a štíhlosti, ovšem v průběhu se tento vnější cíl stává okrajovým a nedůležitým. Zdá se, že ideál krásy není dostatečným vysvětlením logiky „poruch příjmu potravy“. Autorka vysvětluje jejich podstatu jiným estetickým ideálem, kterým je sublimace (dokonalost, vznešenost, ušlechtilost) a který bývá opomíjen (Lintott 2003). Koncept dokonalosti či sublimace považuji za velmi důležitý, neboť v jeho rámci nejsou osoby s „poruchami příjmu potravy“ nahlíženy jako bytosti, které jsou obětmi jednotné patologie a ani „mýtu krásy“. V tomto kontextu pak nejsou nutně pasivními objekty, které se bez vlastní volby ocitají v područí nemoci či společenského tlaku, spíše jsou osobami, které dosahují svých cílů, jež mohou považovat za součást svého života.

Chování osob s poruchami příjmu potravy vychází z prostředí „dietní kultury“. Naše společnost respektuje úspěšné shazování hmotnosti a požaduje toto počínání především po ženách. Podle Sheily Lintott (2003) jsou poruchy příjmu potravy „mnohdy chybně nahlíženy jako pouhé úsilí o dosažení kulturního stereotypu v podobě štíhlosti a krásy. Ovšem je možné nahlížet na ně jako na určité kontinuum „normálního“ lidského chování, neboť lidské bytosti přirozeně usilují o dokonalost (vznešenost)“ (Lintott 2003: 80). Přístup Sheilly Lintott pokládám též za velmi důležitý, a to především z toho hlediska,



že ačkoli neopomíná tlak na ženy v podobě ideálu krásy, nezjednodušuje „poruchy příjmu potravy“ na pouhé dosažení tohoto ideálu a poukazuje na složitost této oblasti, v níž se promítají i jiné, s krásou zcela nesouvisející faktory. Mnohem kritičtěji než Naomi Wolf přistupuje k „mýtu a ideálu krásy“, který nepovažuje za stěžejní aspekt, jenž by vedl k „problematickému“ přístupu k jídlu.

Susan Bordo (Komesaroff 1995) pak vnímá anorexii jako kulturní fenomén spjatý se specifickou situací žen v moderní kultuře Západu. Klíčem tohoto fenoménu je podle ní dualismus mysl/tělo (de Beauvoir 1966, Ortner 1998), což se ukazuje v boji mezi myslí a vůlí proti apetitu a tělu při anorexii. V tomto boji hubenost reprezentuje triumf vůle nad tělem. Dále je důležitý důraz na kontrolu těla, štíhlost žen a jejich očernění, což se ukazuje v anorexii odmítáním tradiční ženské role a sociálních limitů a „hlubokého strachu z ŽENY“ se všemi archetypálními asociacemi: obrovským hladem a sexuální neukojitelností. Za určující lze podle Bordo (1993) považovat již symbolickou rovinu jídla, v níž lze spatřit vliv genderové ideologie a uplatnění metaforických dualit. V současnosti společnost navazuje na reprezentativní tradici zavedenou ve viktoriánské éře, ve které zobrazení ženského jezení, zvláště smyslného vydání se bohatému, vzrušujícímu jídlu, bylo tabuizováno. V této době vznikaly příručky, které varovaly ženy z elity před nebezpečím oddáváním se a před příliš povzbuzujícím jezením a doporučovaly, jak se stravovat více femininním způsobem (tak málo, jak je to jenom možné a s největší opatrností před tím i nepatrně ukázat touhu). Příručky tak varovaly, že pro ženy je vulgární naplnit své talíře; mladé dívky byly napomínány, aby „byly šetrné a prosté ve svých chutích“. Detailně propracované knihy nabízely srovnání erotického a uklidňujícího účinku rozličných jídel, často se specifickými předpisy pro každé pohlaví. Ve viktoriánské éře, podobně jako dnes, bylo velmi moderní být aristokraticky chladný/á a lhostejný/á k pouhým skutečnostem materiálního přežití.

Ačkoli se už dnes viktoriánské rady určené ženám mohou zdát přehnané nebo dokonce úsměvné, určitý potenciál stále mají. Všichni „víme“, že dívky by měly jíst méně než chlapci a také by „měly“ dbát o svou linii. Běžně se setkávám s poznámkami: „zmrzlinu si dát nemohu, byla bych tlustá“, „měla bych si dát k obědu jen salát“. Je zajímavé, že výroky tohoto typu nejsou příliš běžné u mužů, nebo dokonce malých chlapců, ale dívky už ve věku deseti let drží diety.

Bordo (1993) se nedomnívá, že anorexie je patologií. Spíše poukazuje na dobu, ve které je na ženy vyvíjen tlak, aby byly štíhlé pro udržení dobré práce a aby si mohly najít a udržet „správného muže“. K ženám se dostává sdělení, že zlepšování jejich těl se jim vrátí úspěchem v osobním i profesionálním životě. Susan Bordo (1993) chápe „poruchy příjmu potravy“ jako následky reprodukce normativních ženských praktik v naší kultuře, které trénují ženské tělo k poddajnosti a poslušnosti kulturním požadavkům, zatímco ve stejnou chvíli zažívá termíny moci a kontroly. Susan Bordo, podobně jako Naomi Wolf, ačkoli nepracuje s danou oblastí jako se záležitostí patologie, nepřekračuje hranici pojetí „poruch příjmu potravy“ jakožto fenoménu, kterému ženy podléhají, kterému se vzdávají a který je problematický. V jejím pojetí spatřuji známky určité rigidity a neproblematického přijímání heteronormativního rámce naší společnosti.

Carey Eleanor (2009) zastává názor, že „poruchy příjmu potravy“ u žen mohou být nazírány z dvojí perspektivy: jako odmítnutí, či jako souhlas s dominantním ideálem feminity. Proto může být porucha příjmu potravy vykládána současně jako pokus vyhovět feminnímu ideálu štíhlosti a také jako odmítnutí slabosti konstrukce feminity. Ženy s poruchami příjmu potravy často popisují pocity moci a kontroly, kterou jim poskytuje jídlo a jeho nepřijímání. Kontrola a ovládání jsou tradičně chápány jako mužský atribut, pročež ovládání a řízení prostřednictvím omezování příjmu jídla může být interpretováno jako znovuzískání rysů, se kterými ženy nejsou spojovány. Zdá se, že odmítání jídla může být také protestem, ačkoli možná nevědomým, proti dominantnímu ideálu feminity, který zahrnuje diety, cvičení a sebe-kontrolu. Carey (2009) popisuje výpovědi o pocitech moci, kterou lidé/dívky s poruchami příjmu potravy získávají, tato moc je odděluje a odlišuje od ostatních, vytváří jejich identitu. Právě tento moment, kdy je „porucha příjmu potravy“ nazírána jako součást identity, považuji za stěžejní a takto s oblastí pracuji i ve svém výzkumu. V tomto smyslu může být „porucha příjmu potravy“ chápána i jako rebelie proti diskurzu, v jehož rámci jsou ženy stále vnímány jako slabší pohlaví, ačkoli je paradoxně činí slabšími fyzicky.

Řada feministických prací (např. Wolf 2000, Bordo 1993, Lintott 2003), ačkoli je ve své práci předkládám jako „základní kámen“, ve svém rozboru téměř opomíjí perspektivu mužů s „poruchami příjmu potravy“ a jak jsem naznačila výše, s poruchami příjmu potravy se pracuje jako s „ženskou otázkou“. Podle Melanie A. Katzman (1997) vedlo přílišné zdůrazňování spojitosti štíhlosti a poruch příjmu potravy k tomu, že

dominantní představy o jídelních poruchách opomíjejí předsudky vůči ženám a jejich omezený přístup k moci, s výjimkou možnosti kontrolovat svá těla. Z této perspektivy může převaha žen potýkajících se s poruchami příjmu potravy trefně reflektovat rozdíly mezi muži a ženami a jejich možnostmi sebedefinování a sebekontroly. Zaměřením se na pojetí poruch příjmu potravy jako výhradně ženské otázky dochází k marginalizaci prožitků mužů, kteří se v situacích, kdy se cítí být bezmocní, podobně jako ženy obrátí k tělesnému vyjádření úzkosti. Proto Katzman (1997) považuje za přínosnější studium mocenských rozdílů spíše než výhradně zaměřením se na genderové odlišnosti ve spojitosti s poruchami příjmu potravy, neboť by tento přístup mohl umožnit lepší pochopení rozvinutí problému týrání se jídlem a také by pomohl strukturovat komplexnější porozumění problematice, která by se neorientovala výlučně na ženy.

O'Connor a Van Esterik (2008), kteří ve své práci kriticky hodnotí dominantní lékařský přístup, poukazují na odlišnosti mezi převládajícím diskurzem ve spojitosti s „poruchami příjmu potravy“ a konkrétními individuálními zkušenostmi osob. Chápání anorexie se v posledním století proměnilo - od pojetí jako hysterie či dysfunkce hypofýzy až po souvislost se škodlivým vlivem matek či se sexuálním zneužíváním. Ovšem konstantní zůstává přístup, kdy se vysvětlení zaměřují na pohled „skrz“ spíše než „na“ anorektickou osobu jako celek. Proto se debaty a názory na anorexiu tak vzdalují zkušenostem a hodnotám anorektických osob. Z jejich rozhovorů vyplývá, že anorexie je vším, jen ne něčím exotickým. Mimořádný asketismus má totiž své obyčejné důvody a kořeny: vzdělávání, sporty, práce a zdravá výživa, všechny oblasti vedou k sebezapření. Anorektické osoby jednoduše zveličily a zrealizovaly tato sdělení o odloženém uspokojení (které jim poskytne sebezapření). Anorexie tak vzešla z hodnot, které jsou v okolí osob jasné a dobře čitelné. Autoři tak přibližují proměnu a nové směřování smýšlení společnosti, v jehož pojetí se tělo stalo „morální arénou“, jídlo a cvičení tak může být chápáno jako ukazatel morality povahy. Toto přísné hlídání stravy a cvičení pak nemusí být otázkou okrajové skupiny lidí, diskurz individuální odpovědnosti je silně rozšířen a akceptován.

Ukazuje se, že dotazovaní/né v souvislosti s anorexií nepopisují duševní chorobu, ale mocnou a schopnou identitu a bytost (O'Connor, Van Esterik 2008). V tomto kontextu vnímám výrazný vliv moderní společnosti na smýšlení lidí, kteří internalizují společenská kritéria a touží po tom být „silnými individualitami“. Schopnosti, úspěch či ideální

zevnějšek jsou hodnotami, které společnost cení, jsou nahlíženy jako výsledek tvrdé disciplíny a cíleného úsilí.

V této kapitole jsem se snažila přiblížit takové konceptualizace „poruch příjmu potravy“, které kriticky reagují na dominantní lékařskou terminologii a praxi, přičemž „poruchy příjmu potravy“ nahlízejí alternativními způsoby a ve svých analýzách zahrnují genderové a mocenské hledisko. Tato pojetí odráží kulturní vliv moderní společnosti. Právě výše zmíněná ambivalence, která se s interpretací „poruch příjmu potravy“ pojí, poukazuje na složitost a komplexnost této oblasti, kterou se pokouším ve své práci prozkoumat a zmapovat.

V následujících kapitolách se zaměřím na propojení oblasti „poruch příjmu potravy“ a lidské tělesnosti, jejíž významy a hodnoty jsou spojovány na jedné straně s „funkčností“ a na straně druhé se vzhledem. Snaha o dosažení „krásy“ bývá v médiích a časopisech používána jako vysvětlení „poruch příjmu potravy“, jako důležitý faktor, který je jednou z možných příčin jejich vzniku. Považuji toto propojení dosažení „ideálu krásy“ a „poruch příjmu potravy“ za příliš zjednodušující, protože se na tuto problematiku zaměřím v rámci svého výzkumu, ovšem domnívám se, že přiblížení oblasti „krásy“ jakožto určitého mýtu umožní blíže nahlédnout toto východisko a poukázat na sociální konstruovanost tohoto „ideálu“, který je velmi závislý na dané kultuře a historické době.

### 2.3 Ideál krásy původcem „poruch příjmu potravy“?

Ještě na počátku 20. století neměly ženy přístup ke všem oblastem studia, které by je mohlo „poškodit“, neboť se předpokládalo, že jejich tělo a mozek nejsou intelektuálním činnostem přizpůsobeny. Rozum a racionalita byla přisuzována mužům, jejichž ženy mají být jejich „krásnou“ ozdobou.

Feministický úhel pohledu v oblasti „krásy“, která je zpravidla spojována se ženami, naráží na otázku, zda se ženy mohou stát nezávislými, svobodnými subjekty, pokud budou nadále prezentovány jako objekty, které jsou hodny obdivu pro svou „krásu“ a rozehrávají mužskou touhu (de Beauvoir 1966). Ve spojitosti s rozmanitými zkrášlovacími praktikami žen se pojí určitá ambivalence: na jedné straně je péče o zevnějšek interpretována jako útlak (Bartky 1997, Dworkin 1974 in Bordo 1993), kdežto na straně druhé je možné tuto péči chápat jako zdroj emancipace, která může mít posilující

charakter. V naší společnosti jsou ženy daleko víc než muži hodnoceny podle toho, do jaké míry odpovídají idealizovanému obrazu krásné ženy vytvořeného naší kulturou (Renzetti a Curran, 2003). Snaha vylepšovat vzhled je společností vnímána jako úkol ženy, ale také jako prostředek jak si najít partnera<sup>12</sup>. V tomto ohledu se pak nabízí otázka, do jaké míry je každodenní péče o zevnějšek, která zahrnuje líčení, mnohé sportovní aktivity a diety pro udržení štíhlosti, výrazem svobodného rozhodnutí?

Ještě na konci šedesátých let a v letech sedmdesátých dominantní feministický diskurz těla představoval ženské tělo jako sociálně tvarované a historicky „kolonizované“ teritorium, a ne jako místo individuální seberealizace. Standardy krásy jsou vnímány jako určující faktor pro vztah žen k vlastnímu tělu a sobě samé. Podle Andrey Dworkin: „V naší kultuře není jediná část ženského těla ponechána nedotknuta a nezměněna. Žádný znak nebo krajní nouze není ušetřeno umění nebo bolesti, vylepšování. ..Od hlavy až k patám, každý rys ženské tváře, každá část jejího těla, je předmětem modifikace, změny. Tato změna je neustálý, opakovaný proces. Je to nejdůležitější znak, nejdůležitější část rozdílu mezi ženou a mužem, nejstálější fyzická a psychická realita toho, co to je být žena. Od věku jedenácti nebo dvanácti let až do své smrti stráví žena velkou část svého času, peněz a energie tím, že se svazuje, holí, maluje a voní... Standardy krásy popisují přesnými termíny vztah, který bude mít žena ke svému vlastnímu tělu. Předepisují jí pohyby, držení těla, chůzi a způsoby, kterými může použít své tělo. Přesně vymezují dimenze její fyzické svobody. A samozřejmě vztah mezi fyzickou svobodou a psychologickým rozvojem, intelektuálními možnostmi a kreativním potenciálem jako tím, co je touto svobodou ovlivněno“ (Dworkin 1974 cit. in Bordo 1993: 24, vlastní překlad).

Jak poukazuje Radka Janebová (2006), ustavení ženy jakožto „krásného pohlaví“, její upřednostnění jako estetického ideálu může být interpretováno velmi rozmanitým způsobem. Na jedné straně názorového spektra stojí Naomi Wolf, která toto vnímá jako „nové otroctví žen“, na straně druhé pak Gilles Lipovetsky (2007), který tento fenomén považuje za přiznání prvního privilegia, kterého se kdy ženy dočkaly. Podle jeho názoru pohled do minulosti ukazuje, že „krásné pohlaví“ nevykazuje transhistorickou trvalost ani nutnost, jedná se o historický fenomén, společenskou instituci, „konstrukt“, který je novodobou záležitostí. Rozmanité společnosti uznávaly a hodnotily ženskou krásu na základě velmi odlišných kritérií. Lipovetsky pak nahlíží spojení „krásy“ a žen jako zdroj

---

<sup>12</sup> Tyto náznaky nacházíme v řadě časopisů, přičemž tyto představy vycházejí z heteronormativního rámce: je „nezbytné“, aby žena měla svůj mužský protějšek. Předpokládá se, že toto je cílem a přáním každé ženy.

pozitiv, neboť ženy získávají právo na pocty a společenskou proslulost. Ačkoli se jedná o úhel pohledu na problematiku „krásy“, předkládám jej, protože se domnívám, že příkladně odráží stereotypní pohled na muže a ženy, na skupiny, které jsou spojovány s určitými atributy, přičemž u žen je to tradičně právě „krása“, která je zde postavena do role „privilegia“.

Diametrálně odlišný přístup k problematice zaujímá Naomi Wolf (2000), podle níž se přibližně od roku 1830 všechny ženy musejí vypořádávat s vlastní verzí mýtu krásy, který nám napovídá, že kvalita zvaná „krása“ objektivně a univerzálně existuje. Ženy by ji měly chtít ztělesňovat a muži by měli chtít vlastnit takové ženy. Je to stav závazný pro ženy a to z důvodu přirozenosti, jde o biologii, sexualitu a evoluci, „silní muži bojují o krásné ženy“ a ty jsou pak úspěšnější v reprodukci. Ovšem krása je něčím, co nesouvisí s evolucí, každá kultura obdivuje něco jiného a není ani podmínkou rozmnožování, samci si nutně nevybírají „krásné“ samice.

Podle Naomi Wolf (2000) je mýtus krásy poslední ze starých ideologií ženskosti, které ještě dokážou kontrolovat ty ženy, jež by jinak byly zcela nespoutané díky ženskému hnutí druhé poloviny minulého století. Mýtus krásy na sebe převzal úlohu společenského nátlaku, který dříve zastávalo mateřství, domácnost, cudnost a pasivita. Současná společnost utíká před skutečnými ženami, upravuje jejich vzhled a snaží se, aby se co nejvíce přiblížily „ideálu krásy“. Neustále je třeba udržovat ženy pod vlivem nějakých stereotypů a dnes všechny vcelku nahradil právě mýtus krásy. Na tomto mýtu závisí i současná ekonomika, která potřebuje, aby byly ženy i nadále platově podhodnocovány, protože je využito právě ideologie, která ženy učí, aby samy sebe považovaly za méně hodnotné a méně „dokonalé“. Naomi Wolf podotýká, že „krása je jen systémem platidla a vždy o ní rozhoduje politika, je to poslední a nejlepší ideologický systém, jak zachovat mužskou dominanci nedotčenou. Žijeme ve společnosti, kde je ženám hodnota přisuzována podle tělesného standardu daného kulturou, protože je mýtus krásy výrazem mocenských vztahů“ (Wolf 2000: 14). Naomi Wolf odkrývá otevřený koncept mýtu krásy, který se v jejím pojetí jeví jako univerzálně fungující a považují jej za velice podnětný, ovšem nejsem si jista, že americké reálie, z nichž autorka vychází, zcela odpovídají zkušenostem žen po celém světě a ani nelze předpokládat, že „mýtus krásy“ platí pro všechny ženy bez výjimky. Ráda bych se proto zaměřila na prozkoumání toho, zda a do jaké míry „poruchy příjmu potravy“ souvisí s touhou po „kráse“ a štíhlosti a zda vůbec ženy samy nahlížejí krásu a vzhled jako výrazné faktory ovlivňující jejich život.

Ačkoli nechci „poruchy příjmu potravy“ předem redukovat na pouhou snahu o dosažení „krásy“, která je v západním světě spojována se štíhlostí, považuji za zajímavé, že rozkvět ženského individualismu paradoxně doprovází umocnění společenských tlaků ohledně norem tělesného vzhledu. Ženské tělo se osvobodilo ze svých odvěkých služebných rolí (sexuální, plodivé, oděvní) a nyní se podrobuje omezením estetickým. Rozšiřuje se „tyranie“ krásy v době, kdy ženy masově odmítají své spojení s úlohou dekorativního předmětu. Největším problémem není ani tak „krása“ a s ní spojované atributy, ale především nemožnost volby tento ideál vůbec nevnímat.

Nabízí se tak otázka, co je v západní kultuře považováno za „ideál krásy“? Vždy záleží na úhlu pohledu každého člověka, ovšem současné pojetí „krásy“ bývá spojováno se „štíhlostí“. Docházíme tak k realizaci a pojetí modelu těla jakožto „stroje“, se kterým se setkáváme již v 17. století. Omezování se v jídle se stalo projevem sebe-osvobození či sebe-kontroly a sebe-omezení. Jde o proces, jehož prostřednictvím jednotlivci/kyně přebírá kontrolu nad svým tělem, a ukazuje tak porozumění své roli ve společnosti. Jde o nadřazení mysli nad tělo, protože „tloušťka“ může být vnímána jako projev choroby, nedostatku vůle. Jsou to právě ženská těla, jejichž účelem je především hezky vypadat (Gilman 2008).

„Přesné a dokonalé „vytesání“ těla je dnes dostupné každému, kdo si může dovolit členství v tělocvičně“ (Bordo 1990: 654). Lidé se stávají „otroky skalpelů“, plastických zákroků, při nichž dochází k proměně díky přesunu tuku z jednoho místa na těle jinam. V rámci populární kultury dochází k přetváření a sebetransformaci těl, dozvídáme se, že si sami můžeme „vybrat“ svá vlastní těla. „Perfektní tělo“ je ovšem mnohdy vykoupeno jednou operací za druhou, které nejsou vždy úspěšné, náruživým cvičením, poruchami příjmu potravy (Bordo 1990).

Susan Bordo (1993) pak poukazuje na rozpory, které se pojí s interpretací „štíhlosti“ ve spojitosti se ženami. Obrazy štíhlého těla představují v jednom kontextu bezmocnost a zmenšení ženského sociálního prostoru, v dalším ale autonomii a svobodu, což poukazuje na velké množství někdy i protikladných významů. Je nemožné přiměřeně porozumět problémům žen s jídlem a obrazům těl, pokud si neuvědomíme tyto významy, což vyžaduje zkoumání štíhlosti v mnohoznačných významech. Podle Bordo (1993) není možné tvrdit, že význam štíhlosti je jednohlasný, fixovaný, ani že je jasný. Skutečnost, že štíhlost je v současném kontextu tak působivá, znamená, že v naší kultuře štíhlost nese

mnohonásobné významy.

Susan Bordo shrnuje tyto významy do následujících skupin: 1) slib transcendence domestikované femininity a přiznání privilegované veřejné sféry, sféry, ve které není obdiv spojován s jemností, ale s vůlí, autonomií a tvrdostí; 2) symbolická a praktická kontrola ženského hladu (to znamená: touhy) je stále konstruována jako problém v patriarchální kultuře a je umístěna v ženském studiu z jejích vlastních potřeb a chutí; 3) symbolické stále se opakující omezování ženského limitovaného „místa“ ve světě; a 4) dráždivý (a mystifikující) ideál perfektně řízeného a regulovaného já uvnitř konzumní kultury, která velmi zproblematizovala současné řízení hladu a tužeb (Bordo 1993, s.71-72). V tomto posledním kontextu se stalo odmítání jídla, ztráta váhy, pravidelné cvičení a schopnost ustát tělesnou bolest a vyčerpání kulturní metaforou pro sebedeterminaci, vůli a morální statečnost. Dekódování štíhlosti odhaluje hlubokou spojitost s autonomií, vůlí, disciplínou, přemožením touhy, zvýšením spirituální čistoty a s transcendencí ženského těla. Západní společnost považovala, a stále ještě považuje, ženské tělo za běžné místo zkušenosti znehodnocení, hanby a sebenenávisti, protože je transcendence takového těla kladně hodnocena.

Bordo (1990) pak upozorňuje, že raději sami sebe vidíme jako „demystifikátory/ky“ populárního diskurzu než jako nevědomé reproducenty/ky kultury. Ovšem je třeba si uvědomit, že v každém okamžiku žijeme a nacházíme se uvnitř společnosti, naše těla jsou v sevření kultury, přičemž v současné západní konstrukci krásy jsou patrné dominantní a silně „normalizující“ (genderové a rasové) formy, se kterými se lidé potýkají. Kultura na jedné straně učí ženy, aby byly nejistými těly, stále se monitorujícími, jestli nemají nějaké nedokonalé znaky, stále zaneprázdněné zlepšováním svého zevnějšku; ale také stále učí ženy (a samozřejmě i muže), jak se na těla dívat. Od té doby, co je štíhlost vizuálně oslavována, a od té doby, co je „ideál“ stále štíhlejší a štíhlejší, jsou těla, která byla před deseti lety považována za štíhlá, z dnešního pohledu vnímána jako nepřiměřená či „tlustá“. Tyto nové způsoby vnímání a hodnocení mohou souviset i se stále se proměňujícím přístupem společnosti k jídlu a sobě samým.

Příjem potravy nelze oddělit od lidské fyzické stránky, proto se zaměřím na proměnu vnímání lidského těla obecně a dále svou pozornost soustředím na normativní dimenzi, která se k lidskému tělu ve společnosti váže. Naše těla jsou neustále sledována a podléhají kontrole řady institucí, což je skutečnost mající vliv na to, jak lidské bytosti zakoušejí svá těla. Pokusím se přiblížit, jak je vlastní zkušenost těla utvářena



prostřednictvím mechanismů kontroly a také pomocí obecně sdílených představ o tom, co vzhled těl pro lidi, jejich hodnocení a společnost znamená. Ráda bych poukázala na vzájemnou provázanost prožívání vlastního těla a společenských očekávání, které toto tělo disciplinují a kontrolují. Proto se snažím nabídnout komplexnější pohled na tělesnost, která je s oblastí „poruch příjmu potravy“ spjata, a zajímám se o to, do jaké míry a jakým způsobem je její prožívání určováno mechanismy kontroly a lékařskými institucemi.

#### 2.4 *Asymetrický vztah maskulinity a feminity: přirozenost?*

Nejprve bych chtěla přiblížit pojmy, které jsou pro mou práci výchozí a stěžejní. Patří sem především gender a s ním spojená identita. Ráda bych tak představila dekonstrukci „přirozených“ biologických pohlavních rozdílů, přičemž svou pozornost zaměřím na koncepci Judith Butler, neboť její pojetí představuje směr, jímž je možné se ubírat při uvažování o pohlaví, genderu, těle a subjektivitě.

Gender je sociálně utvářený komplex typických vlastností, projevů chování, zájmů, činností a vzhledu, který je v určité společnosti spojován s obrazem muže a ženy. Tyto charakteristiky jsou v průběhu historie a v rámci jednotlivých kultur rozličné, přičemž členové kulturních společenství vytvářejí soubor obecně platných formálních i neformálních norem, které určují, jak se muži i ženy v dané společnosti mají chovat. Lidské pohlaví, jako univerzální kategorie a neměnná biologická danost, funguje jako základ, na němž si každá společnost konstruuje společenskou kategorii zvanou gender (tzn. maskulinitu či feminitu). Považuji ovšem za důležité, že zatímco rozdíly mezi pohlavími mohou být vnímány jako přirozeně dané<sup>13</sup>, genderové rozdíly je třeba chápat jako utvářené společností a její kulturou.

Judith Butler (2003) jde ovšem ještě dále, podle jejího názoru pohlaví není statickým stavem, je diskurzivním výtvozem, je to síla, která má produktivní moc: „moc vytvářet těla, jež ovládá“. Pohlaví tak není pasivním povrchem, jemuž je vnučen gender, ale ideálem, jehož zhmotnění se uskutečňuje regulovanými praktikami. Gender je identitou, která je konstituována v čase a projevuje se ve vnějším prostoru prostřednictvím stylizovaného opakování aktů. Gender vyžaduje opakovanou performanci, pročež nepředstavuje stabilní identitu. Performování genderu není otázkou svobodné vůle, jde o

---

<sup>13</sup> Viz. například druhotné pohlavní znaky, odlišná fyzická konstituce či vývoj a uspořádání mozku. Ovšem podotýkám, že MOHOU být vnímány jako přirozeně dané, neboť jak naznačuji níže, je možné i tyto „danosti“ interpretovat jako konstrukty.

udržení genderu v binárním rámci. Usazování genderových norem pak produkuje jev „přirozeného pohlaví“ či „skutečné ženy“, což jsou podle Butler (2003) vynucené sociální fikce. Dochází tak k vytvoření souboru tělesných stylů, které se jeví jako přirozené konfigurace těl v pohlavích existujících v binárním vztahu.

Butler (2003) považuje gender, ale i pohlaví za konstruované, což je důležité pro vztahování se k tělu, pohlaví a sexualitě. Její smýšlení kriticky nabourává biodeterministické představy o povaze těla a pohlaví a nabízí nové možnosti jak o nich uvažovat, ale také jak k nim přistupovat v rámci každodenního života. Butler se tak snaží vyvrátit představu, že rozlišování lidí na muže a ženy pramení z jejich odlišného anatomického uspořádání těl. Zastává názor, že tělo není určitou substancí, ale přistupuje k němu jako k něčemu, co se neustále vytváří při opakování jazykových aktů. Nepředpokládá před-diskurzivní materiální tělo, do kterého jsou vpisovány sociální vzorce. Těla jsou vždy stylizovaná podle určitých diskurzivních pravidel, která umožňují označit tělo tak, aby bylo srozumitelné a vytvářelo dojem přirozeného pohlaví. Domnívám se, že denaturalizací pohlaví a kategorií muž či žena nabourává Judith Butler základy normativního uvažování lidí, a umožňuje tak rekonceptualizovat pojmání binárního vztahu žena/muž.

Podle Gerlindy Šmausové (Šmausová in Barša: 2003) dělení lidstva na muže a ženy splňuje praktickou pořádkovou funkci, ovšem je třeba si uvědomit, že se jedná o hrubé zjednodušení. Rozdíl mezi muži a ženami byl tradičně chápán jako neměnný, přirozený, bytostný, tj. ontický rozdíl. Dojem značné biologické rozdílnosti mezi pohlavími vzniká tím, že se potlačuje morfologická shoda většiny znaků a vyzdvihuje se onen známý nepatrný rozdíl ve vnější konstrukci, notoricky promítaný do falického symbolu. Ovšem diference mezi muži a ženami má společenskou, a ne biologickou funkci. Genderové role sice nejsou vrozené, ale během života se stávají jakousi druhou přirozeností. Tím, že se pohlaví neustále „vtěluje“, tzn. vpisuje do genderového kulturního těla, je umožněno pohlavní kódování jednotlivců, které je do značné míry stabilní. I zdánlivě připsané pohlaví je výsledkem neustálé práce jednotlivců na tom, aby této askripci odpovídali.

Genderová identita je jen jednou z rolí, kterou ve společnosti jednotlivci zastávají, přičemž v případě žen je každodenně zvýrazňována jejich „role“ spojená s feminními rysy, které jsou zdůrazňovány nejrozmanitějšími praktikami, jako je oblékání, líčení, jako jsou gesta a pohyby. Ženský gender je založen na vytváření

„přirozenosti“ pomocí kulturních tělesných praktik, mezi něž patří i udržování tělesného vzhledu, držení diet a cvičení. Společnost dětem od útlého věku vštěpuje určitá „pravidla“ toho, jak by „správná“ holčička a chlapeček měli vypadat a jak by se měli chovat. Mezi tato sdělení patří i větší důraz na vzhled ženy, potřebu sebeovládání, vedení k přizpůsobivosti, důraz na oblast vztahů a toho, že dívky tu jsou pro ostatní, což jsou faktory, v jejichž případě bych ráda prozkoumala jejich případný vliv při vzniku „poruch příjmu potravy“, a i proto se domnívám, že mnou sledovaná oblast je problematikou genderovanou. Jak již bylo naznačeno obecněji výše, oblast „poruch příjmu potravy“ je spjata s lidským tělem, pročež se dále zaměřím na tělesnost a její pojmání v rámci feministických úvah. Soustředím se především na proměnu konceptů těla a tělesnosti obecně a specificky ve vztahu k genderu a genderovému řádu.

### 2.5 Odlišnost ukotvená v těle

Vývoj západních představ o těle byl výrazným způsobem ovlivněn smýšlením Reného Descarta (1992), který za pomoci rozumu dospěl k závěru, že jediné, co je nepochybné, je to, že myslí, což je rovněž důkazem jeho existence. Dále pak usoudil, že tělo a duch jsou dvě různé, od sebe oddělené a na sobě nezávislé kvality (protože myslí, i když „nemá“ tělo) a že ten, komu se toto vše děje, je Já, které z toho důvodu musí být pouze duchovní podstaty. Vypracoval tak vědeckou metodu, v níž oddělil ducha *res cogitans* a hmotu *res extensa*, subjekt a objekt, přičemž myslícího člověka (subjekt) nechal racionálně-analyticky poznávat nemyslicí přírodu (objekt). Karteziánský dualismus znamenal převrat, neboť přišel s mechanistickou koncepcí těla, a ovlivnil tak i medicínský pohled (Nagl-Docekal 2007).

Spolu s potlačením religiózního rámce, který určoval hodnoty a ontologické jistoty, se tělo pod vlivem osvícenství stalo cílem poznání, popisování, ale také kontroly a zároveň i nositelem symbolických hodnot. Prostřednictvím rozšiřování anatomických poznatků se pak stalo důkazem základní fyzické odlišnosti nositelů mužského a ženského pohlaví. Tato „přirozená dichotomie“ umožnila vznik nových genderových stereotypů, které pronikaly i do oblasti lékařské vědy<sup>14</sup>. Právě tyto přístupy, které zásadním způsobem po staletí zdůrazňovaly biologickou odlišnost mužů a žen, a tak přispěly k ukotvení žen v mocenských strukturách, se staly základem proudů uvažování, které pojmají tělesnost žen za určující pro zdůvodnění jejich podřízeného postavení.

---

<sup>14</sup> <<http://uhv.upce.cz/gender-a-telo/>>. [navštíveno 21. 3.2011].

Primární propojení ženského těla s reprodukční úlohou bylo užíváno jako „logické“ zdůvodnění stávajícího postavení žen ve společnosti založené na patriarchálním uspořádání. Touto problematikou se zabývá Simone de Beauvoir (1966), která ve svém díle *Druhé pohlaví* přibližuje ženské tělo především na základě negativního vymezení. Soudí, že žena otročí lidskému druhu více než muž. Nepříjemná menstruace mající vliv na psychiku, těhotenství odčerpávající sílu a energii ženy, bolestivý a nebezpečný porod, toto všechno určuje ženino vztahování se ke světu: „tímto bolavým a pasivním tělem se i celý svět stává přílišným břemenem. Ve stísněnosti, která ji zdolává, stává se žena cizí i sama sobě, protože je cizí všemu ostatnímu světu“ (1966: 44). Beauvoir se domnívá, že mužské tělo klade svým nositelům mnohem méně překážek a právě charakter ženské tělesnosti a s ním spojená reprodukce podřízenost žen posiluje a stvrzuje. Beauvoir nezakládá své myšlení na biologickém determinismu, spíše považují za zásadní, že ženská tělesnost je nazírána jako důležitý faktor, který ovlivňuje postavení žen ve společnosti a jejich sebevztahování se k okolnímu světu. Způsob jejího uvažování a interpretace ženské zkušenosti je potřeba vnímat v kontextu historických debat o roli ženy ve společnosti i chápání tělesnosti v západním uvažování.

Role žen a jejich těl, spojená s plozením potomků a udržováním rodu, umísťuje ženu do pozice bytostí identifikovaných s mateřstvím a také s přírodou, přičemž tato asociace umožňovala vysvětlit podřadné postavení žen ve společnosti. Na tomto základě staví Sherry B. Ortner (1998), jejíž stať předkládá názor, že kulturně všeobecná druhořadost ženy vyplývá z jejího spojování s přírodou, která je vzhledem ke kultuře považována za podřadnou. Muž je naopak symbolem kultury a civilizace, která přírodu ovládá. Kultura dokáže transcendovat přírodní podmínky a přizpůsobit je svým záměrům. Vše podle Ortner souvisí s tělem, zdá se, že ženské tělo se svými funkcemi, díky tomu, že se více a déle zabývá „životem druhu“, lokalizuje ženu blíže přírodě, zatímco muži se zabývají projekty kultury. Ženské tělo pak staví ženu do sociálních rolí, které jsou považovány za role nižšího řádu než role určené mužům a tyto tradiční sociální role strukturují psychiku ženy. V jejím pojetí spatřují okamžiky, kde ženské tělo funguje jako motiv, který přispívá ke konstrukci genderových rolí. Na druhou stranu ale považují za přínosné, že s binární opozicí příroda/kultura (žena/muž) nepracuje jako s reálně objektivními danostmi, upozorňuje, že rozlišování kultury od přírody je samo o sobě produktem kultury. Ovšem ani toto upozornění nemá výrazný vliv na skutečnost, že tělo v představách o genderových rolích společnost používá jako rozhodující „vysvětlení“

definující rozdílnost mezi muži a ženami, protože tělesnost a její interpretace zaujímaly ve feministickém uvažování důležité místo.

### 2.5.1 Sociálně konstruovaná těla

Fyzické tělo každého jedince je konstruované v závislosti na čase a prostoru, ve kterém se během života nachází. Tento čas a prostor jej vždy zasazuje do určitého sociálního, morálního a kulturního kontextu, který determinuje chování jedinců včetně vztahu, jenž mají k jejich fyzickému tělu, a tento kontext ovlivňuje vztah, který k jejich tělu mají ostatní členové společnosti. Sociální utváření těl dokládá rozmanitost preferovaných lidských proporcí v rámci různých kultur i historických epoch (Janebová 2006).

Podle Pierra Bourdieuho (2000) lidská (biologická) „přirozenost“ není ničím jiným, než naturalizovanou sociální konstrukcí. Naše těla jsou konstruována a formována pomocí vštípených arbitrárních (ne-přirozených) sexualizovaných principů vnímání a rozlišování, které nám „poskytuje“ společnost, v níž žijeme. Sociální představa o těle vnucuje mužům a ženám „diferencovanou definici způsobů užívání“ jejich těl a mozků, čímž vznikají sociálně diferencovaná těla odlišného rodu, a to „za cenu a v důsledku obrovské, rozptýlené a neustálé socializační práce“ (Bourdieu 2000: 25). Sociální vztahy mezi rody jsou tak vpisovány do biologických těl, jsou *somatizovány*. Rozdíly ve fyzické konstituci a společenské percepci těl mužů a žen jsou tedy sociální konstrukcí, která je založena na určité řadě voleb, na zdůraznění některých odlišností a zastření podobností. Pozice jsou tak dány předem, lidé v průběhu socializace přijímají sociální definice těl prostřednictvím „učení“. Somatizace probíhá kontinuálně, ovlivní lidská těla, promění je a tento proces je neměnný – tělo je disciplinováno a rozdíly mezi pohlavími naturalizovány.

Takto sociálně zkonstruované tělo je pak použito k legitimizaci sociálního řádu založeného na nadvládě. Anatomické rozdíly jsou vydávány za přirozený důvod sociálního rozlišování mezi rody, a tak je rozdílnost schémat jednání, která jsou nabízena mužům a ženám, ospravedlňována poukazem na něco, co je samo plodem těchto schémat – rozdílnost těl. Arbitrární (a společností vytvořené) principy dělení sociálního světa jsou tak předkládány jako přirozené (na přírodní danosti založené), a proto legitimní (Bourdieu 2000).

S takto sociálně konstruovaným tělem pracuje i Susan Bordo (1993), která poukazuje na to, že především kultura působí na naše těla skrze zvyky a každodenní život. Rutinou a každodenní aktivitou se naše těla učí, co je „vnitřní“ a co je „vnější“, která gesta jsou zakázána a která naopak vyžadována. Právě tyto explicitní instrukce týkající se vhodného chování pro náš gender, rasu a sociální třídu jsou mnohem silnější, než to, co se naučíme vědomě.

Podle Bourdieuho (2000) se pozice žen v takové realitě vyznačuje jistou bezvýhodností, i ony totiž realitu hodnotí a vnímají podle schémat, jež jsou plodem mužské dominance; jiná schémata nejsou k dispozici. Jejich akty poznání jsou proto nutně zároveň také akty praktického uznání nadvlády, „doxického přitakání“ (Bourdieu 2000: 33). Bourdieu tuto situaci popisuje termínem *symbolické násilí*: „K symbolickému násilí dochází tehdy, jestliže ovládaný nemůže jinak, než vládnoucího (a tedy nadvládu) uznávat, protože k reflektování jak jeho, tak sebe sama, přesněji řečeno k reflektování vztahu mezi sebou a jím, disponuje pouze nástroji poznání, které s ním má společné a které nejsou ničím jiným než osvojenou formou vztahu nadvlády, a ukazují proto tento vztah jako přirozený; nebo, řečeno jinak, jestliže schémata, skrze něž nahlíží a hodnotí jak sebe, tak ty, kdo vládou (...), vyplývají z osvojeného, a tím naturalizovaného klasifikování, jehož plodem je i jeho vlastní sociální bytí.“ (Bourdieu 2000: 34-35) Sociální vztah nadvlády nepotřebuje být udržován ani fyzickým nátlakem, ani legitimizován v racionálních diskusích odkazem na (sociálně zkonstruovanou) lidskou přirozenost; podřízenost žen je totiž vepsána do schémat vnímání, hodnocení a jednání, které používají i ony samy. Ženská poddanost je „spontánní a zároveň vynucená“ (Bourdieu 2000: 37), je součástí každodennosti.

Bourdieu (2000) pak dále problematizuje skutečnost, že systém nadvlády přeměňuje ženu v *objekt*. Ženy cirkulují formou darů jako oběživo v ekonomii symbolických statků, a nastolují tím vztahy mezi muži. „Ženské bytí je *bytí viděné* (esse percipi) – existuje především skrze pohled druhých, jako přitažlivá a disponibilní věc“ (Bourdieu 2000: 61). Pohled druhých určuje cenu ženy jako symbolického statku. Na poli symbolických směn existuje mezi muži a ženami asymetrie subjektu a objektu. To vytváří na ženy permanentní tlak: pokud je rozdíl mezi tělem sociálně vyžadovaným (vysoce hodnoceným) a reálným (které je poznáváno skrze pohledy a reakce druhých) příliš velký, může vést k „tělesnému odcizení“ – rozpačitosti nad vlastním tělem, k pocitu trapnosti, nesmělosti a studu. Vztah nadvlády tak staví „ženu do pozice bytosti-jež-je-viděna a

odsouzena vidět sebe samu skrze dominantní, to jest mužské kategorie.“ (Bourdieu 2000: 63)

Právě toto pojetí sociálně utvářeného a konstruovaného těla, jak jej představuje Pierre Bourdieu, tedy představa existence materiálního těla, do kterého se sociální konstrukce „vpisují“, považuji za zásadní pro mnou sledovanou oblast „poruch příjmu potravy“. Jak jsem již naznačila výše, naše těla jsou „sevřena kulturou“, a proto se ve své práci zaměřím na to, jakým způsobem dochází prostřednictvím norem kulturního života k přetváření našich fyzických těl na těla „sociální“, která se podřizují požadavkům přicházejícím k nim zvenčí a jak (a zda-li vůbec) tento proces vnímají konkrétní bytosti.

### 2.5.2 Disciplinace těla

Ráda bych v této souvislosti přiblížila pojetí Michela Foucaulta, který se ve své práci zaměřil na hledání takové racionality, jež umožnila sociální kontrolu. Jeho teorie „poslušného těla“ je ve spojitosti s poruchami příjmu potravy velmi názorná, neboť pomáhá nahlédnout mechanismy fungování moci a nadvlády, které jsou skryty a zdůvodněny historickým vývojem a lidskou „přirozeností“.

Foucaultovo „poslušné tělo“ (Foucault, 2000) podléhá disciplinačním technikám, které si subjekt osvojuje prostřednictvím své diskurzivní existence. Tělo je tak sítí vztahů vedeno k tomu, aby samo sebe vnímalo jako objekt sebe-disciplíny, který se „musí“ disciplinovat jako normální subjekt. Pokud tak neučiní, dochází k tzv. „trestání normou“ a subjekt je vystaven sankcím. Autor se zaměřuje na to, jak vztahy fungují a jak obíhají, přičemž přispívají k určování chování druhých. Nepřetržitým sledováním a nekončícím pohybem dochází k realizaci mocenských vztahů, ale také k produkci vědění a subjektů. Společnost zavádí rozmanitá pravidla, jež představují standardy, které konstituují dělicí linie mezi povoleným (normou) a odmítaným, a tak umožňují kontrolu. Foucault vše ilustruje na tzv. Panoptikonu<sup>15</sup>, kdy uvězněný jedinec přebírá roli dohlázele nad sebou samým a zcela zvnitřňuje aplikovaný dohled. Domnívám se, že tento způsob „sebekontroly“ se v současné době ocitl mimo působnost jednotlivých institucí a je

---

<sup>15</sup> Benthamův Panoptikon je architektonickou figurou (vězením), jejíž hlavní účinek spočívá v tom zavést u uvězněného/né vědomý a nepřetržitý stav viditelnosti, který zajišťuje automatické fungování moci. Dohlázení je permanentní ve svých účincích, přestože nemusí být soustavné ve své činnosti. Podstatné je, aby vězeň/kyně věděl/a, že je sledován/a, ve skutečnosti ale není nutné, aby tomu tak bylo.

nedílnou součástí výchovy, která zahrnuje i neproblematizované přijímání genderových rolí a s nimi spojených představami o tom, jak by ženy a muži „měli“ vypadat.

Pro Foucaulta (2000) je tělo něco jako médium, jehož prostřednictvím moc operuje a funguje, do něhož jsou normy vpisovány. Účinnost disciplíny spočívá v její neviditelnosti, protože se mocenské účinky normativního diskurzu vědění zdají být „přirozené“. Poslušný subjekt se identifikuje s praktikami, které jej mohou omezovat, ale přinášejí mu rozmanité výhody. V souvislosti s oblastí „poruch příjmu potravy“, jejichž počátek společnost a lékařský diskurz zpravidla spojují se snahou o dosažení štíhlého těla, vnímám Foucaultův „poslušný subjekt“ jako úzce související. Lidé v každodenním životě operují na základě norem, které jsou jim „dány“ společností, a jsou si vědomi toho, že vykročení za tuto linii může být potrestáno. Především se ženami se obecně pojí představa toho, že by „měly hezky vypadat“, což v současné době společnost asociuje i se štíhlým tělem, jehož lze dosáhnout právě prostřednictvím sebekontroly, sebeomezování a dohledu nad sebou samým/samou.

### 2.5.3 Interpretace „poslušného těla“

Pojetí tělesnosti, jak je představoval feministický proud zpočátku, stavělo na patriarchálním modelu, který ženy utlačuje. Ovšem tento přístup obviňuje jednotlivé muže z něčeho, co konkrétně oni sami prokazatelně nezpůsobili a nezamýšleli, s čím možná hluboce nesouhlasí a navíc je zneviditelněno individuální jednání nejen jejich, ale i „utlačovaných“ žen. Není zde vysvětleno, proč se ženy spolupodílejí na kulturních praktikách, které je staví do role sexuálních objektů.

Foucaultovské hluboké porozumění fungování moci se podle Bordo (1993) ukázalo zvláště užitečné i na obecnější rovině pro sociální a historickou analýzu „femininity“ a „maskulinity“. Pochody moci jsou udržovány „zdola“, běžnými formami sebeutváření a subjektivity (mezi něž patří i gender), nikoli fyzickými omezeními a přinuceními, ale individuální sebekontrolou a připodobňováním se k normě.

Susan Bordo (1993) pracuje s Foucaultovým „poslušným tělem“ a domnívá se, že lidské bytosti přijímají a reprodukují sociální status prostřednictvím norem a disciplinace. Zaměřuje se v tomto ohledu především na ženy<sup>16</sup>, které permanentně nutí svá těla

---

<sup>16</sup> Práci Susan Bordo považuji za velmi přínosnou a důležitou pro mnou sledovanou oblast, ovšem nemohu



k poslušnosti na základě současných kulturních požadavků prostřednictvím přísných diet a pravidelného cvičení, přičemž tyto prožitky jsou ženami samotnými interpretovány jako moc a kontrola nad sebou samými.

Foucaultovo pojetí moci naznačuje, že moc reálně nepatří nikomu, ale zároveň tato moc není rozložena rovnocenně, neboť lidé a skupiny jsou v rámci mocenského diskurzu postaveni rozmanitě. Toto pojetí umožňuje lépe pochopit vztahy mezi mužskou dominancí a podřízeným postavením žen. Podle Susan Bordo (1991) totiž ženy, které se ztělesněním a zdokonalováním sexuálně přitažlivého těla aktivně spolupodílejí na podřízení žen, tak ve skutečnosti získávají „moc“ v rámci utváření sexistické kultury.

Sandra Lee Bartky (1997) popisuje konstrukci těla, které je jednoznačně ženské. Femitita je utvářena prostřednictvím rozmanitých oblastí, které se zaměřují na kontrolování a usměrňování ženského těla tak, aby dosahovalo dokonalosti. Ženy pracují s konkrétními gesty, pohyby, s dekorativním povrchem a vše „vylepšují“ dietami a cvičením. Díky „poslušnému tělu“, které internalizuje kulturní normy a pohled okolí do té míry, že se stává sobě samému dozorcem, se ženy identifikují s feminním modelem natolik, že nemohou tento model kriticky zhodnotit, a pokud by se o to pokusily, ohrozily by samy sebe ztrátou feminní identity, která staví na ideálu ženskosti. Žena se tak stává vězenkyní Panoptikonu, sebe-kontrolujícího subjektu.

Přístup Susan Bordo i Sandry Lee Bartky, jak jsem naznačila výše, považuji za důležitý, ovšem opětovně připomínám potřebu problematizovat skupinu „žen“, neboť takto dochází k opomíjení skutečnosti, že zkušenost žen je velmi rozmanitá a neexistuje ideální „feminní“ či „maskulinní“ identita. Autorky předpokládají, že subjekty normy přijímají a zvnitřňují, jinak by nemohly být účinné, ale neberou v úvahu možnost, že by subjekt normy „vpsované“ do těla odmítl.

Lidské tělo je spjato s biologickou individualitou, ovšem současně je také vystaveno značné sociální manipulaci a kontrole. Na jedné straně tak tělesnost souvisí se subjektivními pocity a prožitky, na straně druhé je ale formována společenským systémem pravidel a organizacemi, které ji podřizují kontrole a ovládají ji. Mechanismus kontroly je spjat s představou o tom, kdo disponuje věděním, které je pro „správné“ fungování těla zásadní.

---

neupozornit na z mého pohledu „nedostatek“. Nepodařilo se mi totiž v textech nalézt jakoukoli tematizaci „žen“, Bordo je popisuje jako homogenní skupinu, což je z hlediska feministických teorií značně problematické.

Mužská i ženská těla jsou vystavena sociálnímu dohledu, přičemž ženy jsou medikalizovány v nejrozmanitějších ohledech a intenzivněji. Ženské bytí je tak neustále spjato s lékařským diskursem, který pracuje s binární opozicí mezi autoritou a věděním expertů/ek a pasivním objektem (tj. ženou).

Ve spojitosti s „poruchami příjmu potravy“ pak dochází v lékařských materiálech k vykreslení osob, které se s touto oblastí potýkají, jako bytostí, jejichž tělo a mysl „žije“ a funguje odděleně, přičemž jedinec/jednotlivkyně má moc nad svým tělem v podobě nepřijímání či zbavování se přijatého jídla, ovšem zároveň bytost ztrácí kontrolu nad svou myslí a život je určován výhradně „onemocněním“. Individuální jednání a agency osob s „poruchami příjmu potravy“ jsou omezovány.

V teoretické části práce jsem se snažila nastínit způsoby, jakými jsou lidská těla společensky formována, jaké má tento proces důsledky pro jednotlivce/jednotlivkyně a tuto problematiku propojit s medicínským pohledem a diskursem, který je pro oblast poruch příjmu potravy zásadní a určující. Pokoušela jsem se přitom poukázat na nejednoznačnost, která se pojí s důsledky lékařství, přičemž jsem poodhalila skutečnost, že tato věda není zcela neutrální a je vždy zatížena kulturním kontextem, který je určující i pro subjektivní zkušenost našich těl.

### 3. EMPIRICKÁ ČÁST

Diplomová práce je psána z feministické perspektivy, která usiluje o odkrývání genderových stereotypů, které jsou součástí každodenního života lidí. Tato perspektiva se zaměřuje na způsoby, jak genderové rozdíly zakládají mocenské nerovnosti, přičemž důraz je kladen na porozumění vztahům mezi individuálním jednáním a sociální strukturou. Gender je považován za společenský konstrukt a zároveň je prosazována potřeba rovnoprávnosti žen a mužů ve společnosti v rámci respektu k diverzitě genderových a sexuálních identit (Bourdieu, 2000; Butler, 2003; Renzetti a Curran, 2003). V centru pozornosti feministické tradice myšlení stojí především otázka, jak se udržuje genderový řád a jak konkrétní společenské konstrukce genderu ovlivňují životy mužů a žen.

K výzkumu v oblasti „poruch příjmu potravy“ mě motivoval již dříve<sup>17</sup> osobní zájem a také absence prací, které by na tuto oblast nepohlížely jako na patologický jev a zároveň ji vnímaly z genderového hlediska. Dalším motivačním prvkem při volbě tématu a perspektivy, z níž na oblast nahlížím, bylo mé přesvědčení o tom, že tato problematika a zkušenost s ní vypovídá o širších mechanismech moci, konstrukce normality a disciplinaci lidského těla.

Ve spojitosti s tímto předpokladem jsem se inspirovala názorem Shulamit Reinharz (1992), podle níž feministické výzkumnice prostřednictvím rozhovorů se ženami modifikují koncepty sociálních věd, a produkují tak důležité nové způsoby nahlížení světa, odhalují tak dosud neodkryté a zanedbávané či zkrácené světy zkušeností. Tohoto lze dosáhnout prostřednictvím naslouchání ženským hlasům.

Ačkoli jsem si vědoma, že „poruchy příjmu potravy“ nejsou výlučně záležitostí žen a v posledních letech výrazně narůstá počet případů mužů a dětí potýkajících se s touto oblastí, v tomto výzkumu se zaměřuji na analýzu polostrukturovaných rozhovorů, které jsem uskutečnila s dívkami a ženami, z níž vycházím. Mým cílem je poznání významů, které ženy pojí s oblastí poruch příjmu potravy, a jejich individuálního vnímání problematiky. Zároveň budu hledat odpovědi na vytyčené otázky: Jaké důsledky má označení osob jakožto nemocných poruchou příjmu potravy pro jejich život, vztah k vlastnímu tělu, k okolí? Jak lidé s „poruchou příjmu potravy“ interpretují tento svůj „status“? Co pro ně znamená „onemocnění“ poruchou příjmu potravy, zasahuje do jejich

---

<sup>17</sup> V roce 2009 jsem uskutečnila výzkum zaměřený na poruchy příjmu potravy, který měl podobu bakalářské práce a zaměřoval se na propojení pohledu osob s poruchami příjmu potravy a jejich blízkých.

každodennosti? Jak vnímají interakci s lékařskými institucemi a s převládající představou o „poruchách příjmu potravy“ jakožto duševním onemocněním?

Nejprve představím metodologická východiska, účel výzkumu, výzkumné otázky a metodu použitou pro sběr a interpretaci dat. Dále pak popíši způsob výběru jednotlivých respondentek, prostředí rozhovorů, diskusi nad etickými problémy společenskovedního výzkumu. V závěrečné fázi předložím samotnou analýzu rozhovorů a zjištění, ke kterým jsem dospěla.

### 3.1 Metodologický přístup

Skutečnost, že můj výzkum je veden z feministické perspektivy, neznamena, že by bylo možné definovat nějakou výlučně „feministickou metodologii“, která by se vyznačovala přesně vymezeným ontologickým a epistemologickým stanoviskem či předpokladem, že se feministické výzkumnice zaměřují výhradně na ženy (Ramazonglu a Holland, 2004). V rámci feministických výzkumů se k problémům přistupuje skrze feministická teoretická paradigmat, přičemž se ukazuje, že i údajně neutrální fakta (skutečnost) jsou utvářena na základě různých předpokladů a mocenských vztahů a také, že neexistuje hodnotově neutrální poznávání světa. Feministická zkoumání usilují o nevykořisťovatelský přístup k subjektům výzkumu a o používání metod, které umožňují zúčastněným svobodně a volně se vyjadřovat (Renzetti a Curran 2003, Letherby 2003).

System přesvědčení či pohled na svět, který vede výzkumníka/výzkumnici při výběru metody i v použitých způsobech jeho práce, se nazývá paradigma (Guba a Lincoln, 2005). V rámci každého paradigmatu musí badatel/badatelka zodpovědět tři základní otázky: ontologickou (jaká je povaha reality, a co se o ní tedy můžeme dozvědět), epistemologickou (jaký je vztah mezi poznávajícím a poznávaným a co lze vlastně poznat) a metodologickou (co je třeba udělat pro to, aby výzkumník/výzkumnice získal/a to, co chce zjistit). K výzkumu přistupuji z pozice kritické teorie v rámci emancipačního paradigmatu, které předpokládá, že realita je konstruována, přičemž je vždy závislá na čase a je ovlivněna historií. Realita je tak formována politickými, sociálními, kulturními, ekonomickými a genderovými faktory, které vytváří soubor struktur, jež jsou lidskými bytostmi vnímány jako realita.

Cílem mého výzkumu byla snaha o porozumění „poruchám příjmu potravy“, jejich vnímání, prožívání a interpretaci bytostmi, kterých se týkají, přičemž jsem se pokoušela o

nahlížení této oblasti, aniž by byla a priori považována za patologickou. Tento přístup jsem zvolila proto, abych otevřela možnost uchopení problematiky nejen jako „problému s jídlem“, který je možné vyléčit, ale také jako celku úzce propojeného se sociální a emocionální stránkou lidského života. Proto jsem zvolila kvalitativní přístup, přičemž z hlediska uspořádání výzkumu se jedná o neexperimentální výzkumný projekt, který by mohl být považován za takzvanou případovou studii zabývající se jednou skupinou bez nároku na širší zobecnitelnost pro celou populaci (Jeřábek, 1993).

Příznačná pro kvalitativní výzkum je skutečnost, že zpravidla neprobíhá lineárně od sestavení úvodních otázek až k publikaci výzkumných výsledků, ale v tzv. hermeneutickém kruhu, kdy jsou formulace otázek, vedení rozhovorů, jejich interpretace a následné reformulace výzkumných otázek prováděny opakovaně a badatel/ka se pohybuje v určité spirále či šroubovici, neboť jeho/její pochopení daného problému se prohlubuje a doplňuje. Kvalitativní přístup by měl poskytnout co nejpráhlednější a nejhlubší pohled na prožitky, které se s „poruchami příjmu potravy“ mohou pojít, na pojmání vlastní tělesnosti, na interakci s lékařskými institucemi.

### *3.1.1 Výzkumné otázky*

V rámci své práce jsem se zaměřila na otázky, které prolínají celý tento výzkum. První z nich se vztahovala ke způsobům, jakými ženy nazírají vlastní tělesnost, přičemž jsem se zajímala o to, jak se ženy vztahují ke svému tělu s ohledem na označení sebe samých jakožto bytostí potýkajících se s „poruchami příjmu potravy“. Dále jsem se zajímala o vzájemnou provázanost prožívání vlastního těla a společenských očekávání, které toto tělo disciplinují a kontrolují.

Další výzkumná otázka směřovala ke každodennímu životu žen. Svou pozornost jsem zaměřila na jídelní návyky, které se sledovanou oblastí souvisí. Následně jsem se zajímala o obecný pohled žen na oblast „poruch příjmu potravy“, jak tuto problematiku nazírají, vnímají a hodnotí? Jaké jsou jejich názory na prezentaci „poruch příjmu potravy“ v médiích, lékařských publikacích a časopisech, tedy zdrojích, které formují pohled většinové společnosti na problematiku?

Svou pozornost jsem dále zaměřila na pocity žen jakožto bytostí „léčících se“ z „poruch příjmu potravy“, na to, jaké důsledky má označení osob jakožto nemocných poruchou příjmu potravy pro jejich život? Jak lidé s „poruchou příjmu potravy“ interpretují

tento svůj „status“? Co pro ně znamená „onemocnění“ poruchou příjmu potravy, zda zasahuje do jejich každodennosti a jakým způsobem?

Poslední výzkumná otázka se týkala interakce s lékařskými institucemi a odborníky/icemi. Jakým způsobem vyjednávají ženy svou pozici vůči těmto autoritám, do jaké míry do tohoto procesu zasahuje klasifikace poruch příjmu potravy jakožto „onemocnění žen“ a na základě čeho se rozhodují pro vyhledání odborné pomoci, akceptaci nebo odmítnutí lékařských nebo jiných doporučení. Jak prožívají interakci s lékařským/odborným personálem?

### 3.1.2 Výzkumná strategie a techniky sběru dat

Je důležité si uvědomit, že neexistuje žádná „dokonalá“ metodologie, bohatost subjektu výzkumu je uchopitelná pouze při využití většího počtu metodologických nástrojů, protože není možné předpokládat, že některá výzkumná technika je typicky feministická a jako taková je vhodná pro všechny výzkumy (Reinharz 1992).

Konkrétní technikou sběru dat, kterou jsem ve své práci použila, jsou kvalitativní polostrukturované rozhovory. Tuto techniku jsem zvolila proto, že jak ukazuje Reinharz (2004), rozhovor umožňuje badateli/badatelce přístup k myšlenkám a vzpomínkám z života respondentů/ek, a to za použití jejich vlastních slov, nikoli termínů dotazovatele/ky. Právě tento aspekt je významný při studiu ženských subjektů výzkumu, jejichž myšlenky byly po léta ignorovány v rámci rozmanitých věd nebo za ně hovořili muži.

Podle Reinharz (1992) je rozhovor s otevřenými otázkami doménou badatelek-žen, které jsou v současné západní společnosti socializovány tak, aby se lidé ptaly na jejich pocity, myšlenky a emoce, protože se zdá, že vedení těchto rozhovorů přímo čerpá z dovedností tradičně připisovaných „femininní roli“. Osobně se ovšem domnívám, že vždy záleží na konkrétním badateli/badatelce, i když se mohou vyskytovat oblasti a témata, pro která je žena výzkumnice vhodnější, případně je pro ni snazší navázat v dané oblasti kontakt. Toto se ukázalo i v mnou sledované oblasti, kdy se přátelství s ženami/dívkami majícími zkušenost s „poruchami příjmu potravy“ stalo základem možnosti s nimi o této problematice hovořit. Díky blízkému vztahu se pak podařilo navázat i kontakt s dalšími ženami. V této oblasti může být žena výzkumnice vhodnější i z toho důvodu, že poruchy příjmu potravy, držení diet, péče o zevnějšek jsou společností nahlíženy jako „ženské

oblasti“, proč se i předpokládá, že se na tyto otázky a oblasti bude zaměřovat badatelka, které by problematika mohla být bližší.

V rámci polostrukturovaného rozhovoru jsem jako tazatelka měla předem připravené otázky, jejichž pořadí, formulaci jsem mohla podle situace a potřeby měnit, doplňovat. To bylo pro moji práci výhodné, jelikož jsem usilovala o to, abych neopomenula nic důležitého a aby bylo snazší porovnávat získané údaje. Za jistou výhodu rozhovorů lze považovat to, že jsem se mohla přímo ujistit, zda respondentka formulaci mé otázky porozuměla a zda skutečně odpovídá na to, na co jsem se ptala. Ženy navíc mohly své odpovědi rozvést, doplnit o své subjektivní názory, postoje a zkušenosti, pro které v písemných odpovědích v dotaznících není dostatek prostoru.

Na druhou stranu jsem si ovšem vědoma, že i polostrukturované rozhovory jsou limitovány a to i způsobem formulace otázek, které pokládám, neboť tak ženám předkládám mnou definované vzorce. Otázky jsem se proto snažila strukturovat a formulovat velmi obecným a otevřeným způsobem, přičemž jsem usilovala o to, abych se vyvarovala ovlivňování respondentek prostřednictvím „návodných“ otázek, kterými bych je směřovala k odpovědím, jež nebyly v jejich intenci.

Kromě již uvedené techniky sběru dat jsem také vycházela ze své vlastní zkušenosti s oblastí „poruch příjmu potravy“. O tuto sféru jsem se již dříve intenzivně zajímala, a to nejen na úrovni obecné v podobě bakalářské práce. V mém nejbližším okruhu přítelkyně jsem se dlouhou dobu setkávala s touto oblastí, přičemž jsem tohoto využila a mé přítelkyně se staly subjekty mého výzkumu. Proto pro mě problematika, o které respondentky hovořily, nebyla cizí. Přestože jsem si uvědomovala, že se touto subjektivní zkušeností nesmím nechat ovlivnit, jsem si vědoma, že pozice tzv. „insiderky“ mohla mít vliv na výzkum. Proto byla na místě velká opatrnost jak při vedení rozhovorů, tak při jejich následné interpretaci, o což jsem po celou dobu usilovala. Velmi důležitá byla sebereflexe mé pozice badatelky, tj. uvědomění si a přesný popis způsobu, jak já - tedy osoba tazatelky (mé schopnosti vést rozhovor, osobní zkušenosti, pohlaví, sociální identita, vzdělání, apod.) mohou ovlivnit výsledky výzkumu.

Oproti tomu se ale domnívám, že pozice „přítelkyně“ respondentek byla i přínosem, jelikož mi napomohla více se přiblížit zkoumanému tématu a také vystavět svůj výzkum na „přirozenějším“ úhlu pohledu. Určitá „familiarita“ mi umožnila vést více zaměřené rozhovory a také mohla být přínosná pro mé respondentky, které mohly mluvit otevřeněji i o nejsoukromějších pocitech, jež by pravděpodobně cizím výzkumníkům/icím

nesdělily. Otevřenost z obou stran byla základem toho, že respondentky neměly tendenci k sebestylizaci. Domnívám se, že velmi důležitý byl pocit respondentek, že je za jejich jednání nebudu hodnotit, odsuzovat, a že se je naopak budu snažit pochopit.

### 3.1.3 Výběr a popis vzorku

Jak jsem již naznačila výše, s většinou dívek/žen jsem se již znala před vedením rozhovorů, v některých případech se jednalo o mé blízké přítelkyně. Při výběru jsem tak zčásti využila svého sociálního kapitálu, neboť jsem navazovala na výzkum z bakalářské práce, kdy jsem vedla rozhovory dokonce se dvanácti ženami, ovšem v současné době jsem se nesečkala s tak výraznou vstřícností a kladně na mou prosbu o poskytnutí rozhovoru reagovaly pouze ty dívky, se kterými se stýkám pravidelně.

Touto cestou se mi podařilo získat tři respondentky. Daný počet dívek/žen jsem však nepovažovala za zcela dostačující, a proto jsem se rozhodla další respondentky doplnit, a to prostřednictvím metody „sněhové koule“. Touto formou se mi podařilo získat tři ženy a doufám, že tímto způsobem jsem zmírnila možná zkreslení plynoucí z mé pozice přítelkyně respondentek.

Respondentky jsem ve většině případů oslovila osobně nebo telefonicky na základě naší předchozí známosti či na základě doporučení již zkontaktovaných účastnic výzkumu. Počet svých respondentek jsem se snažila navýšit prosbou o zapojení se do mé diplomové práce na internetových stránkách [www.idealni.cz](http://www.idealni.cz) v diskuzním fóru a také prostřednictvím odborníků/ic, které jsem požádala o umístění informací o mé práci v jejich ordinaci, skupině. Bohužel tato snaha nepřinesla výraznější výsledky, ukázalo se, že je velmi složité a obtížné získat ochotné informátorky.

Celkem jsem uskutečnila šest polostrukturovaných rozhovorů. Z hlediska sociálního rozvrstvení vzorku se jedná o pracující/studující osoby ve věku mezi 20-30 lety se středoškolským až vysokoškolským vzděláním. Sociálním postavením i věkem mi byly dotazované ženy blízké, což bylo jisté pozitivum při vedení rozhovoru. Respondentky, až na jednu výjimku, pocházejí ze středně velkého města ve Středních Čechách.



### 3.2 Realizace rozhovorů

Proces přípravy otázek, zkontaktování respondentek, vedení rozhovorů a jejich přepis až po konečné zpracování interview trvaly od února do července 2011, tedy přibližně šest měsíců, protože šlo o krátkodobý výzkum. Před vlastním výzkumem jsem se snažila přezkoušet základní typy otázek, které jsem zvolila, a to prostřednictvím pilotního rozhovoru s jednou dívkou, přičemž jsem se snažila ověřit, zda může být použita daná metodologie a zda jsou otázky vhodně formulovány a strukturovány.

V průběhu rozhovorů jsem se snažila přistupovat k respondentkám citlivě a s porozuměním, což si závažnost a osobní charakter problematiky vyžadovaly. Na základě již zrealizované bakalářské práce jsem si byla vědoma toho, že kvalitu rozhovoru také ovlivňuje vhodné místo jeho realizace, proto jsem se snažila přizpůsobit přáním respondentek s ohledem na to, aby měly potřebný klid, možnost soustředění a cítily se příjemně. Okruhy otázek jsem měla předem připravené a zformulované, ale v případě, že se rozhovor odklonil k jiné otázce, nechala jsem respondentky v klidu hovořit, abych zbytečně nenarušovala plynulost rozhovoru. Snažila jsem se dát si velký pozor, abych sebemenším způsobem nehodnotila odpovědi dotazovaných a nevyjadřovala se k nim, k čemuž jsem měla sklon u některých výpovědí dívek/žen, které blízce znám.

Provedené rozhovory byly jednorázové, přičemž délka rozhovoru závisela na stručnosti či výřečnosti dívek/žen a pohybovala se od 75 do 120 minut. Ačkoli respondentky většinou pocházejí ze stejného města, prostředí, ve kterém se rozhovory odehrávaly, záviselo především na současném bydlišti či studiu dotazovaných a také na preferencích žen. Většinou se interview odehrálo v bytě respondentky, pouze v jednom případě v kavárně. Atmosféra byla po většinu času příjemná a uvolněná, usilovala jsem o nastolení takového dialogu a vztahu, abychom já i respondentka měly v průběhu rozhovoru pocit rovnocenné pozice - nikoli dominantní tazatelka a podřízená dotazovaná.

#### 3.2.1 Vyhodnocování a interpretace získaných dat

Nahrané rozhovory bylo nutné dále zpracovat pomocí transkripce, používala jsem komentovanou transkripci doplněnou o informace z poznámek, které jsem si průběžně dělala, neboť diktafon nemohl zachytit relevantní neverbální komunikaci. Tento druh přepisu je časově dosti náročný, „ovšem pro podrobnou analýzu rozhovoru nezbytný“ (Hendl, 2005: 208). Uvědomovala jsem si, že již přepis rozhovoru byl do určité míry mojí

interpretací. Takto přepsaný rozhovor musí vždy obsahovat tzv. pasportizaci, tj. zachycení průběhu rozhovoru, času, místa, doby trvání a také profilu respondenta/ky, věk, pohlaví, sociální zázemí, vzdělání, atd. Zároveň jsem si vytvořila systém znaků, pomocí kterých jsem se snažila zachytit prvky, jež nelze zaznamenat pouhým přepisem slov. Ty dokumentují intonaci, pomlky a různé emoce.

Veškeré názvy míst jsem se snažila převést na neutrální výrazy a zároveň jsem se rozhodla pro změnu jmen respondentek a případně osob, které zmiňují ve svých výpovědích, abych zachovala jejich soukromí a anonymitu. Ovšem pro přehlednost a přístupnost získaných dat neoznačuji výpovědi a respondentky čísly, ale přiřazuji dívkám/ženám fiktivní jména.

Interpretace materiálu pak probíhala na základě kódování, které umožnilo data utřídit a zároveň komplikovat. Kódování zahrnuje čtení a znovu-čtení dat a výběr z nich, vyžaduje rovněž interpretaci dat (Coffey a Atkinson, 1996). Strauss a Corbinová (1999) hovoří o třech typech kódování: otevřeném (přidělení jména jevům), axiálním (vytváření spojení mezi kategoriemi a subkategoriemi) a selektivním (nalezení klíčové kategorie a konceptualizace souvislostí). Konkrétně pro svou práci jsem zvolila otevřené kódování, díky němuž jsem se snažila dosáhnout adekvátního popisu dat. Zároveň docházelo k prolínání otevřeného a axiálního kódování. Celý postup souvisel s detailním pročitáním a studováním jednotlivých rozhovorů, přičemž jsem se soustředila na odhalení zajímavých a překvapivých údajů a následně na veškeré důležité aspekty vztahující se ke zkoumané oblasti s cílem eliminovat nesouvisející (ačkoli mnohdy zajímavá) data. Poté byly rozhovory pročitány znovu s cílem označit pasáže podobného významu, pojmenovat je a vztáhnout k abstraktnějším celkům, kategoriím. Spolu s narůstající teoretickou citlivostí pak docházelo ke spontánnímu vynořování jednotlivých souvislostí mezi definovanými kategoriemi.

V následujících částech své práce se pokusím přiblížit informace a výsledky získané analýzou uskutečněných rozhovorů, přičemž pro větší přehlednost člením zjištění do následujících podkapitol. Nejprve se zaměřuji na současnou životní situaci komunikačních partnerek, dále pak na jejich vztah a prožívání vlastního těla, přičemž se táži na vliv genderových schémat ve spojitosti s těly. Další kapitola pak sleduje každodenní život žen, přičemž se pokouším reflektovat neuvědomělá pravidla a momenty, které souvisí s jejich stravovacími návyky. Dále se zajímám o tematizaci „poruch příjmu potravy“ a „léčby“ v obecné rovině tak, jak ji vnímají a hodnotí ženy, které s touto oblastí

mají zkušenost, a také se snažím zjistit, jak tento svůj „status“ komunikační partnerky prožívají/prožívaly a nazírají/nazíraly. Blíže se pak pokouším zachytit případný kontakt s lékařskými institucemi či motivaci, která ženy od řešení situace za pomoci lékařů/lékařek odrazovala/odrazuje. Cílem je postižení širšího rámce okolností, jež přispívají k vytváření strategií jednání, prožívání a vnímání vlastních těl, které ovlivňují interakci s lékařskými institucemi a které souvisí s procesem sociálního konstruování poruch příjmu potravy.

### 3.3 Etické problémy výzkumu

Ve své práci jsem se rozhodla věnovat tématu „poruch příjmu potravy“, jež se snažím nahlížet z perspektivy, která na ně nepohlíží jako na patologické jevy, přičemž se pokouším zachytit pohled jednotlivých dívek/žen. Od samého počátku, a to i díky předchozí uskutečněné práci, jsem si byla vědoma toho, že se jedná o soukromé a osobní téma, které může být zdrojem emocí a prožitků, jež mohou či mohly být vnímány jako citlivé.

Žádala jsem své respondentky, aby hovořily o svých pocitech, životech a tělech. Určitým problémem byl můj osobní vztah k tématu, neboť s některými ženami se velmi blíže znám a pojí mě k nim silné přátelství, pročež by samotný rozhovor a jeho následná analýza mohly být zkresleny mou vlastní zkušeností a pozicí. Obávám se, že pravidelným rozebíráním problematiky s některými respondentkami s nimi tuto oblast doslova prožívám. Problematický moment pak spatřuji ve své, ačkoli možná nezamýšlené, tendenci jejich náhled a názory interpretovat v pozitivnějším světle. Podvědomě totiž pociťuji, že bych byla raději, aby vše, co se týká života mých přítelkyň, bylo v pořádku, aby byly zdravé, cítily se dobře a byly šťastné. V určitých okamžicích jsem si také byla vědoma své nekritičnosti vůči jejich osobám a výpovědím i snahy omlouvat jejich jednání.

Velmi důležitou roli sehrála intervence mé vedoucí práce, která mě po celou dobu výzkumu vedla k reflexi vlastních limitů a zároveň mi poskytovala cennou zpětnou vazbu už při samotném formulování otázek, přičemž jsem usilovala o to, aby má pozice a zkušenosti co nejméně ovlivňovaly výzkum. Ovšem v rámci feministických výzkumů se předem předpokládá, že nikdo nemůže sám sebe zcela oddělit od světa, tudíž neexistuje hodnotově neutrální poznávání, přičemž mezi zkoumanými osobami a badateli/kami se vytváří určitý vztah (Reinharz 1992, Letherby 2003).

Ve feministických metodologiích nese výzkumnice či výzkumník morální zodpovědnost za svůj výzkum. Nezabývá se jen pravdou, ale i tím, jak je poznání produkováno, přičemž tento přístup zahrnuje i samozřejmost informovaného souhlasu, který jsem všem dívkám/ženám doručila s dostatečným předstihem před samotným rozhovorem. Jeho součástí byly základní údaje o výzkumu a také klauzule zaručující naprostou anonymitu. Na respondentky nebyl vyvíjen žádný nátlak, v průběhu rozhovoru jsem je upozorňovala, že nemusí odpovídat na otázky, které by jim byly v jakémkoli ohledu nepříjemné. Byla jsem si plně vědoma toho, že by pro ně některé otázky mohly být stresující, a v takovém případě jsem byla připravena kdykoli rozhovor ukončit.

### 3.4 „Významní druzí“

Všechny komunikační partnerky<sup>18</sup> nahlížejí a hodnotí svou současnou životní situaci, ačkoli je velmi rozmanitá – některé ženy studují, sebevzdělávají se, jiné už pracují, některé žijí v dlouhodobém partnerském vztahu, jiné jsou rozvedené – vždy prostřednictvím vztahů s ostatními lidmi. Svůj život neinterpretují na základě vlastní vůle, rozhodnutí a přání, ale vždy v kontextu vztahů, a to především s partnery, přičemž nepřekračují heterosexuální rámec vztahů. Partnerský život, nebo naopak ukončení vztahu (z důvodu rozvodu či rozpadu vztahu po několika letech) bylo všemi ženami označeno za nejdůležitější aspekt jejich života, za faktor, který měl a má vliv na všechny oblasti, jež souvisí s jejich životem. Ačkoli dívky/ženy hovoří o tom, že „berou život do svých rukou“, sebevzdělávají se či získávají uplatnění v pracovní sféře, vždy nazírají tento vývoj skrze vztahy s partnery, kteří jim buďto pomáhají a podporují je, nebo je naopak rozvodem či rozchodem posunuli v životě dále. Určitým překvapením pro mě bylo, že dívky/ženy, ačkoli mají řadu sociálních kontaktů a mnohdy velmi dobré vztahy se svými rodiči a sourozenci, hovořily v rámci svého zhodnocení životní situace výhradně o partnerských vztazích s muži.

Za velmi zajímavou považuji skutečnost, že ani jedna z výpovědí v oblasti otázek zaměřených na autobiografické hodnocení nesměřovala k oblasti „poruch příjmu potravy“, ačkoli všechny respondentky byly předem informovány o zaměření výzkumu. Tato

---

<sup>18</sup> Jsem si vědoma, že pro ženy, které jsou subjekty mého výzkumu, používám rozmanitá označení. Činím tak záměrně, neboť termín informátorky či respondentky považuji za klasický, vhodný, ovšem na druhou stranu by tyto pojmy mohly vést k pocitu, že jsou pro mě ženy pouhým zdrojem informací a výpovědí. Proto používám i spojení „komunikační partnerky“, které podle mého názoru lépe vystihuje vzájemný partnerský vztah mě jako badatelky a žen. Snažím se o vyrovnanou kombinaci termínů.

skutečnost mě překvapila především proto, že „poruchy příjmu potravy“ jsou v odborných lékařských publikacích (např. Krch 1999, Marádová 2007, Maloney a Kranzová 1997, Papežová 2000, 2003) a v médiích interpretovány jako velmi závažná psychická onemocnění, která v konečném důsledku mohou vést ke smrti či vážnému poškození zdraví, přičemž se předpokládá, že tyto nemoci prolínají a ovlivňují veškeré oblasti života jedinců/jednotlivkyň, kteří/ré se s nimi potýkají, a zhoršují kvalitu jejich života. Dalo by se tedy očekávat, že respondentky začnou problematizovat vliv poruch příjmu potravy na svůj život, což se ovšem nestalo. Výpovědi se zaměřovaly především na oblast studia, pracovního života, partnerského svazku, přičemž podržovaly určitou soukromost mnou sledované problematiky.

Nechci nikterak snižovat závažnost „poruch příjmu potravy“ či jejich existenci, ovšem absence tohoto tématu u respondentek při snaze o celkové zhodnocení vlastního života považuji za opravdu překvapující a poukazující na skutečnost, že tato oblast nemusí být pro samotné bytosti určujícím prvkem, ale spíše součástí jejich života. Zdá se, že „porucha příjmu potravy“ nemusí být primárně tím, co zcela ovládá život lidské bytosti.

*K: Jak bys popsala svou současnou životní situaci?*

Tak prostě studuju teďka na vysoký škole, snažím se víceméně dodělat magisterský studium, takže v podstatě celkově se zaměřuju nejvíc na ten rozvoj sama sebe v rámci vzdělání. To je asi tak to hlavní, co mě teďka charakterizuje. (Lucie, s. 1)<sup>19</sup>

### 3.5 Tělesnost

V této části práce se zaměřím se na to, jak samy respondentky prožívají a vnímají vlastní těla, jak je hodnotí, v jakém kontextu si svá těla uvědomují, zda v nich vyvolávají nějaké emoce a pokusím se v těchto konkrétních případech prozkoumat a sledovat souvislost s genderovanými představami o těle.

---

<sup>19</sup> Výňatky z rozhovorů jsou ponechány v původní formě, bez zásahů, úprav, včetně nespisovných výrazů a gramatických chyb a místy nelogických spojení. Transkripce rozhovorů nejsou v této práci obsaženy z důvodu zachování anonymity komunikačních partnerek a zároveň také ze stejného důvodu pozměňuji jejich skutečná jména.

### 3.5.1 Tělo „ženské“

Vzhledem k genderové podmíněnosti tzv. poruch příjmu potravy se v následující kapitole věnuji tomu, jakým způsobem samy ženy vnímají a reprodukují existující genderované představy o lidském těle. Zaměřila jsem se především na to, jak ženy nahlízejí lidská těla a jaká kritéria jsou podle jejich názoru rozhodující při hodnocení lidské tělesné stránky. Zajímala jsem se také o to, jak ženy vymezují ženskost a feminitu.

Všechny komunikační partnerky nahlízejí na „ženské“ tělo a interpretují je v kontextu vzhledových standardů, praktik a požadavků. Příkladem může být následující citát: „Pod ženským tělem si představím ladnost, eleganci, jemnost, rovný záda. Prostě ženský vzhled, hezký ženský oblečení, upravenost, určitý pohyby. Ženský tělo, pokud vypadá, tak jak má, je moc pěkný (...) Ženy obecně jsou mnohem víc svázaný tím, jak by vypadat měly, a pokud to tak není, je to pro ně, nebo musím mluvit za sebe, je to pro mě špatný. Je to obrovská tlak.“ (Romana, s. 3) Za důležitý je považován existující diskurz femininity, podle něhož by se ženy měly zařídit, chovat se a také vypadat, jinak to pro ně má dopady v podobě pocitu nepatřičnosti.

Respondentky popisovaly ženská těla, jež jsou vymezena výhradně na základě existujících vzhledových předpokladů, které permanentně zdůrazňují „ženskost“, jež je společností spojována s ideální krásou a vymezuje se proti mužským tělům. „S ženským tělem si spojuju určité vzhled, určitou představu krásy a oblečení, který jasně ukazuje, že tohle tělo je ženský, a odlišuje ho od mužů. Určitě k ženskému tělu patří nějaký ideální tvary, krása, větší prsa, štíhlejší pas a pěkný boky, štíhlý nohy a to všechno podtržený líčením, vlasy a oblečením.“ (Magdaléna, s. 3) Z této citace vyplývá i vymezení ženskosti jako protikladu maskulinity, tedy odlišení, které zakládá možnost udržování femininity a maskulinity jako oddělených identit. Ženy se neodchylují od udržování a zdůrazňování opozic, jak upozorňuje Pierre Bourdieu (2000). Společnost usiluje o to, abychom se těchto pólů (muž/žena) drželi a nezpochybňovali je. Vzniká tak dojem, že muži a ženy si nemohou být podobní, že jsou zcela odlišnými živočišnými druhy.

Ženy pracují a operují na základě existujícího a fungujícího genderového řádu, jehož součástí je i žena jakožto ozdoba. Toto stereotypní nazírání ženskosti komunikační partnerky přijímají za své a považují je za zdroj moci a možnosti manipulace s opačným pohlavím.

Myslím si, že ženský tělo znamená určitou zbraň, a tak se s ním dá pracovat. Tělo prezentuje můj sociální já a je důležitý, aby ženský tělo bylo krásný a štíhlý, pak ho

ženy můžou využít ke svým cílům. Ženský tělo si spojuju se sexualitou a muži se na ženy koukají tímhle způsobem, ženský tělo se prezentuje tak, aby se líbilo mužům. Uvědomuju si to, když se dostávám do situací, když nějak manipuluju s chlapama. A když mi to funguje, tak mám svý tělo docela i ráda. (Lucie, s. 3)

Svým důrazem na ženskou přitažlivost a vzhled se tak ženy mohou spolupodílet na utváření sexistické kultury, v jejímž rámci ženy získávají moc (Bordo 1993, Bourdieu 2000). Ženské tělo je sexualizováno a vnímáno jako prostředek: nejen k dosažení cílů, ale také k překlenutí negativních pocitů ze sebe sama. „Mý tělo je v kontaktu s okolím všákem na oblečení, kterým se pak prezentuju a nějakým způsobem pohybuju před ostatníma lidma.“ (Lucie, s. 2) Vyjádřený názor poukazuje na roli těla jako sociálního kapitálu, který je prostředkem, díky němuž žena operuje ve světě, protože je velmi důležité to, jak toto tělo vypadá, neboť na základě dojmů z jeho vizuální stránky pak vznikají reakce okolí.

Jedna z informátorek popisovala ženské tělo především v kontextu toho, že od mužů - na rozdíl od žen - společnost neočekává tak přísné vzhledové standardy, líčení, upravenost, přičemž pociťuje, podobně jak o tomto hovoří Pierre Bourdieu (2000), rozdíl mezi tělem reálným a tělem zkonstruovaným společenskými standardy, tedy tělem vysoce hodnoceným, což vede k pocitům nepatřičnosti vlastního těla.

Ženskost svýho těla si uvědomuju právě vždycky, když se oblíkám, a přítel je vypravenej hned, sluší mu to, oblečení mu sedí a nestresuje se tím. To si pak říkám, jak to má jednodušší a že se od něj taky ani neočekává, nebo spíš že se u něj tolik nesleduje, jak vypadá, a proto to není takovej stres. Taky si svou ženskost uvědomuju, když mi někdo řekne, že bych se mohla trochu nalíčit, že bych se měla trochu upravit a tak. To mě to vždycky malinko naštvě, protože chlapům se neříká, že by měli být nalíčení a tak (...) trochu mi pak přijde, že to moje ženský tělo trochu nekoresponduje s tím, jak by ženský tělo mělo vypadat, nebo spíš s tím, jak se očekává, že vypadat bude, a ačkoli si říkám, že mi to může bejt jedno, tak to v podstatě cejtím jako tlak. (Karla, s. 4)<sup>20</sup>

Ženskost a feminitu komunikační partnerky pojmají jako určitou entitu, která souvisí především se vzhledem, úpravou zevnějšku a určitým typem chování. V této spojitosti ženy popisují feminitu jako performativní. Toto pojetí koresponduje s přístupem Judith Butler (2003), podle níž je genderová identita reprodukována neustálým

---

<sup>20</sup> V této části předkládám delší pasáže z rozhovorů se ženami, neboť považuju za důležitou právě návaznost, se kterou ženy samy pojmenovávají některé skutečnosti.

opakováním (performací) v různých sociálních situacích. Genderově typické projevy pak nejsou „přirozeností“, ale naopak stále v průběhu času opakovanou „stylizací“.

Atributy spojované s ženským tělem jsou respondentkami nahlíženy ambivalentně. Ženy si uvědomují, že udržování obrazu ženskosti a přibližování se k němu je pro ně určitou nutností, která jim na jedné straně ubírá – energii, síly, finanční prostředky, čas, ale na straně druhé jim přináší určité „výhody“. Tento přístup souvisí s pojetím Michela Foucaulta (2000), podle něhož účinnost disciplíny spočívá v její neviditelnosti, poslušný subjekt se identifikuje s praktikami, které jej/ji mohou omezovat, ale přinášejí mu/jí rozmanité výhody, přičemž je subjekt normalizován.

Ženy reflektují existující normu ženskosti, která předpokládá určitou „upravenost“, vzhled a práci na sobě samé. Ačkoli tato norma není přesně definována, přesto ženy cítí povinnost, že by měly určitým způsobem vypadat a přibližovat se ideální představě. Ženské tělo obecně není vnímáno nikterak negativně, dokonce pokud odpovídá ideální normě, je zdrojem sebevědomí a sociální jistoty.

### 3.5.2 Tělo štíhlé – tělo ideální?

„Poruchy příjmu potravy“ jsou zpravidla spojovány s neovladatelnou touhou po dosažení „ideální“ štíhlosti, která ve svém důsledku může vést až ke smrti či vážnému poškození lidského zdraví. Ačkoli jsem své otázky nesměřovala přímo na propojování štíhlosti a krásy, přesto tato tematika ve výpovědích velmi často vyvstávala.

Ženy hovořily o odlišnosti svých těl, která ačkoli nevykazují závažné choroby, jsou vnímána jako odlišná v tom smyslu, že neodpovídají „ideálním představám“. „Já vim, že moje tělo je v podstatě zdravý, až na brejle a alergie, ale na druhou stranu ho určitě považuju za jiný, nevypadající tak, jak bych chtěla, aby vypadalo. Určitě neodpovídá ideální představě o krásným a štíhlym tělu. (Ludmila, s. 3) Problematicky není ovšem vnímána pouze ideální představa společnosti o dokonalém těle, ale mnohdy potíže způsobují především představy vlastní, které si ženy vytvářejí. „Nevim, jako uvědomuju si, že spousta holek by za mojí postavu asi byla ráda, ale to ještě neznamená, že odpovídá mé představě toho, jak by tělo mělo vypadat, takže pak mám pocit, že moje tělo je jiný od ostatních těl, ale asi spíš těch, který já si sama představuju jako ideální.“ (Lucie, s. 3) Považuju za velmi zajímavou skutečnost, že v dnešní společnosti, která je moderní a pokroková, mají lidé sklon být stále a stále perfektnějšími, ať už se jedná o nejrozmanitější



oblasti života. Zdá se, že modernost a pokrokovost je vykoupena neustálým sebezapíráním a sebeomezováním. Tento proces je doprovázen vytvářením obrazů a permanentním vytyčováním cílů, kterých je zapotřebí dosahovat a jež je třeba překonávat. Otázkou zůstává, čím je tato tendence po sebezdokonalování zapříčiněna? Zdá se, že tento přístup v sobě máme zakořeněn od nejtělejšího dětství a jsme k němu vedeni/ny.

Sdělení žen poukazovala na existenci a rozlišování dvou oblastí: racionální, kdy informátorky zdůrazňovaly význam toho, že jsou zdravé a jsou si rozumově vědomy, že jejich tělo není ničím zvláštní, ovšem na druhou stranu nemohly překročit své pocity nedostatečnosti vlastního těla.

Na jednu stranu vim, že spoustu lidí trápí to, jakou mají postavu, jak vypadají a tak, takže v tomhle ohledu své tělo za jiný nepovažuji. Ale zase dost často jo, když se koukám na holky s krásnou postavou (...) pořád si opakuju, že můj pocit, že sem tlustá, není důležitější, že vim, že mám úplně normální BMI, ale každodenní překvapení ze sebe sama při pohledu do zrcadla a pocity, který to ve mně vyvolává, jsou, no, hrozný. (Karla, s. 4)

V tomto kontextu se domnívám, že se projevují určité vlivy socializační práce, kdy jsou chlapci/muži vedeni k důrazu na vlastní rozum, přičemž svým pocitům nepřisuzují takovou váhu, kdežto dívky vyrůstají s předobrazem ženy jakožto bytosti iracionální a naopak kladoucí důraz na pocity. Toto pak považuji za důležité pro vnímání sebe samé. Ve výpovědích zaznívá konstatování skutečnosti, že ačkoli racionální pohled na sebe samu poukazuje na ničím se nevymykající tělo, neznamená to, že se ženy cítí dobře. Pocitová stránka tak neodpovídá rozumovému náhledu, a ženy tak vnímají „odlišnost“ vlastních těl od těl ostatních.

Ukázalo se, že některé komunikační partnerky si jsou vědomy toho, že jejich tělo je velmi štíhlé, a také je tak popisují, ovšem přesto se svým tělem nejsou spokojeny a touží po dalším snižování váhy. „Tak mé tělo je zpevněné, vysoké a v podstatě by se dalo popsat jako hubené. Mám asi 175 centimetrů a vážím 53 kilo. Ale to, jak vypadám, hlavně s svým břichem, mě pěkně štve. Bojím se, že tenhle pocit už nebude jinej, vim, že tlustá nejsem, ale mám už to tak v sobě zakódované a nejsem schopná se přes to dostat.“ (Romana, s. 2) Respondentka, ačkoli se snaží na sobě pracovat a být se sebou spokojena, je si vědoma toho, že se jí to nedaří a že to na ni nemá pozitivní dopady.

Tento přístup poukazuje na to, že „poruchy příjmu potravy“ nelze snadno redukovat na snahu o dosažení štíhlosti, neboť ačkoli dívky štíhlé jsou, přesto nejsou se svým tělem a

vzhledem spokojeny. „Já vim, že když se na mě někdo podívá, že si určitě řekne, že sem dost hubená a krásně štíhlá, ale já, no prostě bych tělo chtěla mít hubenější.“ (Lucie, s. 3) V této souvislosti se potvrzuje názor Susan Bordo (1993), která poukazuje na skutečnost, že anorektické bytosti bývají v lékařských publikacích a médiích popisovány jako osoby, které nejsou samy sebe schopny vnímat reálně a mají pokřivené vnímání sebe samých, přičemž Bordo toto zpochybňuje. Všechny mé respondentky, ačkoli se svými těly nejsou spokojeny a nalézají na nich rozmanité „chyby“, popisovaly samy sebe zcela objektivně a nevnímala jsem, že by předkládaly pokřivený obraz sebe samých.

Většina žen hovořila o krásném a štíhlém těle v kontextu nedosažitelného ideálu. Své tělo racionálně hodnotí jako zdravé a neobézní, ovšem žádná z respondentek neopomenula upozornit na své pocity a potřebu tělo vylepšovat a tvarovat tak, aby odpovídalo „ideálu“, který propojovaly především se štíhlostí. Výpovědi žen tak korespondují s pojetím femininity v podání Sandry Lee Bartky (1997), která ji propojuje s kontrolováním a usměrňováním ženského těla tak, aby dosahovalo dokonalosti. Ženy se identifikují s femininním modelem natolik, že nemohou tento model kriticky zhodnotit a pokud by se o to pokusily, ohrozily by samy sebe ztrátou femininní identity, která staví na ideálu ženskosti.

Vlastní tělo a jeho prožívání vzbuzuje v lidských bytostech rozmanité emoce a pocity. Ženy, které mají zkušenost s poruchami příjmu potravy, nehovořily o pozitivních pocitech ze sebe samých, přičemž pouze jedna z respondentek poukazovala na určitou rozpačitost ve spojitosti s emocemi, které v ní její tělo vyvolává, pouze ona byla schopna nalézt i kladné pocity. „Rozpaky mě ve spojitosti s mým tělem napadají asi jako první. Potom taky radost, když mi například něco sluší nebo když mám pocit jakoby dobrého zdraví, dobře sem se vyspala, sem najedená, pohodlně oblečená nebo tak a když sportuju. Ale zároveň taky vztek a smutek, závist, stud, strach.“ (Zuzana, s. 4) Emoce, které vlastní tělo vyvolává, jsou tak velmi rozporuplné.

Tělo vzbuzuje obavy, neboť jako „organismus“, silně zatížený biologickými procesy, není možné je zcela kontrolovat. „Mý tělo mě hlavně děsí, protože mám pocit, že to tělo nedokážu mít takový, jaký bych ho chtěla mít a že s tím nedokážu nic udělat. Když už ho začínám mít pod kontrolou a směřovat ho ke svým představám, tak mě většinou zradí zdraví a naruší to mé plány.“ (Lucie, s. 2) Skutečnost, že tělo „nespolupracuje“ při dosahování vytyčených cílů, považuje respondentka za určitou zradu. Její cíle souvisí s dosažením naprosté kontroly nad příjmem potravy, snaží se jídlo zcela eliminovat ze

svého života, což jí znesnadňují krátkodobá onemocnění, kdy není schopna naprosté askeze vzhledem k tomu, že je organismus oslaben.

Většina žen vyprávěla o spíše negativních pocitech a emocích, které v nich jejich tělo vzbuzuje, přičemž tento způsob prožívání vlastního těla se váže především k vzhledové stránce jejich těl. „Tak moje tělo je téma, o kterém se nerada bavím v té rovině, jak vypadám. To je mi pak často opravdu smutně. Pokud se o něm ale bavím v rovině, co cítím, tak ho mám moc ráda. Asi takhle bych to rozdělila, protože v tom vidím velký rozdíl.“ (Romana, s. 3) Nespokojenost s vlastním vzhledem pak souvisí primárně s přibíráním hmotnosti. „Samozřejmě, že vzbuzuje [tělo] emoce, když si připadám, že sem přibrala, tak hodně negativní a sem schopná z toho být i smutná nebo možná našťvaná. Ale to asi spíš smutná než našťvaná.“ (Magdaléna, s. 3) Zpravidla se k vlastnímu tělu váží pocity smutku, lítosti, „naštvaní“.

Pocity lítosti se propojují s racionální úvahou nad vlastní tělem, která vede k zahanbení, neboť si je respondentka vědoma toho, že by „měla“ být spokojena, protože její tělo je zdravé a ona se zabývá nedůležitými aspekty.

S tělem u mě souvisí asi hlavně smutek, protože je mi líto, že s ním nejsem spokojená. Ono za to nemůže, to spíš já mu dávám tvar, jaký má. A taky je mi hodně líto, že se od tohohle nedokážu oprostit, že mi to prostě není jedno, ani když si stokrát opakuju, že to vlastně jedno je (...) Taky ve mně vzbuzuje pocit, že se za něj stydím, a taky se stydím za to, že některý lidi to máj mnohem horší, nejsou zdravý a bylo by jim úplně jedno, že se jim tělo nelíbí tvarově. Tak je mi pak trochu hanba, ale jakoby tyhle úvahy vždycky znovu a znovu mizely (...) (Karla, s. 3)

Karla výpovědí upozorňuje na zodpovědnost za své tělo. Pracuje s rozšířeným předpokladem, že každý jedinec/jednotlivkyně je sám/a zodpovědný/á za sebe, člověk sám volí svá jednání, rozhoduje se, přičemž tento důraz na individuální hledisko se prosazuje i v oblasti tělesnosti. O'Connor a Van Esterik (2008) upozorňují na to, že se tělo stalo „morální arénou“, jídlo a cvičení je tak ukazatelem morality povahy. Toto přísné hlídání stravy a cvičení není otázkou okrajové skupiny lidí, diskurz individuální odpovědnosti je silně rozšířen a akceptován veřejností. V tomto ohledu se pak Karla cítí provinile proto, že je na jedné straně ona „vinna“ tvarem a hmotností těla a na straně druhé „ví“, že nejdůležitější ze všeho je zdraví.

Z rozhovorů jsem vycítila rozpor mezi vlastními pocity, vztahem k tělu a obecnou rovinou (na sebe samu nevztaženou) problematiky tělesnosti a sebeprožívání. Pokud byly otázky formulovány otevřeně a obecně, výpovědi se do značné míry odlišovaly od

odpovědi na otázky, které byly zaměřeny stejným způsobem, ovšem směřovány na konkrétní subjektivní pocity a prožívání. V obecné rovině hovořily ženy především o důležitosti lidského zdraví a pouze v některých případech a spíše pozvolna přiznávaly důležitost vzhledové stránky těla na lidské sebevnímání a sebeprožívání, ovšem v souvislosti se sebou samými hovořily především o vzhledu, (ne)patřičném tvaru těla a váze.

### 3.5.3 Vztah k vlastnímu tělu

Otázky týkající se tělesnosti a vztahu, který ženy ke svému tělu zaujímají, ukázaly, že všechny komunikační partnerky, ačkoli své postoje dále rozváděly, poukazovaly na ambivalenci, jež se svým tělem a vztahem k němu pojí, přičemž své postoje propojovaly s rozmanitými kontexty.

První z oblastí, s níž byl ambivalentní postoj k tělu spojován, byla především sféra vzhledu a nespokojenosti s tělesnými proporcemi, ať už z hlediska tvaru těla či jeho hmotnosti.

No můj vztah k tělu, jak bych to řekla, asi jak kdy, spokojená se svým tělem sem málokdy a i v minulosti sem málokdy spokojená byla. (...) Nejvíce mi asi vadí postava, tvary a hmotnost, když to řeknu takhle, občas mi přijde, že mám i strašnej ksicht (smích), ale ten je většinou to nejmenší zlo. Sama sebe vidím jako dlouhý ruce, dlouhý nohy, špekatej zbytek. (Magdaléna, s. 2)

Vztah k tělu silně ovlivňuje vědomí nevyhnutelnosti určité materiální podstaty, která je vymezena spíše negativně a měla by být vylepšována. Projevuje se úsilí o rozumový přístup k tělu tak, aby bylo vnímáno kladněji, přičemž motivací je především snaha o to, aby negativní pocity z vlastního těla neměly vliv na prožívání a sebevnímání.

Jak bych to formulovala (pauza), tělo je prostě schránka, ve který sem, žiju v ní a dneska už si docela často opakuju, že bych to tělo měla mít ráda. Ale nemůžu říct, že by to tak bylo. Každý den si u zrcadla opakuju, že je to jedno, jak vypadám, jestli mám nebo nemám břicho, jaké mám zadek, kůži a tak, ale bohužel to neznamená, že to tak fakt je. Spíš je to racionální přístup, snaha o to už probíhá nějak normálně fungovat. Ale neřekla bych, že je můj vztah pozitivní, to zdaleka ne, stále své tělo vidím jako něco, co jednou bude lepší, co až se mi to povede, nebude už tak hrozný a nebude mi to tolik vadit. (Karla, s. 2-3)

*K: A jak bys chtěla, aby to bylo? Jak bys chtěla normálně fungovat?*

No prostě normálně, tak jak to má být. Jíst, nepřibírat, nepřejídat se a jídlo nezvracet, což mi pak přijde, že nezvládám prakticky věci. Chtěla bych prostě být štíhlá, zvládat jíst dietně, nevečeřet a mít tak ze sebe dobrý pocit. (Karla, s. 3)

Patrný je určitý rozpor a vědomí, že negativní pocity z vlastního těla nejsou pro respondentku Karlu dobré. Ve spojitosti se svým tělem pak Karla reaguje na osobní zkušenost s „poruchou příjmu potravy“, když problematizuje „normální fungování“ v životě. Karla reaguje na dominantní představy o tom, jak by žena v jejím věku měla vypadat, chovat se a také jak by měla přistupovat k jídlu. „Normální fungování“ podle jejího názoru spočívá především ve schopnosti udržovat sama sebe pod kontrolou takovým způsobem, aby odpovídala určité vzhledové představě a zároveň byla „zdravá“, což primárně propojuje s tím, že se bude stravovat málo, zdravě a v pravidelných dávkách. Tedy bude se snažit jednat tak, aby se vyrovnávala s dominantním diskursem ve spojitosti s příjmem potravy a s představami o zdraví, které je spojováno se sebekontrolou, vyvarováním se obezity, ale zároveň by jedinec/jednotlivkyně neměl/a podléhat patologickému zacházení s jídlem. V této souvislosti výpověď respondentky odpovídá názoru S. L. Gilmana (2008), jenž upozorňuje na proces, který nabývá na síle v moderní době, jehož prostřednictvím jednatelce/kyně přebírá kontrolu nad svým tělem a ukazuje tak porozumění své roli ve společnosti. Jde o nadřazení mysli nad tělo, které je spíše nahlíženo jako předmět či objekt, jenž by měl být vylepšován. Na tuto problematiku upozorňuje Susan Bordo (1990), která zdůrazňuje, že v rámci naší kultury lidé nabývají dojmu, že si sami mohou „vybírat“ svá vlastní těla a že je „normální“, že vlastní těla přetváříme a sebetransformujeme (Bordo 1990: 656).

Momentální pocity z vlastního těla jsou silně ovlivňovány jeho vzhledovou stránkou, která má každodenně vliv na psychické rozpoložení bytosti. Magdaléna pak poukazuje na „racionální proces“ související s rostoucím věkem, díky němuž se jí daří negativní pocity z vlastního těla tlumit. „Rozumnost“ pak spojuje s tím, že si začíná uvědomovat, že je i řada jiných aspektů v životě, jako je pracovní uplatnění, spokojenost ve vztahu, apod., které by mohly/měly mít výraznější vliv na její pocity a sebeprožívání: „Moje tělo hraje velkou roli, to, jak vypadám, jak se cítím. Když mám den, kdy si přijdu, že vypadám nějak extrémně blbě, tak mám hodně zkaženou náladu. Ale zase možná čím sem starší a možná i rozumnější, tak se na to občas i dokážu jako přenýst, snažím se o to aspoň.“ (Magdaléna, s. 2)

S vlastním tělem byla spojována i škála výrazněji negativních souvislostí, tělo bylo nazíráno jako překážka či jako objekt, jež je silně zatížen svými biologickými pochody, které není možné kontrolovat: „Tak určitě není můj vztah k tělu jednoznačnej a obvykle je spíš negativní, protože mi moje tělo spíš překáží, víš? Hrozně pro mě znamená tu tělesnost, prostě buďto může bejt člověk nemocnej, unavenej a furt ho něco bolí a pořád se musím zaobírat tělesnýma stavama. Při všem, co děláš, musíš na to tělo brát ohled a omezuje tě.“ (Lucie, s. 2) V tomto ohledu se tělo jeví jako „organismus“, který funguje podle vlastní nezměnitelné logiky. Ve výpovědích žen zaznívá strach ze zranitelnosti či „poruchovosti“ tohoto celku. Důraz na silnou biologickou zatíženost zazníval i v dalších výpovědích, přičemž byl kombinován s obavami z komplikovanosti materie. „Své tělo vnímám jako rozměrný, neforemný, lepkavý a rozteklý. Hodně záleží na dnu, dost trpím na takzvaný tlustý a hubený dny, a protože neberu antikoncepci, tak mám PMS, a to si vždycky připadám jak velryba. To mi pěkně štve, že tohle nemůžu vůbec ovládat.“ (Zuzana, s. 3)

Tělo nahlížejí ženy z velmi rozmanitých perspektiv, ačkoli by se na první pohled mohla zdát výchozí pozice respondentek podobná: všechny mají zkušenost s „poruchami příjmu potravy“ v jejich nejrozmanitějších podobách. Ovšem tato zkušenost neznamená jednotný pohled na vlastní tělo, ačkoli jsou jednotlivé názory propojeny spíše s negativním prožíváním vlastního těla skrze pohledy okolí. „Je to [tělo] něco, za co se stydim a co považuju za svůj handicap.“ (Ludmila, s. 3) V této souvislosti je tělo respondentkou spojováno s handicapem, aniž by je sama považovala za trvale „nemocné“. Je zde patrný důraz na to, že toto tělo neodpovídá nárokům „normálního“ života a estetickým představám, což je zdrojem pocitu slabosti, pasivity, bezmocnosti a studu. Podobné prožitky nepatřičnosti popisují i další ženy: „Když myslím na své tělo, tak asi ve spojitosti s tím, že je mi jasný, že lidi si při pohledu na mě nemyslej nic lichotivýho.“ (Magdaléna, s. 3) Jak upozorňuje Pierre Bourdieu (2000), žena je v rámci sociálního a genderového řádu přeměňována v objekt a ženské bytí je bytí viděné, existuje především skrze pohled druhých. Magdaléna při zamýšlení se nad svým tělem nehovoří o vlastním nazírání na sebe samu, ale spíše se ukazuje, že její hodnocení zcela závisí na pohledech druhých lidí, přičemž se nachází v situaci, již popisuje Bourdieu, bytosti-jež-je-viděna a odsouzena vidět sebe samu skrze dominantní kategorie.

Jiný úhel pohledu na vlastní tělo se objevuje ve výpovědi Magdalény: „Asi si svoje tělo nejvíc uvědomuju, když du po ulici nebo když mám kolem sebe hodně lidí a mám tendenci se s nima srovnávat a posuzovat, jestli já a moje tělo vypadám dobře. Jinak nad

nim ani nepřemejšlim, tohle mě každodenně užírá a jsem kvůli tomu nešťastná.“ (Magdaléna, s. 2) Respondentka v každodenním životě pocítuje tlak pohledů druhých, je tělem, které zažívá pocity nejistoty, a má tendenci neustále sebe samu monitorovat a dohlížet na sebe. Jak vysvětluje Marlene Boskind-Lodahl (1976), touha kontrolovat fyzický zevnějšek poukazuje na snahu potěšit okolí, přičemž se ženy spoléhají na ostatní, kteří/ré mohou potvrdit jejich hodnotu. Komunikační partnerky popisovaly kontext, v němž si své tělo uvědomují, především ve spojitosti s tím, jak jejich tělo vypadá. Vzhledová stránka a důraz na tuto oblast se vyskytoval u všech žen, přičemž některé tuto perspektivu dále nebyly schopny překročit a oprostít se od ní.

#### 3.5.4 Zdraví a péče o sebe sama

Ačkoli žádná z žen nehodnotí svůj vztah k tělu jako pozitivní či tak, že by byla se svým tělem, jeho vzhledem a fungováním spokojena, ukazuje se, že velmi výrazným faktorem, který posouvá vztah k vlastnímu tělu kladným směrem, je především oblast sportovních aktivit. Ty mohou přispívat k pocitu harmonie s vlastním tělem, které se respondentky snaží co nejméně zatěžovat a chovat se k němu „ekologicky“.

Od té doby, co se víc a intenzivnějce věnuju józe, tak mám pocit, že tělo je, prostě je třeba ho hýčkat a starat se o něj, aby nebylo tak závislý na hormonech a tak (...)Snažím se teda jíst tak, abych ho co nejmíň zatěžovala, aby se s tím, co sním, co nejmíň rvalo a taky se hodně hejbu, abych se cejtila líp. Trošku si pak víc věřím (...) Taky pak nemám takový výčítky z jídla. (Romana, s. 2)

Ženy spojují sport především s péčí o sebe sama, přičemž „vyjednávají“ se svým tělem jeho funkčnost a to, aby byla zmírněna jeho biologická podmíněnost, a zároveň vysportované tělo podporuje růst sebevědomí. Je určitým „strojem“, o jehož správné fungování je třeba usilovat. „Moje tělo je pro mě důležité. Zakládám si na tom, abych ho udržela v dobrý kondici, aby mě neomezovalo v mejch aktivitách. Snažím se o něj pečovat a taky sportovat, protože si pak připadám a cejtím se líp a při sportu ho mám i ráda.“ (Zuzana, s. 4) V této souvislosti si ovšem nejsem jista, do jaké míry je pravidelné sportování „dobrovolné“, zdali se mu ženy věnují pro dobrý pocit, pro zdraví svého těla, či pouze z důvodu sevření dietními pravidly, která nezahrnují pouze omezování příjmu

potravy, ale také provozování sportovních aktivit, díky nimž jsou omezovány „důsledky“ přijatého jídla.

Důraz kladený na vzhled těla se pojí i s pocity studu či hanby za to, že respondentka zapomíná na to, že by „měla být“ především spokojená s tím, že ji netrápí onemocnění: „Tak hodně si ho [tělo] uvědomuju, když mě něco bolí, protože to jde pak všechno stranou a říkám si, jak sem pitomá, že pořád řeším nějaký malichernosti (...) (Karla, s. 3) Přesná představa toho, jak by člověk měl/a jednat a vést své návyky či zacházení s vlastním tělem, byla patrná již ve výpovědi Karly výše, ovšem považují zdůraznění „zdravotního hlediska“ za zcela zásadní, a proto se k němu vracím. „Poruchy příjmu potravy“ jsou především v médiích prezentovány jako patologický způsob zacházení s jídlem, vlastními těly a sebou samými, proto by se mohlo zdát, že osoba s poruchou příjmu potravy je zcela zaslepena „svým zájmem“ o jídlo, přičemž zcela opomíjí důležitost svého zdraví. To, že ženy trápí svá těla hlady, přejídají se, zvrací potravu či užívají laxativa, není z jejich vlastního pohledu vnímáno jako devastování zdraví, ale spíše si toto jednání zdůvodňují tím, že o sebe samé pečují a zasazují se o své zdraví. Společnost obecně klade důraz na nebezpečí spojená s obezitou, poukazuje na nutnost sebeomezování a kontrolu příjmu potravy. Důsledné zintenzivnění tohoto přístupu pak může být vnímáno jako správný přístup a péče o vlastní zdraví. „To, že sem nejedla nic anebo skoro nic, bylo přeci to nejlepší, co sem pro sebe mohla udělat. Askeze v jídle by prospěla všem, nebyl by pak takovej problém s obezitou a lidi by byli zdravější.“ (Ludmila, s. 4)

### 3.6 Každodenní situace a život žen

Poruchy příjmu potravy patří v posledních letech k často zmiňovaným tématům, věnují jim pozornost média, veřejnost a odborná literatura. Tyto zdroje zpravidla přinášejí informace o tom, co to jsou poruchy příjmu potravy, koho se zpravidla týkají, v čem spočívá jejich nebezpečí a také, že je potřeba tato „onemocnění“ léčit. Na bytosti, kterých se tato oblast týká, je tak pohlíženo především skrze jejich nemoc, nedozvídáme se nic bližšího o jejich každodenním životě. Soustředuji se na tuto oblast ve své práci, neboť se pokouším zjistit, jaká je životní situace žen s anorexií či bulimií, jak ji ony samy nazírají a popisují, přičemž hledám odpověď na to, zda je život osob s poruchami příjmu potravy



odlišný od života „normálních“ lidí. V případě psychického onemocnění, jak jsou poruchy příjmu potravy vymezeny, bychom mohli očekávat výraznou odlišnost a možná i neschopnost standardního fungování a sebeuplatnění osob, jichž se tato „problematika“ týká.

### 3.6.1 Rutina

Výpovědi komunikačních partnerek poukázaly na skutečnost, že ačkoli se každodenní rutina jednotlivých dívek/žen liší v závislosti na tom, zda jsou studentkami, či zaměstnankyněmi, jejich život nevykazuje výraznou odlišnost či nestandardnost. Všechny ženy buďto studují vysokou školu, pracují na plný úvazek, anebo kombinují obojí – studium i práci.

Ženy vždy poukázaly na důležitost toho, zda je všední, tedy pracovní či studijní den, nebo víkend, dny odpočinku, kdy ženy přicházejí do odlišného kontaktu s veřejnou sférou.

Každopádně bych řekla, že nejvíc záleží na tom, jestli je pracovní den nebo víkend. (...) V práci se v klidu nalíčím, to je nezbytnost, abych nějak vypadala, a den může začít. No, o víkend si dopřávám víc klid a odpočinek, to se třeba ani nenalíčím a sem v teplákách, je to jedno, protože mě vlastně vidí jenom rodina, a mám tak pocit, že si to prostě můžu dovolit. (Ludmila, s. 4)

Do popředí opět vystupuje diskurz femininity, představa, že s ženskostí se pojí určité vzhledové předpoklady a chování, které je „vhodné“ dodržovat. Z výpovědi Ludmily je patrná určitá nespokojenost s opakovaným vykonáváním vzhledových úprav, neboť pokud nevstupuje do veřejné sféry, dopřává si komfortu pohodlného oblečení a nenalíčení se, které je v pracovním, běžném a obyčejném dni nepřijatelné a do jisté míry je povinností o sebe pečovat. Respondentka se tak podvědomě vztahuje k určité normě femininity, která ji determinuje, přičemž má pocit, jako by neměla možnost volby. Na straně druhé si je vědoma, že ji žádná vnější autorita do úpravy zevnějšku nenutí, neboť ona sama určuje, kdy se jedná o nezbytnost a kdy nikoli. Jak podotýká Michel Foucault (2000), normy mohou být účinné pouze za předpokladu, že jsou neviditelné. Ludmila a další respondentky tak vzhledové normy přijímají za své, což bychom mohli interpretovat jako projev disciplinace.

Všechny komunikační partnerky při zamýšlení se nad každodenním životem a jeho rutinou diskutovaly a kladly silný důraz na oblast jídla, jeho přípravy, konzumace. Strava je oblastí, která je pro ně spojena s určitými pravidly a jako taková přináší důsledky pro životy žen, proto se dále blíže zaměřím na vztah respondentek k jídlu, jaký má pro ně osobně význam, zda vnímají nějaká společenská sdělení týkající se příjmu potravy.

### 3.6.2 *Vztah k jídlu*

Všechny respondentky popisovaly svůj postoj k jídlu velmi pečlivým a detailním způsobem, z výpovědí bylo patrné neustálé zaobírání se potravou, které není ničím překvapivým vzhledem k tomu, že jídlo je pro všechny živé tvory „pohonem“. Zajímavé ovšem byly souvislosti, v jejichž rámci se ženy jídlem zabývají.

Vztah k jídlu ženy popisovaly prostřednictvím termínů jako „pošramocený“, „nenormální“ či „divný“, tedy pojmů, které poukazují na odchylování se od „normality“ a jako takové jsou vymezeny negativně. Respondentky tak zvýrazňovaly uvědomování si skutečnosti, že jejich přístup k jídlu by „měl být“ napraven a znormalizován, přičemž zažívají ve spojitosti s touto oblastí pocity odlišnosti, která není v konfrontaci s „normálními lidmi“ vnímána kladně.

Postoj k jídlu lze ve všech případech označit za silně ambivalentní, přičemž rozporuplnost je možné rozdělit do dvou oblastí. První z nich se týká na jedné straně toho, že ženy mají jídlo rády, těší se na něj, je pro ně spojeno s odpočinkem, chutěmi, příjemnými prožitky, ovšem na straně druhé je něčím, co „musí“ kontrolovat, a zároveň tak krotit své potřeby. „Jídlo je něco, co si nikdy nemůžu dopřát bez omezení, co mám sice strašně ráda, ale i když se snažím o zdravou stravu a jím hodně zeleniny, musím se pořád kontrolovat a minimalizovat porce. Mám pak často hlad.“ (Romana, s. 4) Tato druhá strana jídla není zakoušena jako něco příjemného a rozhodně není pro ženy přirozeností, protože když by Romana měla pocit, že si to „může dovolit“, jedla by i potraviny, které se snaží eliminovat, a také by zvětšila objem potravy.

V podobném duchu, tedy ve spojitosti se silným sebeomezováním, hovoří o jídlu i Karla, která je navíc staví do pozice činitele, jenž ji vede k bulimickému jednání. „Jídlo mám strašně ráda, ale je to něco, co si nikdy nemůžu dopřát jen tak, bez omezení. Pokud ano, tak jen s výčitkami, který pro mě nekončej moc dobře, protože se pak cejtím tak blbě, že všechno musí ven, a je mi hrozně, fyzicky i psychicky.“ (Karla, s. 5) Jídlo je tak oblastí, která by měla být hlídána, aby nepřebírala moc nad respondentkou a jejím jednáním.

Podléhání jídlu je pocíťováno negativně, a to nejen z hlediska fyzického, ale také psychického, žena si je vědoma „nesprávnosti“ zacházení s jídlm.

Ukazuje se, že ženy, které mají jídlo velice rády, ale zároveň mají tendenci jeho příjem silně omezovat, pak propojují schopnost jídlo nepřijímat či přijímat pouze ve velmi malých dávkách s pozitivními pocity. „Jídlo pro mě znamená různé věci, radost, potěšení, chutě, ale taky zákazy, restrikce a omezení. Pocit uspokojení, když ho můžu jíst, ale pak výčitky, nebo naopak uspokojení, že ho dokážu nejíst, ale pak zároveň i touhu po něm.“ (Magdaléna, s. 6) Ovšem na druhou stranu, jak jsem již naznačila výše, nejedná se o stav přirozený, který by byl těmto ženám nějakým způsobem „dán“ či si jej vypěstovaly. Při silném omezování jídla jsou uspokojovány svou schopností a sebekontrolou, ale pocíťují jeho nedostatek. Ten nesouvisí pouze s množstvím zkonsumované potravy, ale také s omezováním vlastních tužeb. V současné společnosti, jak upozorňuje již Susie Orbach, jsou ženy „poznamenány“ normativní konstrukcí femininity. Ženy jsou vysoce ceněny, pokud jsou bytostmi bez potřeb, bez tužeb, bez těl. Toto je patrné i ve výpovědi Magdalény, která při běžné konzumaci potravy, kdy poslouchá své tělo a své potřeby, trpí výčitkami svědomí.

Rozporuplnost ve vztahu k jídlu pak souvisí s druhou oblastí, kdy respondentka na jídle nachází a zdůrazňuje jiná pozitiva, než jsou chutě či prožitky, ovšem i tak je jídlo zdrojem výčitek.

„Jídlo je pro mě hodně důležitý z hlediska sociálních kontaktů, což bych nerada opomíjela. Ale jídlo je taky nutný zlo. Kolikrát mě napadlo, že bych rači snědla nějakou pilulku, která by dala tělu to, co potřebuje (...) Často mě jídlo otravuje. Odkládám ho nebo na něj zapomínám. Ze záměrného hladovění už mám ale taky špatnej pocit. Jednak pocit odpovědnosti vůči blízkým a taky si potom připadám jako cvok, už to není jako dřív před léčbou. Ale když jim, tak je pro mě taky zdrojem výčitek.“ (Zuzana, s. 6-7)

Výpověď Zuzany je překvapující z toho hlediska, že respondentka v souvislosti s jídlm netematizuje jiné klady než udržování a podporování sociálních kontaktů a sítí. Ty jsou samozřejmě velmi důležité a v dnešní době o to více, že již společné stolování není příliš časté, ovšem živí tvorové obecně na jídle nacházejí zpravidla rozmanité příjemnosti: nasycení, chutě či uspokojení. Tyto aspekty Zuzana ve svém životě opomíjí a nejráději by potřebu příjmu potravy eliminovala zcela. Jídlo pro ni nepředstavuje samozřejmost, jako by touhu po jídle potlačila a spíše se musí snažit, aby k němu přistupovala pozitivněji. Motivací je jí snaha netrápit blízké, kteří o ni mají strach, a také skutečnost, že prodělaná

„lčba anorexie“ u ní v rámci možností proměnila chápání hladovění, které již nepovažuje za ideál, jehož se snaží dosáhnout.

Potlačení „přirozenosti“ a automatismu potřeby přijímat potravu popisuje i další komunikační partnerka. „Prostě občas je to [jídlo] něco, co člověk ani nedokáže pozřít nebo tak (...) Stojí mě dost velkou námahu, abych zase nespádala do těch šílených stravovacích návyků. Musím se prostě soustředit na to, abych jedla normálně (...) No, normálně, to je, abych něco snědla.“ (Lucie, s. 4) Zajímavá je představa respondentky o „normálních“ stravovacích návycích, pod kterými si představuje konzumaci alespoň nějaké potraviny za den. Výrazná odlišnost představ o „normálním“ množství jídla vyvstávala i v ostatních rozhovorech, kdy se potvrzovalo, že „normalita“ je středem, ke kterému se lidé chtějí přibližovat, ale zároveň není možné ji definovat přesně, neboť je silně závislá na úhlu pohledu toho/té, který/á ji stanovuje, a proto může pro každého představovat něco jiného. „Normalita“ je tak pojmem, který je velmi relativní. Z této perspektivy je pak otázkou, zda je přístup respondentek k jídlu a sobě samým patologický, nebo zda je pro ně jejich „normálním stavem“.

### 3.6.3 Jídlo a život

Komunikační partnerky se shodovaly v tom, že jídlo obecně silně ovlivňuje jejich životy, ačkoli samotná příprava jídla jim nezabírá příliš mnoho času, upozorňovaly na to, že jsou si vědomy neustálého zaobírání se jídlom, alespoň v mysli. Ty, které příjem potravy permanentně omezují, se pak věnují myšlenkám na jídlo v tom ohledu, co by si daly, když by „mohly“. „Přide mi, že přípravě věnuju nepoměrně míň času než myšlenkám. Na jídlo myslim hodně často.“ (Romana, s. 7) Naopak ty informátorky, které musí každodenně kontrolovat samy sebe, aby jídlo konzumovaly, hovořily o tom, že jim energii a čas ubírá právě nutnost myslet na to, že by měly jíst. „Čas, kterej strávím přemejšlením o jídle, abych ho nevynechávala, bych asi mohla využít produktivnějc.“ (Zuzana, s. 7) Toto zabývání se jídlom, z rozmanitých perspektiv, pojmenovala obdobně Melinda Young (2005), podle níž jsou ženy velmi zaměstnány počítáním, vážením, plánováním, cvičením, měřením, přičemž tento čas by mohl být využit na jejich práci, studium, uplatnění ve veřejném životě. Podobně výstižně Naomi Wolf (2000) podotýká, že ženy, které se osvobodily od společenského nátlaku v podobě mateřství, domácnosti, cudnosti, jsou nyní pod vlivem nového stereotypu v podobě krásy a štíhlosti. Ženy se tak

soustředují na dosahování ideálu, diety a cvičení, a je tak potlačen jejich potenciál, který by mohly využít v jiných oblastech života.

Respondentky také souhlasně popisovaly systém, podle něhož vybírají jídlo, které zkonsumují. Ukázalo se, že ani nejběžnější jídlo není jednoduchou záležitostí, vždy je doprovázeno rozhodováním a rozmyšlením. Situaci si ženy usnadňují tím, že si vytvářejí „rituály“ či pravidla, která příjem potravy řídí. Všechny komunikační partnerky se shodovaly, že jejich rituál spočívá v tom, že jedí neustále ty samé potraviny, což jsou ty, které nejsou považovány za „nebezpečné“. Tyto vybrané a osvědčené potraviny jsou jednoduše ty, které nejsou kalorické. Určitou roli sehrává i to, aby jídlo nebylo tučné a nezdravé, ale toto jsou až vedlejší faktory, které jsou zvažovány, nejdůležitější je, aby příjem kalorií v průběhu dne byl nižší než jejich výdej. Dochází tak k silné eliminaci potravin, které jsou rozděleny na přípustné a nemyslitelné, čímž je výrazně omezena pestrost přijímané stravy. Tento přístup je zpravidla vyvyšován a samotnými ženami označován za „zdravý“. Navíc jsou uplatňovány rozmanité dietní triky. „Před každým jídlem vypiju tak půl litru vody, abych toho snědla co nejmíň, taky užívám jablečnej ocet“. (Romana, s. 5) Svou roli hrají i všeobecně známá dietní pravidla: „Prostě jim zdravě, převážně jen jogurty a zeleninu. A samozřejmě jim málo, nejím po 6. hodině večer, vlastně nevečeřím, a i oběd je lehkej“. (Ludmila, s. 5) V tomto ohledu je na místě o zdravoti těchto dietních triků a pravidel polemizovat, neboť odborníci/ce nedoporučují vynechávat jídla a také kladou důraz na vyváženost a pestrost přijímané stravy. Odvolávání se na zdravou skladbu jídelníčku je tak problematizovatelné a je zde patrná silná zatíženost dietní kulturou, v níž žijeme.

#### 3.6.4 Obecně sdílená přesvědčení?

Společnost, v níž žijeme, má vliv na naše jednání, názory, hodnoty a zájmy v nejširším slova smyslu. Proto jsem se ve svém výzkumu zaměřila na otázku, zda ženy vnímají existenci společenských sdělení a obecně sdílených přesvědčení ve spojitosti s příjmem potravy.

Výpovědi respondentek, jejich důraz na tuto oblast, naznačoval, že je tato problematika palčivým tématem, nad kterým se často zamýšlejí. Všechny ženy jsou si těchto sdělení vědomy a pocítují je samy na sobě. Pouze v mírných detailech se jejich názory liší a je možné je rozdělit do dvou oblastí, podle zdůrazněných aspektů.

První skupina názorů se týká přesvědčení, že se v každodenním životě setkáváme se strachem z rozmanitých extrémů, mezi které patří ve spojitosti s příjmem potravy především tloušťka a poruchy příjmu potravy. Vzhledem k větší rozšířenosti tloušťky k nám z různých zdrojů přichází sdělení, že obezita je velmi nebezpečná a nezdravá, všichni lidé by se jí měli vyvarovat. Ale v praxi se zdá, jako by tloušťka byla mnohem nebezpečnější pro ženy než pro muže. „Lidi by neměli být tlustý a měli by jídlo kontrolovat. Ale možná ještě víc je tohle určený ženám, protože pokud je žena oplácená, je to její konec. Má to vliv na její práci, vztahy, sebevědomí.“ (Karla, s. 7) Nebezpečí tak netkví pouze ve zdravotním hledisku, ale také v sociální sféře. Společnost je mnohem přísnější vůči ženám, co se týče jejich vzhledu a postavy, přístup ke kypřejším tvarům mužů je tolerantnější. „U žen záleží především na figuře, u chlapů na inteligenci a schopnostech. U chlapa je spíš přijatelný, že má břicho, kdežto u ženy je břicho, no je to něco, co by měla řešit. Přiznám se, že tohle mě dost rozčiluje.“ (Magdaléna, s. 7) Tento rozdílný přístup k mužům a ženám je na jedné straně vnímán jako určitá nespravedlnost, ovšem na straně druhé její respondentka přijímá za svůj, což je patrné už z odlišných termínů, které používá pro označení stejných partií (břicho) u muže a u ženy.

Druhá skupina názorů klade podobný důraz na odlišnost společenských sdělení ve spojitosti s příjmem potravy pro muže a pro ženy, ovšem liší se kontext, v němž je na tuto skutečnost upozorňováno. Ženy tato sdělení přibližují především skrze reklamní průmysl: „Myslím, že média vytváří obraz ideálu jak pro ženy, tak pro muže. Ale lišej se. V reklamách na pivo figurují občas dost úděsný obtlouští týpci, a nikomu to nevádí. To tlustou ženskou v reklamě příliš často nevidíme. V reklamě na tabletky na hubnutí možná a často.“ (Zuzana, s. 8) Opět se zde promítá důraz společnosti na odlišné sféry zájmu u mužů a žen. Dokonce je možné sledovat rozdělení na mužské/ženské potraviny. „Rozhodně všechny dietní věci jsou určený ženskéjm. Podívej se na nízkotučný jogurty, nikdy tam nemáš, že by to jed chlap. Nebo když bude muž jíst nějaké raciony rýžovej chlebiček, tak na něj všichni budu koukat, že je to teplouš.“ (Lucie, s. 6) I v oblasti stravování a potravin jsou tak vytyčeny hranice, jejichž překračování může vést ke zpochybnění pólů maskulinity/femininity, které vnímáme nelibě.

Ty ženy, které se spíše zaobírají tím, aby potravu přijímaly, a dělá jim to problémy, jsou si těchto sdělení vědomy, ale necítí jejich vliv na sebe samé. Ostatní respondentky pak popisovaly tlak, který zažívají v souvislosti s jídlem a tím, že jsou ženy. „Ženy by měly jíst jinak než muži. Měly by jíst míň, dietnějc, aby nebyly tlustý. Takže já se občas přistihnu,

že bych, že se cítím provinile, když si dám nanuka, a doufám, že mě s nim nikdo neuvidí. A když du někam na jídlo, měla bych si dát nejlíp salát nebo nějakou poloviční porci, a rozhodně ne pizzu, hranolky nebo podobný hrůzy.“ (Karla, s. 8) Susan Bordo (1993) v této souvislosti problematizovala odlišný přístup k ženám a mužům v oblasti stravování prostřednictvím příruček, které dříve doporučovaly, jak se stravovat více femininním způsobem: tedy co nejméně a bez náznaku jakékoli touhy. Ve společnosti se tak podle Bordo prosazují metaforické duality, které předem předpokládají idealizované genderové rozdělení. I u mých respondentek se zdá, že konzumace potravin na veřejnosti, a zvláště těch „zakázaných“, je problematická a může být zdrojem studu. Žena je tak nejenom pod dohledem sebe samé, ale i ostatních lidí. Jde tedy o útlak žen, kterého se na nich dopouštějí muži?

„Dneska sem například obědvala ve společnosti tří spolužaček. Dvě z nich obědvaly zeleninovej salát, něco jako šopák. Asi 15 deka, na tom talířku to vypadalo dost uboze. Poslední kamarádka jedla smaženej sýr s hranolkama. Řekla, že se mezi námi cejtí jako nějakej žrout. Přitom to spíš bylo tak, že jediná měla skutečný jídlo. Je pravda, že to není příliš zdravá varianta. Ale ta holka je hodně štíhlá a rozhodně si to může čas od času dovolit. Bylo mi doslova trapně, že ona se ještě cejtí zle.“ (Zuzana, s. 9)

Odpověď na otázku není jednoznačná, výpověď Zuzany spíše ukazuje, že výraznými dohlížitelkami na sebe vzájemně jsou především ostatní ženy. Ony jsou těmi, se kterými se ženy poměřují, muži představují odlišnou skupinu, která jí jiné potraviny a porce.

### 3.7 Tematizace „poruch příjmu potravy“

Požádala jsem své komunikační partnerky, aby hovořily o „poruchách příjmu potravy“ v obecné rovině, o svých názorech na tuto oblast, aniž by reflektovaly skutečnost, že ony samy jsou bytostmi, jichž se tato tematika týká. Až na jednu výjimku ženy bezproblémově předkládaly přesné definice toho, co jsou „poruchy příjmu potravy“, tedy vymezily tuto oblast jako mentální anorexii a bulimii, psychické poruchy/onemocnění žen. Pouze jedna z respondentek se nezaměřila na diagnostická kritéria oblasti, ale problematizovala samotné slovní spojení, které vnímá jako negativní, neboť značí

odchylku od normality, tedy stav, jenž není společností přijímán jako kladný. „Poruchy příjmu potravy, tak nezní to moc lichotivě a ani pozitivně. Prostě slovo porucha vede k představě nějaký zásadní chyby, se kterou se musí něco udělat. Ale na druhou stranu nevím, že by existovalo jiný označení“. (Karla, s. 8) Podobně jako já se Karla potýká s problémem, že pro tuto oblast neexistuje alternativní označení, a proto toto spojení používáme. Každá žena je promlouvajícím subjektem a zároveň také bytostí, která je determinována existujícími diskurzy – lékařský diskurs nevyjímaje. Jeho síla se ukazuje v okamžiku, kdy ženy, jichž se problematika týká, vesměs nikterak nepřekračují existující diagnózu a nevidí na ní nic problematického. V obecné rovině jim nevadí, že tak vlastně samy sebe označují za bytosti psychicky narušené a nemocné.

Respondentky vyjadřovaly znepokojení nad tím, že prezentace „poruch příjmu potravy“ – a to především v médiích – podléhá zjednodušování a zlehčování. „Štve mi, že poruchy příjmu potravy se prezentují jako běžná nemoc modelek a dneska už i mnoha žen.“ (Ludmila, s. 9) Patrný je mediální důraz na skutečnost, že „poruchy příjmu potravy“ se týkají pouze jednoho pohlaví. Zároveň se zdá, že je potřeba tuto oblast vysvětlit a případně i vyřešit. „Ukazuje se to jako psychická porucha, která se vysvětluje snahou o dosažení ideální štíhlosti a krásy. Je tam velkej důraz na krásu, která se ale zvrhne a je potřeba těm holkám nějak pomoci. Není to takhle jednoduchý.“ (Magdaléna, s. 8) Vysvětlení „poruch příjmu potravy“ prostřednictvím snahy o dosažení ideální štíhlosti, která je spojována především se ženami, vede k jejich pasivizaci jakožto obětí diskurzu krásy a diktátu společnosti. Redukci „poruch příjmu potravy“ na snahu o dosažení štíhlosti a krásy, podobně jako mé respondentky, zpochybňuje i Sheila Lintott (2003), podle níž je třeba oblast vnímat spíše jako součást „normálního“ chování, neboť lidské bytosti se přirozeně snaží o dosažení „dokonalosti“, kterou ženám umožňuje naprostá kontrola vlastních těl. V médiích, ale také v časopisech a lékařských publikacích, jsou ovšem anorektická/bulimická jednání a zkušenosti nahlíženy jako patologické stavy, které jsou výrazně odlišné od „normálních“ a „zdravých“ praktik.

Ženy plynule přecházely k tomu, že obecnou rovinu „poruch příjmu potravy“ začaly více aplikovat samy na sebe a v tomto momentě už byla oblast a její prezentace nahlížena problematičtěji.

Mluví se o tom [PPP] jako o nemoci nějakých jakoby potrhých žen, který sou praštěný, že toužej po takový hubenosti, která ani není pěkná, ale spíš nechutná. Není mi to příjemný, protože já sama s tím mám problém a nechci, aby o mně někdo mluvil jako o potrhý a divný osobě (...)Taky se o tom mluví jako o



duševním onemocnění, což není o moc lepší, protože se pak o těch holkách mluví, jako by byly nějaký, no, mešuge. A já nechci, abych byla označovaná za blázna, když se tak ani necejtím. (Magdaléna, s. 8)

Magdaléna si je vědoma, že s anorektickou/bulimickou identitou je spojováno stigma, přičemž osoby, jichž se „onemocnění“ týká, jsou nahlíženy jako bytosti s osobními vadami. I ostatní respondentky pojmenovávaly snahu společnosti problém kategorizovat, vymezit a někoho/něco obvinít. Proto jsou osoby s „poruchami příjmu potravy“ mnohdy nahlíženy jako emocionálně nevyrovnané, perfekcionistické, toužící po kontrole.

Obraz [PPP] pak budí dojem, že se to týká vychrtlín a hloupejch holek. To je hrozně urážlivý. (...) Často se mi stane, že lidi, třeba moji kamarádi, začnou rozebírat, že někde někoho znaj a že ta holka má tu anorexii nebo bulimii, a skoro všichni na to reagují v duchu, že nechápou, jak tohle někdo může mít, že je to strašný, a já tam sedím a říkám si, no to snad ne. Já sem tady asi fakt nejhorší člověk na celém světě a úplně nejlblbější.“ (Lucie, s. 7)

Anorexie/bulimie je tak vymezována jako negativní sociální pozice, prostřednictvím níž je bytost (sebe)definována. Lidé s poruchami příjmu potravy jsou tak vnímáni jako odlišní či deviantní. Na druhou stranu samotné ženy nehodnotí poruchy příjmu potravy jako výlučně negativní. „Pořád sem si tu svojí jakoby poruchu tak nějak hýčkala a byla na ní vlastně hrdá. Cejtla sem, že sem konečně výmečná a silná, né postižená. Nešlo už jenom o hubenost, ale radost ze sebe sama a svejch schopností“ (Romana, s. 9) Přístup k jídlu, který většinová společnost nepovažuje za „normální“, může být z pohledu osoby, jíž se týká, nahlížen také jako produktivní a posilující stav. „S anorexií se dá v pohodě žít, aniž by to někdo věděl, a natož třeba s bulimií, je to pak takovej druhej, skrytej život. A já to tak beru, je to určitá výmečnost, ale patří to ke mně a neznamená to, že sem cvok, že sem kůli tomu horší, třeba je to naopak.“ (Lucie, s. 11) Respondentka tak své „poruchy příjmu potravy“ nevnímá výlučně jako patologii, ale jako skutečnost, která je součástí jejího života a její identity. Redefinuje tak dominantní vymezení oblasti, které tak ze své vlastní perspektivy zpochybňuje. K podobným poznatkům došly Abigail Richardson a Elizabeth Cherry (2005), které pracovaly s názory anorektických žen, jež anorexii předefinovaly a nevnímaly ji pouze jako stigmatizující nemoc. Anorektičky pak samy sebe nazývají jako aktivní činitelky, které mají kontrolu nad svým tělem a nejsou pouhými oběťmi kulturního a mediálního důrazu na tělo. Ovšem zde se nabízí otázka, zda kontrola nad vlastním tělem není, jak upozorňuje Melanie A.

Katzman (1997), pouze výrazem omezeného přístup k moci ze strany žen. Ty nemají příliš mnoho jiných možností jak se (sebe)definovat a manifestovat sebekontrolu než právě prostřednictvím vlastního těla.

Problémem je také to, že „poruchy příjmu potravy“ jsou nahlíženy jako „onemocnění žen“, což respondentky spojovaly s tím, že o mužích se v této souvislosti příliš nehovoří, a hlavně s tím, že muži jsou jinak vychováváni. „U chlapů mi přijde, že sou učený věci řešit jinak, tak, že začnou pít nebo sou promiskuitní, nechtěj mít třeba ani žádněj vztah a myslim, že to je jejich reakce na to, že se cejtěj nějak nesebevědomě v tý společnosti, kdežto ta ženská se brání jinym způsobem, spíš to obrací všechno do sebe a na sebe.“ (Ludmila, s. 10) Větší náchylnost k „poruchám příjmu potravy“ tak nesouvisí nutně s biologickým pohlavím, ale spíše s odlišnou socializací.

Oblast „poruch příjmu potravy“ ženy hodnotí jako celoživotní záležitost. Ačkoli se domnívají, že je možné se s nimi vypořádat v rovině, kdy by problematický přístup k jídlu mohl ohrožovat život, není možné se jim zcela vyhnout, představují potenciální nebezpečí. Jedna z respondentek přirovnává „poruchy příjmu potravy“ k závislosti. „Je to [PPP] něco jako alkoholismus, alkoholik po léčení si musí dávat pozor na pití. Ale taky se může alkoholu úplně vyhnout. Osoba trpící PPP se jídlu úplně nevyhne a o to větší si musí dávat pozor, aby zase nepropadla nějakým abnormálním jídelním návykům nebo tak.“ (Zuzana, s. 12) Výpovědi žen ukazují, že „poruchy příjmu potravy jsou skutečností“, které se člověk musí aktivně bránit, aby nepodléhal jejich moci, a jako takové jsou součástí jejich života.

Považuji za velmi zajímavé, že ačkoli ženy popisují nepříjemnosti spojené s tlakem společnosti v souvislosti s příjmem potravy či stigmatizací osob s poruchami příjmu potravy, vcelku nepřekračují patologizující stereotypy spojované s touto oblastí. Považují je za psychické poruchy/nemoci, kterým převážně podléhají ženy. Toto nesouvisí s jejich esencí či pohlavím, ale s výchovou a socializací. Přesto samy sebe nechápou jako „nemocné“ bytosti, spíše k nim sklon k problematickému zacházení s jídlem patří a je součástí každodenního života. Zdá se, že existuje rozpor mezi obecnou rovinou poruch příjmu potravy, kterou ženy objektivně a detailně hodnotí, a mezi poruchami příjmu potravy, které se týkají jich samotných.

### 3.8 Bytosti „léčící se“ z poruch příjmu potravy

V této podkapitole diskutuji o pohledech a názorech respondentek v okamžiku, kdy vztahují problematický přístup k jídlu na sebe samé, zajímám se o to, jakým způsobem prožívaly/prožívají reakce okolí na svou situaci a jak vnímaly/vnímají svůj status jakožto osob s „poruchami příjmu potravy“.

Ze současné perspektivy všechny komunikační partnerky hodnotí svůj přístup k jídlu jako velmi problematický, ovšem upozorňují, že dříve svou situaci nahlížely odlišným způsobem a neměly pocit, že by své stravovací návyky měly/chtěly řešit. „Já si víceméně uvědomovala, že můj přístup k jídlu není úplně normální, ale na druhou stranu sem si to odmítala přiznat, byla sem za to ráda. To, že není normální, to je asi až dnešní pohled.“ (Magdaléna, s. 10) Jako zásadní se jeví posun v čase, který umožnil proměnu náhledu na sebe samu. Ta souvisela zpravidla s vnějšími vlivy, které vedly k uvědomění si potřeby změny. „V osmnácti letech jsem se díky kolapsu organismu dostala do nemocnice. Tam mi sice lékař, což mi hrozně pomohlo (ironický tón), sdělil, že – a to doslova – že nežeru, proto mám problém. Některý věci mi tam došly.“ (Romana, s. 9) Ovšem od rozmanitých „přelomových momentů“ – hospitalizace v nemocnici, zdravotní komplikace či reakce blízkých – už vždy iniciativa spočívala na samotných ženách, které samy musely chtít učinit kroky k řešení situace. Tyto kroky nabývaly různých podob, zpravidla se respondentky rozhodly pro zkontaktování lékařských odborníků/ic či hledaly alternativnější přístupy, ovšem této oblasti se budu věnovat detailněji v následující podkapitole.

Co se týče reakcí okolí na možnou existenci „poruchy příjmu potravy“ u komunikačních partnerek, vždy silně záleží na blízkosti a důvěrnosti vztahů s bytostmi, které zahrnujeme do tohoto „okolí“. Ukázalo se, že lidé, se kterými se ženy běžně setkávají, ovšem nepojí je s nimi blízký vztah, na situaci téměř nereagovali. Anebo proměnu respondentek reflektovali, ale nikoli v kontextu nějakého problému nebo poruchy příjmu potravy. „Někdo mě obdivoval, spíš teda ženy a holky kolem, a asi spíš muži se divili, že to takhle zvládám, že se zvládám ovládat. Takže mi to bylo příjemný. Nikdo ale otevřeně nemluvil o nemoci.“ (Ludmila, s. 11) Reakce okolí mohou souviset s tím, že naše společnost vysoce cení sebedisciplínu a sebekontrolu a zároveň je stíhlost spojována s krásou, pročež výrazné snížení váhy u respondentek nebylo nutně zdrojem odmítavých reakcí. Navíc se pro některé lidi jedná o tabuizované či soukromé téma, a mnohé by ani

nenapadlo, že se „psychická porucha“ může vyskytovat v jejich okolí u jinak „normálních“ dívek.

Výraznější reakce pak vznikaly ze strany blízkých osob, přátel/přítelkyň, partnerů, rodin. Ačkoli v některých případech byl přístup blízkých kontraproduktivní: „Táta se mě snažil přejídat a zvát na obědy, kde podával samé lahodné (ironický tón) tučné pokrmy. Dodnes to nepochopil, na obědy k němu nechodím, a když du, tak se vždycky pohádáme kvůli tomu, co budu jíst.“ (Romana, s. 9) A mnohdy nebyla snaha „pomoci“ vnímána kladně: „V tý době sem za to ostatní nenáviděla, že mě s tím [řešením problému] otravujou.“ (Zuzana, s. 13) Přesto z dnešního pohledu jsou respondentky za nepřehlížení situace a jejich osob vděčné.

Ženy vypovídaly o neporozumění a izolaci ze strany okolí, přičemž tyto pocity souvisely s tím, že od určitého okamžiku byl jejich přístup k jídlu blízkými patologizován a medikalizován v rozmanitých sociálních kontextech. Respondentky proto popisovaly pocity odcizení a odloučení od svých rodin, partnerů, přátel/přítelkyň a od svých těl. Toto odcizení podle žen souviselo především se způsoby, jimiž je anorektické/bulimické tělo čteno druhými, neboť v těchto způsobech se odráží tendence těla patologizovat.

Komunikační partnerky popisovaly skutečnost, že jejich zdraví a osobní pohoda byly ze strany okolí redukovány na otázku ztráty/přibývání hmotnosti. „Občas mi přišlo, že všechny zajímá jenom to, jestli dál nehubnu.“ (Lucie, s. 10) Základem tohoto přístupu je medicínský důraz na „fyzickou“ dimenzi zdraví a nemoci. Lékařský diskurz tak pracuje s jazykem, jehož prostřednictvím je „nemoc“ dobře rozpoznatelná a pozorovatelná. Na problematičnost tohoto přístupu upozorňuje i Eleanor Carey, podle níž se lékařské programy soustřeďují primárně na přibírání na váze a změnu chování člověka. Tím ovšem dochází hlavně k počítání kalorií a neustálému vážení, tedy k aktivitám, které mohou být pro poruchy příjmu potravy každodenní rutinou. Zdůrazňování vizuální stránky těl zároveň může vést k redukci „poruch příjmu potravy“ na touhu po dosažení štíhlosti. „Všichni si to vysvětlovali tím, že chci bejt nejkrásnější a nejhubenější, ale takhle jednoduchý to fakt není. Možná na začátku, ale (pauza)... Jako bych byla věc, která musí přibrat.“ (Ludmila, s. 11) Dochází tak k objektivizaci těl spíše než ke snaze o porozumění sociální a emocionální dimenze situace žen. Domnívám se, že je nutné vykročit za lékařský pohled na osoby s poruchami příjmu potravy jako na hubená a nemocná těla, neboť ovlivňuje smýšlení a názory společnosti. Je zapotřebí zaměřit se na lidské bytosti jako na celky, které jsou jedinečné a vyznačují se rozmanitými identitami.

### 3.9 Interakce s odborníky/odbornicemi

„Poruchy příjmu potravy“, klasifikované jakožto psychická onemocnění, jsou spojeny s rozmanitými způsoby „řešení“ situace. Vzhledem k převládající představě o nutnosti léčby jsem se rozhodla prozkoumat, zdali je interakce s lékařským prostředím vnímána jakožto nezbytná samotnými ženami, které mají s oblastí zkušenost, a jak případně tuto „léčbu“ vnímaly. Zároveň jsem se ovšem zajímala o pohledy a názory žen, které se rozhodly situaci řešit jinými cestami.

Ženy, které nepřistoupily k „léčbě“ prostřednictvím odborníků/ic, představovaly polovinu mých respondentek. Zajímavé je, že pomoc nevyhledaly i přesto, že svůj přístup k jídlu považovaly za problematický, ovšem nebylo tomu tak z důvodu, že by se situaci poddaly, ale spíše proto, že našly „alternativní způsob“ řešení či terapie. Tím se staly pravidelné rozhovory a rozebírání problematiky s dalšími ženami, které mají podobné zkušenosti. „Povídání o jídle s holkama, to je možnost, jak si o svých problémech popovídat s někým, kdo tomu jakoby opravdu rozumí, koho se nebojím. Holky vědí, o čem opravdu mluvím, jak se cejtím, a nesnažej se o nějaký rady typu jez normálně nebo nedrž diety a měj se ráda. Pomáhá mi to víc než všichni doktoři.“ (Karla, s. 13) V podobném duchu se o rozebírání problematického přístupu k jídlu a sobě samé vyjadřují i další ženy, které do skupiny přítelkyň patří. Respondentka Ludmila, kterou pojí s ostatními ženami blízký vztah a pravidelnost schůzek, má možnost zhodnotit i lékařskou intervenci, neboť navštěvovala kvůli anorexii odborníka. „Doktor mě ničím nepřekvapil, předepsal mi antidepressiva a bylo. Já ale odmítám na všechno brát prášky, to není řešení. Tak už tam nechodím a sem na tom líp, našla sem řešení v kamarádkách, který maj stejný zkušenosti a můžu si s nima otevřeně popovídat, i o tom nejbolestnějším.“ (Ludmila, s. 12) Domnívám se, že přátelství s ostatními ženami, které mají zkušenost s „poruchami příjmu potravy“, navozuje pocit bezpečí, a to díky tomu, že se respondentky domnívají, že podobnost prožitků umožňuje lepší porozumění, než jim mohou nabídnout „běžní“ lidé či odborníci/ice. Pocit sounáležitosti pak otevírá možnost hovořit o úzkostných pocitech, které se váží k jejich tělům, sobě samým, příjmu potravy.

Důvod, proč se ženy neobrátily na lékaře/ky, byl ve strachu ze stigmatizujícího a patologizujícího charakteru spolupráce s odborníky/icemi a v přesvědčení o soběstačnosti. „Když bych šla k doktorovi, bála sem se, že bych se pak fakt začla cejtít jako duševně

nemocná osoba, kterou někdo monitoruje a je pod práška, díky nimž už bych to nebyla já. Říkala sem si, že mám nad sebou ještě pořád kontrolu a že to zvládnou sama a s holkama“ (Magdaléna, s. 13) Je zde patrný důraz na samostatnost a spolupráci s přítelkyněmi, přičemž se respondentky vymezovaly vůči převládající tendenci „problém“ medikalizovat. Lékař/ka je nahlížen/a jakožto autorita držící dohled a kontrolu nad bytostí, která je v područí léků.

Ženy, které vyhledaly odbornou pomoc, se pro tento přístup rozhodly z rozmanitých důvodů - nedobrovolně, z důvodu kolapsu organismu v důsledku nepřijímání potravy a díky následné hospitalizaci, z důvodu zodpovědnosti vůči blízkým či z pocitu nezvládnání problémů, které se promítají i v zacházení s jídlem a vlastním tělem. Respondentky popisovaly zkušenosti, které se lišily v závislosti na charakteru vyhledané pomoci. Spolupracovaly/spolupracují s psychology/žkami, odborníky/icemi na „poruchy příjmu potravy“, přičemž terapie spočívala v individuálních sezeních nebo se uskutečňovala v rámci svépomocných skupin.

Rozhodujícím faktorem pro hodnocení spolupráce s lékaři/kami, byla jejich specializace. Pokud se ženy obrátily na odborníky/ice zaměřené přímo na „poruchy příjmu potravy“, byly se spoluprací velmi spokojeny. K tomuto kroku se všechny odhodlaly až poté, kdy navštěvovaly psychology/žky bez specializace na problematický přístup k jídlu. Ti/ty byli/y zdrojem nepříjemných prožitků: „Tak v tý nemocnici, kde mi doktor řek, že sem tam proto, že nežeru, tak si pamatuju, že to pro mě bylo hrozný. Cejtla sem se hrozně bezbranně a provinile“ (Romana, s. 12) Troufám si říci, že v tomto případě byl přístup lékaře vysoce neprofesionální, netaktní a kontraproduktivní. Ačkoli nejsem kompetentní osobou, abych hodnotila vhodnost aplikace medikamentů v případě „poruch příjmu potravy“, z výpovědí je patrné, že se mnohdy „léčba“ omezuje pouze na toto řešení. Jak upozorňuje O'Connor a Van Esterik (2008), lékaři/ky se nejčastěji obrací k aplikaci medikamentů při snaze o léčbu poruch příjmu potravy, ovšem výpovědi osob s anorexií naznačují, že tato léčba mnohdy spíše zhoršuje situaci a je zdrojem odmítavých reakcí. „Psychiatrička postupovala naprosto předvídatelně, hrozně důležitě mi vysvětlovala, že se jen bojím dospět a že to vyléčíme těma práškama, to mi bylo k ničemu. Co si pak o ní asi můžu myslet?“ (Zuzana, s. 17) Skutečnost, že lékař/ka postupuje dle převládajících schémat a vysvětlení příčin problému, je zdrojem odmítnutí ze strany ženy, která se na něj/ni obrací s vírou v medicínské expertní vědění. „Přišlo mi, že si doktor myslí, no jó, zase další praštěná mladá holka, která neví, co je vážně důležitý.“ (Romana, s. 13)

K nastolení přátelského dialogu a ke spolupráci nevede cesta prostřednictvím bagatelizace problému.

Ukázalo se, že nejenom specializace, ale také osobnost a přístup terapeutů/ek sehrává výraznou roli pro pocity žen. „Teď už sem šla k doktorce přímo na jídlo a vyplatilo se. Nechala mě samotnou pracovat, a ne že by mě jenom zvažila a dala mi prášky. Fakt se mnou mluvila, rozebírala to a nijak to nebagatelizovala. Sama před sebou sem se díky ní necejtila jako nějaká šílená anorektička jako dřív u doktora.“ (Lucie, s. 14) Důležitý je zde moment absence pocitu stigmatizace a také vhodné rozvržení aktivity mezi lékařkou a klientkou. Žena zde nevystupuje v roli pacientky, která automaticky přijímá rozhodnutí autorit, ale spíše v pozici klientky/aktérky, která se spolupodílí na řešení situace. Zajímavé je, že v takto nastaveném dialogu mezi odbornicí a klientkou je pak odlišným způsobem vnímán i moment potřeby aplikace medikamentů. „Od doktora sem ty léky odmítala brát, ale když mi je předepsala ona [specialistka na ppp], vnímala sem to líp. Díky tomu sem získala chvíli na to se rozhodnout a nejenom se nechat nést.“ (Lucie, s. 12) Zdá se, že léky mohou být vnímány i jako prostředek k dosažení určité svobody v podobě nepodléhání momentálnímu rozpoložení.

Komunikační partnerky nepocit'ovaly vliv toho, že „poruchy příjmu potravy“ jsou vnímány jako „psychické poruchy žen“, na přístup odborníků/ic, ale především to, zda terapeut/ka je muž, či žena. „Sem pořád přesvědčená, že kdyby se mnou v prvopočátku jednala doktorka, že by to možná bylo shovívavější a míň drsný. Ten doktor na mě zvyšoval hlas, byl nepříjemnej a byl to chlap, nepochopil to.“ (Romana, s. 12-13) Domnívám se, že žena lékařka je respondentkami vnímána kladněji i z toho důvodu, že mají pocit, že jim lépe porozumí. Mé komunikační partnerky ovšem nenalezaly konkrétnější vysvětlení příjemnějších pocitů z kontaktu se ženami lékařkami, proto se nabízí otázka, zda je tomu tak proto, že předpokládají, že jako žena má zkušenost s držením diet či nepatřičnými pocity z vlastního těla. Myslím, že důležité je i to, že informátorky spojovaly ženy terapeutky s „mateřskými autoritami“, s bytostmi, s nimiž je pojí spíše přátelský vztah a méně direktivní přístup.

## 4. ZÁVĚR

Ve své diplomové práci jsem se zaměřila na oblast „poruch příjmu potravy“, fenoménu, jež jsou z hlediska lékařské vědy a společnosti nazírány jako „patologické“ způsoby zacházení s jídlem a psychické onemocnění. Vzhledem k převaze výzkumů, které vycházejí z medicínské perspektivy, jsem se rozhodla nenahlížet „poruchy příjmu potravy“ jako patologické a fixně vymezené jevy a zároveň je vnímat z genderového hlediska. Cílem mé práce bylo ukázat, jak se převládající konceptualizace stravovacích návyků jakožto „poruch“ promítá do života osob majících s „poruchami příjmu potravy“ zkušenost, jakým způsobem ovlivňuje vztah k vlastnímu tělu a k lékařským odborníkům/odbornicím.

Pojímání vlastní tělesnosti se ukázalo jako úzce související s koncepty, jež byly diskutovány v teoretické části práce. Patří sem především koncept poslušného těla a ženského bytí jako bytí viděného. Výpovědi poukazovaly na pozici žen jakožto objektů, které jsou součástí fungujícího genderového řádu, jenž se zakládá na existenci dvou principů, mužského a ženského, které jsou společností udržovány jako opozice.

Každodenní životy žen jsou ovlivňovány diskurzem femininity a heterosexuality a také obecně sdílenými společenskými názory a přesvědčeními. Tyto diskurzy ženy-subjekty ovlivňují a utvářejí, ovšem neznamená to, že by ženy existující schémata pasivně přijímaly a byly jimi zcela determinovány, spíše si vytvářejí vlastní strategie a pozice.

Další část rozhovorů byla zaměřena na tematizaci „poruch příjmu potravy“ v obecné rovině, aniž by ženy reflektovaly svou vlastní pozici bytostí, jež mají s touto oblastí zkušenost. Ženy poměrně neproblematicky přijímají lékařský pohled na „problematiku“ jako na psychické poruchy, které se pojí především se ženami. Ovšem v okamžiku aplikace tematiky na sebe samé došlo k obratu: ženy odmítaly/jí nahlížet na sebe jako na narušené bytosti a vymezují se vůči dominantnímu lékařskému diskurzu. Jejich pojmání „poruch příjmu potravy“ pak nevykazuje pouze stigmatizující a patologizující charakter, spíše pro ně představuje posilující a produktivní stav.

Hlasy žen ilustrovaly situace, kdy byly anorexie/bulimie z hlediska jejich okolí vnímány jako negativní a stigmatizující sociální pozice. Toto pak vedlo k neporozumění ze strany jejich přátel/přítelkyň, rodin, partnerů či lékařů/ek. Mnohdy tak docházelo



k objektivizaci těl žen a k jejich redukci na „hubená těla“, ačkoli samy ženy považují touhu po dosažení štíhlosti za příliš zjednodušující snahu o vysvětlení příčin „problému“.

K interakci s lékařskými institucemi a odborníky/cemi přistoupily pouze některé ženy, přičemž jejich zhodnocení této spolupráce bylo poměrně kritické. Vymezovaly se vůči lékařským autoritám, které se pouze snažily diagnostikovat a léčit těla, aniž by se pokusily o uchopení celku emocionální a sociální dimenze zkušenosti s poruchami příjmu potravy. Ženy ovšem nejsou pouze pasivními objekty, které čekaly/jí na spásu ze strany lékařů/ek, samy vyvinuly „alternativní“ způsob přístupu k řešení své situace. Tím bylo/je rozebírání oblasti s přítelkyněmi, které mají podobné zkušenosti. Komunikační partnerky pak nazíraly/jí tato přátelská posezení a komunikaci jako formu terapie, která pro ně byla/je podporou a zdrojem síly.

Domnívám se, že je nutné vykročit za pojmání „poruch příjmu potravy“ jakožto důsledků individuální patologie či za přílišné zaměřování se na medikalizaci oblasti a pokusit se o rekonceptualizaci pohledu na oblast, která by již nebyla primárně nahlížena jako patologie, ale spíše jako součást života některých bytostí. Poté bychom možná snáze porozuměli příjemným pocitům plynoucím z asketismu, pocitům euforie, kontroly nezávislosti či výjimečnosti, které osoby s „poruchami příjmu potravy“ popisují.

Ráda bych upozornila, že má diskuze a názory by měly být podrobeny kritickému pohledu, za což bych byla ráda, neboť by mohly být odhaleny i jiné argumenty a interpretace. Je třeba si uvědomit, že získané informace a názory žen jsou výsledkem mnou kladených otázek, tedy že se respondentky nacházely v předem vymezeném poli. Proto se domnívám, že se zde otevírá možnost uskutečnění dalších výzkumů v souvislosti s „poruchami příjmu potravy“, které by na oblast nepohlížely jako na sféru patologických jevů.

## 5. POUŽITÁ LITERATURA

Bartky, Sandra L. 1997. „Foucault, Feminity, and the Modernization of Patriarchal Power“. In: Conboy, K., Medina, N., Stanbury, S., (Eds.), *Writing on the Body: Female Embodiment and Feminist Theory*. New York, Columbia University Press. s. 129-153.

Bordo, Susan. 1990. „Material girl: The Effacements of Postmodern Culture“. *Michigan quarterly review*. s. 653-677.

Bordo, Susan. 1991. „Material Girl: The Effacements of Postmodern Culture“. In: *The Female body. Figures, Styles, Speculations*. Laureat Goldstein Editor. The University of Michigan Press. s.106-130.

Bordo, Susan. 1993. *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture and the Body*. Berkeley. University of California Press.

Boskind-Lodahl, Marlene. 1976. „Cindarella's Stepsisters: A Feminist Perspective on Anorexia Nervosa and Bulimia“. *SIGNS: Journal of women in culture and society*. s. 342-356.

Bourdieu, Pierre. 2000. *Nadvláda mužů*. Praha. Karolinum.

Butler, Judith. 2003. *Trampoty s rodom*. Bratislava: Aspekt.

Carey, Eleanor. 2009. „Eating, food and the female body in the media and medicine: A feminist analysis of eating disorders“. *Limerick Student Journal of Sociology*. s. 31-45.

Coffey, Amanda, Attkinson, Paul. 1996. *Making sense of qualitative data*. London: SAGE Publications.

Čada, Karel. 2009. Medikalizace společnosti, socializace medicíny. Praha. Přednáška 3. ročníku doktorandské konference sociologie a příbuzných společenských věd. Dostupné z <[iss.fsv.cuni.cz/ISS-118-version1-Cada.doc](http://iss.fsv.cuni.cz/ISS-118-version1-Cada.doc)>

Davis, Lennard J. 1997. „Constructing normalcy: The bell curve, the novel, and the invention of the disabled body in the nineteenth century“. In: Davis, L. J. (Ed.), *The disability studies reader*. New York and London: Routledge. s. 9-28.

de Beauvoir, Simone. 1966. *Druhé pohlaví*. Praha, Orbis.

Foucault, Michel. 2000. *Dohlížet a trestat*. Praha, Dauphin.

Giddens, Anthony. 1999. *Sociologie*. Argo. s. 135 - 138.

Gilman, Sander L. 2008. *Fat. A cultural history of obesity*. Wiley. s. 1-29.

Guba, Egon G., Lincoln, Yvonna. S. 2005. „Competing Paradigms in Qualitative Research“. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research*, Thousand Oaks, CA: SAGE. s. 105-116.

Hasmanová Marhánková, Jaroslava. 2008. „Konstrukce normality, rizika a vědění o těle v těhotenství: Příklad prenatalních screeningů“. Biograf. Dostupné z <<http://www.biograf.org/clanky/clanek.php?clanek=v4702>>

Hendl, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum, základní metody a aplikace*. Praha. Portál.

Jeřábek, Hynek. 1993. *Úvod do sociologického výzkumu*. Praha. FSV UK.

Janebová, Radka. 2006. *Sociální problémy z aspektu gender*. Hradec Králové: Gaudeamus.

Katzman, Melanie. A. 1997. „Getting the difference right: It's power not gender that matters“. *European Eating Disorder Review*. s. 71-74.

Komesaroff, Paul A. (editor). 1995. *Troubled bodies. Critical perspectives on postmodernism, medical ethics, and the body*. Duke University Press. s. 222-234.

Krch, František D. 2003. *Bulimie, jak bojovat s přejídáním*. 2. dopl. vyd. Praha : Grada. 120 s. Psychologie pro každého. ISBN 80-247-0527-3.

Krch, František D. 1999. *Poruchy příjmu potravy*. 1. vydání. Praha: Grada. 240 s. ISBN 80 -7169-627-7.

Krch, František D. 2002. *Poruchy příjmu potravy – Gender perspektiva*. Gender, rovné příležitosti, výzkum. s. 10-12.

Letherby, Gayle. 2003. *Feminist research in theory and practice*. Philadelphia: Open University Press.

Lintott, Sheila. 2003. „Sublime hunger: A consideration of eating disorders beyond beauty“. *Hypatia*. s. 65-86

Lipovetsky, Gilles. 2007. *Třetí žena. Neměnnost a proměny ženství*. Prostor. s. 107-215.

Maloney, M., Kranzová, R. 1997. *O poruchách příjmu potravy*. Praha. NLN.

Marádová, Eva. 2007. *Poruchy příjmu potravy*. Vzdělávací institut ochrany dětí.

Maříková, Hana, Petrusek, Miloslav, Vodáková, Alena a kol. 1996. *Velký sociologický slovník*. Praha: Karolinum.

Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování: popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka. 3. vyd. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2006.

Moor, Avigail. 2009. „Full of power: The relation between women's growing social power and the thin female beauty ideal“. *Radical Psychology: A Journal of Psychology*.

Nagl-Docekal, Herta. 2007. *Feministická filozofie. Výsledky, problémy, perspektivy*. SLON. s. 56-68.

O'Connor, R. A., Esterik, Van P. 2008. „De-medicalizing anorexia“. *Anthropology Today*. s. 6-9.

Orbach, Susie. 1978. *Fat is a feminist issue*. New York, London.

Ortner, Sherry. 1998. „Má se žena k muži jako příroda ke kultuře“. In Libora Oates-Indruchová (ed.) *Dívčí válka s ideologií*. Praha: Sociologické nakladatelství. s. 90-114.

Palečková, Denisa. 2006. „Proč poruchy příjmu potravy? Historie a současnost nezvyklých forem jídelního chování a genderové souvislosti“. Anabell. Dostupné z <<http://www.anabell.cz/index.php/odborne-prace/351-proc-poruchy-prijmu-potravy>>

Papežová, Hana. 2000. *Anorexia nervosa*. Psychiatrické centrum Praha.

Papežová, Hana. 2003. *Bulimia nervosa*. Psychiatrické centrum Praha.

Peterson, Rachel D., Grippo, Karen P., Tantleff-Dunn, Stacey. 2008. „Empowerment and Powerlessness: A Closer Look at the Relationship Between Feminism, Body Image and Eating Disturbance“. *Sex roles*. s. 639-648.

Ramazanoglu, Caroline, Holland, Janet. 2004. *Feminist methodology: challenges and choices*. London: SAGE.

Reinharz, Shulamit. 1992. *Feminist methods in social research*. New York: Oxford University Press.

Renzetti, C., Curran, D. 2005. *Ženy, muži a společnost*. Praha. Karolinum.

Richardson, Abigail, Cherry, Elizabeth. 2005. „Anorexia as a Lifestyle: Agency through Pro-Anorexia Websites“. Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association, Marriott Hotel, Loews Philadelphia Hotel, Philadelphia. Dostupné z <[http://www.allacademic.com/meta/p22991\\_index.html](http://www.allacademic.com/meta/p22991_index.html)>

Strauss, A., Corbinová, J. 1999. *Základy kvalitativního výzkumu*. Boskovice. Albert.

Ševítová, Lenka. 2004. „Ženy a zdraví: Předmenstruační syndrom, menstruace a menopauza jako sociální konstrukty v západní společnosti“. *Gender, rovné příležitosti, výzkum*. s. 7-9.

Šmausová, Gerlinda. 2002. „Proti tvrdošíjné představě o ontické povaze gender a pohlaví“. In: Barša, P. (ed.): *Politika rodu a sexuální identity*. FSS MU: Brno. s. 15-27.

Wolf, Naomi. 2000. *Mýtus krásy: Jak jsou obrazy krásy zneužívány proti ženám*. Aspekt. s. 11-24. s. 205-245.

Young, Melinda. 2005. „One Size Fits All: Disrupting the consumerized, pathologized, fat female form“. *Feminist media studies*. s. 249-252.

## PŘÍLOHA č. 1

### Scénář otázek rozhovorů:

Oblasti:

#### Autobiografické hodnocení:

- Mohla bys mi pro začátek říct něco o sobě? Jak bys popsala svou současnou životní situaci?
- Popsala bys zásadní okamžiky, které k Tvé současné situaci přispěly?
- Kdo ovlivňuje/ovlivňoval Tvé životní cesty? Kdo byl pro Tebe důležitý? (Proč?)

#### Jakým způsobem zakoušejí/prožívají ženy (respondentky) svá těla?

- Protože se spolu známe a setkáváme se pravidelně delší dobu a často spolu probíráme náš vztah k vlastnímu tělu, proto bych se ráda zaměřila na tuto oblast. Byla bys tak hodná a pokusila se formulovat vztah ke svému tělu?
- Jak bys své tělo popsala? (pomocí několika přídavných jmen)
- Jakou roli pro Tebe hraje Tvé tělo?
- V kterých momentech si svoje tělo nejvíce uvědomuješ?
- Vzbuzuje v tobě Tvé tělo nějaké emoce? Jaké?
- Považuješ své tělo v něčem za odlišné od těl jiných?
- Co pro Tebe znamená „ženské“ tělo?
- Uvědomuješ si, že Tvé tělo je tělo „ženské“?
- Mohla bys mi popsat, co obecně považuješ za rozhodující pro vnímání a prožívání těla člověka?

#### Každodenní situace a život žen

- Mohla bys mi popsat svou každodenní rutinu?
- Čím během dne trávíš nejvíce času?
- Jaké jsou pro Tebe nejdůležitější momenty dne?
- Chtěla bych se Tě konkrétněji zeptat na Tvůj vztah k jídlu. Jak bys jej popsala?
- Ovlivňuje jídlo Tvůj život? Jakým způsobem?
- Jakou roli v průběhu dne hraje jídlo?
- Myslíš, že máš nějaké jídelní „rituály“? Mohla bys mi je popsat?

- A máš tyto „rituály“ už z dětství?
- Podle čeho si vybíráš jídlo, které sníš?
- Bylo tomu tak vždy?
- Co pro Tebe jídlo obecně symbolizuje?
- Vnímáš v každodenním životě nějaká společenská „sdělení“ ve spojitosti s příjmem potravy? Mohla bys mi je popsat?
- Vnímáš tlak na sebe jako na ženu ve spojitosti s jídlem?
- Pokud ano, v jakém smyslu? S čím toto podle Tvého názoru souvisí?

### **Tematizace „poruch příjmu potravy“ a „léčby“**

- Co si myslíš o termínu „poruchy příjmu potravy“?
- Jaký je jejich obraz, tak jak je předkládán společnosti (médií, lékařskými publikacemi)?
- Jak nazíráš takto ustavenou prezentaci „poruch příjmu potravy“?
- Vnímáš v této reprezentaci nějaké hlavní téma?
- Vidiš v této oblasti odlišná sdělení směřující k mužům a ženám?
- S čím podle Tebe „poruchy příjmu potravy“ souvisí? V čem podle Tvého názoru spočívají příčiny?
- Myslíš si, že jsou poruchy příjmu potravy „záležitostí“ žen? V jakém smyslu? Proč?
- Domníváš se, že je důležité v souvislosti s „poruchami příjmu potravy“ spolupracovat s odborníkem/icí?
- Myslíš si, že je možné se s „poruchami příjmu potravy“ doopravdy vypořádat?

### **Jaké pocity ženy zažívají jako bytosti „léčící se“ z poruch příjmu potravy?**

- Kdyby Ti to nevadilo, ráda bych se z obecnější roviny vrátila k našim rozhovorům a k Tobě. Považuješ, či jsi někdy v minulosti považovala, svůj přístup k jídlu za něco, co je potřeba řešit?

#### **a) Pokud ano:**

- Minulost: jaké momenty to byly a co se od té doby změnilo?
- Jaké cesty volíš/jsi volila?
- Když se Tvé okolí dozvědělo o Tvé „poruše příjmu potravy“, jak reagovalo?



- Snažili se Ti lidé v Tvém okolí „pomoci“? Jakým způsobem?
- Jaké pocity to v Tobě vyvolávalo?
- Jak hodnotíš své označení jako osoby „trpící poruchou příjmu potravy“?
- Cítila ses jako „nemocná“ bytost, když se o „poruše příjmu potravy“ dozvědělo okolí?
- Jak by sis bývala přála, aby tvé okolí reagovalo? Jak tyto reakce hodnotíš z dnešního pohledu?

**b) Pokud ne:**

- Setkala ses s nějakými reakcemi okolí ve spojitosti s Tvými jídelními návyky? S jakými?
- Popsala bys své pocity ve spojitosti s reakcemi (náznaky) okolí?
- Pokud okolí reagovalo a „naznačovalo“, že by respondentka měla „problém“ řešit: Co Tě motivovalo k tomu, že jsi na tlak okolí nereagovala?
- Jak jsi s touto situací pracovala? Jak jsi reagovala?
- Jak jsi své okolí vnímala (pokud docházelo k nějakým náznakům)?

**Jak ženy vnímají interakci s odborníky/odbornicemi a lékařskými institucemi?**

**a) Pokud ženy spolupracovaly s lékařem/lékařkou – navštěvovaly specialisty/ky na „poruchy příjmu potravy“:**

- Co Tě vedlo k tomu, že jsi zkontaktovala odborníka/odbornici?
- Jakou podobu terapie měla? (Hospitalizace, skupinová sezení, individuální návštěvy?)
- Mohla bys popsat průběh setkání (hospitalizace)?
- Jakým způsobem jsi vnímala osobu lékaře/lékařky?
- Hrál pro tebe nějakou roli to, že lékař/ka byl muž/žena? Jakou?
- Jak k Tobě přistupoval/a/li? Hrál nějakou roli, že jsi žena? (Případně Tvůj věk?)
- Jak jsi přístup vnímala?
- Cítila jsi někdy vliv toho, že „poruchy příjmu potravy“ jsou obecně považovány za „ženskou“ nemoc? V jakém smyslu?
- Pokud ano: Ovlivnilo to průběh terapie?

- Mohla bys charakterizovat vztah mezi Tebou a odborníkem/icí? Jak bys jej popsala?
- Docházelo ke konfliktním situacím mezi Tebou a lékařem/kou? (Proč?)
- Co považuješ za důležité v přístupu odborníků/ic při řešení „poruch příjmu potravy“?
- V čem pomohl kontakt s lékařem/kou?
- V čem terapie přinesla změnu do Tvého života? Jak bys popsala svou aktuální situaci?

**b) Ženy nekontaktovaly lékaře/ku zaměřeného/zaměřenou na „poruchy příjmu potravy“.**

- Pokud ses domnívala, že potřebuješ nějakým způsobem řešit svůj přístup k jídlu, proč jsi nekontaktovala lékaře/ku, který/ktará se na tuto problematiku zaměřuje?
- Zkontaktovala jsi odborníky/ice z jiné oblasti a řešila touto cestou i svůj vztah k jídlu?
- Pokud ne: Jak jsi svou situaci řešila? Proč?
- Jakou roli sehrálo Tvé okolí?
- Jak bys popsala svou aktuální situaci? (Obecně)



