

UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Katedra Elektronické kultury a sémiotiky

Bc. Tereza Menclová

**Problém anorexie z Foucaultovy perspektivy:
od patologizace k sociální konstrukci duševní
nemoci**

Diplomová práce

Vedoucí práce: **Mgr. Michaela Fišerová, Ph.D.**

Praha 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 20. června 2016

Bc. Tereza Menclová

Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala v první řadě Mgr. Michaele Fišerové za veškeré rady, konzultace a odborné vedení mé diplomové práce. Zároveň bych ráda poděkovala také rodině a přátelům, kteří mi byli během celého studia oporou.

Obsah

Abstrakt	5
1. Úvod	6
2. Historický přehled	9
3. Anorexie v kontextu současné “moderní” společnosti.....	12
3.1 Dieta jako forma přísné autodisciplíny	14
3.1.1 Fenomén askeze	17
4. Racionalita medicínského systému.....	19
4.1 Foucaultovský vzorec moc-vědení.....	19
4.2 Od archeologie ke genealogii.....	21
4.3 Vývoj kategorie duševní nemoci	23
4.4 Problematika medicínského diskursu	25
4.4.1 Význam pohledu/dohledu v rámci léčby	26
4.4.2 Lékařská diagnostika: nebezpečí naturalizace	29
4.4.3 Symbolická účinnost expertního diskursu	31
5. Biomoc jako nová forma vlády nad tělem	33
5.1 Pastýřská moc základem fungování současných institucí?	33
5.2 Kontext vzniku foucaultovské biopolitiky.....	35
5.2.1 Proces vylučování a marginalizace.....	37
6. Normativní konstrukce identity.....	42
6.1 Co je to norma? Jak se utváří tělesná normativita?	42
6.2 Butler vs. Foucault	44
6.3 Normativní utváření identity.....	46
6.3.1 Mentální anorexie: forma nové identity?	48
6.3.2 Identita v kontextu myšlení Jacquese Derridy	50
6.3.3 Identita jako proces kontinuální identifikace.....	53
6.3.4 Problematika interpersonálních vztahů	54
6.4 Problematika stigmatu.....	55
7. Anorexie jako specifický interpretační rámec	57
7.1 Fenomén virtuálních anorektických komunit	59
8. Formou závěru	63
9. Seznam použité literatury	65

Abstrakt

Cílem práce je provést analýzu současného problému mentální anorexie na základě teorií francouzského myslitele Michela Foucaulta. Začneme předpokladem, že tato “patologie” je spíše než nemocí určitou sociální konstrukcí, vycházející ze společenských norem a standardů, jež ve společnosti operují za účelem identifikovat a odlišovat normální od nenormálního, ideální od nepřijatelného. Jako základní pilíře k provedení analýzy nám poslouží právě Foucaultova teorie mocenských mechanismů a disciplíny, koncept biomoci a také kritika psychiatrického aparátu. Zároveň však poukážeme i na limity jeho myšlení v souvislosti se zvoleným tématem a pro doplnění využijeme koncepty konstrukce a dekonstrukce francouzského filozofa Jacquese Derridy a teorii o formování identit americké autorky Judith Butler.

Klíčová slova:

Anorexie. Duševní nemoc. Moc. Identita. Michel Foucault. Judith Butler. Jacques Derrida

Abstract

The main aim of this diploma thesis is to analyze the problem of anorexia from Foucault's perspective. The first hypothesis is that this 'pathology' is rather a social construction which has its origins in social norms and standards that operate in the society to make firm distinction between the normal and the pathological, the ideal and the unacceptable. In this study we will use Foucault's theory of power and discipline, the concept of biopower and also his critics of psychiatry. At the same time we will complete our survey with the concept of construction and deconstruction of Jacques Derrida and with the social identity theory of Judith Butler.

Keywords:

Anorexia. Mental disease. Power. Identity. Michel Foucault. Judith Butler. Jacques Derrida.

1. Úvod

“Co znamenají asketické ideály? - U umělců nic nebo příliš mnohé; u filosofů a učenců jakýsi instinktivní cit pro nejprůzračnější podmínky vysoké duchovnosti; u žen je to, v nejlepším případě, jeden svůdný půvab navíc, morbidezza zablesknuvší se na krásném těle, andělskost hezkého tučného živočicha.”

(Nietzsche, 2002: 77)

V navazující diplomové práci se zaměříme, převážně z teoretického hlediska, na problematiku poruch příjmu potravy, konkrétně tedy anorexie, a to v první řadě z perspektivy Foucaultových teorií, abychom zpochybnili čistě biologický přístup k danému problému, jež je vlastní současné medicíně¹. Pokusíme se ukázat, jak se tato porucha integrovala do hegemonického medicínského systému a zároveň jak se “naturalizuje” prostřednictvím expertního diskursu. Cílem této práce však není popsat anorexii z psychiatrické perspektivy *duševní nemoci* (v následujících odstavcích se tedy pokusíme distancovat od termínu patologie), nýbrž spíše jako problém zapříčiněný, do jisté míry, kulturními imperativy současné společnosti konzumu, jako je například kult/ideál krásy. Mentální anorexie bude pro nás tedy více sociální konstrukcí než patologií, která navíc úzce souvisí s reprezentacemi, jež se vytváří kolem diety, krásy a nakonec i kolem samotného pojmu *duševní nemoci*.

Ještě než přejdeme ke klíčové problematice poruch příjmu potravy, považujeme za nutné zmínit problematický vztah mezi pojmy *disease* a *illness*, který do jisté míry odráží podobně komplikovanou relaci mezi přírodou a kulturou. Zatímco termín *disease* odpovídá určité odchylce od biologické normy, která se navíc aplikuje celoplošně na všechny žijící bytosti, *illness* pro změnu představuje osobní zkušenost subjektu s konkrétním neduhem; existuje tedy pouze v rámci společnosti. (Turner, 2008: 174-177) V tomto ohledu je proto

¹ Problematika poruch příjmu potravy spadá prakticky zcela do kompetence psychiatrie, v této práci však budeme hovořit spíše v obecnějším smyslu o medicínském aparátu jako takovém.

nezbytné studovat anorexii ve vztahu k sociálnímu kontextu jednotlivých pacientů a společnosti všeobecně, neboť tato širší perspektiva nám umožní vysvětlit kupříkladu nárůst počtu případů poruch příjmu potravy v moderní době.

V návaznosti na výše uvedené budeme vycházet z hypotézy, že anorexie nemůže být chápána jako psychiatrický fenomén zcela izolovaný od společnosti, nýbrž spíše jako série určitých výživových iregularit, které jsou však úzce propojeny s transformacemi, k nimž došlo v západní společnosti v průběhu 20. a 21. století. V tomto ohledu budeme tělo pojímat jako určitý symbolický *dispositiv*, jehož kulturně předepsané dokonalosti se stávají objektem obdivu, zatímco případné deformace, tedy odchylky od normálu, mohou být příčinou pozdější stigmatizace či dokonce sociálního vyloučení. (Turner, 2008: 161)

Definování zkoumané skupiny, tedy přesné vymezení kategorie *anorektik/čka*, je však velmi komplikované. Nejedná se totiž o přesně lokalizovatelnou skupinu, která by sdílela stejný prostor, hodnoty či pozici v sociálním systému. Existuje navíc mnoho různých interpretací a přístupů k problému anorexie, byť v tomto ohledu má dominantní pozici především medicína a feministické teorie, stejně jako se různí příčiny a spouštěcí faktory této poruchy. Budeme se proto snažit ukázat, že se jedná o daleko různorodější problém, než jak ho představuje medicínský diskurs. Zároveň se v práci zaměříme na anorexii jako na převážně ženský problém, ačkoliv se v malé míře týká i mužů, a to především proto, že na ženy mohou být všeobecně kladeny vyšší nároky, co se fyzické krásy a kondice týče.² Z této perspektivy tedy můžeme k anorexii přistupovat také jako k tématu, které se dotýká problematiky pozice ženského pohlaví ve společnosti. Turner v této souvislosti naznačuje, že se jedná o „onemocnění“, které je jistým odrazem nátlaku, jenž je na ženy kladen v souvislosti s jejich úspěchem ve veřejné (i soukromé) sféře. (Turner, 2008: 155-156)

V první části této práce si přiblížíme stručný historický vývoj, který nám pomůže lépe pochopit kontext anorexie jakožto sociálního problému, dále zmíníme její nejčastější

2 Dle serveru www.idealni.cz, který se zaměřuje na pomoc lidem s poruchami příjmu potravy, mentální anorexie postihuje z 95 % dívky, a to nejčastěji v pubertě a adolescenci. (viz <http://www.idealni.cz/prvni-info-anorexie-bulimie-prejidani/>)

symptomy a medicínský profil pacientů, který se v průběhu historie prakticky nezměnil. V následující kapitole zahájíme hlubší teoretické zkoumání poruch příjmu potravy, přičemž výchozím bodem budou koncepty *rizikové společnosti* (Beck, 2004) a *technologií sebe samého* (Foucault, 2000a: 186-214), pomocí nichž posléze přiblížíme problematiku dietetických praktik, již zmíněného kultu krásy a jejich možných negativních následků.

Další velkou část bude tvořit, jak už bylo výše zmíněno, kritika medicínského systému a především diskursu, přičemž budeme vycházet z faktu, že přistupovat k anorexii čistě z patologického hlediska je v perspektivě budoucího efektivního vyřešení daného problému nedostatečné. Nebudeme se však věnovat pouze medicíně jako takové, nýbrž na danou problematiku navážeme i teorií *biomoci*, jež je spojena se systémy racionality a procesy vládnutí obecně. Poslední klíčovou pasáž pak budou představovat kapitoly zaměřené na formování subjektivní *identity*, v nichž poruchy příjmu potravy propojíme především s teoriemi Judith Butler a Jacquese Derridy. Výchozím předpokladem bude zejména fakt, že anorexie může být pojímána také jako specifická forma nové identity. V závěru se nakonec ještě krátce zmíníme o konkrétních společenských fenoménech spojených s touto poruchou a možnostech jisté alternativní pomoci, kterou mohou postiženým dívkám poskytnout relativně nové internetové platformy.

Teoretický rámec celé práce budou tvořit filosofické koncepty Michela Foucaulta, Judith Butler a Jacquese Derridy, přičemž se budeme opírat v první řadě o Foucaultovu teorii mocenských vztahů a kritiku medicínského systému a o problematiku formování identit Judith Butler, jíž posléze doplníme Derridovým uvažováním o dekonstrukci, binárních opozicích a suplementu jakožto základu naší kultury. Cílem bude aplikovat zmíněné koncepty na problém mentální anorexie, přičemž se zároveň pokusíme vytyčit základní rozdíly v metodologii výše zmíněných autorů. Ač bychom mohli všechny tři zařadit k poststrukturalistům, je známo, že zejména Foucault a Derrida si nikdy příliš nerozuměli.

2. Historický přehled

Anorexii lze považovat za mentální poruchu současné společnosti, která navíc v určitém ohledu reflektuje společenské proměny poslední doby. Nutno však podotknout, že její kořeny se nacházejí již ve středověku, kdy se objevily první “pacientky” vykazující symptomy zmíněné poruchy. Tyto první případy hladovějících žen byly přitom spojovány s jistými duchovními a náboženskými cíli, neboť ještě před zformováním medicíny jako skutečné vědy hrálo důležitou roli ve společnosti především náboženství. V průběhu 12. a 13. století bylo asketické chování žen vůči jídlu považováno za cosi ctnostného a v mnohých případech hodného svatořečení; mělo tedy vysoce symbolický charakter, neboť představovalo nejen formu absolutní kontroly, jíž žena vykonávala nad svým tělem, ale evokovalo také motiv nesmrtelnosti a síly ducha. (Hepworth, 1999: 14)

Rovněž Rudolph M. Bell (1985) zmiňuje několik případů žen, jež v adolescentním věku začaly držet hladovku s cílem získat jistou důvěru v sebe samé a dosáhnout vytoužené duševní a morální “dokonalosti”. Mezi nejčastější symptomy, které se hojně objevují i v současnosti, patřily nápadný úbytek hmotnosti, nechutenství, smutek a úzkost. Tyto specifické příznaky se navíc projevovaly především u dospívajících dívek, stejně jako je tomu i v současné době. Profil pacientů, který byl později potvrzen medicínským systémem, zůstal tedy prakticky stejný: nejčastěji se jednalo o adolescentní ženy ze střední či vyšší sociální třídy.

Anorexie však byla reálně klinicky definována až mnohem později, konkrétně v 70. letech 20. století, kdy byly přesně popsány jednotlivé symptomy:

1. Věk pacientů: nejčastěji mladší 25 let.
2. Úbytek váhy o nejméně 25 %.
3. Nezvyklé chování vůči jídlu a procesu přijímání potravy.
4. Žádná další afektivní psychická porucha.

5. Nejméně dva z těchto dalších symptomů: ztráta menstruace, výrazné tělesné ochlupení, bradykardie, hyperaktivita, bulimie nebo zvracení.³ (Turner, 2008: 156)

V dané době se pak anorexie objevovala především v rodinách střední třídy a poměrně často odrážela konfliktní vztah mezi matkou a dcerou. Jak ukazuje Turner, jednalo se zejména o malé rodiny zaměřené na dosažení seberealizace, které zpravidla měly od svých dcer velká očekávání. Ty tak byly vystavené “matriarchální” kontrole svých velmi náročných matek a čelily hrozbě možného neúspěchu ve škole; případy poruch příjmu potravy tak velmi často korespondovaly s přechodem na střední a vyšší vzdělání. V této souvislosti dotyčné dívky přestávaly jíst, aby tímto omezováním a potlačováním biologických procesů dosáhly vyšší kontroly nejen nad svým tělem, ale i životem. Zde můžeme vnímat anorexii jako jistý akt rebelie, jenž měl za cíl zprerhat společenská pouta mezi rodiči a jejich potomky.

V 90. letech se profil pacientů posměnil a okruh “postižených” osob se rozšířil i o muže, členy jiných společensko-ekonomických vrstev a populaci imigrantů. V konečném důsledku se tak od situace rodin střední vrstvy, vyznačujících se přesprilishnou ochranou svých potomků, dostáváme k všeobecnému usilování o osobní dokonalost, a to navíc v mnohem širším kontextu celé společnosti. (Turner, 2008: 155-158)

Nakonec bychom mohli vytyčit dvě fundamentální společenské proměny, které mimo jiné přispěly k modifikaci sociálního kontextu těchto specifických poruch. V první řadě je nutné zmínit zvýšenou komercializaci nejrůznějších dietetických prostředků a také nárůst počtu osob, které se snaží zhubnout realizováním nových “zdraví prospívajících”⁴ praktik; za druhé pak všeobecné zvýšení konzumu v současné společnosti. Netřeba zmiňovat, že důsledkem tohoto vývoje začala být obezita vnímána jako cosi negativního, spojovaného navíc s leností a nedostatkem sebekontroly. I proto se začaly čím dál více propagovat hubnoucí metody, jež slibují nejen zlepšení zdraví, ale také společenský

3 Přeloženo z angličtiny: “(1) age of onset prior to 25 years; (2) at least 25 per cent loss of original body weight; (3) a distorted attitude towards food and eating; (4) not other known primary affective psychiatric disorders; (5) at least two of the following - amenorrhoea, lanugo, bradycardia, overactivity, bulimia and vomiting.”

4 Spojení “zdraví prospívajících” zde dáváme do uvozovek, neb se v tomto případě jedná pouze o komerční atribut, který jednotliví promotéři připisují jimi promováním dietetickým prostředkům.

úspěch. Zdraví a kult dokonalé krásy se tak staly novými určujícími ideologiemi, které lidské tělo pojmají jako formu ztělesnění společenského úspěchu či nezdaru.

3. Anorexie v kontextu současné “moderní” společnosti

V návaznosti na předešlou kapitolu budeme anorexii chápat spíše jako sociálně zkonstruovanou nemoc moderní doby než jen jako mentální úchylku z pohledu současné biomedicíny. Jak si podrobněji ukážeme v následujících kapitolách, medicína se ve značné míře zaměřuje především na biologické podmínky daných nemocí a opomíjí strukturální faktory spojené s kulturou a pohlavím, které mohou v mnoha případech hrát zcela určující roli. Nárůst počtu osob trpících anorexií je totiž spojen s určitými společenskými, ekonomickými a politickými transformacemi současné společnosti.

S příchodem kapitalismu a postupnou globalizací ekonomického systému došlo k fragmentaci společnosti a posléze také k individualizaci⁵ jednotlivých subjektů, jimž se na jedné straně přisuzuje větší svoboda rozhodování, na straně druhé však také povinnost vyhovět požadavkům tržního systému. (Beck, 2004: 115-120) V konečném důsledku se subjekt nachází v nové nejisté pozici, každodenně exponovaný všudypřítomnému riziku. V rámci rizikové společnosti se navíc přijímají nové hodnoty a modely sociálních praktik, které jednotlivým individuům naznačují “správnou” cestu k úspěchu, a to v souladu s fungováním klíčových společenských institucí. Jak přímo píše Beck, “emancipovaná individua se stávají závislými na trhu práce, a tím i na vzdělání, na spotřebě, na sociálně-právních ustanoveních a formách zabezpečení, na plánování dopravy, na spotřební nabídce, na možnostech a formách konzultace a péče v oblasti medicíny, psychologie a pedagogiky. To vše poukazuje na zvláštní strukturu kontroly 'institucionálně závislých individuálních situací’.” (Beck, 2004: 119)

Tímto nám vyvstává nutnost přesněji specifikovat základní charakteristiku doby a společnosti, o níž budeme v této práci v souvislosti s anorexií hovořit. Vzhledem k tomu, že již v úvodu jsme poruchy příjmu potravy představili jako duševní “poruchy” současného

⁵ Pojem individualizace je nutné brát v tomto případě s rezervou, neb se jedná o individualizaci realizovanou pouze do omezené míry, jak si ukážeme v pozdějších kapitolách v souvislosti s Foucaultovou biomočí.

společenského řádu, budeme zkoumanou problematiku situovat do současnosti; přesně definovat aktuální společnost, v níž žijeme, je však velmi problematické, neb existuje nespočet různých teorií a interpretací.

V první řadě je nutné ujasnit si terminologii, s níž budeme posléze pracovat v souvislosti s popisem zkoumaného společenského řádu. Pokusíme se z níže uvedených důvodů vyhnout problematickému termínu *postmoderna* a zaměříme se na námi zkoumaný časový úsek jako na dobu moderní. Definici nám v této souvislosti může poskytnout Anthony Giddens, podle něhož se “modernita týká způsobů nebo organizace sociálního života, které se vynořují v Evropě asi od 17. století a které se ve svém vlivu následně staly více či méně celosvětovými.” (Giddens, 2003: 11) Jako autor se navíc vymezuje právě proti zmíněnému postmodernímu uvažování, ztělesněnému v osobě Jeana-Francoise Lyotarda, jenž klade důraz především na pluralitu názorů a tvrzení, tedy přijetí různých poloh vyprávění, s cílem zabránit totalizační tendenci hegemonního diskursu, který nepřipouští žádné další tázání. Giddens v tomto směru naznačuje, že vzhledem ke komplexnosti společenského celku je nemožné dosáhnout totálního/všeobecného vědění o celé společnosti; postmoderna navíc podle jeho názoru ještě nenastala, neb nyní teprve prožíváme a poznáváme důsledky způsobené vývojem moderní společnosti. (Giddens, 2003: 46-51)

Jedním z těchto důsledků, který je zároveň také skoro tím nejdiskutovanějším, je *globalizace*, kterou autor popisuje jako novou formu “celosvětové vzájemné závislosti, ve které nejsou žádní ‘druzí’” (Giddens, 2003: 153); v západem dominovaném světě tak dochází ke globálnímu rozšíření především západních institucí a hodnot. S tím následně souvisí, jak už bylo výše naznačeno, postupná fragmentace společenského celku, zvýšení závislosti jednotlivých subjektů na klíčových institucích a pracovním trhu a v souladu s Beckovým konceptem i nárůst rizika a nebezpečí. Moderní společenské uspořádání tudíž již neformují pevně semknuté komunity a silné sociální vazby mezi jednotlivci, nýbrž individuální osudy každého jedince, osvobozeného od těchto sociálních pout. (Beck, 2006: 115-120)

Souhrnně řečeno, hovoříme zde o době zaměřené na vysokou produkci (a s tím spojenou přemíru konzumu), o sekularizované společnosti organizované prostřednictvím

institucionálních vztahů, o technicky orientovaném myšlení a o izolovaných jedincích, kteří budují své vlastní já v souladu s požadavky Giddensem a Beckem popsané modernity.⁶

Nutno ještě podotknout, že současná společnost bývá mnohdy označována také jako společnost *konzumní*, v níž dochází k nadměrné spotřebě materiálních statků, často nad rámec individuálních potřeb. Zajímavý koncept v tomto ohledu přináší teoretička Hannah Arendt, jež vnímá produkci (práci) a spotřebu jako dvě fáze stejného procesu; z této perspektivy tedy naši společnosti “nevládnou” ani tak konzumisté jako spíše pracovníci, jejichž veškerá činnost by měla být zaměřena k “zajištění živobytí.” (Arendt, 1959: 110) Potřebu zvýšeného konzumu tedy lze do jisté míry chápat jako přímý důsledek současných socio-ekonomických nároků. Anorexie by však v tomto smyslu představovala spíše konflikt mezi tímto masivním konzumem, charakteristickým pro současný společenský řád, a normativní štíhlostí, která je společností pozitivně přijímána a v jistém smyslu i vyžadována.

3.1 Dieta jako forma přísné autodisciplíny

Pod nátlakem nových norem a pravidel a za neustálé přítomnosti rizika by každý měl přizpůsobit své chování tak, aby zabránil neúspěchu a ochránil své společenské postavení. Tak se může zdát, že ideální způsob života v souladu s požadavky trhu a společnosti představuje individualizovaná osoba, která se pohybuje ve společenském prostoru nezávisle na sociálních poutech a neustále na sobě pracuje, tedy se “autodisciplinarizuje”.

V této souvislosti je *dieta* ukázkovým příkladem jak jisté formy sebekontroly, tak společensky akceptovatelného jednání obecně. Představuje jakýsi proces *vtělení/inkorporace*⁷ (Turner, 2008: 245), přesněji řečeno přijetí určitých tělesných praktik s cílem dosáhnout estetického ideálu, vyžadovaného v moderním životě i na trhu práce.

6 Dalším autorem, který se rovněž vyhýbal pojmu postmodernita byl například Zygmunt Bauman. (srov. Bauman, 2002.)

7 Embodiment v originále.

Konzumem řízená společnost navíc propaguje štíhlost prostřednictvím reklamního průmyslu jako něco hodnotného a respektovatelného, něco, co nám může zajistit osobní štěstí a pozitivní přijetí ve společnosti, aniž by brala v úvahu možné rizikové faktory podobně zaměřeného ovlivňování. Rozhodující roli mají v tomto ohledu samozřejmě *média*, která přenášejí a potvrzují reprezentace o správném chování, perfektním vzhledu a životním stylu. Žena by tak v tomto smyslu měla ztělesňovat žádoucí kvality, jež jsou propagovány právě prostřednictvím mediálního působení, a následovat společensky stanovený ideál. (Hepworth, 1999: 101-102)

Dieta jako taková je tudíž, a do jisté míry vždycky byla, společností pozitivně přijímána. Turner v této souvislosti přibližuje stručnou historii dietetických režimů, přičemž zdůrazňuje především jejich původní funkci regulovat fyziologické procesy, které byly chápány jako “zdroj iracionálních vášní” (Turner, 2008: 147). V současné společnosti však tělo nabývá nových významů a stává se součástí osobní strategie zaměřené na zdravý životní styl a tedy i jistou prevenci v souladu s mandátem moderního lékařství. Naše tělesná schránka tudíž představuje jakýsi obraz kvality našeho života; kvality, která je však předepisována odborným diskursem a následně přijímaná “laickou” veřejností.⁸

Tuto argumentační linii můžeme dát do souvislosti také s konceptem *technologií sebe samého*, který rozvinul na svých přednáškách ve Vermontu v 80. letech Michel Foucault. Pomocí tohoto termínu autor popisuje specifické strategie zaměřené na osobní (auto)transformaci, “které jednotlivcům umožňují, aby sami nebo pomocí druhých vykonali jisté operace na svých tělech a duších, myslích, konáních a způsobech bytí a změnili se natolik, aby dosáhli jistý stav štěstí, čistoty, moudrosti, dokonalosti nebo nesmrtelnosti.” (Foucault, 2000a: 188) Pomocí těchto technologií tedy subjekt poznává a hodnotí sám sebe, stává se předmětem vlastního zkoumání, usilujíc tímto způsobem o osobní proměnu a zdokonalení. Můžeme říci, že takto formuje svou vlastní subjektivitu za účelem dosažení určitého cíle. V souvislosti s tímto konceptem tedy i dietu lze považovat za specifickou

⁸ Hannah Arendt v díle *The Life of the Mind* upozorňuje, že nadřazenost zevnějšku nad čímkoliv jiným se stává faktem každodenního života. To, co existuje v rámci vnější reality má do jisté míry vždy větší důležitost než to, co se nalézá pod povrchem. Příkladem může být nejen společenský život, ale také třeba vědecká práce, která hledá důkazy převážně ve vnějším světě. (Arendt, 1971: 24)

technologii, kterou daný jedinec rozvíjí v rámci osobního existenciálního projektu, aby dosáhl kýžené autotransformace. K tomuto účelu přitom využívá řadu praktik zaměřených na získání absolutní kontroly nejen nad fyzickým tělem a jeho potřebami, ale také nad myslí a především vlastní vůlí; výsledkem tak není pouze konkrétní fyzická a estetická proměna, v tomto případě tedy zhubnutí, nýbrž do jisté míry i transformace mentální.

V konečném důsledku tak můžeme říci, že pozitivní propagace těchto “zdraví zajišťujících” dietetických praktik přispělo k vytvoření kultu dokonalého těla⁹, jenž hodnotu jedinců posuzuje na základě následujících kritérií: mládí, zdraví a krása. V souladu s touto logikou se pak jednotlivci ocitají pod nátlakem vysokých požadavků týkajících se jejich vzhledu a vystupování, což nakonec vede také k nárůstu kontroly nad vlastním tělem a zvýšení nejistoty ve vztahu k sobě samému. Dle slov Francisca Ortegy (2010: 15), “tělo se pro mnohé stalo objektem nedůvěry, podezření, úzkosti, nejistoty a obav.”¹⁰

Pokud nyní přestoupíme k samotným poruchám příjmu potravy, ty se mohou v návaznosti na výše řečené chápat jako extrémní způsob disciplinování vlastního těla, tedy jako určité překonání tělesných limitů prostřednictvím disciplinárních *dispositivů*. Anorexii by tak bylo možno považovat za způsob zvýšení osobní autonomie, dominance vlastní osobnosti a zároveň i “pokoření” biologických procesů, a to za účelem splnění požadavků moderní společnosti. Taková extrémní sebekontrola pak není ničím jiným než efektivní formou sociální, dokonce ideologické kontroly nad sebou samým.

Zde je však nutno zmínit jistý paradox týkající se zvýšené sebekontroly, o níž osoby trpící anorexií usilují. Ačkoliv jedním z jejich prvotních záměrů je maximálně ovládat vlastní tělo a jeho vnitřní procesy, právě ty se však postupem času stávají nekontrolovatelnými, což se projevuje například v podobě příliš rychlého úbytku váhy, ztráty menstruace, přecitlivělosti, anémie a podobně. Postižený jedinec se tak posléze

⁹ Z perspektivy teorie Rolanda Barthesa lze považovat ideál krásného ženského těla za *mýtus* současné společnosti, tedy za něco, co se stalo jakousi přirozenou ideologií, a to na základě upevňování jejího významu prostřednictvím médií a jazyka. (srov. Barthes, 2004)

¹⁰ Přeloženo ze španělštiny: “el cuerpo se ha tornado objeto de desconfianza, recelo, angustia, inseguridad y malestar para muchos.”

dostává do situace, kdy přirozené tělesné procesy získávají navrch nad jeho vlastními tužbami, jež byly podmíněny vnějšími kulturními kritérii většinové společnosti. V návaznosti na předchozí řádky však musíme podotknout, že kulturní mandáty nemají na všechny jedince stejný dopad; pouze u relativně malé části populace se pod nátlakem společensky stanovených představ o kráse skutečně projeví symptomy anorexie.

3.1.1 Fenomén askeze

Pokud bychom usilovali o definování termínu *askenze*, vodítko by nám mohla poskytnout Nietzscheova slova, že “jistá askenze (...), tvrdá a radostná odříkavost té nejlepší vůle patří k příznivým podmínkám nejvyšší duchovnosti.” (Nietzsche, 2002: 90) Asketické odříkání lze tedy v tomto případě chápat jako cestu k duševnímu rozvoji, která zcela závisí na individuální *vůli*.¹¹ Nietzsche však asketické ideály nepovažoval, jak by se z výše uvedené citace mohlo zdát, za cosi pozitivně produktivního, nýbrž spíše za omezující princip, který je vyjádřením jisté vůle připouštějící pouze vlastní interpretace.

V návaznosti na téma naší práce i dietu lze bezpochyby považovat za asketický styl života či jakýsi formující princip, který vyžaduje, aby subjekt na sobě neustále pracoval a zároveň posiloval svou vůli za účelem dosažení určitého ideálu. Foucault v tomto ohledu naznačuje, a do jisté míry také navazuje na Nietzscheho, že disciplinováním vlastního těla a důsledným odříkáním se zvyšuje především individuální užitečnost (Foucault, 2000b: 199-206), která v kontextu moderní kapitalistické společnosti a politické ekonomie patří mezi všeobecně vyžadované atributy. Ve foucaultovské perspektivě tedy askenze nepředstavuje ani tak zdrženlivost a morální odříkání, jako spíš usilovnou práci, jíž individuum vykonává na sobě samém, na svém vlastním způsobu myšlení a jednání s cílem modifikovat své já tak, aby odpovídalo požadavkům současné společenské reality. I v souladu s Nietzscheho Genealogií morálky tedy fenomén askenze nezbytně předpokládá jistou *vůli*, *moc* a *disciplínu*, jíž subjekt podřizuje své jednání.

¹¹ Pojem askenze byl rovněž často spojován s církevní institucí a kněžími, kteří dodržovali asketický život jako důkaz své nezlomné víry. V určitém smyslu se jednalo o specifický druh poslušnosti vůči konkrétnímu zákoníku. (srov. Weber, 2001)

Anorexii budeme v tomto případě považovat za exemplární projev *asketismu*, jenž má však celou řadu dalších vedlejších projevů, jako je například úplné popření a odmítnutí vlastní tělesnosti ze strany pacientek či příznaky asexuality. Dochází tak k potlačení několika základních fyzických potřeb a v konečném důsledku i k překonávání limitů, které nám předkládá naše vlastní tělo; s tím souvisí překračování těchto hranic nejen co se týče držení hladovky a vytrvalého odmítání jídla, nýbrž také snahy zabránit dospívání a stárnutí ženského těla. Potlačováním sexuálních potřeb a ztrátou menstruace, která bývá častým důsledkem pokročilé fáze anorexie, přitom dochází k alespoň zdánlivému zastavení biologických procesů ženského těla.

Dalším aspektem, v němž se tato zvláštní forma askeze liší od tradiční náboženské a spirituální, je především její přímá spojitost s materiálním a konzumním charakterem současného světa. Roli v tomto ohledu hrají jak určitá společensky stanovená estetická kritéria, na jejichž základě může být štíhlost vnímána pozitivněji než nadváha, tak konotace jakési očisty, o níž mohou anorektické ženy v souvislosti s nepřijímáním potravy usilovat. S tímto mají pak přímou spojitost také další “rituály” spojené s poruchami příjmu potravy, jakou jsou zvracení či nadměrné užívání projímadel, jejichž účelem je rovněž tělo očistit a zbavit nežádoucích “vnějších” vlivů.

4. Racionalita medicínského systému

4.1 Foucaultovský vzorec moc-vědení

S nárůstem rizik v moderní společnosti a s postupným uvolňováním společenských pout souvisí také, jak připomíná Giddens, snaha nacházet oporu a budovat osobní důvěru ne vůči ostatním jedincům, nýbrž vůči tzv. *abstraktním systémům*. Věda je jedním z nich a v současném společenském uspořádání stále představuje neomylnou či nezpochybnitelnou oblast lidského počínání, tedy něco, čemu je možné důvěřovat (byť s dávkou určité skepse). Již při základní výuce vědy totiž dochází k tomu, že “dítěti není sdělován jen obsah technických poznatků, ale též předávána bezpodmínečná úcta k technickému vědění všeho druhu, což je pro obecné sociální postoje mnohem důležitější.” (Giddens, 2003: 83)

Odsud se tedy bere všeobecná tendence uznávat autoritu odborného *diskursu* a podřizovat jí své počínání, čemuž se ve svých pracech věnoval i Foucault. Avšak ještě než přejdeme ke konkrétní problematice a kritice medicínského diskursu, na úvod je třeba připomenout základní charakteristiky Foucaultovy teorie *moci*, abychom lépe ilustrovali pozici, z níž experti (v našem případě doktoři) k jednotlivým subjektům (pacientům) přistupují.

Foucault začíná hovořit o problematice *subjektu* a tělesnosti především ve chvíli, kdy se odklání od původní metody *archeologie* ke *genealogii*¹², a sice v díle *Dohlížet a trestat*, v němž na základě popisu vývoje trestání ilustruje transformaci společenského celku a vznik tzv. *disciplinární společnosti*. V tomto díle je tělo pojímáno jako specifická materie, jež je tvarována mocenskými vztahy operujícími napříč sociálním a institucionálním prostředím; tělo se tedy stává terčem moci. “Z neforemného těsta, z nevhodného těla je vyráběn stroj,

¹² Zde bychom měli uvést na pravou míru, že byť Foucault od metody archeologie postupně upustil, nemůžeme jí vnímat jako naprostý protipól ke genealogii. Tento ranější metodologický koncept mu totiž slouží jako teoretický základ pro jeho pozdější úvahy o moci a subjektu, což si však ještě přiblížíme v následující podkapitole.

jehož je třeba; krok za krokem jsou opravovány postoje; vykalkulované donucení zasahuje pomalu každou část těla, ovládá je, podrobuje si celek, činí jej nepřetržitě dostupným.” (Foucault, 2000b: 199-200) Disciplína těl jakožto nástroj ke zvýšení užitečnosti, a tedy i společenské hodnoty každého jedince, se tak v klasickém věku stává “obecnou formou ovládnutí” (Foucault, 2000b: 201). Jejím cílem je především produkovat *poslušná těla*, jež mohou být libovolně ovládána, transformována a zdokonalována, a to za použití nejrůznějších nástrojů, jako jsou například soustavný dohled, vnitřní normativita jednotlivých institucí, klasifikace či hrozba vyloučení.

Moc jako taková tudíž hraje ve společenském celku zcela klíčovou roli. Ve Foucaultově koncepci se přitom jedná o všudypřítomnou produktivní, nikoli represivní, sílu, která proniká i do těch nejzazších segmentů společnosti, a má tak zcela specifické postavení. Moc totiž představuje komplexní vztah, který celoplošně prostupuje společenský celek a ovlivňuje nejen ovládané, ale i ovládající; je to v první řadě strategie, která může být vykonávána, ale ne vlastněna. “Tato moc nepůsobí prostě a jednoduše, jako povinnost nebo zákaz, na ty, kteří “ji nemají”; absorbuje je, vstupuje do nich a prochází jimi; opírá se o ně přímo úměrně tomu, jak se oni sami, v boji proti ní, opírají o vlivy, jimiž na ně moc působí.” (Foucault, 2000b: 61)

Foucaultovu teorii mocenských strategií si tu přibližujeme především proto, že moc tvoří jeden ze dvou pólů vzájemného neodlučitelného vztahu *moc-vědění*. Jedince totiž nelze vnímat pouze jako subjekty zapletené v předivě mocenských relací, nýbrž se stávají také analyzovatelnými objekty jednotlivých věd, jež byly právě tímto mocenským rámcem umožněny. Jak si posléze ukážeme na konkrétním příkladu klinické medicíny, subjekty jsou pomocí celé řady odborných nástrojů examinovány, klasifikovány, normalizovány a tedy i disciplinarizovány. V problému anorexie tak máme na jedné straně disciplínu, jíž jedinec vykonává nad sebou samým, na straně druhé pak mocenské působení ze strany zdravotnické instituce.

4.2 Od archeologie ke genealogii

V souvislosti s Foucaultovým uvažováním o *analytice moci* je však ještě třeba přiblížit metodologický vývoj a jakýsi přerod, jenž poznamenal celé filosofické dílo tohoto francouzského autora. Jeho nejranější publikace kriticky zaměřené na oblast psychiatrie (Zrození kliniky, Dějiny šílenství) sjednocuje metoda *archeologie*, kterou však Foucault metodologicky definuje až v pozdějším díle Archeologie vědění, jež se navrácí nejen ke zmíněným pracím, nýbrž také rozpracovává a zpřesňuje pojmový aparát zavedený v knize Slova a věci. V tomto ohledu tedy Archeologie vědění představuje v první řadě autoreferenční dílo, jehož cílem je metodologicky ukotvit předcházející texty.¹³

Pro lepší pochopení toho, jak Foucaultova archeologická metoda “funguje”, je nutné zmínit zejména jeho specifické pojetí historického vývoje. Dějiny totiž nevnímá jako lineární posloupnost jednotlivých událostí, které by navazovaly jedna na druhou a vzájemně se ovlivňovaly; historie pro něj naopak představuje diskontinuitu, kdy mezi každým dílčím obdobím dochází k rupturám a úplné proměně společenského řádu i vědeckého ukotvení. To, co tedy Foucaulta zajímá není kontinuální vývoj, který by byl řízen jakýmsi sjednocujícím principem pokroku, nýbrž středem jeho zájmu jsou pravidla zakládající diferencii způsobu vypovídání v tom kterém období, v té které *epistémě*. Ústředním pojmem této ryze metodologické práce je proto *diskurs*, nebo lépe řečeno *diskursivní praxe*, kterou autor úzce propojuje s věděním, aby společně tvořily rámec každého dílčího období. Tím se oklikou dostáváme k tomu, že ve Foucaultově pojetí metoda archeologie představuje popis *archivu* diskursivních systémů, tedy jakéhosi pomyslného sborníku, jenž organizuje a určuje hranice všech přípustných výpovědí s cílem stanovit pravidla toho, co může být řečeno v daném období. (Foucault, 2002: 193-203) Netřeba připomínat, že v běhu dějin dochází k transformaci těchto vypovídacích systémů, což s sebou vždy přináší vznik určitého bodu zlomu.

¹³ Dalším cílem mohla být také snaha umlčet hlasy kritiků, kteří měli proti Foucaultově metodologii značné výhrady. Jak již bylo v úvodu naznačeno, jedním z nich byl například Jacques Derrida, jenž svému současníkovi vyčítal především fakt, že si přizpůsoboval dějiny takovým způsobem, aby mu zapadaly do jeho metodologické koncepce, a zároveň nepřiznával svou vlastní interpretační pozici. (srov. Derrida, 2002: 185-234)

V tomto ohledu jsou pak 70. léta pomyslným přelomem v myšlení Michela Foucaulta, neboť se zde rodí nový metodologický postup, a sice *genealogie*¹⁴ (Dreyfus a Rabinow, 2010: 172-173.); nejedná se však o přelom ve foucaultovském smyslu, jelikož autor nikdy svou původní archeologickou metodu zcela neopustil. V rámci Archeologie vědění byla totiž vymezena řada klíčových termínů, jimž se autor věnuje do jisté míry i ve svých pozdějších teoretických pracích. Takovým pojmem jsou například *diskursivní praktiky*, s nimiž se jako s konceptem setkáváme také ve Foucaultových analýzách mocenských vztahů a systémů racionality, které tyto vztahy zakládají.

Pro naši práci je pak zcela zásadní především genealogická metoda (ačkoliv se tímto nechceme po foucaultovském vzoru zcela odvracet ani od archeologie), neboť právě s genealogickým uvažováním se rodí také kategorie subjektu a autorův zájem se odvrací od jistého anonymního působení diskursu ke konkrétním sociálním praktikám, které mají ve vztahu k individuu formující charakter. Oproti archeologii, v jejímž rámci navíc byla autorova pozice dost nejasná (z jakého místa analyzoval jednotlivé epistémy?), je nyní Foucault jakožto vědec pevně situován v přítomnosti, z níž nahlíží a interpretuje minulost; připouští tedy jistou subjektivnost vlastního výkladu. Dreyfus a Rabinow v tomto ohledu píší, že autor “soustředí své analýzy právě na ony kulturní praktiky, v nichž se kříží moc a vědění a v nichž se rodí naše současné chápání individua, společnosti a věd o člověku. (...) Když vyloučil všechny ostatní metody, používá Foucault jedinou, která ještě zbyla: pragmaticky orientovanou dějinnou interpretaci.” (Dreyfus a Rabinow, 2010: 194)

¹⁴ Jedná se o termín úzce spojený především s postavou filosofa Friedricha Nietzscheho, který významně ovlivnil Foucaultovo myšlení. V této souvislosti bychom chtěli zmínit především metaforu, již Nietzsche použil ve snaze o jakési definiční vymezení badatelské práce genealoga. Jednalo se o metaforu šedé barvy, která měla značit, že genealogie se ve své výzkumné praxi obrací k dokumentům, k archivům, k tomu, “co lze fakticky doložit, co tu skutečně bylo.” (Nietzsche, 2002: 13) Autor se tím zároveň kriticky vymezil vůči metafyzickému myšlení, jež vzhlíželo vzhůru k abstraktním idejím a hodnotám, které byly považovány za cosi daného, za neměnný fakt. V této souvislosti tedy jak Nietzsche, tak později Foucault jakožto dědic nietzscheovských myšlenek vznesli požadavek kritiky morálních hodnot, institucí a norem s ohledem na historické podmínky, v nichž se tyto hodnoty zformovaly.

Zatímco v Archeologii vědění se tento francouzský filosof zaměřuje prakticky zcela na diskurs a diskursivní regularity, které řídí jeho fungování, a tím se oprošťuje od kategorie subjektu či institucionálního podloží, jímž se zabýval například v díle *Zrození kliniky*, v období genealogie se rodí nejen subjekt, ale do jeho uvažování se opět dostávají také samotné instituce a nakonec i veškeré společenské jednání. Jak upozorňují výše zmínění autoři, epistéma je nyní nahrazena dispositivem, který zahrnuje jak diskursivní, tak nediskursivní praktiky, tedy veškeré zákony, administrativní opatření, instituce, filosofické výroky či například vědecké výpovědi. (Dreyfus a Rabinow, 2010: 195) Tím se dostáváme k tématu, jež nás bude zajímat v následující kapitole, a sice k problému medicínského diskursu a klasifikaci (duševních) nemocí.

4.3 Vývoj kategorie duševní nemoci

K diskursu medicíny neodmyslitelně patří také specifická terminologie, která do značné míry zakládá jeho účinnost. Vzhledem k faktu, že mentální anorexie je klasifikována psychiatrickým diskursem jako duševní porucha, považujeme proto za nezbytné vrátit se znovu k raným dílům Michela Foucaulta a na jejich základě blíže přiblížit samotný koncept *duševní nemoci* a jeho vývoj ve společnosti. Jedná se totiž o poměrně mladý koncept, neb šílenství bylo uznáno jako psychická porucha teprve v 19. století, kdy se poprvé začalo reálně medicínsky definovat. (Foucault, 1971: 62-63)

V historii však existovalo již mnohem dříve, než se vůbec psychologie jako věda ustavila. Foucault v tomto ohledu hovoří o několika klíčových historických obdobích, přičemž přístup k šílencům byl v každém z nich zcela jiný. Zhruba do 16. století se tehdejší společnost potýkala s významným problémem, a sice s rozsáhlým rozšířením lepry, které se zasadilo o vznik jednoho z prvních modelů společenské segregace. Malomocní museli být odděleni od zdravé populace, proto se v řadě evropských zemí vybudovala četná leproseria, v nichž byli nemocní jedinci internováni, aby se zabránilo šíření nákazy. Pod vlivem křesťanské nauky přitom byla lepra považována za projev božího hněvu, vyobcování malomocného jedince mělo tedy představovat především cestu k jeho budoucí spáse. Zejména na základě této striktní segregace se však podařilo danou nemoc prakticky vymýtit,

na místo malomocných ale vzápětí nastoupili blázni, kteří se stali novým terčem společenského vyloučení. (Foucault, 1994: 6-10)

Teprve až s příchodem renesance se pozice šilenců začala měnit a objevil se nový způsob, jak s šílenstvím zacházet. To totiž v kontextu kulturního a uměleckého renesančního rozmachu bylo vnímáno nikoliv jako cosi temného, co by mělo být umlčeno, nýbrž jako jistý zdroj inspirace, jako tvořivá síla, skrze níž k umělci promlouvaly múzy. Dle Foucaultových slov, “šílenství člověka fascinuje na všech stranách. Fantastické obrazy, jež se z něho rodí, nejsou jen prchavým zdáním, rychle mizícím z povrchu věcí.” (Foucault, 1994: 20) Zatímco tedy ve středověku bylo šílenství považováno za zlo a neřest, v období renesance se z něho stal jakýsi objekt fascinace.¹⁵

Změna tohoto stavu přichází až s nástupem osvícenství, tedy období, v němž došlo k rozsáhlému uvěznění a umlčení bláznů, kteří představovali hrozbu pro osvícenskou racionalitu. Internační ústavy začaly vznikat v průběhu 17. století, přičemž lidé se do nich mohli přihlásit sami, nebo byli donuceni královskou mocí. Foucault se v této souvislosti kriticky vyjadřuje vůči klasické době a nemocnice či blázince považuje za v první řadě represivní zařízení: “funkce ani cíle Všeobecného špitálu nemají nic společného s myšlenkou léčby. Je to instance pořádková, instance monarchistického a měšťanského řádu.” (Foucault, 1994: 32) Spíše než skutečná psychická porucha se tedy v nově zřízených ústavech “léčila” zahálka; internace byla tudíž především trestem v podobě fyzického uzavření těch, kteří nebyli z různých důvodů schopni pracovat, zajistit si živobytí a celkově se podílet na veřejném společenském životě.¹⁶

¹⁵ Šílenství často figurovalo nejen v malířství, ale také třeba v literatuře či divadelním dramatu. Viz například postava Dona Quijota ze Cervantesova románu *Důmyslný rytíř Don Quijote de la Mancha*.

¹⁶ S uzavřením šilenců v klasické době souvisí také spor Foucaulta se Jacquesem Derridou v souvislosti s postavou filosofa René Descartesa. Foucault ve svém díle *Dějiny šílenství* kritizoval Descartesův spis *Meditace* a první filosofie a považoval tohoto myslitele za jednu z postav, která se zasadila o vznik internačních ústavů. Descartes totiž, dle Foucaulta, vnímal šílenství jako hrozbu rozumu, jako omyl, jenž může negativně poznamenat racionální myšlení. Derrida se posléze vůči Foucaultově interpretaci, či možná spíše dezinterpretaci, vymezil a poukázal na fakt, že v Descartesově filosofii je šílenství vždy součástí *cogita*, stejně jako například sny; v tomto případě ho tedy nelze oddělovat od rozumu. (Derrida, 2002: 208-222)

Teprve až ve chvíli, kdy se ustavila duševní nemoc jako skutečný klinický problém, tak jak si to žádal vědecký lékařský přístup, šíleni začali být považováni za nemocné a nikoliv pouze posedlé či vyšinuté jedince. Došlo k tzv. psychologizaci těchto patologií, která otevřela možnost psychologické analýzy jednotlivých pacientů a přímé intervence vůči individuálnímu tělu a duši. Duševní porucha proto v současném kontextu lékařské vědy představuje kategorii odpovídající expertní klasifikaci jednotlivých nemocí. Když tedy Foucault vypracovává svou genealogii šílenství, všímá si především způsobu, jak se utvářela a postupně vyvíjela kategorie šílenství a jaké významy s ní byly spojovány. Vždy se jednalo o určitou formu pojmenování, jejíž významová podoba se však měnila v závislosti na kontextu doby, konkrétním mocenském uspořádání a historických událostech. V závěru této kapitoly tedy můžeme říci, že způsoby pojmenování patologie ze strany expertního diskursu jsou společensky zkonstruované a vždy odpovídají konkrétnímu historickému pozadí.

4.4 Problematika medicínského diskursu

Ještě než přejdeme k přímé kritické analýze medicínského systému a jejího přístupu k poruchám příjmu potravy, je třeba přiblížit, co se skrývá pod termínem *diskurs* a na jakém principu v rámci společnosti operuje. Pro Foucaulta diskurs nepředstavuje pouhou verbální formulaci, nýbrž se jedná spíše o soubor různých výpovědí, které vychází ze stejného formačního systému organizovaného za pomoci specifických *diskursivních pravidel*. (Foucault, 2002: 44-45) Důležitý je pro nás však především fakt, že produkce diskursu je ve společnosti organizována a kontrolována za použití několika různých procedur, jakými jsou například zákaz, rozdělení či odvrhnutí. Konkrétním příkladem, jenž souvisí s tématem naší práce, může být oddělování rozumu a šílenství, které probíhalo, jak jsme naznačili v předchozí kapitole, již od dávného středověku. Diskurs bláznů byl přitom zcela separován od hegemonního diskursu většinové společnosti, na což Foucault ve svém díle několikrát upozornil: „někdy se řeči (blázna) upírá jakákoliv platnost, upírá se jí pravda a význam, neobstojí jako svědectví u soudu, nemůže osvědčit listinu nebo smlouvu (...); jindy však řeči blázna, na rozdíl od všech ostatních, připisují zvláštní moc, moc vyslovit skrytou pravdu, předpovídat budoucnost, vidět v celé jeho naivnosti to, co moudrosti jiných uniká.“

(Foucault, 2006: 10) Limity diskursu a určité jazykové konvence tedy vylučují jiné formy pravdy a diskursy, které se posléze ocitnou mimo oblast společenské přijatelnosti.

Platnost diskursu je navíc dána institucionální oporou, neboť k jeho dešifrování se často přistupuje za pomoci souboru vědění. V tomto ohledu tudíž nemá ani takový význam určení toho, kdo mluví, jako spíš definování institucionální pozice daného mluvčího, z níž pronáší svoje výpovědi, jeho umístění ve vztahu k jiným subjektům či skupinám objektů a především kompetence a vědění, o něž se subjekt opírá a jež legitimizují celý jeho diskurs. Již v Archeologii vědění Foucault v této souvislosti uvádí jako příklad právě klinický diskurs medicínského systému, který vytváří jakousi síť vztahů mezi různými prvky, jakými jsou třeba statutárně definovaná pozice lékaře, jenž má pravomoc rozhodovat o osudu pacientů; dále institucionální umístění daného medika v rámci instituce nemocnice; nebo jeho role jakožto vnímajícího, klasifikujícího a vyučujícího subjektu. (Foucault, 2002: 80-87)

To, co z nemoci činí určitou sociální konstrukci není tedy pouze kulturní, politický a ekonomický systém, nýbrž také expertní diskurs a léčebné postupy samotné medicíny. Ta vnímá jednotlivé patologie jako zcela přirozené, nikoliv kulturní fenomény, a zároveň usiluje o pevné definování tělesných faktorů a chování, které odpovídají předepsané normě. Biomedicína tak často při diagnostikování pacientů nebere v potaz kulturní a společenské aspekty a spíše inklinuje k aplikaci všeobecných vzorců na zcela individuální případy. V souvislosti s touto logikou můžeme předpokládat, že medicínský diskurs přistupuje i ke specifickým problémům, jakým jsou například právě poruchy příjmu potravy, z biologického hlediska a chápe je jako patologie organického charakteru, tedy jako něco, co se pacientovi prostě přihodí.

4.4.1 Význam pohledu/dohledu v rámci léčby

Mentální anorexie, stejně jako jiné zdravotní problémy, je již zavedenou součástí medicínského systému a tedy i diskursu expertního vědění, přičemž také samo *vědění* představuje jeden z klíčových konceptů Foucaultovy teorie moci. Ve svém díle ho tento autor definuje jako “soubor prvků, jež jsou regulérním způsobem zformovány diskursivní

praxí a jsou nepostradatelné pro konstituování vědy, ačkoli nejsou nutně předurčené k tomu, aby ji vyvolaly.” (Foucault, 2002: 272) V tomto smyslu tedy věda představuje “něco”, o čem se dá vyprávět v konkrétní diskursivní praxi, a je i touto praxí konstituováno. Tím bychom chtěli naznačit, že medicínský diskurs má rozhodující význam při diagnostikování anorexie, v přístupu k postiženým pacientům a návrhu adekvátní nápravy, což si ukážeme v následujících odstavcích.¹⁷

Můžeme předpokládat, že odborný diskurs je zcela určující pro konstituování jednotlivých nemocí jako přesně definovaných kategorií, jimž vždy odpovídá řada určitých symptomů a zobecněný profil pacientů, u nichž se ta která patologie projevila. V rámci psychiatrického systému navíc hovoříme o procesu psychiatrizace různých deviací, která má dle Foucaulta “regulativní povahu” a musí se “opírat o požadavek disciplín a individuálního výcviku.” (Foucault, 1999: 170) Medicína má tedy prakticky absolutní právo intervence vůči nemocnému tělu, které pomocí nástrojů diagnostiky a kontroly má být vyléčeno/napraveno.

Jak tedy Foucault naznačuje, medicína jakožto specifický typ systému racionality disponuje řadou nástrojů a technik používaných při zacházení s jednotlivými pacienty. Klíčovou úlohu pak má v tomto smyslu nejen expertní diskurs, nýbrž také technika pozorování, která je propojením oblasti nemocnice s oblastí pedagogiky. Oblast nemocnice je pro klinické pozorování zcela zásadní proto, že jakožto neutrální prostředí umožňuje patologickému faktu objevovat se ve “své singularitě události” (Foucault, 2010: 133), tedy zcela nezávisle na jakýchkoliv nežádoucích vnějších okolnostech; přitom dochází k potvrzení kliniky jako prostoru, v němž dominuje věda. Na druhou stranu lékařská praxe nestojí jen na vědeckém základu, důležité jsou také lékařovy pedagogické schopnosti, tedy způsobilost odhalovat svým žákům (pacientům) cosi neznámého.

17 V díle *Archeologie vědění* Foucault blíže specifikuje charakteristiky diskursu. Hovoří o něm jako o tzv. *diskursivní události*, jež je tvořena “souhrnem skutečných výpovědí (ať už vyslovených nebo napsaných v jejich rozptýlení jako událostí i v jejich naléhavosti, jež je každé z nich vlastní.” Vnitřní uspořádání diskursu jakožto pole tvořeného diskursivními vztahy se pak řídí jistými pravidly, jimž se musí subjekt, který “vstupuje” do diskursu, podříditi. (Foucault, 2002: 44)

Pohled má přitom v tomto případě zcela zásadní význam, neboť utváří klinickou zkušenost a umožňuje pozdější vypovídání. “Pohled ve skutečnosti implikuje otevřené pole a jeho základní aktivita je postupného řádu četby: zaznamenává a shrnuje; postupně obnovuje imanentní uspořádání; rozprostírá se ve světě, jenž je již světem řeči, a to proto, že se spontánně sdružuje s poslechem a promluvou; utváří jakoby privilegovanou artikulaci dvou základních aspektů *Mluvení* (co je řečeno a co někdo říká).” (Foucault, 2010: 147) Pozorování tedy představuje formu kontaktu a přímého dohledu nad individuálním tělem, čímž zajišťuje účinnost lékařské praxe a do jisté míry vynucuje poslušnost pacienta.

Na základě výše rozvedených Foucaultových myšlenek tak můžeme říci, že medicínská věda představuje jistou formu disciplíny individuálních těl, jež je vykonávána skupinami odborníků (psychiatry, dietology, sociálními pracovníky a dalšími) v rámci panoptických institucí, jakými jsou například azylové domy, školy, nemocnice či vězení, kde se tělo stává objektem mocenských vztahů, v případě medicíny pak objektem procesu medikalizace a normalizace.

Proto i zcela specifické medicínské systémy, jako je právě dietetika, mohou být považovány za formy určitých regulativních režimů, které předepisují pacientovi jistá pravidla, jež by měl následovat s cílem zajistit jeho dobrý zdravotní stav a společenskou přijatelnost. Netřeba zdůrazňovat, že lékaři se ze své pozice specializovaných odborníků těší značné autority u pacientů, neboť přesně určují, co by tito měli pro své vyléčení udělat. (Turner, 2008: 185-187) V tomto případě tedy dochází k převedení jisté zodpovědnosti na nemocné za jejich konečné uzdravení.

Pokud však tento problém uvážíme v souvislosti s anorexií, můžeme narazit na mnohé komplikace. Většina diagnostikovaných se totiž, alespoň zpočátku, ztotožňuje se svou “nemocí”, do jisté míry si jsou vědomi jejich následků a velmi často mají jen slabou vůli zotavit se. (Warin, 2009: 79-81). Anorexie tak může ztělesňovat také zcela specifickou formu osobní identity, což ještě rozvedeme v pozdějších kapitolách.

Jisté je, že léčba poruch příjmu potravy představuje velmi dlouhý proces s poměrně nejasným výsledkem, na čemž má podíl právě i medicínský systém a psychiatrie, které se

zaměřují především na fyzický aspekt pacientek a jejich komplikovaný přístup k jídlu. Z tohoto důvodu jde většina terapeutických postupů cestou nutriční osvěty, cílí na dosažení váhy, která by byla v normě, a usiluje naučit pacientky zdravému přístupu k přijímání potravy, aniž by však braly v potaz to, jak se diagnostikované osoby během léčby cítí. (Warin, 2009: 43-44) Jestliže však hovoříme o anorexii, máme co do činění se závažným kulturním problémem, který má velký vliv na subjektivitu postižené osoby. Pokud někdo odmítá jíst, nemusí to být vždy jen s cílem co nejméně zhubnout, nýbrž často jsou ve hře mnohem hlubší a velmi rozrůzněné motivy. Proto je třeba k poruchám příjmu potravy přistupovat z poněkud jiného hlediska, než je jen to čistě vědecké a racionální, které by umožnilo propojit objektivní realitu daného problému s jeho individuální interpretací ze strany pacientů. V tomto smyslu by ani anorektické praktiky, jako je hladovka, přejídání či zvracení, neměly být pojímány jen jako určité reprodukce vědou stanoveného patologického schématu, neboť anorexie může vykazovat aspekty, které zcela nekorrespondují s lékařským přístupem.¹⁸

Abychom to shrnuli, k anorexii je často přistupováno jako k pouhému vyšínutí z normy, jako k něčemu, co “odporuje přírodě”, přičemž k léčbě se využívají metody typu hospitalizace zaměřené na systematické nabírání váhy, skupinové či individuální psychoterapie, případně různé podpůrné skupiny vedené experty. V rámci těchto léčebných postupů je však subjekt v první řadě redukován pouze na svou fyzickou formu a zcela vystaven kategorizování a klasifikování ze strany expertního diskursu, který má tendence jednotlivé nemoci naturalizovat. Jak už jsme však uvedli na začátku, patologie nikdy nejsou zcela přirozené, nýbrž sociálně zkonstruované.

4.4.2 Lékařská diagnostika: nebezpečí naturalizace

Proto ani anorexii nemůžeme zkoumat zcela odděleně od diskursu medicíny, neboť právě ta má rozhodující slovo v oblasti tělesné normativity, na jejímž základě pojmenovává, klasifikuje a stanovuje diagnózy individuálních těl. Slovo odborníka navíc legitimizuje jeho

¹⁸ Anorexii totiž může provázet celá řada nejrůznějších faktorů a příčin; objevují se například případy, kdy je nemoc spíše formou resistance proti (často rodičovské) autoritě; jindy může být záměrem potlačit proces sexuálního dospívání tím, že dívky ztrácejí nejen ženské křivky, ale především menstruaci; bez sporu se v mnohých případech jedná také o specifický typ askeze s celou řadou různých záměrů. (Turner, 2008: 151-166)

autoritativní postavení vůči pacientovi, u něhož se předpokládá, že by měl lékařem stanovenou diagnózu akceptovat a přijmout navrhovaný léčebný postup. Zastáváme tudíž stanovisko, že pacient během léčby do jisté míry ztrácí svou subjektivitu a stává se v první řadě objektem klinického zkoumání, jež disponuje řadou klasifikačních nástrojů, jako jsou v případě poruch příjmu potravy např. počítání body mass index (BMI)¹⁹, krevní a jiná vyšetření, skupinové či individuální terapie a další.

Tento přístup dobře ilustruje již citovaný antropologický výzkum provedený autorkou Megan Warin, která v jedné z kapitol přibližuje svou zkušenost ze sezení s pacientkami, kdy každá z dívek představovala z medicínského hlediska pouhou biologickou trajektorii tvořenou faktory typu “věk, váha, stresové stimuly, pacientova historie (zahrnující jak lékařskou historii tak vývojovou historii, která je rozdělena na sociální, osobní a rodinou) a mentální stav.”²⁰ Na základě těchto hledisek se pak stanovovala, a v praxi stále stanovuje, finální diagnóza. (Warin, 2009: 43-44) Diagnostikování anorexie tedy vždy vychází ze symbolické moci medicíny, která legitimizuje lékařský diskurs.

To, co však lékařský systém v tomto případě nebere v potaz, je pak především fakt, že tělo se neustále vyvíjí, čímž nemáme na mysli pouze vývoj biologický spojený s růstem a stárnutím, nýbrž také vývoj symbolický. Tělo jako takové je totiž možné považovat za určitou s námi pevně spojenou entitu, do níž se vpisují veškeré naše zkušenosti a je zdrojem nejrůznějších významů; má tedy symbolický charakter a na jeho formování má výrazný vliv společenský, ekonomický a kulturní kontext, v němž se pohybujeme. Dovolujeme si tedy tvrdit, že na tělo má větší dopad spíše vnější realita a způsob, jakým ji vnímáme a přijímáme, než vnitřní (přirozené) organické procesy.

Jak ale postupovat v případě anorexie, která může být pojímána také jako extrémní forma odmítnutí vlastního těla s cílem potlačit základní procesy spojené s jeho fungováním?

¹⁹ Body Mass Index umožňuje statisticky porovnat hmotnost a výšku těla a následně stanovit, v jaké váhové kategorii se daný jedinec nachází (podváha, normální váha, nadváha, obezita).

²⁰ Přeloženo z angličtiny: “(...) age, weight, stressors, history (including medical history and a developmental history that was divided into social, personal, and family), and mental state examination, culminating with a diagnosis.”

U anorektických pacientů často dochází k základnímu pokřivení a následně odmítnutí vlastního tělesného obrazu, což je do jisté míry závažnější výsledný efekt, než jen nápadný úbytek tělesné váhy a všeobecná apatie/vyčerpanost, na které se ve většině případů zaměřuje pozornost odborníků.

Jak jsme si již ukázali v předchozích kapitolách, anorexii lze chápat jako formu extrémní kontroly vlastního těla a jeho biologických procesů, jejímž cílem může být, mimo jiné, získat větší osobní autonomii a posílit vlastní autodisciplínu; což je přesně to, co během léčby může představovat problematický faktor. V procesu “nápravy” totiž psychiatrie neusiluje o výkon dohledu nad tělem, nýbrž spíše nad samotnou “nemocí”, která sídlí v mysli pacienta a o jejíž vyléčení se usiluje. Proto často dochází k tomu, že diagnostikovaná osoba nabere požadovanou váhu, aniž by se reálně zbavila původního problému, což může ve výsledku vést k opětovné recidivě.

Fakt, že medicína při diagnostikování a léčbě pacientů nebere v potaz sociální kontext daných patologií a vnímá je pouze jako řetězec jednotlivých událostí, které mají zásadní dopad na organickou stavbu našeho těla, vede k vytvoření zjednodušujících představ o ryze biologickém charakteru jednotlivých onemocnění a poruch. Autor Louis Caruana upozorňuje, že právě proto tento vědecký přístup nedokáže vysvětlit širší společenské aspekty poruch příjmu potravy, jako třeba skutečnost, že tímto problémem trpí převážně ženy a že se zdaleka nejedná o celosvětový fenomén. Výskyt těchto specifických poruch je totiž spojen především s „vyššími a středními sociálními třídami z rozvinutých západních zemí a Japonska.“²¹ (Mancini, Daini, Caruana, 2010: 175)

4.4.3 Symbolická účinnost expertního diskursu

Ještě než opustíme tuto část zaměřenou na medicínský systém, měli bychom se pozastavit u konceptu symbolické účinnosti expertního diskursu, rozpracovaného francouzským teoretikem Pierrem Bourdieum. V této souvislosti chceme hovořit o procesu uznání lékařské

²¹ přeloženo z angličtiny: „the middle and upper social classes in developer countries in the West and Japan.“

autority na základě důvěry, kterou vůči odborníkově osobě vykazujeme, a na základě symbolů, jež jsou přenášeny nejen odborným diskursem.

Bourdieu v souvislosti se symbolickou účinností hovoří o *moci slov*, která však neleží ve slovech samých, nýbrž v samotném řečníkovi, v diskursu, který pronáší, a ve způsobu, jakým hovoří. “Jazyk se omezuje pouze na reprezentaci této autority, manifestuje a symbolizuje jí: (...) rutinizace, stereotypizace a neutralizace jsou dány pozicí, kterou zaujímají zmocněné autority na určitém poli.”²² (1985: 87) Tím autor naznačuje, že důležitou roli hraje především specifické užití daných slov nějakým řečníkem, a to určitým rétorickým způsobem a za konkrétní situace; to vede k následnému zabarvení slov nejrůznějšími konotacemi spojenými s řečnickovým kontextem. Jazyk se tak stává nástrojem, který je legitimizován prostřednictvím instituce, v jejímž rámci daná autorita svůj diskurs pronáší.²³

Expertní medicínský diskurs tedy musí být jako takový rozpoznán a následován, nikoliv pouze pochopen, jako tomu bývá u ryze denunčiativní výpovědi. Jsou přitom vždy dány přesné podmínky, za jaké příležitosti, jakým řečníkem, v jaké formě a k jakému posluchači by daný výpovědní akt měl být vysloven, aby došlo k tomuto rozpoznání. V praxi si to můžeme představit tak, že spíš budeme následovat rady týkající se našeho zdraví pronesené lékařem než třeba knězem. Zde můžeme nalézt koherenci s Foucaultovým konceptem *diskursivní události*, který definuje diskurs jako specifický prostor, v jehož rámci se realizují určité akce, tedy zakládají se výpovědní události.²⁴ (Foucault, 2002)

²² přeloženo ze španělštiny: „El lenguaje se limita a representar esa autoridad, la manifiesta, la simboliza: (...) la rutinización, la estereotipación y la neutralización vienen dadas por la posición que ocupan los depositarios de una autoridad delegada en un campo de competencia.“

²³ S tím souvisí i performativní užití jazyka tak, jak ho předkládá Austin. Tento autor zastává, že jazykem nejen něco pronášíme, ale především vykonáváme; naše výpovědi tedy mají určitý dopad na partnera v komunikaci. Oproti Bourdieumu se však zaměřuje pouze na formální podmínky diskursu, které musí být splněny, aby byla výpověď úspěšná; nikoliv na sociální podmínky, které obklopují a ovlivňují produkci výpovědi. (srov. Austin, 2000)

²⁴ Nutno však upřesnit, že v Archeologii vědění Foucault ještě popírá, že by subjekt byl emisorem výpovědi. Zdrojem diskursu podle něj není mluvčí, nýbrž určité pole praktik, v němž je tento situován. Význam má především institucionální pozice řečníka, z níž pronáší svůj diskurs, a pak také jisté kompetence, jež jsou

V souladu s Bourdiem tedy lékařskou praxi můžeme pojímat jako určitý rituál, založený na pacientově důvěře v lékařovy schopnosti identifikovat daný problém a navrhnout adekvátní léčbu. Na posílení této důvěry pak mají zásadní vliv i specifické symbolické elementy spojené se zdravotnickou institucí, jako je například bílý plášť či diplomy a certifikáty, které tomu kterému lékaři visí v ordinaci na stěně, stejně jako specifický slovník, jenž se na půdě nemocnice používá. Tyto všechny faktory přispívají posléze k tomu, že jednotlivci, uznávající autoritu medicínského systému, situují sami sebe do pasivní podřízené pozice.

S tím souvisí také další z témat, které rozpracoval Michel Foucault, a sice problematika *zповědi*, která představuje jednu z hlavních technologií nejen medicínské vědy. Při ní je subjekt nucen učinit jisté doznání, tedy vypovídat o sobě a svých pocitech, přičemž tomu, co říká, může správně rozumět jen zkušený odborník. Jak píší Dreyfus a Rabinow, “subjekt sám nemůže být posledním arbitrem svého diskursu.” (2002: 273) “Pána pravdy” či “Velkého Interpreta” totiž představuje samotný lékař, který si musí pacientova slova správně vyložit a na jejich základě zvolit patřičný léčebný postup. (2002: 275-276)²⁵ Zde se tedy opět setkáváme s legitimizovaným postavením zdravotnické instituce vědecky examínovat objekty svého zájmu (pacienty), klasifikovat je a disciplinarizovat za účelem dosažení jejich nápravy/vyléčení.

5. Biomoc jako nová forma vlády nad tělem

5.1 Pastýřská moc základem fungování současných institucí?

Moderní politické síly si dle Foucaulta stále zachovávají určité charakteristiky původní náboženské instituce, tedy něco, co sám autor nazývá *pastýřskou mocí*. V tomto ohledu se

subjektu “vlastní” a legitimizují jeho výpověď. V tomto posledním bodě se Foucault rovněž shoduje s Bourdieho konceptem symbolické účinnosti diskursu.

²⁵ Medicína má tedy v tomto ohledu také jistý hermeneutický charakter.

jedná o existenci konkrétní elity, která se stará o dobro a kultivaci většinové populace s cílem mít větší moc nad administrací jejich osobního života. Tato forma “vlády” se pak nazývá pastýřskou především v souvislosti s postavou kněze, jenž získával znalosti o duši lidí, kteří se mu zpovídali, aby je posléze mohl využít k efektivnějšímu uplatňování své autority a legitimizaci vlastního diskursu “pravdy”. V tomto smyslu tedy pravda není definována svou korespondencí k realitě, nýbrž je konstruována vnitřními principy diskursu. (Butler, 2004: 162-163)

A proč zde pastýřskou moc zmiňujeme? Jako odpověď se nabízí fakt, že v této Foucaultově koncepci se skrývá několik aspektů, které jsou klíčové pro pochopení toho, jak mocenské technologie fungují i v současnosti. V první řadě autor zmiňuje zodpovědnost, jíž pastýř přejímá za osud svého stáda, a to nejen stáda jako celku, nýbrž také za veškeré jeho členy a jejich nejmenší činy. Druhý problém se pak týká poslušnosti, kdy se jedinci zcela podřizují vůli dané autority a tím si zároveň na ní budují závislost. V případě našeho problému, kdy se pacientky trpící anorexií podřizují příkazům psychiatra či jiného doktora, tak činí především na základě racionálního přesvědčování, jemuž jsou v rámci zdravotnické instituce vystaveny. (Foucault, 1990: 100-113) Nejedná se tudíž o podřízení, které by proběhlo přímo na základě jejich vlastní vůle; o jeho správnosti jsou naopak přesvědčeny vyšší autoritou. Jak píše Foucault v knize Dějiny šílenství v souvislosti se Sauvegeem: „K léčení nemoci duše je třeba být filosofem. Neboť příčinou těchto nemocí není nic jiného než divoká touha po něčem, co se nemocnému jeví jako dobré, a povinností lékaře proto je přesvědčit ho, že to, po čem tak vášnivě touží, je dobré jen zdánlivě, ale ve skutečnosti zlé, a vyvést ho tak z jeho omylu.” (1994: 123)

V tomto ohledu je důležitý také fakt, že každá mocenská instance musí disponovat určitými znalostmi o všech jednotlivých jedincích, kteří se jí podřizují. Foucault k tomu v souvislosti s pastýřskou mocí připomíná, že “pastýř musí být informován o materiálních potřebách každého člena skupiny a v případě nutnosti je uspokojit. Musí vědět, co se zrovna děje a co jednotliví členové dělají (...) a nakonec musí také vědět, co se děje v duši každého

z nich, znát jeho tajné hříchy, jeho pokrok na cestě svátosti.”²⁶ (Foucault, 1990: 114) Byť tedy v tomto případě autor přibližoval především činnost církevní instituce, danou charakteristiku můžeme vztáhnout i na jiné formy mocenských instancí. Ilustrovat to lze na příkladu námi zkoumaného zdravotnického systému, jenž k získání klíčových znalostí o subjektu využívá celou řadu examinačních či statistických nástrojů a již výše zmíněnou techniku zpovědi. Zde se nám tedy uzavírá pomyslný trojúhelník, který je ve Foucaultově teorii tvořen subjektivní zkušeností (v našem případě zkušeností duševní “nemoci”), mocí, jež je nad jednotlivými subjekty vykonávána, a věděním, které přispívá k jejímu efektivnějšímu uplatňování.

5.2 Kontext vzniku foucaultovské biopolitiky

Koncept pastýřské moci jsme zmínili především proto, abychom si na jeho základě lépe ilustrovali základní fungování mocenského aparátu a mohli dále přistoupit k přiblížení vzniku nové politické racionality, v jejímž rámci se tělo, především z biologického hlediska, stává centrem (nejen) politického zájmu a získává v kontextu současné společnosti značně problematickou pozici. Tvoří totiž součást řady aktuálních problémů, jakými jsou například nerovnost a diskriminace, vykořisťování, problematika sexuální identity ale i vznik civilizačních chorob.

Pro začátek je třeba říci, že v rámci společenského celku došlo ke zcela zásadním změnám, které přispěly ke vzniku nové formy politiky. Pokud si to vztáhneme na problematiku medicínského systému, ten se v průběhu osmnáctého století přeměnil z původní podoby jisté charitativní instituce, jež poskytovala pomoc hlavně chudým a marginalizovaným jedincům, na formu politické strategie uplatňující se v oblasti zdraví celé populace. S tím souvisel také vznik nového aparátu zvaného *policie*, který však

²⁶ přeloženo ze španělštiny: “El pastor debe estar informado de las necesidades materiales de cada miembro del grupo y satisfacerlas cuando se hace necesario. Debe saber lo que ocurre, y lo que hace cada uno de ellos (...), y lo último, debe saber lo que sucede en el alma de cada uno, conocer sus pecados secretos, su progresión en la vía de la santidad.” (Foucault, 1990: 114)

nepředstavoval pouze policejní instituci tak, jak jí známe dnes, nýbrž se jednalo spíše o “soubor mechanismů, sloužících k zajištění pořádku, řádně vedeného růstu bohatství a podmínek zachování zdraví ‘obecně’.”²⁷ (Foucault, Gordon, 1980: 170) Na síle tak získala nová strategie směřující k regulaci populace jako celku, podpořená demografickým růstem, k němuž v západní Evropě došlo, a tedy i nutností zvýšit účinnost kontrolního aparátu a přizpůsobit se novým socio-ekonomickým mandátům; jako příklad podobného imperativu si můžeme uvést zvýšení produkce. Dle Foucaultových slov se “biologické vlastnosti populace stávají relevantními faktory pro ekonomický management a je tedy nezbytné kolem ní vystavět aparát, který zajistí nejen její podrobení, ale také neustálé zvyšování její užitečnosti.”²⁸ (Foucault, Gordon, 1980: 172) Cílem této formy regulace tudíž bylo, a stále do jisté míry je, zajistit maximální využitelnost jednotlivých subjektů.

Ačkoliv se Foucault zabýval především společenskými proměnami v 17. až 19. století, jeho úvahy lze dobře vztáhnout i na kontext současnosti. Jako analytik moci se zaměřil také na transformaci mocenského uspořádání a upozornil na obrat, jak už bylo naznačeno, k němuž v rámci vládnoucích institucí došlo. Do centra zájmu tehdejší vlády se totiž dostala biologická existence obyvatelstva a snaha o kultivaci jejich života a blahobytu. Panovník tak již nebyl pouhým arbitrem v otázkách trestu smrti, ale jako nový úkol mu přibyla rovněž starost o život populace, a tím i vykonávání vyššího dohledu nad jejím fungováním. (Foucault, 1999: 161-164)

V této souvislosti došlo ke vzniku dvou forem nové politické moci, přičemž jedna z nich byla už krátce zmíněna v předchozích kapitolách. V první řadě se jednalo o *biopolitiku*, která mocensky působí na tělo s cílem ho disciplinarizovat a zvýšit tím jeho (nejen) ekonomickou produktivitu. Jak píší Dreyfus a Rabinow, “k tělu se přistupuje jako k objektu, který lze analyzovat a rozložit na části. Cílem disciplinární technologie je vytvořit poslušné tělo, které může být podřízeno, které může být využito, které může být

²⁷ přeloženo z angličtiny: “the ensemble of mechanisms serving to ensure order, the properly channelled growth of wealth and the conditions of preservation of health ‘in general’.”

²⁸ přeloženo z angličtiny: “The biological traits of a population become relevant factors for economic management, and it becomes necessary to organize around them an apparatus which will ensure not only their subjection but the constant increase of their utility.”

transformováno a zdokonaleno.” (2002: 239) V této souvislosti se tělo stává jak klíčovým objektem mocenského působení, tak nástrojem k dosažení určitých společensky definovaných cílů. Foucault přímo hovoří o takzvané *politické anatomii* (2000: 63), tedy o souboru materiálních elementů a technik, které si podřizují individuální těla a činí z nich předměty vědeckého a politického zkoumání.

V druhém případě hovoříme o vývojově mladší *biopolitice populace*, která se zformovala v průběhu 19. století a jež se spíše než na disciplinování individuálního těla zaměřuje na kontrolu života společnosti jako celku. Zde se jednotlivé instituce na poli vzdělávacího, zdravotnického i pracovního systému opírají o nové statistické nástroje, jakými jsou například demografie, kontrola porodnosti, veřejná hygiena či sociální zabezpečení, které jim umožňují přehledně registrovat faktory, jako třeba porodnost, úmrtnost, životní úroveň a podobně. (1999: 162) Od disciplinárních dispositivů působících na tělo jednotlivce jsme se tak přesunuli k cílené regulaci obyvatelstva prostřednictvím mocenského působení na veškeré aspekty našeho života. Netřeba zmiňovat, že k nárůstu kontroly života obyvatelstva ze strany vyšších institucí přispěl významnou měrou také rozvoj věd o člověku, jenž přinesl řadu nástrojů a technik k analýze jak individuálního, tak společenského těla. V tomto případě tedy mocenské síly nepůsobí individuálně, nýbrž operují v globálním měřítku s cílem regulovat biologické procesy celých mas.

5.2.1 Proces vylučování a marginalizace

Byť se biopolitika může v určitých aspektech jevit jako efektivní nástroj k zaručení blahobytu obyvatelstva, její působení má také své vedlejší účinky, a sice riziko sociálního vyloučení a marginalizace těch, kteří nepatří mezi “privilegované” jedince. Foucault tímto upozorňuje na vzájemné propojení racionalizace, politické technologie a možného “zneužití moci” jejich prostřednictvím. (Foucault, 2000a, 215-217) Výsledkem této nové biopolitické strategie je v konečném důsledku vznik určitého státního rasismu, který má tendenci klasifikovat masu jedinců a ty následně rozdělovat na normální a “degenerované” subjekty.

Jinými slovy se jedná o novou formu státního dohledu, probíhajícího na základě biologických kritérií, v rámci jehož logiky by měla být veškerá nějak postižená těla napravena. V této souvislosti tak zdravotnický systém vytváří spojovník mezi

disciplinováním jednotlivých těl a regulací celé populace; poskytuje totiž státnímu aparátu nástroje, data a konkrétní normy potřebné ke klasifikaci stavu obyvatelstva. Medicína tudíž začíná figurovat jako důležitý administrativní systém, na jehož základě probíhá výzkum a kontrola zdravotních podmínek populace, přičemž středem jeho zájmu nejsou pouze samotná onemocnění, nýbrž celá řada lidských návyků, které je potřeba regulovat (jídlo a pití, sexualita a plodnost, oblékání a rozvržení životního prostoru). (Foucault, Gordon, 1980: 176) Lékařský systém má proto ve zmíněném procesu společenské transformace zcela fundamentální roli, neboť objektem státního dohledu a administrace se stává tělo, potažmo lidský život, a to na základě spojení *anatomopolitiky*, jejímž úkolem je vykonávat dohled nad jednotlivými subjekty, a biopolitiky, která má globálnější cíl - zaručit přežití populace. Z tohoto důvodu má smysl uvažovat koncept biopolitiky především v souvislosti s moderní společností, jejíž vývoj zásadně ovlivnil jak biomedicínský diskurs, tak vznik fenoménu "veřejného zdraví"²⁹; oba tyto faktory přitom přispěly k racionalizaci společenského řádu a k začlenění vědeckých praktik do každodenního života obyvatelstva.

Foucault tedy již nehovoří o společnosti dohledu, jako tomu bylo v souvislosti s uvažováním o panoptických institucích v díle *Dohlížet a trestat*, nýbrž o normalizační společnosti kontroly, v jejímž rámci sice disciplína stále existuje, ale nově se objevují také nástroje přímé regulace. Na novém uspořádání společenského řádu a vzniku fenoménu biomoci se přitom podílel také vývoj kapitalismu, který "mohl být zabezpečen jen za cenu kontrolovaného zapojení těla do aparátu produkce a pomocí přizpůsobení fenoménů populace ekonomickým procesům." (Foucault, 1999: 163) Aby tedy mohlo dojít k nárůstu produkce, který si vyžadovala nová doba, bylo nutné zvýšit rovněž využitelnost a poslušnost celé masy subjektů. Disciplinování individuálního těla tedy bylo nahrazeno disciplinováním a kontrolou celé populace, jejích schopností a života.

Moc tudíž nepředstavuje pouze jakousi abstraktní sílu, nýbrž tvoří integrální součást subjektivní zkušenosti jednotlivců. Mocenské síly, které prostupují společenský i vědecký

²⁹ Pojem veřejné zdraví, tak jak ho definuje zákon, představuje "zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin. Tento zdravotní stav je určován souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek a způsobem života." (§ 2 odst. 1 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví)

diskurs, ovlivňují každodenní život všech individuů a “nutí” jim určité normy, jejichž platnost by měli rozpoznat a následně respektovat. Toto mocenské působení se přitom vyznačuje několika základními charakteristikami: moc by v tomto případě neměla být spojována pouze se zákonnými normami, neboť se jedná spíše o specifické techniky a nástroje, které mají formální a produktivní charakter (nikoliv tedy represivní). V souvislosti s mocí navíc nehovoříme o síle, jež by se vykonávala svrchovaně z pozice vyšší autority vůči “podřízeným”; její působení se totiž rozpíná napříč celou společností, kdy je postupně absorbována jednotlivými institucionálními či politickými instancemi.

Proto si v této souvislosti dovolíme zastávat názor, že veškeré instituce, které se nějakým způsobem zabývají poruchami příjmu potravy³⁰, staví svou činnost na expertních znalostech, často pocházejících přímo z oblasti medicíny, což jim umožňuje uplatňovat podobný typ odborné autority vůči diagnostikovaným jedincům. Tato autoritativní pozice jim přitom usnadňuje možnost intervence vůči individuálnímu tělu, dovoluje zahájit nápravu daného problému a “předělat” či “normalizovat” svět jednotlivých pacientů; cílem je tedy upevnit symbolickou roli dané instituce v otázce léčby a zásadním způsobem rekonstruovat každodenní život daných jedinců tím, že jsou jim poskytována určitá vodítka a praktické strategie, které by měli subjekty na cestě za vyléčením realizovat. I z perspektivy podobných asociací je tedy anorexie rovněž pojímána a léčena především jako duševní nemoc či jako deviace běžných stravovacích návyků, které musí být normalizovány, aby došlo ke kýžené nápravě nemocné osoby. Medikalizace, která bývá běžnou součástí terapie, přitom představuje specifickou formu kontroly vykonávanou danou institucí nad individuálním tělem.

V návaznosti lze říci, že ve chvíli, kdy některý z odborníků stanoví konkrétní diagnózu, v našem případě definuje pacientku jako “anorektičku”, vnucuje tím dané osobě určitou “novou” realitu, s níž by se měla vypořádat; realitu abnormálního těla postavenou

³⁰ Zde je nutno podotknout, že řešení problému poruch příjmu potravy nenabízí pouze psychiatrie, nýbrž také různé organizace, které ženám rovněž zprostředkovávají jistou formu pomoci. Diskurs zmíněných asociací však i v tomto případě vychází z odborných znalostí a medicína má v rámci jejich činnosti rozhodující roli. V České republice například působí centrum Anabell, které ženám trpícím těmito poruchami nabízí skupinovou či individuální terapeutickou péči. (viz www.centrum-anabell.cz)

proti tělu normálnímu, zdravému. Odborný diskurs, legitimizovaný autoritou zdravotnické instituce a podpořený vědeckými a statistickými nástroji, tak vytváří reprezentace o těle odpovídajícím normě, a tím podporuje do jisté míry chimérickou představu dokonalého zdravého těla. Jak si však ukážeme v další části této práce, užívání podobně absolutních kategorií může být velmi problematické.

V kontextu současné společnosti, kdy získává na důležitosti biopolitický diskurs, se tedy jedincovo tělo, ale také jeho subjektivita, ocitá na pomezí normalizace a individualizace, disciplinarizace a možnosti získání určitého vlivu/moci. Ani jedna opozice však nemůže být chápána jako zcela protikladná, a to z následujících důvodů. Již jsme nastínili v předchozích odstavcích, že současný společenský řád vykazuje určité normalizující tendence, jejichž cílem je usměrňovat jednání jednotlivých subjektů a přímo kontrolovat důležité aspekty jejich života. Na straně druhé jsme však také zmínili, a to v souvislosti s teoriemi Ulricha Becka, že moderní společnost klade důraz na jistou individualizaci subjektů, kterým je nyní přiznána vyšší míra svobody rozhodování, a tím ale také vyšší míra zodpovědnosti za svůj "osud". (2004: 115-120) V návaznosti na tuto perspektivu tudíž můžeme zastávat, že individuální tělo se nachází na pomezí těchto dvou faktorů, neb je vystaveno zároveň normalizačnímu i individualizačnímu působení.

V druhém případě, kdy hovoříme na jedné straně o disciplinarizaci a na straně druhé o možnosti mít určitý vliv, přímo odkazujeme na Foucaultovu mocenskou teorii, v jejímž rámci má moc, jak už bylo také výše zmíněno, všudypřítomný charakter a prostupuje veškeré aspekty individuálního života. Tato moc navíc nikdy není pouze jedna, nýbrž má řadu různých podob od specifických disciplín až po námi rozebíranou pastýřskou moc, jež stojí v základu fungování celé řady společenských instancí. Tělo je tedy v této souvislosti vystaveno (nejen) vnějšímu disciplinárnímu působení, jeho pozice však nikdy není zcela pasivní; Foucault ve svých úvahách totiž připouští také možnost resistance, která je jedním z neodlučitelných faktorů mocenských sil. Nejsme tedy zcela uvězněni mocí, vždy je možné její dominanci určitým způsobem modifikovat.

V závěru této kapitoly ještě nutno zmínit, že biopolitiku bychom měli chápat především jako určitou technologii, která nachází uplatnění ve vládním aparátu. Nejedná se

tedy o samotný typ politické racionality, nýbrž o konkrétní aplikaci dané techniky moci, jež prostupuje proces vládnutí, zákony, ustanovení, lékařské praktiky, diagnostické nástroje a v neposlední řadě také diskursy. Biopolitika má tak v konečném důsledku zásadní dopad na individuální těla a podílí se přímo i na konstrukci identit jednotlivých osob.

6. Normativní konstrukce identity

6.1 Co je to norma? Jak se utváří tělesná normativita?

S tím, co jsme si rozvedli v předchozích kapitolách, je spojena také tělesná *normativita*, tedy stanovení *norem*, jimž by mělo každé tělo odpovídat a na základě nichž je možno jednotlivce klasifikovat. Jedním z otců tohoto tématu je bezpochyby Georges Canguilhem, který se v díle *Normální a patologické* snaží mimo jiné najít dělicí čáru mezi tím, co je považováno za normální, a tím, co se od stanovené normy odchyluje. Na základě čeho však můžeme ve společnosti vytvořit nějaký přesně stanovený standard?

Zastáváme stanovisko, že v normativním uspořádání společnosti mají klíčovou roli mocenské vztahy operující na jejím pozadí. Normu můžeme v tomto smyslu považovat za určité společenské nařízení, jež by mělo být následováno pod hrozbou konkrétních sankcí, pokud by došlo k jeho porušení. Těmito sankcemi pak nemusí být pouze tradiční formy trestání, jako jsou třeba peněžní pokuty či vězení (v případě že hovoříme o normách na úrovni zákona), nýbrž mnohem dalekosáhlejší a závažnější “tresty” jako například sociální vyloučení. Jak naznačuje Foucault ve svých teoretických pracích, v naší historii existovala řada způsobů, jak se abnormální jedinci oddělovali od většinové společnosti.³¹

V případě Canguilemovy teorie hovoříme o jistých normativních vzorcích, jimž se během našeho každodenního počínání přizpůsobujeme. Autor navíc rozlišuje mezi normami biologickými, které jsou vnitřní lidskému organismu (vychýlením z normálu je v tomto případě nemoc), a normami společenskými, jež jsou předepisovány vnějším systémem

³¹ Viz vyloučení malomocných ze společnosti v 18. a 19. století a pozdější disciplinární rozčlenění společenského celku během morové nákazy. Model moru přitom představoval ideální uspořádání disciplinární společnosti, v němž jsou jednotlivá individua funkcionálně rozmístěna v uzavřeném prostoru, aby bylo možno co nejefektivněji sledovat i jejich nejmenší pohyby. Naproti tomu v případě modelu lepry hovoříme spíše o binárním oddělení zdravých jedinců od malomocných. (Foucault, 2000: 280) V reálné praxi však tyto čisté modely nenajdeme, vzájemně se totiž doplňují; například v nemocnici se setkáme jak s disciplinárním dohledem typickým pro společnost moru, tak binárním dělením na zdravé a nemocné, jako tomu bylo v případě lepry.

(například vzorce správného chování, modely ideálních sociálních a rodinných vztahů a podobně). Zatímco tedy určitá biologická normativita je nám přirozeně vrozená, neboť se týká konfigurace našeho organismu, společenské normy naopak musíme jistým způsobem internalizovat, přijmout za své a posléze následovat. (Canguilhem, 1978: 86-104). V této souvislosti můžeme říci, že tato všeobecná regulace prostřednictvím různých mocenských sil vytváří byť jen symbolický nátlak na jednotlivá individua a podílí se zásadním způsobem na formování jejich subjektivity. Opět se zde setkáváme, i v souladu s Foucaultovým uvažováním, spíše s regulačním, nikoliv nutně represivním charakterem těchto norem.

To, co Canguilhem ve svém díle odmítá, je striktní odlišování normálního a patologického; dle jeho slov totiž patologické může také představovat jistý typ normy. “Patologický stav může být nazýván normálním v tom smyslu, že vyjadřuje vztah k normativě života. (...) Abnormální není tím, čím je, z důvodu absence normality. Neexistuje totiž život bez životních norem a i patologický stav je vždy určitým způsobem žítí.”³² (Canguilhem, 1978: 137) Ve chvíli, kdy se organismus nachází v patologickém stavu, dochází jen k redukci jednotlivých norem, ale nikoliv k jejich úplnému zmizení. V případě léčby pak hovoříme o jakési snaze všechny fyziologické normy uvést do původního stavu, dochází však, jak autor upozorňuje, k aplikaci “nových forem života, často nadřazených těm původním”. (Canguilhem, 1978: 137) Norma tedy v konečném důsledku nemůže být něčím, co by šlo definovat pouze pomocí vědecké statistiky a analýzy.

Problematika této normativity úzce souvisí také s poruchami příjmu potravy a s medicínskou vědou, která se jeví jako jediná možná cesta k vyléčení a “nápravě” diagnostikovaných jedinců. Lékařství představuje “aktivitu zakořeněnou ve spontánní snaze lidských jedinců dominovat svému prostředí a organizovat ho na základě vlastních hodnot.”³³ (Canguilhem, 1978: 138) Z této pozice pak mají odborníci výsadní právo stanovovat diagnózy, a tím také objektivně definovat patologický stav zkoumaných jedinců.

³² Přeloženo z angličtiny: “The pathological state can be called normal to the extent that it expresses a relationship to life’s normativity. (...) The abnormal is not such because of the absence of normality. There is no life whatsoever without norms of life, and the morbid state is always a certain mode of living.”

³³ Přeloženo z angličtiny: “It is an activity rooted in the living being’s spontaneous effort to dominate the environment and organize it according to his values as a living being.”

V tomto ohledu však tělo nemůžeme redukovat na pouhý souhrn objektivních dat, jež mohou případně indikovat odchylku od kýženého normálu, neboť svou roli při vzniku a následné léčbě (především duševního) onemocnění hraje také subjektivita daného jedince.

V případě anorexie pak samozřejmě nehovoříme pouze o normativitě v rámci lékařského systému, nýbrž do jisté míry o celospolečenských normách zaměřených na tělesno či vzorce správného chování. Stolování je například jednou z klíčových společenských aktivit, neb se jedná o moment, při němž sdílíme jídlo s těmi nejbližšími, navazujeme vztahy, interagujeme a komunikujeme; představuje tudíž specifický sociální rituál, řídicí se zcela určitými pravidly zavedenými v té které společnosti. V tomto smyslu je anorektické chování všeobecně považováno za abnormální, jelikož tradiční stravovací praktiky jsou nahrazeny novými návyky typu hraní si s jídlem, krájení soust na co nejmenší kousky, snaha jíst vždy o samotě a podobně. (Warin, 2009: 58)

V konečném důsledku lze říci, že to, o co usilují jednotlivé normy, je především sjednotit společenskou různorodost a zbavit se tak nežádoucí difference, která by mohla jedinci bránit vést “normální” život tak, jak si žádá standard. Anorexie proto nepředstavuje pouze mentální poruchu, která má zcela zásadní dopad na biologické fungování těla, nýbrž také velmi specifický styl života, jež by měl být dle normativního diskursu podroben nápravě.

6.2 Butler vs. Foucault

Specifickému typu “produktivní normativity” se věnuje ve svém díle také Judith Butler, která přímo hovoří o tzv. *nové ontologii těla* jakožto produktu mocenských operací, jež rámuji současnou realitu. Autorka v této souvislosti konkrétně uvádí, že “být tělem znamená být vystaven sociálnímu tvarování a určité formě; právě tak se ontologie těla stává sociální ontologií. Jinými slovy, tělo je vystaveno sociálně a politicky artikulovaným silám a také nárokům společenskosti - včetně jazyka, práce a touhy -, které umožňují tělu přetrvat a rozvíjet se.” (Butler, 2013: 11) Normy a společenské síly tak mají zásadní vliv na formování identity jednotlivce.

Dostáváme se tím opět k tématu mocenského působení, kterému se Butler, jakožto autorka, která do značné míry vycházela z Foucaultových teoretických prací, rovněž věnovala.³⁴ V její koncepci tak můžeme najít značnou spojitost s tímto francouzským autorem, na druhou stranu se však její přístup do jisté míry liší. Jedním ze základních pojmů mezi Foucaultem a Butler a jejich uvažováním o sexualitě je nicméně oběma zastávaná představa, že v případě sexuality a pohlaví hovoříme o kulturně zkonstruovaných kategoriích.

Vzhledem k tomu, že nás v této práci zajímá především problematika tělesnosti, je třeba přiblížit, jak *tělo* jako takové tyto dva autoři vnímají. Zatímco pro Foucaulta je tělo materií, do níž jsou mocenské síly inscribovány za účelem dosažení jeho transformace a disciplinarizace, Butler naopak tuto tělesnou materialitu, jež by předcházela mocenskému působení, částečně popírá. Dle jejího názoru tělesnost představuje kategorii, která je formována diskursem samým a od začátku je tedy úzce spojena se samotnou signifikací. Objevuje se zde jistý paradox, kdy na jedné straně je tělo produkováno tímto procesem signifikace, na straně druhé se jeví jako něco, co tomuto procesu předchází a stojí zcela samostatně. Tím chce autorka naznačit, že vypovídací hodnotu nemá anatomické tělo jako takové, neboť skutečný význam nabývá až v souvislosti s určitými limity a normami, které jsou na něj zvnějšku společností aplikovány. (Butler, 2007: 71-72) Ke skutečné materiální realizaci těla dochází tedy až prostřednictvím kulturních procesů a především jazyka, neboť tělo jako takové je neodlučitelné od norem, jež řídí jeho materializaci a pozdější signifikaci těchto materiálních efektů. (Butler, 2007: 85-87)

Rozdíl může být spatřován také v souvislosti se samotným konceptem moci, přičemž z Foucaultovy perspektivy je moc v první řadě produktivní, neboť vytváří subjekty a transformuje je za účelem zvýšení jejich výkonnosti. V případě teorie Judith Butler je moc spíše dvoudimenzionální, tedy je jak produktivní, tak také represivní - subjekty nejen utváří, ale především omezuje. Zde se pak americká teoretička částečně opírá o diskurs psychoanalýzy a zabředá do problematiky nevědomí, které vnímá jako jistou možnost

³⁴ Zde je nutno podotknout, že byt' se tato americká autorka zabývala otázkami moci a konstrukcí identit převážně v souvislosti se sexualitou a pohlavím, její uvažování o společenské normativitě nám poslouží i v případě poruch příjmu potravy. Ty totiž rovněž považujeme za typ určité identity, formované prostřednictvím společenských norem.

resistence proti vnějším společenským imperativům usilujícím právě tuto dimenzi lidské psychiky potlačit. To, co je vnímáno jako společenské tabu (incest, homosexuální láska a podobně), tak může v nevědomí figurovat jako předmět touhy, přičemž její postupné utvrzování může vést až ke vzniku “nepřijatelného” subjektu. (Butler, 2002: 162-163)

Pokud zde navážeme paralelou k poruchám příjmu potravy, ty lze rovněž vnímat jako určité “vyšinutí” vůči tomu, co je společností považováno za normální a přijatelné stravovací návyky, tělesné proporce a vztah k sobě samému. Stejně tak jako kategorie homosexuálů v pracích Judith Butler i anorexie přitom představuje jistou formu autentické ženské identity, na jejímž vzniku se podílí, ať už vědomá či nevědomá touha přiblížit se specifickému ideálu krásy, získat absolutní kontrolu nad vlastním tělem případně vyjádřit resistenci ve vztahu k jistým formám autority. Touha tak i v tomto případě hraje zcela zásadní roli. Osoby s diagnostikovanou anorexií totiž na jedné straně usilují o dosažení specifického cíle, na straně druhé však za tímto účelem zcela potlačují přirozené potřeby svého těla, například potřebu přijímat potravu.

6.3 Normativní utváření identity

Tímto odkazem na to, co je považováno za “běžné”, se opět dostáváme k tématu normativity. Butler v rámci problematiky sexuality poukazuje na určitý diskursivní normativní režim, který produkuje a formuje subjekty s přesně určeným pohlavím a přijatelnou sexuální orientací. V tomto případě dochází jednak k naturalizaci pohlaví, jednak k přisvojení a neustálému opakování daných norem jednotlivými subjekty, což tato americká autorka nazývá *performativitou*³⁵. Právě tyto performativní akty představují faktory, které se podílejí na konstituci subjektu a jeho *identity*, a to tím, že jsou neustále opakovány jakoby v rámci určitého rituálu. (Butler, 2002: 145-146) I proto můžeme říci, že individua jsou určována pouze performativně v rámci kulturního a sociálního života, neboť každý má zcela specifickou pozici, k níž se váže řada příkazů a omezení. Individuální identita je tedy

³⁵ Performativita v tomto smyslu není termínem, který by pocházel z feministických teorií, nýbrž z filosofie jazyka. Viz již zmíněný J. Austin, Paul Grice nebo kritika Austinovy koncepce přednesená Jacquesem Derridou.

utvářena normativním režimem, který operuje na základě normalizačních kategorií a má jistý vylučující charakter; subjekty neodpovídající stanoveným normám jsou totiž vystaveny riziku společenské exkluze.

V případě *identitárního utváření* hovoříme proto o procesu, na němž se podílí množství různých sociálních technologií a diskursivních či sémiotických dispositivů. Ve výsledku tak každá jednotlivá kategorie, ať už pohlaví nebo třeba sexuální orientace, představuje pouhou společenskou konstrukci, přesně definovanou v souladu s daným sociálním kontextem. S tím souvisí také sémiotický charakter těchto kategorií, neboť každá z nich je zároveň specifickým systémem reprezentací, který jistým způsobem definuje konkrétní subjekt. Například s kategorií heterosexuality se pojí řada významů, jež přímo vymezují identitu heterosexuálního jedince, jeho hodnotu, pozici v sociálním systému a také společenský status. V konečném důsledku je tedy i identita subjektu trpícího anorexií formována především performativně, a to na základě norem a reprezentací, které společnost vytváří v souvislosti s kategorií “zdravého” případně “krásného” těla.

Jak jsme již několikrát naznačili, poruchy příjmu potravy představují poměrně nový fenomén, který je úzce provázán se společností a všemi jejími transformacemi. V současnosti se nacházíme ve vizuálně zaměřené době, v níž tělo jako vnější materiální schránka podléhá neustálému hodnocení, klasifikaci a do jisté míry i diskriminaci.³⁶ Snaha toto tělo udržovat, tedy “být v kondici” souvisí proto s tendencí odpovídat kulturním mandátům, módním trendům či vzorcům toho, jak by měl správný moderní jedinec vypadat.³⁷ Specifické praktiky přijaté za účelem zredukování hmotnosti, ať už se jedná o sportování, dietu nebo systematické hladovění v případě anorexie, se tak stávají typickými rituály současné doby, neb řadu jedinců provází mnohdy i větší část života a reflektují často komplikovaný vztah se sebou samým a s tendencí identifikovat se se všeobecně přijatými

³⁶ Stačí nahlédnout do různých lifestyleových magazínů či jiných médií, která kladou značný důraz na “atraktivní” vizuální aspekt jimi zobrazovaných osob.

³⁷ Podnětné myšlenky o moderním (nebo tzv. neoliberálním) subjektu nalezneme například v díle francouzských autorů Laval a Dardota. Ti ho definují jako “kompetentního a soutěživého jedince, který hledá způsob, jak maximalizovat svůj lidský kapitál (...) a jenž usiluje především o seberealizaci s cílem se permanentně transformovat, zlepšit se a stát se každým dnem efektivnějším.” (Laval, Dardot, 2013: 338)

modely. Tato identifikace je přitom způsobem, jakým přijímáme za své jednotlivé normy, jelikož právě ty delimitují to, co je považováno za správné a “zachraňují” subjekt od sociálního vyloučení či potrestání v případě, že by se od stanovených pravidel odchýlil. Tím se tedy určují “hranice tělesného života, kde ‘mrzká’ těla zbavená legitimacy nejsou považována za skutečná těla.”³⁸ (Butler, 2002: 38) Zde vzniká základní problém, kdy štíhlost je všeobecně uznávanou normou, podpořenou navíc vědeckými nástroji typu výpočet BMI (Body Mass Index), zatímco například nadváha má spíše charakter jakéhosi stigmatu.

Myšlení Judith Butler je tak pro naši práci přínosné především proto, že propojuje téma tělesné normativity s formováním společenských subjektů a zabývá se pozicí těch, kteří byli systémem a hegemonním diskursem uznáni jako nepřijatelní a nestabilní jedinci. Důležitý je rovněž důraz, který autorka klade na performativní charakter naší identity, v němž spatřuje možnost i jisté resistance a resignifikace toho, co je v současnosti považováno za “divné” a “neakceptovatelné”.

Mít některou z poruch příjmu potravy tedy v souvislosti s butlerovskou logikou znamená disponovat jiným hodnotovým systémem a reagovat úplně odlišným způsobem, než je “běžné”, na každodenní situace. Identita nemocného jedince tak může být z tohoto hlediska považována za deviantní, neboť nemocné tělo se na jedné straně vymyká normám přijatým lékařským systémem, na straně druhé subjekt jako takový vykazuje nenormální chování. Tím, že anorexii budeme považovat za jistou formu specifické identity, však můžeme následně dojít také ke zpochybnění tradičního klasifikačního systému, který operuje na základě dále rozvedené *binární logiky* (např. opozice zdravý vs nemocný).

6.3.1 Mentální anorexie: forma nové identity?

Stejně jako v případě sexuality hovoříme o jisté společenské konstrukci, která umožňuje vysvětlit pohlavní diferencí, v případě nemoci je to podobné. Všeobecný diskurs zaměřený na nemoc v první řadě legitimizuje distinkci mezi zdravým a nemocným a umožňuje rozlišit

³⁸ přeloženo ze španělštiny: „aquellas fronteras de la vida corporal donde los cuerpos abyectos o deslegitimados no llegan a ser considerados ‚cuerpos‘.“

mezi tím, co je v normě, a tím, co už ne. V souvislosti s anorexií je to však poněkud složitější, neb ve většině případů se pacientky se svým problémem přímo identifikují, což například v případě onemocnění organického typu nenastává. Ilustrovat si to můžeme na úryvku z knihy *Abject Relations*, kde autorka popisuje způsob, jakým některé pacientky vnímají své onemocnění: “pro mnohé anorexie byla ztělesněním nikoliv nemoci, nýbrž spíše přítelem (a nepřítelem), který nabízel podporu, společnost a radu. Umožňoval jim zbavovat se pocitu osamělosti, ačkoliv ve skutečnosti byly velmi osamělé.”³⁹ (Warin, 2009: 71) Daný zdravotní problém je tedy (alespoň do určité fáze) přijímán pozitivně a stává se do značné míry součástí vlastního já.

Nabízí se tím, že anorexie jako určitá kategorie identity nemá význam sama o sobě, nýbrž spíše jako součást společenských vztahů; hraje zde roli nejen vztah se sebou samým, ale především také s ostatními a to, jak druzí postižené osoby vnímají. “Být anorektičkou” s sebou nese nepopiratelné negativní konotace, jež dopředu předurčují způsob, jakým budou jedinci spadající do této kategorie přijímáni a jaké atributy jim budou společností přiznávány. Dobrovolné hladovění, nucené zvracení či nadužívání projímadel představují praktiky obecně spojované s extrémní štíhlostí, které zároveň slouží jako obecná rámcová charakteristika pacientek, jimž byla anorexie diagnostikována.

U těchto dívek pak často může vznikat problém udržovat běžné společenské vztahy, a to z důvodu nedostatečného sebevědomí, nedůvěry k okolí a především extrémních stravovacích návyků. Jídlo považují nikoliv za důležitou součást sociálního života, nýbrž za nepřítele, tudíž je s ním spojena celá řada nepříjemných pocitů jako úzkost, strach, mnohdy i nenávisť; ve většinové společnosti má přitom stravování zcela ústřední postavení. (Warin, 2009: 106-108) V konečném důsledku tak může dojít, na základě výše zmíněných faktorů, k sociálnímu vyloučení daných osob a k tomu, že později přijmou anorexiu za součást vlastní identity, tedy za něco, co jim zprostředkovává pocit, že někam patří.

³⁹ Přeloženo z angličtiny: “For many, anorexia was embodied not as illness, but personified as a friend (and an enemy) that offered support, companionship, and advice. It made them feel “not alone” when they were in fact quite alone.”

6.3.2 Identita v kontextu myšlení Jacquese Derridy

V úvodu této kapitoly zaměřené především na teoretické koncepce Jacquese Derridy, považujeme za nutné zmínit klíčový rozdíl, který nesmiřitelně odděluje tohoto francouzského autora s jeho současníkem Michele Foucaultem, přičemž se nejedná o pouhou neshodu v metodologii, kdy Foucaultovo uvažování orientoval metodologický postup archeologie a později genealogie, zatímco Derrida přišel s metodou *dekonstrukce*. Spor tkvěl především v jejich rozdílném přístupu k uvažování o *struktuře*; ačkoliv oba patřili mezi poststrukturalisty, pro Derridu představovala západní metafyzika jeden velký celek, který umožňoval studovat myšlení jednotlivých autorů v kontextu děl jiných myslitelů. Historický vývoj proto podle něj nešlo rozdělit na několik nesouměřitelných epistém, jež by samy o sobě měly charakter zcela uzavřeného systému. Celé Derridovo dílo, jak si následně ukážeme, je organizováno principem otevřenosti a neukončenosti; autor se tedy vyhýbá jakýmkoliv absolutním definicím a snaze rozdělovat dějiny na jednotlivá období.

Pokud se nyní vrátíme ke kategorii identity, která nás v této kapitole zajímá, ta je v souladu s Derridovým myšlením (Derrida, 1993: 146-168) konstruována z velké části na základě hry *diferencí*; ve vztahu k tématu naší práce tedy tím, že se určitý subjekt odlišuje od jiného. Není to však ani tak “patologický” stav, kterým by se pacientky vyčleňovaly od ostatních, nýbrž právě jejich specifický vztah nejen ke svému okolí, ale především k sobě samým a svému tělu, které odmítají a vnímají jako cosi cizího, jako zdroj neustálých útrap. (Warin, 2009: 136-138) Tím se dostáváme k dalšímu klíčovému Derridovu konceptu, a sice k problematice *binárních opozic*⁴⁰, kdy se autor kriticky staví k představě, že veškeré naše myšlení probíhá na základě určitých vzájemně neslučitelných protikladů a vše, co se následně nevejde do tohoto protikladného vztahu, je v konečném důsledku marginalizováno či úplně potlačeno. (Borradori, 2005: 149) V případě našeho problému si toto lze lépe ilustrovat právě na zmíněném sociálním vyloučení lidí trpících specifickou nemocí, kde se setkáváme s opozičně postavenou dvojicí zdravý versus nemocný, přičemž jeden člen je

⁴⁰ srov. koncept binarity ve strukturálním pojetí lingvistiky Ferdinanda de Saussura

vždy chápán jako ten pozitivní, zatímco ten druhý jako negativní. Existuje pak vůbec nějaký mezistav?

Jako odpověď se nabízí Derridův přístup k identitě a její celkové zpochybnění. Tento francouzský autor zastává, že není možné dosáhnout žádné přirozené identity, neb přirozenost je pouze dalším společenským konstruktem. Odmítá navíc představu identity jako homogenního uzavřeného celku, která byla vlastní tradičnímu metafyzickému myšlení, a naopak poukazuje na neurčitost jejích hranic, neboť identita jako taková “zahrnuje stopy toho, co explicitně vylučuje”. (Borradori, 2005: 158) Tím se dostáváme k Derridovu specifickému způsobu čtení, a sice k dekonstrukci, jejímž cílem je především odhalovat tyto stopy a poukázat na fakt, že prakticky všechno může být považováno za určitou konstrukci; tento autor tedy usiluje o jistý způsob dekonstruktivního čtení děl různých myslitelů s cílem odhalit v jejich uvažování právě tyto pojmové konstrukce a upozornit na hierarchické uspořádání všech pojmových dvojic, kdy jeden termín je vždy nadřazený tomu druhému. Tato terminologická hierarchie přitom není ničím jiným než vyjádřením určitých ideologických hodnot. (Borradori, 2005: 149-150)

V souvislosti s naší prací považujeme za důležité zmínit především pojem *suplementu*, který tvoří důležitou část Derridova uvažování o dekonstrukci. Tento klíčový termín je přitom spojený především s postavou filosofa Jeana-Jacquesa Rousseaua, jenž ve své době považoval *suplement* za něco negativního, co bránilo lidem v návratu k jejich přirozenosti. V jeho pojetí se jednalo o jakýsi přídavek či přívěsek, který byl součástí něčeho, co už samo o sobě bylo kompletní. Rousseau v tomto případě uvedl příklad písma, jež vnímal jako “umělou a uměleckou lest, která dělá hovor přítomným, ačkoliv je ve skutečnosti nepřítomný. Je násilím, vykonaným na přirozeném údělu jazyka.” (Gramatológia, 1999: 153) V této souvislosti je tedy běžný jazyk vnímán jako něco přirozeného, zatímco písmo je nebezpečným společenským konstruktem, který řeč pouze nahrazuje. Ačkoliv se v této diplomové práci přímo nezabýváme problematikou jazyka, vnímáme tento příklad protikladu jazyka-písma jako názornou ilustraci opozice mezi přírodou a kulturou. Písmo zde představuje element, který zabraňuje v návratu k přirozenosti. Dostáváme se tím opět k již zmíněné logice binárních opozic, kdy *suplement*, ať už jako cosi přídavného, nebo substituujícího, představuje jednu ze dvou stran této opozice.

Derrida v této souvislosti dekonstruuje Rousseauovy myšlenky a přichází s vlastní interpretací suplementu jako čehosi veskrze pozitivního. Ačkoliv se tímto termínem běžně označuje něco, co je připojeno k něčemu dalšímu, tedy něco “extra”⁴¹, Derrida vnímá suplement nejen jako vnější jednotku, nýbrž jako interní součást samotné struktury. Dle jeho názoru má tedy velmi specifický charakter, neboť je zároveň všudypřítomný a nepřítomný, je něčím a zároveň ničím: “není označujícím ani označovaným, ani reprezentantem, ani přítomností, ani písmem, ani hovorem. Žádný z termínů tohoto řádu nemůže, pokud je v něm zahrnutý, ovládat ekonomii difference nebo suplementarity.” (Derrida, 1999: 314) Zjednodušeně řečeno, suplement je něco, co prostupuje celým společenským řádem a tvoří základ celé kultury a lidské existence. Autor proto zdůrazňuje, že suplement bychom měli spíše přijmout, nikoliv proti němu bojovat, neboť nás posunuje někam dál a umožňuje neustálé dourčování významu. Kulturní významy totiž nejsou nikdy zcela uzavřené; společnost naopak vytváří jakousi síť, v níž každý element odkazuje na nějaké další.

Na neuzavřenost významu a pluralitu interpretací poukazuje Derrida také v eseji Platónova lékárna (Plato’s Pharmacy), v níž se zaměřuje především na nejednoznačnost ambivalentního termínu *pharmakon*, který může na jedné straně označovat lék, na straně druhé však opozitní jed. Na tomto příkladu autor především ilustruje, že neexistuje žádná ideální identita či univerzální esence, jíž by *pharmakon* disponoval a která by mu připisovala konkrétní soubor vlastností. Jeho vnitřní struktura je naopak charakterizována souborem diferencí, jejichž atributy mohou být dourčovány až ve vztahu k dalším elementům. Žádnou z kategorií proto nemůžeme považovat za jednoznačně definovanou. (Derrida, 1981: 95-128) V případě této diplomové práce, v níž se zabýváme tématem spojeným s problematikou ženského těla, nemůžeme jednoznačně určit ani kategorii štíhlosti. Vždy záleží na té které interpretaci, hodnotovém rámci a jistém kulturním ukotvení, které se společně podílejí na formování způsobu, jakým vnímáme realitu. To, co je pro někoho štíhlostí, může být někým jiným (např. anorektickými pacientkami) vnímáno jako nadváha, stejně jako co je pro někoho jedem, může být pro jiného lékem.

⁴¹ Laicky řečeno, suplementem může být například příloha novin či nějakého magazínu.

6.3.3 Identita jako proces kontinuální identifikace

V návaznosti na výše řečené můžeme říci, že naše vlastní já se rovněž ocitá v určitém neohraničeném suplementárním procesu. Identita jako taková proto není nikdy přímo dána a přesně definována, nýbrž představuje neustále se měnící proces identifikace. Derrida proto hovoří spíše o nepřetržitém identifikačním procesu než o pevně utvořené identitě. (Royle, 2003: 59) V případě anorexie přitom soustavně dochází k určité identifikaci, kdy se pacientky nejprve se svým problémem ztotožňují a později ve fázi rekuperace ho zase odmítají, přičemž tento proces se v mnohých případech i několikrát opakuje. Poruchy příjmu potravy totiž vykazují poměrně velké riziko možného regresu: “je to krutý vztah, z něhož je velmi složité se vymanit a mnohokrát se můžete zase vrátit.”⁴² (Warin, 2009: 184)

Zde tedy vidíme návaznost filosofie Judith Butler na Derridovy koncepce, neb její performativní utváření identity rovněž představuje neohraničený proces soustavné modifikace a stávání se. V tomto procesu přitom hraje důležitou roli politika diferencí a snaha definovat “jinakost”.⁴³ Právě na základě definování těchto opozic dochází ve společnosti k jistým formám exkluze, ať už v případě národnostních a jiných menšin, genderové nerovnosti či v souvislosti s lidmi trpícími nějakým vážným onemocněním (AIDS, duševní poruchy a podobně). Jak připomíná autorka Roudinesco, ve společnosti často operuje jistá forma klasifikace a diskriminační terminologie, která nejen z homosexuality, ale i jiných odchylek od zavedené normy činí “podivnost, anomálii či deviaci”. (Derrida, Roudinesco, 2003: 52)

V kultuře se tudíž objevují také akty odmítnutí, které mají v první řadě diskursivní charakter. Když se v této souvislosti vrátíme k problematice naší práce, tělo neodpovídající

⁴² přeloženo z angličtiny: “It’s like an abusive relationship, but it’s very difficult to get out of and you can go back so many times.”

⁴³ Zde je nutno upozornit, že v Derridově filosofii existuje rozdíl mezi pojmem *diférence* a jím zavedeným termínem *différance*. Zatímco *diférence* představuje již zmíněné protiklady/opozice, na nichž stojí myšlení naší společnosti, *différance* je spíše “pohybem romíšťování (...), jež je vlastní prostoru, odkazem k jinakosti, k heterogenitě, která není přímo opoziční.” (Derrida, Roudinesco, 2003: 36) Jinými slovy *différance* může znamenat jiné i stejné zároveň.

zavedené normě (obézní nebo vyhublé) může být považováno za nepřijatelné a v butlerovském smyslu zbaveno jakéhokoliv významu. V rámci binární logiky se tedy staví do opozice k normativně definovanému ideálnímu tělu a v kontrastu s ním je každá dílčí tělesná deformace hegemonním diskursem odmítnuta. V konečném důsledku je tak naše identita utvářena také za pomoci jazyka, který do jisté míry determinuje naši existenci; stejně tak muži jako ženy mají ve společnosti přesně determinovanou pozici v souladu s daným diskursivním režimem.

Zde bychom se však rádi vyhnuli univerzalistické perspektivě, neboť také v rámci jednotlivých menšin může existovat specifický diskursivní režim. To, jak je například ženské tělo definováno, tudíž závisí na kontextu, v jakém se hovoří. Uveďme si jednoduchý příklad. Zatímco *falocentrický diskurs* určité části společnosti může vnímat ženu jako “slabší pohlaví”, v rámci feministického hnutí je žena představována jako samostatný subjekt, o jehož emancipaci se usiluje. Zavedený hegemonní diskurs tudíž není nikdy tak hegemonní, jak by se na první pohled mohlo zdát. Proto neexistuje ani žádný model univerzální identity, jak už naznačil právě Derrida či Butler, nýbrž vždycky záleží také na konkrétních externích vlivech, které na nás působí a jimž se přizpůsobujeme. Naše identita tudíž nepředstavuje něco, co jsme, nýbrž něco, co děláme.

6.3.4 Problematika interpersonálních vztahů

Jak jsme si ukázali v této kapitole, identita lidského subjektu není nikdy definitivně determinována ani biologicky ani kulturně, nýbrž podléhá neustálé formaci. Ta se přitom neděje z nějakého přirozeného popudu či nutnosti adaptovat se na prostředí, jež ho obklopuje; podstatou moderního subjektu je naopak neustále utvářet sám sebe v souladu s mandáty současné doby. Identitární problémy jsou tudíž pevně provázány s vývojem společenského celku a se vznikem nové politické racionality, která nás významnou měrou ovlivňuje.

Zde je nutné si uvědomit, že subjekt nikdy nestojí sám o sobě, nýbrž se vždy v jistém smyslu vztahuje ke svému okolí, k lidem, kteří ho obklopují, či k institucím, jež působí v jeho společenském životě. I proto subjektivní identita nemůže být něco zcela statického, neboť je

neustále formována způsobem, jakým se jedinec vztahuje nejen k vnějšímu světu, ale i k sobě samému. V případě lidí trpících anorexií dochází tedy k vytváření nových vazeb, které v původním “zdravém” životě nehrály nikterak zásadní roli, a k modifikaci starých interpersonálních pout: v první řadě hovoříme o zcela specifickém vztahu k vlastnímu tělu, jež je ve většině případů vnímáno jako permanentní zdroj úzkosti; postupně se však mění také vztahy v rodině, případně mezi přáteli, které mohou v důsledku “podivnosti” pacientova chování ochabovat či úplně vymizet. Na místo těchto původních sociálních vazeb pak nastupuje zcela nový vztah s anorexií jako takovou, personifikovanou nejprve do podoby přítelkyně, později i nepřítelkyně. (Warin, 2009: 3-4) Také z tohoto důvodu můžeme anorexiu považovat za typ nové identity, neb dochází k proměně jak osobnosti postižené osoby, tak společenské reality, která jí obklopuje.

U jedinců, jimž byla diagnostikována některá z poruch příjmu potravy, se navíc objevuje ještě jiná forma vztahování se k druhým, která má jistý kompetitivní charakter. Svoje vlastní tělo totiž poměrně často hodnotí v porovnání s tělesnými proporcemi dalších osob, s nimiž přicházejí do styku; tělo se tak pro ně stává nástrojem, jak ukázat sílu vlastní vůle, osobní úspěch a schopnost velkého sebezapření.

6.4 Problematika stigmatu

Jak píše Erving Goffman, termín *stigma* pochází od Řeků, kteří jím označovali “tělesné znaky určené k tomu, aby vyšlo najevo cosi neobvyklého a špatného o morálním statusu označovaného.” (Goffman, 2003: 9) Ty se přitom vypalovaly do kůže osoby, která provedla něco v rozporu s tehdejší morálkou, a sloužily tak k označování zločinců, zrádců a jiných morálně nečistých osob. V době křesťanství se pak význam daného pojmu posunul a nově začal odkazovat také, což je důležité i pro naši práci, k “tělesným znakům fyzické poruchy”. (Goffman, 2003: 9) Důležitý je však především fakt, že se jedná o termín, který má zcela jasné negativní konotace a jež souvisí s kategorizací, k níž uvnitř společenského celku dochází. A co přesně máme touto kategorizací na mysli?

Jak jsme už přednesli na více místech této práce, ve společnosti dochází k normativnímu vymezování toho, co by mělo být všeobecně považováno za správné a co

za nepřijatelné. Jak přímo píše Goffman, “nutnou podmínkou sociálního života je, že všichni jeho účastníci sdílejí jednotný soubor normativních očekávání, přičemž normy jsou zachovávány částečně díky svému zakotvení.” (Goffman, 2003: 146) V běžné sociální interakci tak máme tendence posuzovat druhé na základě jejich vzhledu, vystupování či způsobu uvažování, přičemž každá jednotlivá odchylka od zavedeného společenského stereotypu může být vnímána značně negativně a vést k odsouzení daného jedince většinou společností. Goffman proto definuje stigma jako “silně diskreditující atribut” (Goffman, 2003: 11), který však nemusí být nutně pouze fyzického charakteru, nýbrž se může jednat třeba i o nepřijatelnou vlastnost. Pro téma této práce je však důležité především to, že v obecném smyslu můžeme stigma považovat za nositele odlišnosti či jinakosti, který v mnohých případech ztěžuje integraci konkrétního subjektu do společnosti.

V momentě, kdy si člověk svou vadu, ať už fyzickou nebo duševní, uvědomí, může začít vykonávat určité strategie směřující k nápravě a překonání daného problému. Jako ukázkový příklad nám může posloužit již zmiňovaná nadváha či přímo obezita, jež je často vnímána jako atribut se stigmatizujícími účinky. Podíl na tom mají nejen zdravotní rizika, která s sebou problémy s váhou přinášejí, nýbrž především společensky stanovené estetické nároky, jež by měli jednotlivci splňovat.⁴⁴ V tomto smyslu lze dietu vnímat právě jako strategii s jistým normalizujícím efektem, která jedinci může zajistit lepší přijetí ve společnosti. Také Goffman uvažuje o podobném druhu norem, “které jsou spojeny s tělesným půvabem (...) a berou na sebe podobu ideálů a zakládají měřítka, jimž v některém stadiu svého života není s to dostát téměř nikdo.” (2003: 147) Jedinec, jenž daná společensky stanovená kritéria nesplňuje, se pak může cítit neúplně a méněcenně.

V konečném důsledku vzniká situace, kdy máme na jedné straně subjekty, které se přizpůsobují, zatímco na straně druhé stojí ti, co se určitým způsobem odchylojí. Tuto druhou stranu však nelze reálně považovat za nenormální, neboť daní jedinci vždycky vykazují i jistou míru normality. Extrémní snaha zhubnout, vedoucí ke vzniku poruch příjmu

⁴⁴ Zde bychom měli upřesnit, že se nejedná o univerzální estetická kritéria aplikovatelná celoplošně na všechny kultury. Estetické nároky se samozřejmě v různých společenstvích liší, proto nadváha může v jiném kulturním kontextu figurovat i jako ideál krásy.

potravy, je kupříkladu poháněna “normálními” obavami, že by naše tělo nemuselo odpovídat společností uznávaným ideálům. Proto Goffman užívá specifický termín *normální deviant* (Goffman, 2003: 150), neboť téměř každý “deviantní” jedinec může disponovat vůlí k dosažení kýžené normality.

7. Anorexie jako specifický interpretační rámec

Byť se jednotlivé případy mentální anorexie mohou navzájem značně odlišovat, přece jen se tu dá hovořit o několika znacích obecnějšího a sjednocujícího rázu. Rádi bychom se v tomto smyslu zaměřili především na skutečnost, že poruchy příjmu potravy lze chápat jako problém sebepojetí, který se vyznačuje velmi specifickým interpretačním rámcem, prostřednictvím něhož dané osoby nejen vnímají vnější okolí, ale zejména vlastní tělo. Vzhledem k tomu, že od počátku chápeme anorexii jako společenský problém úzce propojený s kulturním a sociálním kontextem, jazyk a proces interpretace hrají při jejím definování zcela zásadní roli. Jak napovídá autor Caruana, samotná diagnóza a pozdější léčba jsou ve velké míře závislé na významu toho, co bylo pacientem sděleno, neboť právě toto řečené vede posléze k pochopení způsobu, jak daná osoba svou „nemoc“ interpretuje a jaký má vztah k sobě samé. Na druhou stranu jazyk představuje klíčový aspekt pro pochopení problematiky anorexie také proto, že na vzniku této poruchy má velký podíl nátlak ze strany rodiny či společnosti, přičemž ten je prakticky vždy vytvářen prostřednictvím jazyka. (2010: 176-177)

Dalším klíčovým aspektem, který ovlivňuje proces interpretace, je vnímání jak sebe samého a svého těla, tak vnější reality. Tělo přitom na jedné straně figuruje jako objekt umístěný v rámci externího světa, z hlediska subjektivní zkušenosti však představuje nikoliv cosi vnějšího, nýbrž spíše integrální součást subjektivního já. S tím pak souvisí základní problémy spojené s anorexií, a sice deformace vlastního tělesného obrazu, která se objevuje u většiny pacientek a projevuje se neustálým přesvědčením o tom, že nejsou dostatečně štíhlé; či nemožnost adekvátně identifikovat a reagovat na vnitřní tělesné potřeby, jakými jsou například pocit hladu nebo únava. (Mancini, Daini, Caruana, 2010: 177-179) Tím chceme naznačit, že v případě subjektu trpícího poruchou příjmu potravy nemůžeme vést

dělicí čáru mezi jeho myslí a vnější tělesnou schránku, neb se jedná o dvě navzájem propojené jednotky, které formují celou jedincovu kognitivní zkušenost.⁴⁵ V návaznosti i na předchozí odstavec lze tedy říci, že abychom mohli přímo zakoušet a reagovat na vnější svět, musíme ho na jedné straně smyslově vnímat, a sice právě skrz naše tělo a smysly, a na straně druhé musíme disponovat také jazykem, který nám umožní o tomto světě vypovídat.

V případě anorexie, stejně tak jako se mění jisté sociální praktiky diagnostikovaného subjektu, především pak ty spojené se stravováním, modifikuje se také způsob, jakým daná osoba vnímá své okolí a samu sebe; jak upozorňuje Caruana, dochází zde rovněž k vytvoření specifického sémantického rámce, kdy například termíny jako *štíhlost* či *tloušťka* získávají zcela jiný význam, než je všeobecně běžné. Tento význam je pak determinován především konkrétními praktikami dané osoby a určitým hodnotovým systémem, na jehož základě subjekt evaluuje vnější realitu a vytváří si představu vlastního ideálu, kterého chce dosáhnout. Dle slov výše zmíněného autora, „založení a konsolidace osobního prostoru anorektické osoby může být popsáno v existenciálních termínech jako forma seberealizace: anorektička se chce sama realizovat; chce utvořit své vlastní já nezávisle na jazykové komunitě, v níž byla vychována.“⁴⁶ (Mancini, Daini, Caruana, 2010: 183) Její existence a každodenní fungování se pak točí především kolem jídla a tělesných proporcí, které se stávají interní obsesí a ztěžují dané osobě schopnost vztahovat se k vnějšímu světu.

Zde nastupuje role terapeuta, který jakožto odborník by měl být schopen diagnostikovanou osobu vyslechnout, rozklíčovat a správně interpretovat její diskurs a posléze navrhnout adekvátní léčebný postup. To s sebou přináší samozřejmě i nutnost

⁴⁵ O vzájemné propojenosti těla a ducha hovořil například francouzský fenomenolog Merleau-Ponty, čímž se snažil překonat jakýkoliv dualismus mezi tělesnou schránkou a myslí. „Jiní lidé pro mě nejsou nikdy čistým duchem. Poznávám je jen skrze jejich tváře, gesta, slova, zkrátka prostřednictvím jejich těla. (...) Pohlížím-li tudíž na člověka zvnějšku, čili v druhém člověku, budu nejspíš muset přehodnotit určité kategorie, které se zdají být nasnadě, jako rozlišení ducha a těla.“ (Merleau-Ponty, 2008: 46-47)

⁴⁶ přeloženo z angličtiny: „The establishing and consolidation of the anorexic’s personal space may be described in existentialist terms as a form of self-realization: the anorexic wants to realize herself; she wants to create her own self independently of the linguistic community in which she was brought up.“

identifikovat skryté konotace a významy, které zpověď zkoumaného subjektu vždy obsahuje; v tomto případě je tedy nutné vzít v potaz také intenci, jež řídí jeho promluvu.

Opět se tím dostáváme k tomu, že poruchy příjmu potravy jsou v první řadě problémem identity, který má jasné společenské a kulturní příčiny; nejedná se proto o výhradní záležitost medicíny, potažmo psychiatrie, a dietetiky. Člověk jako společenský tvor totiž musí nejen přijímat potravu, a tím i jednotlivé živiny, ale zcela esenciální je rovněž schopnost udržovat vztahy s druhými lidmi a podílet se na sociální interakci; což v konečném důsledku změna interpretačního a hodnotového rámce může zcela znemožňovat. Proto ve výsledku anorexie poukazuje nejen na problém stravování, kdy daná osoba odmítá přijímat potravu, a pokřivené vnímání vlastního těla, ale také na problém existence „nemocného“ subjektu ve společnosti, tedy jeho konkrétního bytí.

Anorexie tudíž v první řadě představuje přímo žitou subjektivní zkušenost v rámci společenského celku; je to něco, co samotné individuum dělá a nikoliv, že by tím pouze trpěl. Je to v jistém smyslu forma jakési nebezpečné performance. Následující Turnerovu teorii, pokud osoba trpící anorexií není schopna vypořádat se se svým okolím, může alespoň zcela kontrolovat samu sebe dodržováním daného asketického režimu a budovat tak vlastní individualitu. (2008: 140-141) Dochází tím do jisté míry i k jakési socializaci dané nemoci, kdy její důsledky jsou známy již dopředu a pacientky často tvrdě usilují o to, aby se do kategorie „anorektičky“ zařadily.

7.1 Fenomén virtuálních anorektických komunit

V poslední části této teoreticky zaměřené práce bychom měli ještě přiblížit, že mnohdy neefektivní lékařská péče, která často končí recidivou, může mít ještě další vedlejší účinky. Jedním z nich je fenomén, kdy osoby, jimž byla anorexie diagnostikována, utváří uzavřené skupiny jakési „auto-pomoci“ za účelem vzdorovat běžnému procesu medikalizace. Jinými slovy, „diagnóza nemoci či nějaké poruchy často pobízí diagnostikované osoby a jejich příbuzné k vytváření podpůrných skupin a vztahů, které by jinak patrně nevytvořili. Nemoc

proto může být mocným spojením sociální podpory.”⁴⁷ (Warin, 2009: 77) Z tohoto důvodu je tedy potřeba studovat poruchy příjmu potravy také z perspektivy sociálních vztahů, které dané pacientky navazují s ostatními, a důvody, proč to dělají. Zde se nabízí jako odpověď problém, jenž jsme zmínili už výše, a sice fakt, že postižené subjekty často hledají východisko nikoliv s pomocí odborného medicínského systému, nýbrž ve svých vlastních sociálních sítích, ať už se jedná o rodinu nebo přátele. Dalším neméně důležitým fenoménem je rovněž snaha hledat podporu přímo mezi ostatními pacientkami s diagnostikovanou poruchou příjmu potravy, které ale již překonaly nejkritičtější fázi a pravděpodobně mohou lépe pochopit někoho, kdo trpí stejným problémem. V tomto ohledu můžeme hovořit o jakési sdílené identitě nemocného či duševně narušeného jedince, jež je dané osobě předkládána především ze strany lékařské instituce a která ho automaticky přiřazuje do určité kategorie.

V této souvislosti se internet nabízí jako příhodné místo pro studium poruch příjmu potravy, neboť především v posledních letech se objevila řada blogů a diskusních fór, prostřednictvím nichž diagnostikovaní jedinci komunikují s “veřejností”, žádají o rady nebo pouze sdílejí vlastní zkušenosti. Nutno podotknout, že tyto alternativní platformy jakési virtuální pomoci umožňují vzniknout novým komunitám, které nemusí vždy pouze propagovat anorektický styl života, jako k tomu dochází v případě pro-ANA⁴⁸ blogů, nýbrž také poskytují podporu osobám hledajícím východisko z daného problému.⁴⁹

Jak naznačil Maffesoli ve svém díle *O nomádství*, kyberprostor představuje formu nového sociálního pole, v jehož rámci se mohou jednotlivci k sobě navzájem vztahovat zcela specifickým způsobem; člověk tedy dle jeho názoru “existuje pouze ve vztahu”. (Maffesoli,

⁴⁷ přeloženo z angličtiny: “Diagnosis with an illness or disorder often encourages the diagnosed and their relatives to form support groups and connections they might otherwise not have made. Illness can be a powerful connection of social support.”

⁴⁸ Termín pro-ANA (zkratka sousloví „pro-anorektický“) se začal užívat zhruba v polovině 90. let, a sice v souvislosti s anglickými osobními stránkami, které se pozitivně vyjadřovaly k poruchám příjmu potravy. (Deiana, 2011: 217) Postupem času se však od tvorby podobných webů částečně upustilo a na jejich místo nastoupily sociální sítě typu YouTube či Instagram.

⁴⁹ V rámci České republiky zhruba do roku 2014 aktivně fungoval například portál <http://www.idealni.cz>, který kromě diskusního fóra pro osoby hledající pomoc nabízel také možnost veřejně publikovat svůj vlastní příběh, konzultovat denní skladbu jídla a podobně.

2002: 35) Vzhledem k tomu, že lidé všeobecně vykazují nutkání sdružovat se a utvářet tak nejrůznější komunity založené na vzájemné solidaritě, také v případě anorexie se můžeme setkat s různými typy tohoto komunitárního života, ať už se jedná o skupiny vytvořené v terapeutickém či nemocničním zařízení, nebo právě o komunity virtuální. Na druhé straně však nelze všechny osoby trpící poruchami příjmu potravy zařadit do jedné velké zastřešující kategorie, neboť jednotlivé případy jsou často značně specifické. V rámci virtuálních komunit se můžeme například setkat se skupinami dívek kolem již zmíněných pro-ANA blogů, které propagují anorektický styl života a vzájemně se přesvědčují a motivují k přísnému hladovění; protipól pak představují dívky, jež na internetu hledají způsob, jak se vypořádat s problémem anorexie. Jedná se tedy o hledání jiné formy pomoci, než je jen ta čistě biomedicínská, přičemž jednu z výhod oproti odborné terapii představuje především anonymita, kterou prostředí internetu svým uživatelům poskytuje. To pak považujeme za obzvláště důležité v případě poruch příjmu potravy, které se přímo vztahují k tělesnému obrazu a mohou mít jisté stigmatizující účinky; zvláště pro osoby, jimž byla anorexie diagnostikována kvůli extrémní podvaze.

V této souvislosti bychom se ještě rádi zastavili právě u zmíněných blogů propagujících poruchy příjmu potravy jako specifický styl života; zde se totiž anorexie stává konkrétní formou jakési ideologie, jejímž striktním pravidlům řada dívek podřizuje své každodenní počínání. Dochází tak ke zformování velmi specifické komunity, v jejímž rámci pravidelně dochází k výměně jistých „tajných“ praktik zaměřených na rychlé hubnutí, efektivní posilovací cviky či způsoby, jak tělo zbavit přijaté potravy (zvracení nebo užívání projímadel). V porovnání s medicínou se tedy jedná o zcela jiný diskurs, který daný problém nepojímá jako reálnou nemoc či duševní poruchu; roli odborníka v tomto případě přejímají samy uživatelky, které radí dalším dívkám, jak nejlépe „pracovat“ na rozvinutí anorektického způsobu života. „Jeden z nejsoučasnejších příkladů budování sociálních vztahů na základě touhy mít (anorexii) nebo být lepší ‚anorektičkou‘ je doložen stále narůstajícím počtem pro-anorektických webových stránek.“⁵⁰ (Warin, 2009: 82)

⁵⁰ přeloženo z angličtiny: „One of the most recent illustrations of the building of social relations through the desire to have or be a better anorexic is evidenced by the ever-increasing number of pro-anorexic Web sites.“

I v tomto případě se tedy přesvědčujeme, že anorexie nemůže být chápána jako porucha organického či biologického charakteru, nýbrž jako zvnitřnění konkrétních strategií za účelem budování specifického stylu života a způsobu, jak nakládat s vlastním tělem a organizovat příjem potravy, přičemž právě skrz příjem potravy jsou biologické tělesné procesy kontrolovány.

8. Formou závěru

V této diplomové práci jsme chtěli především ukázat, že v případě poruch příjmu potravy hovoříme o problému, který je mnohem komplexnější, než jak ho prezentuje odborný psychiatrický diskurs. V tomto smyslu jsme tedy považovali za relevantní naznačit limity biomedicínského modelu, neboť specifické praktiky, jakými jsou například hladovění či nucené zvracení, nejsou vždy záležitostí pouhé snahy zhubnout a přiblížit se určitému ideálu krásy. Jako další motiv se může na jedné straně objevit nedostatek sebevědomí či obtíže navázat a udržet vztahy s druhými osobami, na straně druhé však také snaha vymezit se vůči marketingovému působení a současné módě, vůči přespříliš ochranným rodičům nebo kulturním normám týkajícím se zdravého způsobu života. V konečném důsledku tak ani anorexie ani jiné lidské indispozice nemají vždy čistě biologický základ, nýbrž jsou provázány s kulturním kontextem a interpersonální interakcí. Pokud navíc daného pacienta označíme jako patologický případ, dáváme mu tím určitou etiketu, která ho vylučuje ze společenského života a připisuje mu odpovědnost za jeho vlastní „chorobný“ stav.

V návaznosti na předchozí kapitoly tedy musíme vnímat anorexii především jako specifický způsob bytí ve světě, neboť zasahuje do všech oblastí osobního života, narušuje sociální pouta s ostatními členy společnosti a přetváří vztah daného subjektu k sobě samému a svému tělu. Vzhledem k jejímu propojení s dietetickými režimy navíc hovoříme o specifickém typu poruchy, jež se podřizuje jisté ideologii (jakou je například kult krásného těla) a institucionálnímu působení; subjekt tedy usiluje o přizpůsobení vlastního těla kánonu krásy, jenž je stanoven většinou společností. Nejedná se proto o duševní nemoc či úchylku, nýbrž spíše o subjektivní strategii, která určuje způsob, jak se vztahovat k vnějšímu okolí a k vlastnímu já. Zde se opět částečně vracíme k Foucaultovu konceptu *technologie sebe samého*, neboť právě anorexie představuje jistý soubor praktik, nebo lépe řečeno tělesných strategií, které subjekt vykonává za účelem docílit osobní transformace.

Naše vlastní identita z velké části tkví v subjektivním vnímání našeho těla a ve vztazích, které udržujeme nejen s námi samými, ale i s naším okolím. Tělo by proto nemělo

být vnímáno jen jako materialita podřízená společenským normám; jedná se o zcela subjektivní zkušenost, kterou do značné míry ovlivňuje naše vnímání. V momentě, kdy však dojde k deformaci tohoto vnímání, mohou vyvstat různé problémy jako například zmíněné poruchy příjmu potravy. V případě anorexie tedy hraje velkou roli subjektivita jednotlivých pacientů a jejich vlastní víra a přesvědčení, což ilustruje také fakt, že anorektické osoby vykazují extrémní strach z přibrání tělesné hmotnosti, popírají pocity hladu a mají zcela pokřivené vnímání proporcí vlastního těla.

V této práci nám přitom nešlo o poskytnutí konkrétní definice daného problému, která by reflektovala jeho propojenost se společenským a kulturním kontextem. Poruchy příjmu potravy je totiž velmi těžké přesně a jednotně definovat, neboť dokonce i ty případy, které se vyznačují stejnými symptomy, mohou mít naprosto odlišné spouštěcí faktory. V souvislosti s tématem anorexie jsme spíše chtěli ilustrovat strukturální proměnu společnosti, v jejímž rámci tělo představuje zcela analyzovatelnou a měřitelnou jednotku na základě použití nejrůznějších vědeckých i nevědeckých nástrojů. Na jeho formování proto má daleko větší vliv společenské působení, jazyk a kultura než jakékoliv vnitřní biologické procesy. Celá řada onemocnění tak v konečném důsledku nemá organický, nýbrž právě společenský původ, jak jsme se snažili v práci ukázat za pomoci velkých kritiků společenského řádu, jakými byli Michel Foucault, Jacques Derrida a Judith Butler.

Nakonec zbývá znovu připomenout zajímavý fenomén několika posledních let, kdy osoby trpící anorexií v mnohých případech hledají pomoc mimo medicínský systém. Mezi různými platformami, často využívanými jako forma jisté auto-pomoci, figuruje především internet, jehož anonymní prostředí umožňuje diagnostikované osobě vzdát se role „pacienta“, již zastává v rámci lékařské instituce, i svého nemocného těla a zprostředkovává jí možnost svěřit se anonymnímu publiku. V tomto smyslu tedy nejen pro-anorektické weby, ale také nejrůznější diskusní fóra, která se zaměřují na poskytování alternativní pomoci diagnostikovaným dívkám, získaly značnou důležitost. Jedním z nejpádnejších důvodů je především fakt, že svým uživatelkám umožňují navazovat a budovat specifické komunitární vztahy založené na jisté formě důvěry vůči ostatním anonymním přispěvatelům; jedná se navíc o vztahy, které se formují nezávisle na systému medicínské racionality.

9. Seznam použité literatury

- ARENDR, H. *The Human Condition*. New York: Anchor Books, 1959.
- ARENDR, H. *The life of the mind: one-volume edition*. New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1971.
- AUSTIN, J. L. *Jak udělat něco slovy*. Praha: Filosofia, 2000.
- BAUMAN, Z. *Tekutá modernost*. Praha: Mladá fronta, 2002.
- BARTHES, R. *Mytologie*. Praha: Dokořán, 2004.
- BECK, U. *Riziková společnost: na cestě k jiné moderně*. Překlad Otakar Vochoč. Praha: Sociologické nakladatelství, 2004.
- BORRADORI, G. *Filosofie v době teroru: rozhovory s Jürgenem Habermasem a Jacquesem Derridou*. Praha: Karolinum, 2005.
- BUTLER, J. *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós, 2002.
- BUTLER, J. *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós, 2007.
- BUTLER, J. *Rámce války: za které životy netruchlíme?* Praha: Karolinum, 2013.
- BUTLER, J. *Undoing gender*. Boca Raton: Routledge, Taylor & Francis Group, 2004.
- BELL, R. *Holy Anorexia*. Chicago: The University of Chicago Press, 1985.
- BOURDIEU, P. *Qué significa hablar? Economía de los intercambios lingüísticos*. Madrid: Ed. Akal, 1985.
- CANGUILHEM, G. *On the normal and the pathological*. Boston: D. Reidel Pub. Co, 1978.
- DERRIDA, J. Cogito a dějiny šílenství. In: *Násilí a metafyzika*. Praha: FILOSOFIA, 2002.
- DERRIDA, J., ROUDINESCO, E. *Co přinese zítřek?: dialog*. Praha: Karolinum, 2003.

- DERRIDA, J. *Dissemination*. Chicago: The University of Chicago Press, 1981.
- DERRIDA, J. *Gramatológia*. Bratislava: Archa, 1999.
- DERRIDA, J. *Texty k dekonstrukci: Práce z let 1967-72*. Bratislava: Archa, 1993.
- DREYFUS, H. L., RABINOW, P. *Michel Foucault: za hranicemi strukturalismu a hermeneutiky*. Praha: Herrmann & synové, 2002.
- FOUCAULT, M. *Archeologie vědění*. Praha: Herrmann a synové, 2002.
- FOUCAULT, M. *Dějiny sexuality, I. Vůle k vědění*. Praha: Herrmann & synové, 1999.
- FOUCAULT, M. *Dějiny šílenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: Lidové noviny, 1994.
- FOUCAULT, M. *Dohlížet a trestat*. Praha: Dauphin, 2000b.
- FOUCAULT, M. *Moc, subjekt a sexualita: výber z článkov a rozhovorov publikovaných v rokoch 1980-1988*. Bratislava: Kalligram, 2000.
- FOUCAULT, M., GORDON, C. *Power/knowledge: selected interviews and other writings, 1972-1977*. New York: Pantheon Books, 1980.
- FOUCAULT, M. *Psychologie a duševní nemoc*. Praha: Horizont, 1971.
- FOUCAULT, M. *Rád diskurzu*. Vydavateľstvo Bratislava: AGORA s. r. o., 2006.
- FOUCAULT, M. *Zrození kliniky*. Červený Kostelec: Pavel Mervart, 2010.
- FOUCAULT, M. *Tecnologías del Yo y otros textos afines*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, 1990.
- GIDDENS, A. *Důsledky modernity*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003.
- GOFFMAN, E. *Stigma: poznámky k problému zvládnání narušené identity*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2003.
- HEPWORTH, J. *The social construction of anorexia nervosa*. Thousand Oaks, Calif.: Sage Publications, 1999.

- LAVAL, C, DARDOT, P. *La nueva razón del mundo: Ensayo sobre la sociedad neoliberal*. Barcelona: Editorial Gedisa, 2013.
- MAFFESOLI, M. *O nomádství: iniciační toulky*. Praha: Prostor, 2002.
- MANCINI, A., DAINI, S., CARUANA, L. *Anorexia nervosa: a multi-disciplinary approach: from biology to philosophy*. Hauppauge, N.Y.: Nova Science Publishers, 2010.
- MERLEAU-PONTY, M. *Svět vnímání*. Praha: OIKOYMENH, 2008.
- NIETZSCHE, F. *Genealogie morálky: polemika*. Praha: Aurora, 2002.
- ORTEGA, F. *El cuerpo incierto. Corporeidad, tecnologías médicas y cultura contemporánea*. España: Editorial CSIC - CSIC Press, 2010.
- ROYLE, N. *Jacques Derrida*. London: Routledge, 2003.
- TURNER, B. *The body & society: explorations in social theory*. Los Angeles: SAGE, 2008.
- WARIN, M. *Abject relations: everyday worlds of anorexia*. New Brunswick: N.J: Rutgers University Press, 2009.
- WEBER, Max. *The protestant ethic and the spirit of capitalism*. London: Routledge, 2001.

Elektronické zdroje:

Centrum anabell [online]. 2002 [cit. 2016-04-20]. Dostupné z: <http://www.centrum-anabell.cz/>

Ideální [online]. 2015 [cit. 2016-04-12]. Dostupné z: <http://www.idealni.cz>