

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra sociologie

Diplomová práce

2024

Bc. Kamila Nečasová

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra sociologie

**Za oponou myšlenek a rituálů: subjektivní svět a
vnímání těla lidí s obsedantně-kompulzivní poruchou**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Kamila Nečasová

Studijní program: Sociologie

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jaroslava Hasmanová Marhánková, Ph.D.

Rok obhajoby: 2024

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 31. července 2024

Kamila Nečasová

Bibliografický záznam

NEČASOVÁ, Kamila. *Za oponou myšlenek a rituálů: subjektivní svět a vnímání těla lidí s obsedantně-kompulzivní poruchou*. Praha, 2024. 69 s. Diplomová práce (Mgr.). Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut politologických studií, Katedra politologie. Vedoucí diplomové práce PhDr. Mgr. Jaroslava Hasmanová Marhánková, Ph.D.

Rozsah práce: 145 035 znaků

Abstrakt

Tato práce se zabývá vnímáním těla a tělesností pacienty s obsedantně-kompulzivní poruchou s použitím fenomenologických metodologických nástrojů. Vychází především z konceptu mindful body (vědomé tělo) Nancy Scheper-Hughes a Margaret M. Lock, který nabízí komplexní rámec pro analýzu tělesnosti v lékařské antropologii. Výzkum byl proveden na základě 10 nestrukturovaných rozhovorů a 3 rozhovorů na základě metody go-along. Z něj posléze vyplývá, že pacienti s obsedantně-kompulzivní poruchou vnímají své tělo ve čtyřech rovinách. První je ritualizované tělo, jenž poskytuje pocit bezpečí a jistoty, další úroveň je kontrolované tělo, které je spojeno se stigmaty a normami ve společnosti, ve třetí je chápáno jako medkalizované, v rámci něhož je nahlíženo na stavy nemoci a toho, jak je s nemocí nakládáno a posledním je strojové tělo, které je především spojeno s nahlížením na tělo jako na pomocný stroj.

Abstract

This thesis deals with the perception of the body and corporeality by patients with obsessive-compulsive disorder using phenomenological methodological tools. It is primarily based on the concept of the mindful body by Nancy Scheper-Hughes and Margaret M. Lock, which offers a comprehensive framework for the analysis of corporeality in medical anthropology. The research was conducted on the basis of 10 unstructured interviews and 3 interviews based on the go-along method. It ultimately follows that patients with obsessive-compulsive disorder perceive their body on four levels. The first is the ritualized body, which provides a sense of safety and security, the next level is the controlled body, which is associated with stigmas and norms in society, in the third, it is understood as medkalized, within which the states of the disease and how it is with the disease are viewed loaded, and the last one is the machine body, which is primarily associated with viewing the body as an auxiliary machine.

Klíčová slova

Tělo, tělesnost, obsedantně-kompulzivní porucha, biomedicína, rituály, embodiment, fenomenologie, antropologie těla

Keywords

Body, corporeality, obsessive-compulsive disorder, biomedicine, rituals, embodiment, phenomenology, anthropology of the body

Title/název práce

Behind the curtain of thoughts and rituals: the subjective world and body perception of people with obsessive-compulsive disorder

Poděkování

V první řadě patří mé veliké poděkování všem účastníkům a účastnicím výzkumu, kteří byli ochotni se mnou sdílet tak citlivé téma, jakým je jejich nemoc. Jsou stateční nejen tím, že se o ní nebojí mluvit, ale především svou snahou s ní každý den bojovat. Dále bych chtěla poděkovat své vedoucí práce PhDr. Mgr. Jaroslava Hasmanová Marhánková, Ph.D. za moc milé konzultace a cenné připomínky. Děkuji také své rodině a přátelům za jejich podporu, za níž jsem jim velice vděčná.

Obsah

ÚVOD	2
1 TEORETICKÁ ČÁST	4
1.1 RANÉ ÚVAHY O SPOJENÍ MYSLI A TĚLA V SOCIÁLNÍCH VĚDÁCH	4
1.2 DUALISMUS A JEHO PŘESAH DO SOUČASNÉ MEDICÍNY	6
1.2.1 <i>Nemocná duše</i>	7
1.3 SOCIOLOGICKÝ PŘÍSTUP K TĚLU A NEMOCI	9
1.3.1 <i>Stigmatizace těl</i>	11
1.3.2 <i>Ritualizace těla</i>	13
1.4 FENOMENOLOGICKÉ VNÍMÁNÍ TĚLESNOSTI	15
1.4.1 <i>Embodiment</i>	16
1.4.2 <i>Individuální zkušenost</i>	17
2 METODOLOGIE	19
2.1 PŘÍPRAVA VÝZKUMU A NÁSLEDNÝ SBĚR DAT	19
2.2 ANALÝZA DAT	23
2.3 ÉTIKA A REFLEXE VÝZKUMNICE	24
3 ANALYTICKÁ ČÁST	26
3.1 RITUALIZOVANÉ TĚLO	26
3.1.1 <i>Jistota a bezpečí</i>	26
3.1.2 <i>Vytváření zvyků</i>	29
3.1.3 <i>Zásah vyšší moci</i>	31
3.2 KONTROLOVANÉ TĚLO	33
3.2.1 <i>„Nenormální“ tělo</i>	33
3.2.2 <i>Normální tělo</i>	38
3.2.3 <i>Ochranářský pud</i>	40
3.3 MEDIKALIZOVANÉ TĚLO	41
3.3.1 <i>Vnímaní pocitu nemoci</i>	42
3.3.2 <i>Zkušenost s léky</i>	45
3.4 TĚLO JAKO NÁSTROJ	47
ZÁVĚR	50
SUMMARY	53
POUŽITÁ LITERATURA	55
TEZE DIPLOMOVÉ PRÁCE	60
SEZNAM PŘÍLOH	67

Úvod

Představte si, že každé ráno, než odejdete do práce, musíte pětkrát za sebou stisknout vypínač, jinak se vám během dne přihodí nepředstavitelná katastrofa. A že jste to právě vy, kdo má v rukou tu moc ji zastavit. Pro většinu populace je to jen banalita, nad kterou mávnou rukou, protože vědí, že takovou moc žádný člověk nemá. A ani mít nemůže. Jenže pro lidi trpící obsedantně-kompulzivní poruchou je to často denní rutina, kterou si prochází stále a stále znovu. I přesto, že jádro psychických onemocnění se nachází v mysli, prostupují celým naším tělem. Když se například pacient¹ léčí s anorexií, má to vliv také na jeho tělo, které nedostává dostatek živin, což způsobuje těžkou podvýživu. A pokud pacient trpí ADHD, jeho tělo je naopak vystaveno mnohdy až extrémnímu přívalu energie, která se skrze něj ventiluje. Ať už máme pohled na psychické nemoci jakýkoliv, pokud se při jejich zkoumání zaměříme jen na to, co se děje v hlavách pacientů, přijdeme o jednu velkou a podstatnou část, která je s nimi spjatá. Na těle je u psychických nemocí fascinující ta vlastnost, že mohou být jak spouštěčem, tak také řešením. Když se vrátíme zpět k problému s vypínačem, pokud by tak daný člověk neučinil, a nestiskl vypínač pětkrát za sebou, jeho tělo by na toto rozhodnutí automaticky zareagovalo. Srdce by začalo bít mnohem rychleji, čímž by se zrychlil také dech a mohlo by docházet i k záchvěvům či dokonce k nutnosti jakýmkoliv způsobem si přivodit bolest. Nutkání dokončit daný rituál by tak nezůstávalo pouze v myšlenkách, ale přeneslo by se i do reálné, hmatatelné podoby. Ovšem tělo je i odpovědí na tuto otázku. Vždyť řešením přeci je, že můžeme použít naše ruce, které vypínač pětkrát zmáčknou, což zastaví celý proces nežádoucích vedlejších symptomů, jenž nám znepríjemňují náš začátek dne.

Bohužel situace s vypínačem je velice často jen jednou z mnoha, kterým musí pacienti s obsedantně-kompulzivní poruchou (OCD) během dne čelit. Jejich mysl a tělo tak společně neustále bojují o udržení rovnováhy v životě daného pacienta, který si jejich moc ani sám nemusí uvědomovat. To, co se odehrává v myslích jiných lidí, nikdo z nás nevidí. Obsese pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou jsou tak něčím, co se odehrává v jejich vnitřním světě, který je dostupný pouze jim. Jenže aby tyto myšlenky dostali pod kontrolu, potřebují něco, co jim s touto kontrolou pomůže. V případě pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou se jedná o kompulze. Ty jsou však pouze dočasné a je nutné je neustále opakovat, a to s takovou frekvencí, s jakou přicházejí již zmíněné obsese.

¹ Pro lepší přehlednost v práci používám generická maskulina, ale tato označení slouží jak pro mužské, tak ženské pohlaví

Jak jsem uváděla na výše zmíněném příkladu, jako nástroj pro vykonání kompulzí pacientům slouží jejich těla. A právě prožívání nemoci skrze vlastní tělo a vnímání tělesnosti samotnými pacienty je to, čím se v této studii zabývám. Na sezení s psychologem či psychiatrem pracují pacienti s myslí a pomocí behaviorální terapie (někdy i s pomocí medikamentů) se učí, jak na obsesivní myšlenky reagovat, jenže tyto schůzky nebývají každý den, ba dokonce každou hodinu. Pacient tak tělesné reakce na nemoc musí v každodenním životě zvládat sám. Do něj vstupuje s určitým množstvím vědění, které získal od profesionálů, ale je toto vědění dostačující? Jsou nějaké limity, jakými jsou například společenské normy (psané a nepsané), které těla pacientů omezují při vykonávání kompulzí? A jakým způsobem se s nimi pacienti vyrovnávají? Volí nějaké jiné strategie? Každodenní boj s obsedantně-kompulzivní poruchou se tak odehrává za zdmi ordinace, a to, jakým způsobem pacienti svou nemoc prožívají, vidíme právě prostřednictvím jejich těl.

Vzhledem k tomu, že mě v této práci zajímá vnímání vlastního těla a tělesnosti, zvolila jsem jako metodologický rámec fenomenologický přístup k tělu a tělesnosti v antropologickém výzkumu. Teoretickým východiskem je pro mě práce Nancy Scheper-Hughes a Margaret M. Lock (1987) *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*, ve které předkládají koncepci pohledu na lidské tělo ze tří úrovní – individuální tělo, sociální tělo a politické tělo.

Důvodem, proč jsem se rozhodla se tímto tématem zabývat, je moje osobní zkušenost s touto nemocí. Na základě těchto vlastních zkušeností tak vím, že problematika psychických nemocí je složitější a komplexnější, proto je důležité ji zkoumat z více teoretických hledisek. Na závěr bych ještě chtěla představit pojmy, se kterými se v této práci často setkávám, a těmi jsou psychická nemoc, duševní nemoc, psychická porucha a duševní porucha. Všechna tato pojetí chápu jako synonyma označující širší rámec nemocí v biomedicínské terminologii.

1 Teoretická část

V této úvodní části představím hlavní koncepty, které tvoří teoretický rámec mé práce. Vzhledem k tomu, že se jedná o fenomenologickou studii založenou na vnímání těla a tělesnosti pacienty s obsedantně-kompulzivní poruchou, rozdělila jsem teoretickou část na tři oblasti, které reflektují jednotlivé přístupy k této problematice. Těmi jsou biomedicínský model, sociologické chápání těla a nemoci a již zmíněné fenomenologické pojetí, v rámci něž se blíže zaměřuji na antropologii těla.

1.1 Rané úvahy o spojení mysli a těla v sociálních vědách

Pokud se nám do hlavy vloudí vtíravá myšlenka, jedná se o něco, co není fyzické, nedá se to tedy uchopit, ba dokonce ani jakkoliv pozorovat. Ovšem nutkání, které z dané myšlenky vychází, do fyzické podoby přetřansformovat lze, a to prostřednictvím našich těl. Abychom pochopili, jak se o propojení mysli a těla uvažuje v rámci sociálních věd, musíme se vrátit o pár staletí zpět do doby, kdy se tímto tématem začali jednotliví autoři postupně stále více zabývat. I přesto, že o tělo a duši se zajímali již antičtí filozofové, nemají jejich myšlenky takový přesah do tématu této práce, aby bylo potřebné je zde podrobněji zmiňovat. Zásadní změna ve vnímání těla a duše přichází v 17. století s učením Reného Descarta, který ve svém díle *Rozprava o metodě* (poprvé vydáno v roce 1637) prvně nastiňuje koncepci tzv. karteziánského dualismu založeném na dualitě duše a těla (Descartes, 2016). V jeho pojetí je člověk především myslící, tělo je „jen“ prostý mechanismus. Každá z těchto dvou složek je jiná, dohromady jsou však neoddělitelnou jednotou, což pro Descarta znamená, že se jedná o dva esenciálně uzavřené okruhy. Pohyby těla slouží k přesouvání a myšlení je realizací mysli jako takové (Kalábová, 2017: 24). Zde také přichází se svým slavným výrokem „*myslím, tedy jsem*“ („*cogito ergo sum*“), jenž má být ve své podstatě vždy pravdivý. I když zpochybníme pravdivost všeho kolem nás, tak není možné zpochybnit samotný akt myšlení, tedy to, že pochybujeme, čímž se snažil v novověké filosofii nalézat jistoty podobné těm, které jsou v přírodních vědách (Descartes, 2016). Descartes žil v době osvícenství, kdy věda procházela velkou revolucí a přinesla nový přístup k přírodě a jejím zákonům. Rozvíjela se matematika, vše se stávalo měřitelným a jasně spočítatelným, a tato pravidla našla své využití také ve filosofii (Coreth, Schöndorf, 2002: 12). Způsob, jakým jej využíval René Descartes, je založen na filosofické argumentaci, kdy jsou matematickým a geometrickým

způsobem vyvozovány teze z těch nejobyčejnějších tvrzení (axiomat), a je upřednostňována kvantita před kvalitou. V pozadí tak zůstává obsah a podstata (Kalábová, 2017: 35).

V první polovině 20. století moravsko-německý fyzik a filozof Ernst Mach vytvořil základ pro novější přístup k tělu, který se zaměřoval na jeho „čistou“ zkušenost, a postupně pokračoval ve fenomenologickém hnutí. Pozornost se tak poté přesunula na fenomén života jako takového, a to bez dualistického striktního oddělení materiálního těla od nemateriálního principu, který jej „oživuje“ (Wackermann, 2011: 2-29). V této době, na přelomu 19. a 20. století, tedy dochází k velkému zvratu v pohledu na lidské tělo a tělesnost a filosofické myšlení se štěpí na dva proudy – analytickou filosofii zabývající se pojetím mysli a již zmíněnou fenomenologií, jenž se soustřeďuje na tělo a tělesnost (Kalábová, 2017: 62). Fenomenologie je vyhraněným typem kritické reflexe stavu duchovnědného a přírodovědného bádání ve 2. polovině 19. století a 1. třetině 20. století, avšak přirozeně nejde jen o kritické posuzování jiných teoretických stanovisek, ale přichází také s vlastní koncepcí, která následně podstatným způsobem určuje nasazení a ráz antropologicky orientované filosofie. Bez porozumění fenomenologii není plně srozumitelná „filosofie bytí“. Spolu s tím ovlivňuje mnohé pokusy o založení nového přístupu ke speciálně vědní problematice a inspiruje se jí například psychologie, sociologie, etnografie či politologie (Pauza, 2000: 40-41). Můžeme tedy pozorovat její interdisciplinární přesah, který se s postupem času a rozvojem nových vědních disciplín stále zvětšuje.

Vzhledem k tomu, že se ve své práci zaměřuji na antropologií těla, která se utváří na základě těchto úvah, vycházím z myšlenek autorů, jež jsou pro její pojetí klíčové. K soustředění pozornosti na tělo jako *vlastní* tělo významně přispěl Maurice Merleau-Ponty svým dílem *Phénoménologie de la perception* vydaném v roce 1945. I přesto, že Merleau-Ponty nebyl přímo antropologem, jeho práce a koncepty jako je *tělesnost* a *vnímání*, mají významné místo v diskusích o těle, subjektivitě a intersubjektivitě (Merleau-Ponty, 2013) a mohou být pro antropologický výzkum relevantní. Do antropologického bádání přinesli fenomenologii jako filozofický a metodologický rámec například Victor W. Turner či Thomas Csordas.

Důležitým pojmem, který je s antropologií těla spojený, je *embodiment* (ztělesnění). Tento koncept spočívá v myšlence, že tělo (včetně chování a vlastností jako jsou výrazy tváře, pohyb nebo gesta) ovlivňuje, a zároveň je ovlivněno myslí. Zatímco slovo „embodiment“ zdánlivě zdůrazňuje tělo jako prostředek všech kognitivních aktů, tak

současně ukazuje na to, co je ztělesněné („embodied“) – a tím je mysl. Perspektiva embodimentu tedy vyzdvihuje vzájemný vliv a propojenost těla a mysli (Tschacher, Bergomi, 2011: 8), čímž se vymezuje proti jejich dualitě (Csordas, 1988: 7).

Tyto koncepty, které v mé práci tvoří základ přístupu k tělu v antropologickém výzkumu, a autory, již se jimi zabývali, blíže představím v následujících kapitolách.

1.2 Dualismus a jeho přesah do současné medicíny

Ačkoliv se může zdát, že myšlenky dualismu jsou pro jeho rozsáhlou kritiku již překonány, jsou i nadále předmětem filosofické debaty, která přináší nové, alternativní pohledy. I přes své závažné nedostatky, za které je dualistický přístup obvykle odmítán, je v naší společnosti stále velmi patrný. Jedním z důvodů, proč se dualismus obtížně překonává, je náš jazyk (Martínková, 2005: 16). Bertrand Russell upozorňuje, že jazyk nás mate, protože předpokládáme přímočarou komunikaci mezi konstituentami jazyka a světa, však ta ne vždy skutečně existuje (Peregrin, 2003: 31-32). Na základě našeho jazyka tedy předpokládáme, že tělo a mysl jsou dvě různé věci (Martínková, 2005: 16).

V pojetí Descarta je mezi tělo a duši kladen absolutní protiklad, člověk není jednotnou bytostí, ale duální (Hogenová, 1997: 82). Počítá tedy se dvěma základními principy – myšlením a hmotou (Kalábová, 2011: 5). Na tomto karteziánském rozdělení těla a duše je založena také klasická medicína, jenž i mysl chápe jako projev hmotného mozku. Mysl potřebuje funkční mozek, a v případě, že zemře, nastává také smrt organismu. Pojem duše je pro současnou přírodovědu pouhou fantazií, protože neexistují žádné vědecky přijatelné důkazy o existenci duše nezávislé na těle. Karteziánský dualismus rozdělil ve svých důsledcích lidské tělo na hmotné tělo a nehmotnou mysl a lékařství upnulo svou pozornost pouze na hmotné tělo, jež postupně rozložilo a prozkoumalo do detailů (Křížová, 2018: 59). Tím však neumožňuje celostní pohled na problematiku zdraví a nemoci. V medicíně došlo v posledních několika desítkách let k mnoha významným objevům jak v oblasti diagnostiky, tak v oblasti léčebných postupů, ovšem tento jednostranný biomedicínský model zcela vytěsnil neméně důležitý psychologický, sociální a spirituální kontext lidské existence. V novodobém pojetí medicína západního typu přestala léčit pacienty a začala léčit nemoci bez toho, aniž by reflektovala skutečnost, že čtvrtina nemocných se do žádné ze škatulek

nevejde (Kalábová, 2011: 4).

Mým cílem však není snaha o kritiku či překonání myšlenek karteziánského dualismu v biomedicíně či jiných vědních oborech, ale ukázat, že pokud chceme zkoumat prožívání nemoci skrze vlastní tělo, tedy jakousi žitou zkušenost, biomedicínské pojetí těla nám nestačí. Již samotné označení „biomedicína“ jako název pro západní medicínu² poukazuje na skutečnost, že se jedná o medicínu především biologickou (Gaines, Davis, 2004: 95). I přesto, že v 60. letech minulého století dochází k uvedení nového, sociobiologického modelu pohledu na nemoc následovaného bio-psycho-sociálním modelem George L. Engela v roce 1977, jenž byly reakcí na potlačení významu lidské osobnosti a empatické komunikace mezi terapeutem a pacientem, které je typické pro medicínský karteziánský přístup, stále tyto modely nevyhovovaly k uchopení celé osobnosti člověka. Bylo nutné tedy ještě zahrnout další dimenzi, a to spiritualitu. Tento model nemoci, bio-psycho-sociálně-spirituální, již přiznává pacientovi všechny osobní dimenze, ale spíše v teoretické rovině, jelikož spirituální část (duše) je v západní medicínské praxi stále opomíjena (Kalábová, 2011: 19).

1.2.1 Nemocná duše

Tento Engelův (1977, 1980) bio-psycho-sociální přístup ke zdraví tedy poukazyval na skutečnost, že biomedicínský model zdraví opomíjí celek, protože vyřazuje vše kromě biologických faktorů. Tím se snažil upozornit na nezbytnost rozšíření tradičního biomedicínského postoje k nemocem tak, aby zohledňoval psychosociální rovinu nemoci při zachování předností biomedicínského přístupu (Pelcák, 2014: 13). Pohled na člověka jako na „celek“ má však mnohem hlubší kořeny. Již v Aristotelově díle *Metafyzika* z období antického Řecka můžeme vidět jeho pojetí celku jako něčeho, co je více než jen souhrn jeho částí (Aristoteles, 2003), čímž se odlišuje od osvícenského myšlení Reného Descarta. Tato přesvědčení zdůrazňující celistvost jednotlivých částí dále slouží jako základ pro holismus, jenž jako pojem poprvé použil ve svém díle *Holismus a evoluce* kvantový fyzik Jan Christiaan Smuts (1926). Zde nalezneme jeho ontologické, epistemologické a antropologické předpoklady, které se týkají například podstaty poznání a toho, jak člověk

² Pod pojmem „biomedicína“ bylo podle Gainese a Hahna (1982, 1985) (přejato po Engleovi, 1977) chápáno také to, co se označovalo jako „vědecká medicína“, „kosmopolitní medicína“ či jednoduše „medicína“ (Engel, 1980; Kleinman, 1980).

může rozumět světu a toto porozumění dále sdělit jako určitý druh znalosti další osobě. Jeho hlavní zájem spočívá v pokusu o porozumění a pochopení způsobu, kterým jedinci tvoří, modifikují a interpretují svět, ve kterém se nacházejí (Burrell, Morgan, 1979: 1-3).

Koncept holismu se poté v 70. letech 20. století přenesl i do ošetrovatelství, kde s ním pracovaly teoretičky jako M. E. Rogers (1970) nebo M. Levin (1971). Rogers věřila, že svět je jednotný celek, v němž je každý prvek propojen s tím druhým a Levin se zaměřovala na popsání role sestry, která by podle ní měla spočívat v tom, že bude na každého pacienta pohlížet jako na jedinečnou lidskou bytost v kontrastu ke zjednodušenému přístupu v medicíně. Obě tak popisují pacienta z pohledu celku (McEvoy, Duffy, 2008: 414). Z holistického přístupu ke zdraví a nemoci od počátku vychází také psychologie zdraví. To znamená, že v teorii i praxi respektuje bio-psycho-sociální model zdraví a nemoci a koncepci multikauzální příčiny jednotlivých skupin onemocnění (Pelcák, 2014: 24).

Pokud se vrátíme zpět na úvod k vtíravým myšlenkám a nutkání je zahnat, až do 70. let minulého století nebyl tento stav léčbou ovlivnitelný, protože možnosti léčby byly malé. Od té doby byla objevena nová farmaka a byly propracovány nové přístupy v terapii, které výrazně zlepšily možnosti léčby (Praško, Prašková, 2008: 41). V 80. letech se tak poprvé setkáváme v medicíně s oficiálně uznanou diagnózou obsedantně-kompulzivní poruchy (OCD), jež se tradičně řadí do skupiny neurotických poruch. Typickým rysem tohoto onemocnění jsou již zmíněné nechtěné myšlenky nebo nutkavé činy (např. pocity nakažení bakteriemi, kontroly zamčení dveří apod.) (MKN-11, 2019). Z medicínského hlediska mají lidé trpící touto poruchou změněnou rovnováhu serotoninu na některých nervových zakončeních v mozku, proto je její léčba založena na podávání léků, které upravují tuto rovnováhu tím, že blokují zpětné vychytávání serotoninu ze štěrbin mezi nervovými zakončeními, čímž umožňují organismu, aby opět získal zdravou rovnováhu v procesu přenosu informace mezi buňkami v mozku (Praško, Prašková, 2008: 43). U forem poruchy, které jsou klasifikovány jako lehčí a středně závažné, lékaři či terapeuti volí psychoterapii (často i v kombinaci s léky, které by měly zvýšit její účinnost). Ta pomáhá hlouběji porozumět tomu, co se s člověkem děje, učí, jakým způsobem zacházet s příznaky a s různými problémy v životě. Trénuje také dovednosti, jež mohou do budoucna bránit v rozvoji nové epizody. Mezi nejčastější přístupy psychoterapie patří psychoanalýza (nebo jiné formy dynamické terapie), skupinová terapie nebo kognitivně-behaviorální terapie

(tamtéž: 48-49).

I přesto nám však tyto postupy neumožňují hlouběji nahlédnout do vnímání těla a tělesnosti jednotlivými pacienty a pacientkami, a je tak potřeba nalézt jiný způsob metodologického bádání, který nám jej umožní.

1.3 Sociologický přístup k tělu a nemoci

Na biomedicínský systém a jeho vztah k tělu reagovali také sociologičtí autoři. Podle Michela Foucaulta toto zaměření na tělo ve snaze jej rozložit a do nejmenších detailů prozkoumat není bez následků. Domnívá se, že výsledkem není jen zdokonalená znalost o něm, ale také jeho kontrola a disciplinace. Disciplinované tělo je takové tělo, které přijímá vědění expertních autorit a jejich poznatky, a na základě toho se stává poslušným. Je to tělo zkrocené, podmaněné a submisivní. Současně upozorňuje, že tyto poznatky o lidském těle a zdraví jsou využívány jako další způsob omezení a podrobení se novému typu moci (Foucault, 2000: 199-202). Tu označuje jako „biomoc“³, která představuje „*kontrolované zapojení těla do aparátu produkce a přizpůsobení fenoménu populace ekonomickým procesům*“ (Foucault, 1999: 141). Zatímco věda v době osvícenství budila dojem, že člověka osvobozuje, Foucault ve svém díle upozorňoval na nové podoby panství. Lékaři se specifikují na jednotlivé části těla, rozdělují ho a fragmentují, což vede k tomu, že získávají vládu nad tělem a člověk (pacient) je jim podřizován. V době, kdy Foucault přicházel s těmito myšlenkami, byl nemocný zcela vystaven lékařskému rozhodování a jeho moc byla v podstatě přímá (ve státních institucích s dohledem dokonce nařízená), avšak jejich platnost trvá i dodnes, kdy jsou plně uznána a respektována práva pacientů a žádný úkon související s jejich zdravím nesmí být proveden bez informovaného souhlasu, a to tím, že se nemocný upíná k autoritě lékaře, jenž disponuje odborným vzděláním a praxí (Křížová, 2018: 60). Současně je zde již zmíněný obraz moderního já, které je schopné téměř absolutního osvobození se od sociální determinace. Schopné odpoutat se, aby dosáhlo vyšší úrovně pravdy. Tyto principy jsou poté ústřední pro léčbu nemocí jako nezávislých entit umístěných v tělech pacientů, ale léčených odděleně (Gordon, 1988: 40).

Předností Foucaultova přístupu k medicíně je jeho uznání, že změny ve formě poznání (nemoci) souvisejí s formami moci. Slabinou filozofie medicíny totiž podle Turnera je to, že

³ Později pracuje s pojmem „biopolitika“ (Foucault, 2009).

příliš často odděluje otázku „Co je nemoc?“ od otázky „Jaká je funkce medicínských znalostí v kontextu lékařské praxe?“. Jazyk nemoci zahrnuje úsudek o tom, co je žádoucí a co nežádoucí, a lékařská profese má v moderní společnosti velký vliv na to, co se dá považovat jako dobrý či správný život (Turner, 2008: 176).

S otázkou „Co je nemoc?“ se pojí také to, jak se samotný koncept nemoci chápán. V sociálních vědách se používají při popisu různých koncepcí nemoci a jejího vnímání dílčími skupinami ve studované společnosti dva pojmy, *disease* a *illness* (Hrešanová, 2008: 229). Oba tyto termíny běžně slouží k popisu odchylek od toho, co je v kontextu zdraví a nemoci chápáno jako „normální“. Ačkoliv do češtiny bychom vše překládali jako *nemoc*, anglický jazyk nám nabízí na tato zdánlivě stejná pojmenování nahlížet rozdílně. A právě jejich rozdíl je již dlouho zdrojem debat. V moderní medicíně je *disease* často vnímána jako objektivní a postihuje všechny pacienty stejně. Nemoci jsou entity, které mají svůj název a lze je odhalit pomocí biologických či chemických markerů. Tento termín tedy představuje jakousi „věc“, jenž na pacienta působí zvenčí a pomocí medicíny je možné ji zničit. Oproti tomu *illness* neodkazuje na konkrétní „věc“ v těle, ale na pacientovu zkušenost s nemocí. Ta je subjektivní a zahrnuje všechny aspekty nemoci, které jsou pro jednotlivce jedinečné (Loch, 2013: 20).

Pokud budeme vycházet z předpokladů, že nemoc je v kontextu zdraví odchylkou od normálu, když člověk necítí bolest, nevolnost nebo nepohodlí, je jeho tělo relativně nenápadné, a do povědomí vstoupí často až po prožití nemoci nebo bolesti (Lupton, 2012: 20). Avšak kde se nachází hranice toho, co chápeme jako nemoc? Když se vrátíme zpět ke konceptům *illness* a *disease*, Turner pokládá otázku, zda pokud souhlasíme s nahlížením na *illness* jako na kulturní fenomén, můžeme souhlasit také s tím, že *disease* je prostě přirozeným faktem a sama o sobě nepodléhá kulturním procesům? Domnívá se, že pojmy *illness*, *disease* a *health* (zdraví) nevyhnutelně zahrnují určitý úsudek, který nakonec spočívá na kritériu statistického zastoupení či jakéhosi ideálního stavu, což znamená, že žádný průměrný (normální) jedinec neexistuje. Nemoc není fakt, ale vztah, jenž vychází z klasifikačních procesů (Turner, 2008: 176). Odkazuje též na Kinga (1954), podle něhož lze vzorec nemoci rámcovat, a právě tento rámec nám má sloužit k přiblížení se nebo organizaci naší zkušenosti. To znamená k řešení každodenních situací tím neuspokojivějším způsobem (King, 1954: 201). Objev nové nemoci není podle tohoto názoru epistemologicky ekvivalentní k objevu nového živočišného druhu, ale jedná se o nalezení nového rámce či

posun v tom stávajícím. Tyto změny souvisí se změnami v institucionalizované medicíně a s tím, jakou povahu má lékařská moc (Turner, 2008: 176).

1.3.1 Stigmatizace těla

S pohledem na to, co je v kontextu zdraví a nemoci společností chápáno jako normální, se pojí také koncept *stigmatu*. Laická populace zaměřuje svou pozornost především na vnější charakteristiky a projevy lidí kolem nich. Na jejich výrazy, pohyby, fyziognomii, držení těla či řeč. Soustředí se tedy na známky něčeho neobvyklého, něčeho, co v jejich pohledu neodpovídá normě. Například tak značné množství kompulzivních rituálů, jež jsou typické pro lidi trpící OCD, může pro někoho, kdo s tím nemá žádné zkušenosti, vypadat podivně. A jakmile si okolí všimne, že se jedinec „chová divně“, může to vést až ke stigmatizaci (Ocisková et al., 2014: 83). Ta je podle Goffmana (2003: 3) atributem, jež je nositelem devalvovaných stereotypů a jedince tak hluboce diskredituje. Ve své práci Goffman odlišuje 3 druhy stigmatu; jsou to různá tělesná znetvoření, charakteristiky, které jsou v rozporu s dobovou morálkou (např. homosexualita, alkoholismus nebo nezaměstnanost) a kmenová stigmata, kam se řadí rasa, národnost či náboženství (Goffman, 2003: 12-13).

Nejedná se však o jednostranný proces a stigmatizovaný si tím, že sám přijme měřítko širší společnosti, uvědomuje svou pozici. Vnímá, jak na něj není nahlíženo jako na „normálního“ člověka a není plně přijat, což má za následek jeho vlastní dehonestaci a pocity méněcennosti, protože nesplňuje představy, jaké by měl (tamtéž: 15-16). Je ale důležité zmínit, že Goffman identifikuje dvě skupiny lidí, které se stigmatizovaným sympatizují. Jsou to v první řadě ty osoby, jež jsou postižené stejným stigmatem, a jedinec se tak s nimi cítí dobře, může být uvolněný a nemá potřebu se přetvařovat či skrývat své chování, aby předešel jakémukoliv odsuzování. Dále se jedná o osoby, které sice nejsou stigmatizovány, ale se situací stigmatizovaného jsou obeznámeni. I v jejich společnosti tak nemá neustálou potřebu se kontrolovat a cítí se přijímán (tamtéž: 30). Sám sebe stigmatizovaný jedinec nedefinuje odlišně od všech ostatních, ale zároveň je okolím i sebou samým považován za někoho, kdo je ze společnosti vyčleněn, čímž zažívá vnitřní rozpor, na nějž reaguje snahou o nalezení východiska ze své situace (tamtéž: 126-127). Tím může být buď pokus o nápravu (například operace, pokud se jedná o tělesné znetvoření), nebo pokus o nepřímé zlepšení dané situace (může se snažit dokázat, že je schopen toho, co je v jeho situaci pokládáno za nemožné) (tamtéž: 15-18). Goffman označuje toto zacházení s vlastním stigmatem z pozice jeho

nositele anglickým slovem „management“. Pro stigma psychického onemocnění se tak stává další „nemocí“, se kterou se musí vyrovnávat, a proto je její „management“ úkolem v péči o psychicky nemocné (Škoda, 2016: 30).

Goffman (2002) dále dělí stigma na skryté a zjevné, kdy u duševně nemocných jde často o to skryté. Někteří pacienti s tímto onemocněním jednají pod vlivem pocitu vlastní méněcennosti, čímž podněcují své okolí, aby je za méněcenné považovalo. Sociální status duševně nemocných je mnohem nižší než status somaticky nemocných (Bártlová, 2006: 269).

K diskusi stigmatu duševní nemoci přispívá svým negativním pohledem v díle *Dějiny šílenství* i Michel Foucault (1994). Zde popisuje obraz blaženého života duševně nemocných ve středověku, kteří trávili čas putováním na lodích po Evropě, dokud na počátku novověku nezačali být zavíráni do ústavů (blázinců). Podle jeho interpretace je psychiatrie spíše systémem, jež slouží k podpoře oddělení osob označených za duševně nemocné a její jazyk choroby nepopisuje, ale spíše vytváří. Základní myšlenkou její kritiky je představa, že duševní nemoc je normální reakcí na nenormální skutečnost (Pechová, 2013: 22).

Tomuto tématu se věnuje také v knize *Psychologie a duševní nemoc*, kde odkazuje na samotnou problematiku pojmu „duševní nemoc“. Podle něj je „duševní nemoc“ pouze *odcizené šílenství*, odcizené psychologií, které dalo samo vznik. Domnívá se, že jednou bude nutné se pokusit ono šílenství (navracené své původní řeči) prostudovat jako celkovou strukturu. Foucault tvrdí, že by se především nepochybně ukázalo, že neexistuje kultura, která by nebyla citlivá na určité fenomény v lidském chování a řeči, vůči nimž společnost zaujímá zvláštní postoj. Takoví lidé pro ni nejsou ani úplně nemocní, ani úplně zločinci, ale ani úplně normální. Je v nich cosi odlišného, ale nesmíme však hned tvrdit, že to je první, nejasné vědomí toho, co nazveme duševní nemocí, je to jen prázdný prostor, v němž se usídli zkušenost šílenství (Foucault, 1997: 95-96).

Ačkoliv je v dnešní době duševní onemocnění se všemi svými tělesnými projevy ve společnosti poměrně časté, stále se obvykle setkáváme s jeho stigmatizací. Na světě neexistuje žádná země, společnost či kultura, kde by lidé trpící duševním onemocněním měli stejnou společenskou hodnotu jako lidé bez něj (Thorncroft et al., 2009). Jednou z možností, jak zlepšit postavení lidí s psychickými poruchami ve společnosti, je zvýšení gramotnosti v oblasti duševního zdraví. Z některých výzkumů je patrné, že právě vyšší míra gramotnosti v rámci tohoto oboru snižuje stigmatizační postoje vůči lidem trpícím duševním

onemocněním. S rostoucí gramotností se též zvedá procento pravděpodobnosti, že jednotlivci s psychickými obtížemi vyhledají pomoc (Rüsch et al., 2011: 675-677).

1.3.2 Ritualizace těla

S tím, že chování lidí s obsedantně-kompulzivní poruchou může být stigmatizováno, se mimo jiné pojí rituály, které jsou součástí kompulzí reagujících na různé druhy podnětů. Rituál jakožto určitý jev je předmětem zkoumání v mnoha vědních oborech, a tak neexistuje jeho jednotná definice. Catherine Bell ve své práci s názvem *Ritual: Perspectives and Dimensions* představila základní myšlenky rituálu tím, že systematicky popsala nejvýznamnější teoretické směry. Funkcionalistický přístup zkoumá roli a význam rituálu ve společnosti, především se zaměřuje na to, jak rituál ovlivňuje organizaci a funkci skupin (Bell, 1997: 23). Ze symbolického pohledu jsou rituály chápány jako systémy symbolů, které strukturovaně reprezentují kulturní hodnoty a slouží jako jazyk, který komunikuje tyto kulturní významy (tamtéž: 61). Teoretikové se zabývali také studiem rituálů v souvislosti s náboženstvím. Snažili se porozumět rituálu skrze historické kořeny náboženství, což souvisí s otázkou o samotném vzniku náboženství (tamtéž: 3). I přes značný počet definic a pojetí rituálů si Bell všímá, že mnoho z nich se v určitých znacích shoduje. Rituál tak vymezuje na typ významné situace, kde se spojují některé sociální nebo kulturní síly, které jsou v opozici. Těmi jsou například příroda a kultura, řád a chaos či tradice a změna (tamtéž: 16). Dále uvádí, že rituály jsou bezmyšlenkovité akce, tedy jakési rutinované, navyklé, obsesivní či mimetické (tamtéž: 19).

V této práci v souvislosti s ritualizací vycházím především z díla Boyera a Liénarda (2006) *Why ritualized behavior? Precaution Systems and action parsing in developmental, pathological and cultural rituals*, kteří ji označují jako ritualizované chování, jenž je chápáno spíše na individuální úrovni. Odhalují 5 obecných rysů ritualizace, jimiž jsou *nutkání, rigidita, degradace cíle, vnitřní opakování a redundance a omezený rozsah témat*⁴. Při nutkání mají lidé za určitých okolností pocit, že by bylo nevhodné či dokonce nebezpečné, kdyby rituál neprovedli. Mají tak silnou vnitřní touhu jej vykonat, že jen pomýšlení na jeho neuskutečnění může vyvolávat silnou úzkost. Naopak pokud k jeho provedení dojde, přichází značná úleva. Přirozeně se to však mezi jednotlivými oblastmi liší

⁴ Přeloženo z anglických výrazů *compulsion, rigidity, goal-demotion, internal repetition and redundancy a restricted range of themes*.

a úzkost může předcházet rituálním akcím nebo chování v osobních rituálech, ale ne vždy v kulturních rituálech. Společným prvkem ve všech oblastech je fakt, že nutkání nevyžaduje žádné vysvětlení. Lidé cítí, že musí rituál vykonat, jinak by se mohlo něco přihodit⁵, ale nepotřebují mít konkrétní představu toho, co by se stalo jinak. S rigiditou je spojeno dodržování scénáře. Daný člověk má pocit, že by měl rituál provádět přesně tak jako dříve. Odchylna od zavedeného vzorce je intuitivně vykládána jako nebezpečná, ačkoliv stejně jako u předchozího rysu nevyžaduje žádné vysvětlení, proč tomu tak je. Degradace cíle, nebo také jakási bezúčelnost, se pojí s tím, k čemu prováděný rituál vede. Rituály (a chování s nimi spojené) obecně vedou k nějakému cíli, mají svůj účel. Ale kontext, ve kterém jsou prováděny, nebo způsob jejich výkonu účel postrádají. Lidé si například znovu zavazují již zavázané tkaničky, dotýkají se určitého kusu nábytku, aniž by s ním chtěli pohnout nebo se o něj opřít, či si myjí ruce mnohem častěji, než by hygiena vyžadovala. Pro mnoho rituálů je typické také opakování různých gest nebo výroků. Důležité je však přesné číslo. Daná sekvence se provede třikrát, pětkrát nebo například desetkrát za sebou. Mnoho rituálních sekvencí se tak jasně odlišuje od každodenních akcí, ve kterých buď nedochází k opakování stejných sekvencí, opakování je kumulativní, nebo má každý opakovaný akt specifický výsledek. Posledním rysem je omezený rozsah témat. Zdá se, že mnoho rituálů se zaměřuje na taková témata, jako jsou čistota a nečistota či ochrana a nebezpečí. Prostor pro vytváření rituálů a nástroje určené k jejich vykonání jsou popisovány jako „čisté“ anebo „bezpečné“, a jejich smyslem je „očistit“ lidi, předměty, mysl či tělo (Boyer, Liénard, 2006: 4). Zde odkazují na Mary Douglas (1982), podle které je v kolektivních rituálech tato starost o „očistění“ tak rozšířená, že je považována za základ náboženského rituálu (Boyer, Liénard, 2006: 4).

Rituály se zabýval také Arnold van Gennep, který vycházel z animistického a dynamistického rozdělení. Animistický rituál je založen na základě vztahu k nějaké vyšší síle či božstvu, naopak dynamistický rituál pramení z neosobního základu, kdy se věci dějí samy od sebe (van Gennep, 1997: 16). Samotný rituál celkově chápe jako zvláštní místo mezi sakrálním a profánním (tamtéž: 14). Van Gennep rituály dále dělí na přímé (jejich účinnost je okamžitá) a nepřímé (pouze uvádí do pohybu síly, jenž zasahují postupně), pozitivní (snaha o kladný efekt) a negativní (snaha se tomuto efektu vyhnout skrze negativní čin) a sympatetické (jsou založené na působení podobností či jinakostí) a kontaktní (vychází

⁵ Zde se vracíme do úvodního problému se zmáčknutím vypínače.

z přesných vlastností). Též však upozorňuje na skutečnost, že při dělení rituálů neexistuje žádný jasný typ, protože jeden rituál lze vykládat mnoha různými způsoby, a stejně tak jedna interpretace může platit pro více odlišných rituálů (tamtéž: 18). V souvislosti s interpretací rituálů Helena Skarupská dodává, že samotný rituál není univerzální, transkulturní jev, ale specifický pohled na svět a jeho organizaci, který vypovídá úplně stejně jak o antropozích a jejich referenčním rámci, tak o lidech a jejich chování, jež jsou předmětem výzkumu (Skarupská, 2006: 70).

1.4 Fenomenologické vnímání tělesnosti

Jak jsem psala již v úvodu této práce, mou snahou je do diskuse o psychických nemocech (konkrétně OCD), které jsou ze sociologického pohledu stále zahaleny určitou stigmatizací, přinést další způsob porozumění, jenž je spojen s vnímáním těla samotnými pacienty a pacientkami. Výchozím přístupem je pro mě tedy fenomenologie, která umožňuje zachycovat prožívání vlastní tělesnosti a s touto žitou zkušeností dále pracovat.

Jedním z prvních představitelů fenomenologické filosofie byl Edmund Husserl, jež si kladl základní otázku, zda jsou předměty, kterými se zabýváme, skutečnými, nebo pouze představou o nich (Husserl, 2007: 30). Ve své analýze usiluje především o zdůrazňování těla, jenž podle něj není v centru prožívání, ale dokáže na sobě prožitek lokalizovat (Husserl, 2006: 145). Jan Patočka⁶ charakterizoval jeho filosofii jako snahu o vědecké zamyšlení se nad smyslem věcí a lidského života. U tohoto typu myšlení vládne přesvědčení, že věda dokáže člověku umožnit nejen pravé poznání, ale lze mu dát také duchovní smysl a cíl života (Patočka, 1969: 3). Husserl se tak svým dílem snažil překonat tradiční dualismus mezi tělem a duší, který nám neumožňuje zkoumat komplexní tělesný prožitek a tělesnou zkušenost.

Na něj navázal svým významným dílem *Phénoménologie de la perception* Maurice Merleau-Ponty, kde hlouběji rozpracovává problém, s nímž přišel Husserl, a tím je propojení subjektivního a objektivního rozměru těla (Halák, 2015: 197). Na rozdíl od Descarta, který pojímá duši nedělitelně, Merleau-Ponty tvrdí, že člověk člověka poznává hlavě díky tělesné schránce, tedy tomu, jak vypadá, jaké má gesta či jak chodí. Člověk tak není duální bytostí, ale tělo a duše vytváří jeho podstatu (Kalábová, 2017: 79). V souvislosti s fenomenologickým přístupem k tělu a tělesnosti Merleau-Ponty uvádí, že existuje jakési

⁶ Jan Patočka se s Edmundem Husserlem znal osobně a ve své práci z něj často vycházel.

ztělesněné „já“, což znamená, že interpretace okolního světa je závislá na našem těle. Soustředí se tak na významy, jež jsou chápány právě prostřednictvím našeho těla, čímž upozorňuje na to, že člověk nevlastní tělo jako jakousi schránku, ale tím tělem přímo je (Merleau-Ponty, 2013: 85-90). Zkušenost těla nás přivádí k vnímání prostoru jako součásti existence. Pod povrchem objektivního prostoru existuje základní prostorovost, která je totožná s bytím těla (tamtéž: 193). Podle Merleau-Pontyho je důležité vědět, že tělo je neustále s námi, a současně si být vědomi jeho součásti. A to z toho důvodu, protože naše těla jsou to, čím vnímáme, a zároveň subjektem chápání a našeho „já“ (tamtéž: 259).

Merleau-Ponty tak převzal základní fenomenologické rozlišení mezi žitým tělem a objektivním tělem. Svým jednáním působíme ve světě a s ostatními se setkáváme povětšinou jako s vtělenými aktéry než jako s pasivními pozorovateli či objektivními myslmi. Naše těla nejsou primárně objekty, a to ani pro nás, ani pro ostatní. Jsou aktérskými těly vyjadřujícími svoji subjektivitu prostřednictvím pohybů, gest, konání a výrazů. Moje tělo jakožto pozorovatel a aktér je zapojené do činností a současně se podílí spolu s ostatními na utváření významu (Gallagher, 2015: 14-15). Čapek dodává, že v jeho úvahách o těle můžeme stále pozorovat určité rysy dualismu, když Merleau-Ponty upozorňuje na dualitu v zakoušení vlastního těla tím, že odlišuje dvě vrstvy těla, a to tělo anonymní (ne-osobní) a tělo osobní. Podle něj je základní zkušenost ne-osobní, avšak vedle tohoto označení jej rozumí také jako před-osobní. Osobní rovina se vyznačuje tím, že jedinec v ní chápe své bytí jako vlastní, a teprve v osobní zkušenosti lze mluvit o „já“, jenž toto vlastní bytí k sobě vztahuje, samo určuje a rozhoduje o něm (Čapek, 2011: 112).

1.4.1 Embodiment

V souvislosti s fenomenologií se v antropologickém zkoumání těla setkáváme také s důležitým pojmem, kterým je *embodiment* (ztělesnění). Ten představuje metodologickou perspektivu, jíž se v kontextu sociální a kulturní antropologie zabýval mimo jiné Thomas Csordas. Tělo se v tomto pojetí nepovažuje za objekt zkoumaný ve vztahu ke kultuře, ale za subjekt, který tvoří její základ a existenciální jádro (Csordas, 1990: 1). Posun od těla k tělesnosti zdůrazňuje přechod od chápání těla jako negenderového, kde je klíčové vnímání, k chápání těla jako prostředku, jakým se poznává a zažívá svět. Tělesnost je pro něj základní podmínkou existence, kde tělo slouží jako subjektivní zdroj nebo intersubjektivní základ

zkušenosti (Csordas, 1999: 143-145).

Ve své práci reaguje také na ostatní autory, kteří se tělesností zabývali, a to především na Merleau-Pontyho, Bourdieuho a Foucaulta. Na základě kritické analýzy jejich přístupů jeho zásadní metodologická otázka ohledně tělesnosti vychází z rozlišení mezi tělem jako objektem a subjektem, které slouží jako pole vnímání a praxe (Csordas, 2002: 83-84). Csordas uvádí, že místo jednání je pro Merleau-Pontyho na úrovni existence, pro Bourdieuho na úrovni habitu a pro Foucaulta na úrovni mocenských vztahů (Csordas, 2011: 138-140). V této studii vycházím především z filosofie Merleau-Pontyho (2013), který klade důraz na to, že tělo není pouze objektem, který zažívá svět, ale je také subjekt, skrze nějž je vnímání těla uskutečňováno. Rozvíjí koncept, že vnímání je vždy vázáno na naše tělo, jež je pro něj „existenciální tělo“, které se podílí na vytváření našich zkušeností a percepce světa (Merleau-Ponty, 2013). Bourdieuho (2013) habitus nevyužívám jako základní teoretický rámeček z toho důvodu, že je spojen především s návyky, které se formují v rámci sociálního prostředí a kulturních podmínek. Tyto návyky jsou tedy převážně sdílené, avšak tím, že se ve svém výzkumu zaměřuji na individuální vnímání, není pro mě klíčová širší kulturní struktura, protože nepředpokládám že jednotliví účastníci tyto návyky sdílí. S tímto pojmem bych tak pracovala v případě, že by všichni účastníci pocházeli se stejného prostředí, v rámci něhož by daný habitus sdíleli.

1.4.2 Individuální zkušenost

Zkoumání individuálních zkušeností z pohledu jejich subjektivního prožívání a vnímání tělesnosti je oblast, kterou se zabývá několik významných antropologických autorů a autorek, jejichž teorie vycházejí z fenomenologické perspektivy. Tím se snaží přispět do debaty medicínské antropologie, jež má sloužit mimo jiné k rozšíření významu těla v lékařské oblasti. Autorky Nancy Scheper-Hughes a Margaret M. Lock v práci *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology* předkládají tvrzení, že k pochopení těla, které je omezeno předpoklady (jakým je například karteziánský dualismus), je třeba se od nich oprostit, aby bylo možné zaujmout antropologický přístup. Přichází s konceptem *mindful body* (vědomé tělo), kde se zaměřují na kritické rozebrání stávajících pojetí, jež spojují tři odlišné přístupy ke studiu těla. Myšlenku dualismu se tak dle Scheper-Hughes a Lock můžeme pokusit překonat tím, že pochopíme své tělo ve třech rovinách. Máme tělo individuální (fenomenologické), toto je tělo přesně tak, jak ho

prožíváme, a tyto způsoby prožívání se pak liší ve zdraví a nemoci. Dále máme sociální tělo, které je chápáno jako přírodní symbol zastupující metafory, díky čemuž se vypořádáváme s naším vztahem ke kultuře a přírodě. Třetí je tělo politické, jenž poskytuje důležitý rámec pro pochopení toho, jak normy a politické rozhodování ovlivňují a formují tělesné zkušenosti. Nakonec se autorky zaměřují na emoce, které prostupují všemi třemi zmíněnými těly, a ovlivňují způsob, jakým tělo překonává nemoc a bolest. Odráží tak představy o dobře či špatně fungujícím tělu (Scheper-Hughes, Lock, 1987: 6-30). Tento koncept rozdělení těla do tří úrovní jsem zvolila jako výchozí pro následnou analýzu, protože dokáže zachytit komplexnější tělesnou zkušenost v souvislosti s vnímáním těla lidí s obsedantně-kompulzivní poruchou.

Tělesností se v rámci medicínské antropologie se ve svém díle *The Illness Narratives* věnoval také Arthur Kleinman (1988). Podle něj by si měli lékaři v rámci biomedicínského systému uvědomit důležitost naslouchání svým pacientům včetně jejich osobní a socio-kulturní reality v diagnostice a léčbě. Jeho koncept *narrative illness* tak slouží pro pochopení, jak lidé prožívají a vyprávějí své zkušenosti s nemocí (Kleinman, 1988). Můžeme zde také pozorovat podobnosti s konceptem *mindful body* Nancy-Scheper Hughes a Margaret M. Lock. Pro oba je klíčovým aspektem subjektivní zkušenost, kdy *narrative illness* se zaměřuje na osobní příběhy a subjektivní prožívání nemoci jednotlivými pacienty a *mindful body* zdůrazňuje tělo jako subjektivní prožitek. Zároveň pokládají obě tato pojetí za důležité kulturní a sociální kontext (Scheper-Hughes, Lock, 1987; Kleinman, 1988). V díle *Patients and Healers in the Context of Culture* Kleinman ještě upozorňuje na skutečnost, že je biomedicínský model zatížen mnoha předpoklady a teoriemi, které vychází ze západních kulturních tradic, a nebere tak v úvahu perspektivu pacienta, čímž se snaží poukázat na jeho redukcionismus, ve kterém se ztrácí důležitost socio-kulturního ukotvení (Kleinman, 1980: 18).

2 Metodologie

Na začátku výzkumu byla myšlenka vytvořit práci, která se bude zabývat pro mě blízkým tématem, a na níž budu moci navazovat i v dalším akademickém bádání. Do prostředí, jež jsem si pro svou diplomovou práci vybrala, není příliš snadný přístup, proto jsem chtěla využít svého postavení a zkušeností pro kontakt lidí s obsedantně-kompulzivní poruchou. Sama vím, jak obtížné může být hovořit o psychických nemocech a jejich projevech s cizími lidmi. Člověk se může často potkávat i s nepochopením, které však nepramení z neochoty ostatních pochopit jeho pocity, myšlení či chování, ale z neznáma, jenž pro ně jejich svět představuje. To mě následně přivedlo k výzkumné otázce této práce, a to sice k prožívání nemoci skrze vlastní tělo a vnímání těla a tělesnosti pacienty s OCD. Mým cílem je zjistit, jak tělu rozumí, pracují s ním, a jak se do tohoto jejich vnímání těla promítají individuální, socio-kulturní a politické vlivy. Poznat a porozumět tomuto světu skrze jejich osobní prožitky.

Vzhledem k charakteru výzkumné otázky jsem provedla kvalitativní fenomenologickou studii, a to z toho důvodu, že bylo mým záměrech zachytit žitou zkušenost konkrétních lidí. Avšak je důležité si uvědomit, že následná analýza dat je založena jak na interpretacích participanta, tak také výzkumníka. Zkušenost je tedy v rámci analýza konstruována jako výsledek společného sdílení výzkumníka a participanta, kde však musí být pohledy obou osob odděleny (Koutná Kostínková, Čermák, 2013: 11). Zde jsem si tak vědoma možného rizika, které souvisí s tím, že mám s danou nemocí osobní zkušenost. Do mé interpretace se tak mohou promítat autobiografické prvky, jež však nebudou jasně odděleny od pohledu samotných participantů (viz kapitola o etice a reflexi výzkumnice).

2.1 Příprava výzkumu a následný sběr dat

Dlouholetá znalost daného terénu mi do něj na druhou stranu umožnila snadný vstup, kdy jsem nemusela studovat tuto problematiku od začátku, ale čerpala jsem ze svého již nabitého vědění. Bylo však třeba rozhodnout, jakým způsobem budu participanty získávat a jakou metodu sběru dat zvolím.

Způsob výběru participantů byl kombinací výběru úsudkem a sněhové koule (snowball). Nejprve jsem oslovila lidi z mého okolí, o kterých jsem věděla, že mají OCD diagnostikované. Oslovila jsem také různé skupiny na sociálních sítích, kde se společně

spojují lidé s psychickými problémy, a především s OCD. Z těchto stránek jsem bohužel žádnou zpětnou vazbu nezískala. Domnívám se, že zde se projevila už předem daná překážka mé práce, a to sice citlivost tohoto tématu. Svěřovat se s takovouto věcí neznámému člověku může být mnoha lidem nepříjemné. Jsem si samozřejmě vědoma, že důvodem také může být algoritmus sociálních sítí či četnost různých dotazníků v daných skupinách. Rozhodla jsem se tedy, že využiji ještě metody sněhové koule a požádám participanty, se kterými jsem rozhovory vedla, zda by mi mohli na rozhovor doporučit někoho ze svého okolí. Tato cesta byla úspěšná a já jsem měla možnost realizovat další rozhovory.

Dopředu jsem se připravila na skutečnost, že vést rozhovor o duševní poruše s někým, koho téměř neznám, může být velká výzva. Tito lidé jsou zvyklí se o svých problémech bavit s psychologem a terapeutem, jenž s nimi vedou klinické rozhovory, které jsou založené na navázání důvěrného vztahu mezi pacienty a následném shromažďování základních informací o pacientovi včetně popisu hlavních problémů nebo symptomů, na což poté navazuje podrobná anamnéza. A tento celý proces trvá několik měsíců, nebo dokonce i let (Jenkins, 2015: 7-11). Mým cílem však není pacienty jakkoliv diagnostikovat či hodnotit jejich zdravotní stav, ale snaha pochopit pomocí metod sociálních věd, jak svou nemoc vnímají a prožívají oni sami. Co jsem ale z těchto klinických rozhovorů chtěla aplikovat také na ty mé, bylo vytvoření vztahu mezi mnou a dotazovaným. Vytvoření vztahu, který spočívá na vzájemné důvěře, otevřené komunikaci a empatii, jenž může do jisté míry pramenit z mých vlastních zkušeností. Domnívám se, že právě poslední zmíněná empatie byla důvodem, proč byl průběh všech rozhovorů veden v tak klidné a uvolněné atmosféře. I od samotných participantů jsem se po skončení rozhovorů dozvěděla, že pro ně bylo mnohem snazší o těchto problémech mluvit s někým, kdo do jisté míry chápe, co prožívají, a nemusí se bát, že by byli za své chování souzeni. Ostatně této problematice spojené se nepochopením a odsuzováním se věnuji poté v analytické části.

Celkem jsem v rámci výzkumu realizovala 10 rozhovorů. Nejprve jsem vytvořila schéma pro dotazování, aby bylo možné provést polostrukturované rozhovory, jenže poté jsem zjistila, že tento typ rozhovorů mi neposkytuje takové informace, které jsou pro zodpovězení výzkumné otázky potřeba. Viděla jsem, že je zde potenciál, ale polostrukturované rozhovory, ač pro mě byly předem připravené okruhy témat dobrým vodítkem, svou charakteristikou do jisté míry naváděly participanty k tématům, která zajímala mě, ale pro ně v rámci prožívání nemoci nemusela být vůbec důležitá. Zde se dle

mého názoru projevilo mé osobní zainteresování do tématu, protože na základě svých zkušeností jsem předpokládala, že dopředu stanovované okruhy a otázky budou relevantní i pro participanty, ale neuvědomila si, že jejich zkušenost není a nemůže být stejná jako ta má. Proto jsem 6 rozhovorů, původně vedených prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, zopakovala znovu. Vzhledem k tomu, že tento typ rozhovoru je obvykle veden v několika krocích, byla jsem přesvědčena, že opakování rozhovorů bude lepší variantou než hledání nových participantů. Tím, že jsme si k sobě již vybudovali nějaký vztah a důvěru, byly druhé rozhovory jak pro mě, tak pro dotazované mnohem snazší a uvolněnější oproti těm prvním. Zbylé 4 rozhovory byly vedeny nestrukturovaně již od začátku. Na úvod jsem vždy každého participanta požádala, aby se mi představil a pověděl mi svůj příběh o tom, jak se poprvé setkal s OCD a jeho diagnostikou. Další otázky, které poté následovaly už se týkali individuálních poznatků a reakcí na podněty, které od participantů přicházely.

Faktory, které jsem zohledňovala při výběru participantů, bylo diagnostikované OCD a zkušenost s terapií (typ terapie už pro mě nebyl důležitý), to znamená jak současná, tak minulá. Nebyla potřeba, aby pacienti docházeli na terapii v době rozhovorů. Podrobnější představení participantů lze nalézt v Příloze č. 1. Pro účely této práce však byla jména jednotlivých participantů změněna, aby zůstala zachována jejich anonymita, zbylé demografické údaje jsou beze změny.

Původně jsem zamýšlela, že všechny rozhovory budou provedeny osobně, aby do analýzy bylo možné zakomponovat také poznatky z pozorování během rozhovorů, sledovat, jak se OCD projevuje během našeho společně stráveného času, jak na jeho projevy daný člověk reaguje a následně na celou tuto zkušenost navázat v probíhaném rozhovoru. Nakonec jsem osobně vedla pouze 4 rozhovory, zbývajících 6 bylo provedeno on-line. Pro participanty bylo totiž příjemnější vést rozhovory v domácím prostředí, ne na veřejném místě, a to především z důvodu citlivosti tématu. Hovořit o projevech a vnímání své psychické nemoci někde, kde vás mohou slyšet cizí lidé, navíc v prostředí, které často bývá hlučné a neosobní, může být obtížné a mohou zde být opomenuta důležitá témata, o kterých se na veřejnosti lidé bojí mluvit. Z toho důvodu jsem on-line rozhovory brala jako možnost sledovat dotazované v přirozeném prostředí, kde mohou být uvolnění, což mi, ačkoliv s omezením kamerového záběru, umožňovalo reagovat na jejich projevy i přes naši fyzickou vzdálenost. Mnohdy se také stalo, že mě na ně upozornili sami participanti, například že musí s něčím pohnout nebo udělat nějaký rituál. Rozhovory, které byly vedeny osobně, se

odehrávaly u participantů doma. Vzhledem k tomu, že to byli lidé, jež jsem měla možnost poznat již dříve, nebyl pro ně problém mě pozvat do jejich domovů.

Průběh každého rozhovoru se obešel bez výrazných komplikací, žádný z nich nebyl ničím přerušen, ani nedošlo k nemožnosti jej dokončit. Jejich délka se pohybovala v rozmezí 60-100 minut v závislosti na tom, kolik informací mi byli participanté schopni poskytnout během jedné schůzky. Rozhovory, které jsem opakovala, byly oproti původním kratší, obvykle trvaly od 30 do 50 minut. Na začátku všech (prvních) rozhovorů, jak jsem již uváděla, jsem participanty požádala, aby mi pověděli o svém příběhu s OCD, o jeho začátcích, kdy došlo k prvnímu uvědomění si, že se jedná o chování, které je „jiné“. Na tento pojem „jiné“ jsem si již od začátku svého výzkumu dávala veliký pozor. Jak pro mě, tak pro participanty, se kterými jsem rozhovory uskutečnila, nebyla na začátku tohoto příběhu nemoc či porucha, s tímto označením jsme se všichni setkali až při diagnóze od psychologa či psychiatra. Proto v mé první otázce slovo „OCD“ nezaznělo, ale vyčkávala jsem, až s ním přijdou sami participanté. Využila jsem tak prvky narativního vyprávění, jehož metoda bývá během kvalitativních výzkumů také aplikovaná. I když v mém případě se o narativní rozhovor nejednalo, bylo toto vyprávění dobrým vodítkem jak pro mě, tak pro participanty, abychom měli možnost reagovat na určité části a následně na něj navázat doplňujícími otázkami, jež poté spustily další diskuzi.

Rozhovory pro mě byly dobrým zdrojem dat, avšak participanté během nich popisovali pouze to, co si pamatovali ze žitých zkušeností, které se odehrávaly v minulosti. Chyběla tomu tedy bezprostřední reakce a komentář toho, „co se děje“ právě teď a co právě teď prožívají a jak tomu rozumí. Margarethe Kusenbach (2003) ve svém článku o *Street phenomenology* popisuje určité limity zúčastněného pozorování a rozhovorů při zkoumání role místa během každodenní zkušenosti, protože lidé jednající v přirozeném prostředí obvykle to, co se právě děje, nekomentují. Je tak obtížné získat přístup k jejich paralelním zkušenostem a interpretacím prostřednictvím čistě pozorovacího přístupu. Na druhou stranu u rozhovorů bývají participanté vyvedeni z prostředí, kde se tyto aktivity, které popisují, odehrávají, což ztěžuje pochopení toho, o čem přesně daní aktéři mluví (Kusenbach, 2003: 458-459).

Sběr dat jsem tedy vedle rozhovorů doplnila ještě o metodu go-along, kdy byli jednotliví účastníci doprovázeni na jejich „přirozených“ vycházkách a prostřednictvím kladení otázek, naslouchání a pozorování zkoumány jejich zkušenosti a praktiky při interakci

s fyzickými aktivitami a sociálním prostředím. Jednalo se tak o hybrid mezi zúčastněným pozorováním a rozhovory, který dokáže lépe zachytit každodenní žitou zkušenost a její bezprostřední interpretaci (Kusenbach, 2003: 463). Vzhledem k omezenému času všech zúčastněných jsem tyto go-alongy měla možnost realizovat pouze se 3 participanty. Tato metoda od začátku sloužila jako doplňková metoda, kdy jsem si kladla za cíl, že může poskytnout plastičtější obraz dat a doplnit je o nový způsob porozumění. Naše společné „procházký každodenním životem“ probíhaly všechny podobně, snažila jsem se zachovat systematickost, jenž je pro tento způsob získávání dat charakteristická, aby následná analýza takto malého vzorku byla co nejméně obtížná. Tento společně strávený čas začínal u participantů doma (jednalo se o ty participanty, které jsem znala již před začátkem výzkumu), kdy dělali běžné věci jako je příprava čaje či kávy a až poté jsme se vydali ven. Rozhovory během těchto vycházek jsem s informovaným souhlasem nahrávala a veškeré zbylé terénní poznámky zapisovala na papír. Pro lidi trpící OCD je charakteristická ritualizace téměř všech aspektů v jejich životě, proto jsem chtěla, aby mě zavedli na místa, která jsou typická pro každodennost každého z nich. Ať už to byla cesta do práce, do obchodu, do fitness centra či pouhá procházka po okolí jejich čtvrti.

Tato metoda mi tak poskytla snadnější přístup k jejich zkušenostem a postupům přesně tak, jak se odvíjejí v reálném čase a prostoru. Kudy se pohybují, čeho se po cestě musí dotknout, jakým způsobem se vyrovnávají s tím, když nemohou jít cestou, na kterou jsou zvyklí, a co to pro ně znamená. Pro příklad, jakou výhodu má tato metoda oproti běžnému pozorování, mohu uvést, že kdybychom dotyčného aktéra pouze pozorovali, všimli bychom si, že se cestou dotkl zábradlí nebo stoupal jen na určitou barvu dlaždic, avšak už by pro nás bylo složité rozluštit, proč k tomu dochází. Mohli bychom mylně předpokládat, že se zábradlí drží, aby nespádl. Pro OCD je však typické, že to, co se skrývá za jednáním lidí, jenž jím trpí, pro pozorovatele může být chápáno jako iracionální, což je samozřejmě úhel pohledu, který pramení z neznalosti a nepochopení.

2.2 Analýza dat

Analýza, která probíhala od získání prvních dat v terénu a trvala po celý zbytek výzkumu, je založena na otevřeném kódování přepisu rozhovorů a terénních poznámek z pozorování. Nástrojem pro kódování mi byl program Atlas.ti, jež jsem kombinovala s metodou papír a tužka pro lepší přehlednost a možnost vidět jednotlivé kategorie

v plastičtější podobě. To probíhalo ve dvou fázích, nejprve jsem zvolila deskriptivní přístup, který sice není podstatou analýzy, ale pomohl mi vytvořit rámec (kostru) témat, jež se v datech objevovala. Následoval induktivní přístup, kde již docházelo k hledání souvislostí, interpretaci dat a hledání nových témat a kódů.

Při vytváření tohoto rámce jsem vycházela z teoretických konceptů, se kterými jsem pracovala v úvodní části. Vzhledem k tomu, že je má práce z oblasti antropologie těla a je založena na pro ni typické metodě fenomenologického přístupu, čerpala jsem z teoretických modelů Arthura Kleinmana (1988) a Nancy Scheper-Hughes s Margaret M. Lock (1987), kteří se zabývají tělem a nemocí v souvislosti jak s individuální rovinou, tak socio-kulturní či politickou. Zohledňovala jsem zde také teorie z jiných vědních oborů, které však s vnímáním těla a tělesnosti souvisí a lze je zahrnout to jednotlivých úrovní těla, jako je biomedicínská medikalizace těla či sociologický pohled na stigma a rituály.

2.3 Etika a reflexe výzkumnice

Během výzkumu jsem čelila dvěma hlavním výzvám, kterých jsem si byla vědoma již od samotného začátku a snažila se na ně co nejlépe připravit. První z nich bylo mé zainterесování do tématu. S OCD mám osobní zkušenost, což pro mě bylo výhodou při vstupu do terénu, který představoval známé prostředí, v němž se pohybuji poslední roky. Vzhledem k tomu, že se ale nejedná o autobiografickou studii, bylo třeba, abych vymezila svou roli na roli výzkumníka, ne zkoumaného. Jak jsem uváděla v kapitole 2.1, při realizování prvních rozhovorů jsem měla dopředu připravené okruhy témat s otázkami, na něž jsem se v jejich průběhu dotazovala. Byl to můj předpoklad, že tato témata a otázky mi pomohou k lepšímu porozumění, avšak neuvědomila jsem si, jak je OCD rozmanité, a že jej každý člověk prožívá jinak. U dalších rozhovorů jsem již byla poučená a našla způsob, jak se participantů ptát, aniž bych jim nevědomky podstrkávala svůj pohled. Druhou výzvou bylo samotné téma výzkumu. I přesto, že jsem se během celého výzkumu řídila Etickým kodexem CASA (Etický kodex České asociace pro sociální antropologii vycházející z Etického kodexu výzkumných pracovníků Akademie věd České republiky), byla jsem si dobře vědoma silné citlivosti daného tématu. Na začátku každého rozhovoru jsem od všech zúčastněných získala informovaný souhlas o průběhu celého výzkumu a následného zpracování dat, ale především jsem je upozorňovala, že rozhovor je dobrovolný, proto kdyby se během něj cítili jakkoliv nekomfortně či nebyli schopni z nějakého důvodu rozhovor

dokončit, je to naprosto v pořádku. Duševní pohoda všech aktérů pro mě byla prioritou, proto pokud jsem vyzorovala, že o něčem nemohli hovořit, nenaléhala jsem. Z osobní zkušenosti vím, že OCD se promítá i do toho, co člověk může a nemůže říkat, o čem může hovořit a jaká slova může volit. Sama jsem v tu chvíli byla ve stejné pozici.

Rozhovory byly se souhlasem dotazovaných nahrávány a následně přepsány do textové podoby. Informováni byli také o mém pozorování během jednotlivých rozhovorů, které probíhalo především u osobních setkání. Veškerá data, která v práci uvádím, jsou anonymizovaná, abych ochránila identitu všech účastníků.

3 Analytická část

Na základě analýzy dat vycházející z konceptů popsaných v teoretické části této práce nyní představím svá zjištění a jejich interpretaci, jež jsem rozdělila do 4 hlavních kapitol. Každá z nich představuje určitý úhel vnímání těla účastníky tohoto výzkumu. Vycházela jsem z konceptu *mindful body* Nancy Scheper-Hughes a Margaret M. Lock (1987), který umožňuje komplexní pochopení tělesnosti a zdraví v kontextu kultury a společnosti.

3.1 Ritualizované tělo

Když se vrátíme k úvodnímu příběhu o nutkání zmáčknout vypínač, které pramení ze strachu, co by se mohlo stát, kdyby tak nebylo učiněno, tvoří tento stav základní podstatu toho, co je v biomedicínském a psychologickém prostředí chápáno jako charakterizující znak obsedantně-kompulzivní poruchy. Člověku se v hlavě vytvoří obsese, a tu se snaží zahnat kompulzí. Toto nutkavé jednání slouží ke zmírnění nepohodlí a často, především pokud je systematické, se chápe jako rituál (Theiner, 2014: 25). S ohledem na práci Boyera a Liénarda (2006) k těmto rituálům přistupuji jako k ritualizovanému chování, protože cílem mé práce není snaha o interpretaci toho, jakým způsobem účastníci výzkumu konceptům jako je rituál rozumí, ale to, jak jej prožívají a chápou skrze svá vlastní těla. V souvislosti s mojí výzkumnou otázkou, jež se týká vnímání těla a tělesnosti lidí s obsedantně-kompulzivní poruchou, jsem na základě analýzy jejich zkušeností identifikovala první rovinu toho, jak ve spojitosti s tímto onemocněním rozumí svému tělu, kterou jsem nazvala „ritualizované tělo“. Ta vychází z chápání těla jako ochranného štítu, jenž zabraňuje nutkavým myšlenkám, které se zpod jeho povrchu drásají ven.

3.1.1 Jistota a bezpečí

U všech deseti participantů výzkumu, se kterými jsem měla možnost hovořit o jejich zkušenostech, bylo do popředí vyzdvihováno jejich pojetí těla jako jakési bezpečnostní schránky, jež stojí v protikladu s myslí, o níž hovořili jako o zdroji nejistoty a pochyb. Nechápejme však v tomto kontextu mysl jen negativně. Theiner (2014: 25) ve své práci uvádí, že vedle viditelných činností spojených s kompulzemi dochází také k tzv. mentálním kompulzím, které probíhají jen v duchu (například počítání číselných řad nebo opakování

slov a vět). Tyto zkušenosti, ne však ve velkém rozsahu, s mentálními kompulzemi mají i lidé v mém výzkumu, nicméně tyto zdánlivě neuchopitelné vjemy stahují i přesto ke svému tělu a nahlíží na ně skrze něj, jak můžeme vidět u následujícího úryvku:

„Občas se mi stává, že musím nějaký slovo znovu zopakovat ve své hlavě. Ale protože ta hlava je takový trošku guláš, potřebuju to nějak ošetřit tím tělem. Takže buď to slovo říkám rty, abych měl možnost cítit to, jak to říkám, nebo si ho řeknu v hlavě, ale musím se při tom opakování koukat na určitý místo, určitej bod, prostě potřebuju cítit, jak na to ty moje oči upírají zrak. Až mě z toho pak někdy rozbolí hlava. Případně někdy to slovo vyťukávám pěstí do něčeho, co mám zrovna blízko sebe“ (Petr)

Obdobnou zkušenost sdílí také další účastnice výzkumu, Alice:

„Já si musím spoustu věcí počítat, protože je mi to příjemné, ale nemůžu to počítat jen tak. Mám pocit, že když si to budu říkat jen v duchu, v tom prostoru se to prostě ztratí. Takže si většinou počítám ta čísla na prstech. A když je to nějaké vyšší číslo nebo zrovna nemám chuť to dělat takhle, tak si třeba stiskávám paži v tom počtu, kterého potřebuju docílit. A třeba i to samotné mačkání ruky mě najednou hrozně uklidňuje.“ (Alice)

Tento způsob vykonávání kompulzí spojený do velké míry s hmatem může pramenit již z jejich zkušenosti z dětství. Je známo, že hmat je nejdůležitějším smyslem pro novorozence, stejně tak když poté začíná miminko růst, poznává svět kolem sebe především prostřednictvím toho, že na vše kolem sebe sahá. Tuto zkušenost si pak daný jedinec přebírá i do pozdějších stádií života, kdy je pro něj hmat záruka určité jistoty, protože když na něco sáhneme, jsme o tom naprosto přesvědčeni (Marek, 2000: 38). V reakci na to vyzdvihovali, jak je důležité, aby danou aktivitu vykonali oni sami. Pokud mají nutkání například pohnout nějakým předmětem, je důležité, aby tak učinili oni, ne nikdo jiný. Odkazují se tím na zkušenost svého těla, které přesně ví, jak má s tímto předmětem pohnout, aby došlo k zahánění pocitu strachu či nepříjemné úzkosti. I v tomto případě tak tělo představuje formu

jistoty založené na zkušenosti s tím, že na konci přichází úleva.

Na to navazuje také další faktor, který se objevuje v jejich zkušenostech s tělem jako se zdrojem pocitu jistoty a bezpečí, a tím je paměť těla. Například Marie uvádí, že:

„Tělo už spoustu věcí dělá automaticky. Člověk cítí, že na něj jde nějaká úzkost, ale ty grimasy, který dělám na obličejí, nebo třeba jak hýbu prstama, to prostě automaticky zaženou. Než si to sama pořádně uvědomím, tělo už to udělá za mě. Po těch letech už to má v sobě tak zažitý, že není potřeba mu dávat impuls. A to se mi vlastně docela líbí, protože vím, že se na něj v tomhle můžu spolehnout.“

(Marie)

Mariino tělo si pamatovalo, jakou úlevu mu vykonání daného gesta či jiného pohybu přineslo, proto asociace s tímto pohybem vyvolala již dobře známé uvolnění. Díky tomu má Marie tyto tělesné pohyby vžité jako kladné, což může přispívat k faktu, že je za to svému tělu vděčná. Opačný případ popisuje van der Kolk (2014), který se zabývá naopak obtížemi spojenými s týráním a zneužíváním v dětství. Tělo si tyto nepříjemné pocity pamatuje, na což pak postižení lidé reagují přesvědčením, že nebezpečí je všude kolem nich. Oproti tomu v případě zkušeností lidí v tomto výzkumu pozitivní prožitek vyvolaný určitým typem rituálního chování jim zajistil pocit klidu a bezpečí, že zvenčí nedojde k žádné nechtěné úzkosti. Praško a Prašková (2008: 38) upozorňují, že toto „odměňování“ ve formě krátkodobého snížení napětí a strachu je to, co právě lidi v tomto chování udržuje a postupně se stává stále častějším, což jim znemožňuje na obsese reagovat jinak.

Abych se pokusila plastičtěji přiblížit, jak je tělo jako forma ochranné schránky vnímána účastníky výzkumu, použiji pro představu příklad s hrou pinball. Ta je založena na principu odražení kuličky dvěma páčkami tak, aby zůstala co nejdéle na hrací ploše. Nyní si představme, že kulička jsou nechtěné myšlenky a obavy, které se nám ustálily v hlavě a chtějí ven, a páčky jsou tělo, jenž kuličku brání, aby spadla do mezery uprostřed. Když se tak chtějí vtíravé myšlenky dostat ven, tělo je pomocí svých pohybů vrací zpět, čímž odráží jejich účinky. Ovšem hra je založena na tom, že ačkoliv páčky mačkáme sebevíc, kulička stejně pod určitým úhlem může vždy propadnout ven. A přesně této skutečnosti jsou si dotazovaní vědomi. I přesto, že jim tělo poskytuje pocit jistoty a bezpečí svými naučenými

pohyby, má své limity.

3.1.2 Vytváření zvyků

To, že tito lidé vnímají tělo jako jistotu, jenž jim pomáhá překonávat nepříjemné stavy, je tak založeno na tělesné zkušenosti, která jim přináší jistý druh úlevy. Vedle tohoto rysu, který Boyer a Liénard (2006) popisují jako nutkání, se participantů tady potýkají také se znaky rigidity. Ta představuje dodržování scénáře, kdy má daný jedinec pocit, že kdyby tak neučinil, mohla by tato odchylka představovat nebezpečí (Boyer a Liénard, 2006). Opakování zažitých aktivit, o kterých se domnívají, že jim zajistí klid a bezpečí, tak vytváří tělesné zvyky, které se pro ně postupem času stávají jistotou v boji s nepříjemnými myšlenkami.

Jak jsem již uváděla, participantů jsou si vědomi limitů, které jejich tělo má. To jsem měla možnost nejlépe pozorovat během našich procházek po trasách, jež jsou součástí pro ně každodenní rutiny. Při cestě do posilovny, kterou Oliver absolvuje pravidelně 5x týdně, mi ukazoval, co vše musí během ní absolvovat, aby mohl v klidu cvičit a nemusel se vrátit zpět domů:

„Vždycky, když jdu do posilky, musím procházet pod tímto mostkem, jinak bych ten den moc svalů nenabral, jak bych se z toho nervoval (smích). Vídíš, jak je tady dole ta vystouplá čára? Na tu musím stoupnout vždycky, když tudy jdu. Jednou se ale stalo, že byl průchod pod mostkem zavřenej, takže jsem tudy jít nemohl. To, že mi to nebylo umožněno, bylo hrozný. Začal jsem se hrozně třást a myslel si, že už tam nedojdu. Řekl jsem si, že se ale může stát, že to tady bude někdy znovu zavřenej, tak jsem to obešel po pravé straně, kde byla na zemi taky vystouplá čára, tak jsem šlápnul aspoň na ní, aby mi to dalo stejnej pocit, jako u té první možnosti. Zpětně jsem za to rozhodnutí rád, protože už vím, že když to tady bude zavřenej, půjdu tou druhou cestou, protože už vím, že se nic nestane.“
(Oliver)

S obdobnou zkušeností se svěřila také Veronika, když jsme byly u ní v kanceláři.

Vyprávěla mi, jak z 6 toalet u nich na patře nyní používá 2:

„Chodím pravidelně na tu poslední toaletu. Už jsem si na to tak zvykla, že tam chodím automaticky. A mám strach, že kdybych šla na jinou, něco se stane, je to taková moje jistota. Jenže jednou se stalo, že byla zamčená, nevím, z jakého důvodu, ale nešlo se na ni dostat. Byla jsem tehdy nucena použít jednu z těch pěti zbývajících. Ze začátku to bylo hrozný, ale když jsem tam šla už potřetí, stal se z toho pro mě nový zvyk. Teď teda střídám tyhle dvě, protože vím, že momentálně jsou pro mě obě v pohodě. Jinou si ale zkusit netroufám, sama od sebe bych to asi nedala. Nechci to riskovat.“ (Veronika)

Na těchto dvou případech můžeme vidět, že ačkoliv dochází k vytvoření nového ritualizovaného chování, protože pro jejich tělo nebylo fyzicky možné vykonat to původní (opomeneme-li možnost, kdy by byla Veronika schopna dveře vyrazit), neznamena to, že předchozí rituál zaniká. Boyer a Liénard (2006) v rámci ritualizovaného chování založeném na dodržování přesných postupů uvádí, že má jedinec potřebu vykonávat rituál pokaždé úplně stejně. U předchozích dvou příkladů můžeme pozorovat, že z pohledu mých účastníků výzkumu tomu tak zcela být nemusí. Ritualizované chování je v jejich případě sice založené na pro ně správném dodržování postupů, ale není potřebné, aby byl pro danou aktivitu jen jeden. Způsobů, jakými mohou akci vykonat, může být více, avšak záleží na tom, jakou s ním mají tělesnou zkušenost. Pokud jim přinese úlevu a s ní spojenou jistotu, mohou se možnosti střídát. Na tomto principu je ostatně založena kognitivně-behaviorální terapie, jenž pracuje právě s překonáváním tradičních kompulzí (Praško, Prašková, 2008: 49-50).

Současně si lze povšimnout, jak se zde opět objevuje důležitost fyzického prožitku. Tím, že Oliver stoupnutím na vystouplou čáru pocítil stejný vjem, jaký by zažil i v případě, kdy by nebyla první cesta zavřená, bylo pro něj méně obtížené vyjít ze zažitého zvyku, protože mu tento již dobře známý pocit dodával pro něj důležitou jistotu. S tím, že ji prostřednictvím těl získávají, si ale také uvědomují křehkost těla a snaží se jej chránit, aby bylo i nadále schopné tyto rituály vykonávat. O ochraně hovoří například Daniela:

„Bojím se, abych byla schopná fungovat stále stejně. Kdybych si třeba zlomila obě ruce, vůbec nevím, jak bych pak ty rituály dělala. Snažím se být proto v dost

věcech opatrná“ (Daniela)

Stejný pocit sdílí i Petr:

„Já ty moje bláznivé aktivity musím dělat fyzicky, musím cejtit, že ta ruka něco dělá, jinak to nejde. Takže už nedělám tolik blbostí, co jsem dělal dřív.“ (Petr)

Všimněme si tak reciprocitu, která zde vzniká. Tělo je pro Petra i Daniielu důležitým spojencem v hledání a poskytování jistoty, a proto mají pocit, že i oni jej musí chránit, protože jinak by mohlo dojít k jejich narušení. Východisko v tom, kdyby přeci jen k něčemu obdobnému došlo, nachází Daniela v zaměření pozornosti na jinou část těla, jejíž pohybem je schopna cokoliv cítit, s čímž se znovu pojí důležitost fyzického prožitku. V některých případech je s ochranou těla spojen také strach z bakterií, kdy je naopak fyzický prožitek orientován spíše na snahu tělo „očistit“ (Straková Jirků, 2018). Vzhledem k tomu, že takovou zkušenost moji participanté neměli, nemohu tedy tuto debatu dále rozvinout.

V kontrastu s vytvářením nových zvyků, které slouží k zajištění jistoty, vnímá Marie jiný problém:

„Každý den, než odejdu z domu, se musím dotknout kliky od vchodových dveří z druhé strany. Jednou jsem to neudělala a někdo mi odřel auto. Já logicky vím, že to s tím určitě nesouvisí, ale od té doby jsem na tu kliku ještě více háklivá. Nechci znovu prožívat ty nepříjemné pocity a strach, který z toho vedou.“ (Marie)

S tím se pojí další charakteristický rys, jenž dle Boyera a Liénarda (2006) provází ritualizované chování, kterým je ztráta kontextu, v němž je daná aktivita vykonávána.

3.1.3 Zásah vyšší moci

Obecné charakteristiky kompulzí nám říkají, že člověk, který trpí OCD, si často uvědomuje, že se jedná o nesmyslnou nebo nadměrnou činnost (Praško, Prašková, 2008:

10), což souvisí s výše uvedeným charakteristickým rysem dle Boyera a Liénarda (2006). Na základě výpovědi lidí v mém výzkumu nemohu souhlasit s tím, že by toto chování shledávali nesmyslným. Tělo je něco, čím mohou uchopovat obsesivní myšlenky, které uchopit nedokážou, a jako nesmyslné a oddělené od jejich podstaty chápou právě je. Straková Jirků (2018) ve své knize popisuje, že lidé trpící OCD vědí, že vtíravé myšlenky jsou jejich a produkuje je jejich mysl, zatímco například u schizofrenie mají pocit, že jim myšlenky vkládá do hlavy někdo jiný. U dotazovaných se v rámci pohledu na původ myšlenek nacházíme někde na pomezí. I když vědí, že se odehrávají v jejich hlavách, kde se do jisté míry tvoří určitý základ, za své je nepovažují, ani se nesnaží si je jakýmkoliv způsobem přisvojit. Naopak tělu rozumí, že jim pomáhá svou fyzickou podstatou hmatatelně uchopit něco, co se uchopit nedá. A tím mít možnost ovlivnit to, nad čím na první pohled žádnou moc nemají. A i přestože nemusí vidět důvod v tom, že zrovna pohybují nějakým předmětem, smysl tomu dávají tím, co tento pohyb pro ně představuje, a to, že ho jsou schopni vykonat. Jako příklad lze uvést Tomášovu a Alicinu zkušenost:

„Já mám pocit, jako by mi ty myšlenky do hlavy dávala nějaká vyšší síla, protože můj mozek něčeho takovýho přece není schopný. [...] Já vlastně nevím, proč mám nutkání ty věci dělat, ale vím, že kdybych je neudělal, bylo by zle. Takže to, že je udělám, je vlastně moje rozhodnutí, protože chci mít klid. Ty pohyby dělám já. Ale ty myšlenky fakt nejsou mým dílem, ty netuším, kde se tam berou.“
(Tomáš)

„Je zajímavé, že i když jsem ateistka, stejně mám pocit, že se ty myšlenky berou někde z vesmíru od nějaké záhadné bytosti. A já tady potom dělám různé blbiny jen proto, abych se uklidnila (povzdech). Ale vlastně jsem za to ráda. Alespoň nějakou moc nad tím mám.“ (Alice)

I přestože je to velmi volná interpretace, myslím si, že je tato paralela s náboženstvím zajímavá. Nelze na ni sice pohlížet teoretickými koncepty náboženských rituálů, které představuje například Catherine Bell (1992), či přechodových rituálů v pojetí Arnolda van Gennepa (1997), ale můžeme si vypůjčit některé z jejich charakteristik. Bell (1992) kupříkladu zavádí termín „ritualizace“ pro popis procesu, při kterém jsou určité aktivity

vyčleněny a označeny jako zvláštní či posvátné. Toto rituální chování pro účastníky výzkumu dle jejich zkušeností také představuje jakousi posvátnou aktivitu, protože svým jednáním reagují na podněty, kterým ne vždy přisuzují racionální základ.

3.2 Kontrolované tělo

V souvislosti s limity těl, které jsou založeny na fyzickém omezení při rituálním chování, se dotazovaní potýkají i s další hranicí, na níž narážejí. Tato hranice není fyzická, ale přesto je velice patrná, protože se zásadním způsobem promítá do toho, jak vnímají a zacházejí se svým tělem. V rámci konceptu Scheper-Hughes a Lock (1987) *minduf body* můžeme tento pohled zařadit do úrovně sociálního těla. Na vnímání vlastní tělesnosti působí také faktor, jakým je socio-kulturní pozadí a s ním spojené normy, které se na této percepci podstatně podílejí. Tento další náhled na tělo z pozice participantů jsem tedy nazvala kontrolované tělo, jehož charakteristiku přiblížím v následujících kapitolách.

3.2.1 „Nenormální“ tělo

I v dnešní době, kdy je povědomí o psychických nemocech značně rozšířeno a dochází k velkým posunům v oblasti celkově osvěty, se stále setkáváme v jejich souvislosti s výraznými sociálními stigmaty. Na jakékoliv chování, které se vymyká normálu, tak může být nahlíženo jako na „divné“ (Ocisková et al., 2014). Fink a Tasman (1992) tvrdí, že společnost má problém akceptovat chování, které je odlišné od společenské normy, což je národní a mezinárodní všeprostopující problém. V tomto kontextu participantů vnímají, že ritualizované chování, které jim pomáhá v boji s obsesivními myšlenkami a zajištěním klidu, přináší vedle úlevy také nutnost kontroly. Ta však nepramení z vlastních nastavených hodnot, ale z toho, jaké hodnoty očekávají u lidí ve svém okolí.

„Při všech těch rituálech, které dělám, mě na tom všem vlastně nejvíc děsí to, jak se na mě budou dívat ostatní. To, co dělám, není normální. Nikdo další v kanceláři nepoklepává hrnek několikrát za sebou, to dělám jenom já. Musím si tedy dávat pozor, co můžu kdy dělat, aby mě u toho nikdo neviděl, případně ty rituály zakomponovat tak, aby to vypadalo co nejvíc normálně, aby to

nezachytilo ničí nechtěnou pozornost. “ (Veronika)

„Kdykoliv vykonávám nějaký rituál nebo jakkoliv reaguju na příchozí obsesivní myšlenku, tak je pro mě hrozně složitý se to snažit skrývat, protože je mi jasné, že by se na mě hned všichni koukali jinak. Je jedno, že se pohybuješ v prostředí, které se na první pohled může zdát jako tolerantní, ale jakmile se chováš trochu odlišně, hned se na tebe dívají jinak. A nemusí to být myšleno jenom zle. Ale zkrátka dostaneš nálepku, která ti zůstane. Tím ti ostatní říkají, že děláš něco jinak, něco špatně.“ (Alice)

„Běžně si dávám pozor, aby to moje chování nikdo neviděl. Nechci, aby si pak ostatní mysleli, jak moc divnej jsem. Pak si mě zaškatulkují a bude hrozně těžký se z ní potom dostat.“ (Petr)

Na výše zmíněných příkladech vidíme, jak Veronika, Alice a Petr skrze předpokládané společenské normy upravují své chování tak, aby na něj nepoutali žádnou pozornost. Tělo a to, jak je s ním zacházeno, se tak v jejich pohledu stává předmětem socio-kulturní otázky, na kterou svým jednáním navazují.

Pojem „norma“ je sám o sobě problematický, protože za sebou neskrývá žádnou konkrétní hodnotu, ale je velice proměnlivý. Pokud bychom k ní přistupovali ze statistického hlediska, mohli bychom říct, že pak to, co je „nenormální“, je menšina. V tom případě by ale vše, co není nadpoloviční většina, bylo stavěno mimo normu, k čemuž ale ve společnosti nedochází. Je například jen malé množství lidí, kteří mají zelené oči, ale neznamená to, že jsou pro nás tito lidé „nenormální“. V tomto případě bychom mohli spíše volit slova jako vzácní či jedineční.

Proč se ale výjimečně necítí lidé s obsedantně-kompulzivní poruchou? Daniela uvádí, že jisté stigma pociťuje na základě historicky zakořeněných představ o tom, že lidé trpící duševním onemocněním jsou deviantní:

„Fakt, že byli dříve blázni pokládáni za hrozné padouchy, se, myslím, přenesl i

do současnosti. Ti lidé se na tebe stejně koukají jinak, já to cítím.“ (Daniela)

Zola (2001) tvrdí, že všechny oblasti našich každodenních činností jsou do jisté míry určovány tím, co se v medicíně charakterizuje jako normální (zdravé) a nenormální (nezdravé). Tím odkazuje na to, že má lékařské povolání ve společnosti značnou moc, která se konkretizuje do lékařských pojmů a metod šířených mezi veřejností (Bártlová, 2006: 270). Na základě toho tak můžeme předpokládat, že to, co označujeme jako „nenormální“, lze chápat také jako „nezdravé“. To se pojí též s Goffmanovým (2003) pojetím skrytého a zjevného stigmatu, kdy právě ono skryté přisuzuje především psychickým nemocem, protože nejsou na první pohled patrné (na rozdíl třeba od lepry). Obsedantně-kompulzivní poruchu, která je založena na ritualizovaném chování, však tolik skrýt nelze. Proto participanti volí strategie, jimiž se snaží své nutkání skrýt co nejvíce.

„Aby nikdo nepoznal, že ty rituály dělám, předělala jsem si je do takových gest, která nejsou nápadná. Jsou to běžný, každodenní věci, kterých si nikdo nevšimne. Uchovává to mé OCD v anonymitě, protože nikdo si nevšimne, že každé ráno, když přijdu do práce, narovnáím kytku u stolu. A jsem dvojnásobně spokojená. Mám hotový rituál a nikdo nepoznal, že jsem ho dělala.“ (Marie)

„Začal jsem věci, který normálně dělám rukama, dělat nohama pod stolem. Mám sice výhodu, že dost často pracuju z domova, ale když jsem v kanclu, dost se to hodí. Nemám pak pocit, že by na mě měl někdo divně koukat.“ (Oliver)

Zde tak dochází k prolnutí mezi ritualizací těla a kontrolou těla. Na jedné straně stojí ritualizované chování, jež s sebou přináší pocit klidu a jistoty, a na straně druhé je omezení normou, která s sebou přináší hledání způsobů, jak tyto dvě roviny prolnout. Ten participanti nalézají v takovém chování, jež chápou jako běžné v každodenním životě. Například saháním na věci, na které normálně sahá hodně lidí, proto tím nevzbudí pozornost (v případě lidí s obsedantně-kompulzivní poruchou, kteří mají panický strach z bakterií, by samozřejmě toto nepřipadalo v úvahu). Další možností je volit takové části těla, jenž ve veřejném prostoru nejsou vidět, protože jsou schovaná.

Rozdíl nachází také v tom, v jakém prostředí se pohybují, a kde tedy může dojít

k ritualizovanému chování. Tomáš vnímá rozdíl mezi tím, když je v blízkosti někoho, kdo je společensky výše postavený než on.

„Nejvíc se kontroloju tehdy, když vím, že je někde kolem mě šéf nebo někdo z představenstva. Už tak jsou tihle lidé o dost výš než já, co by si o mně pomysleli teď?“ (Tomáš)

Podobnou zkušenost má také Alice.

„Já mám vždycky tendence se dost hlídat, když vidím někoho, kdo je dobře oblečený, vystupuje reprezentativně a tak. Mám pocit, že před těmito lidmi bych se hrozně styděla, protože už bych pro ně nebyla jen obyčejná holka, ale ještě ke všemu divná.“ (Alice)

Mohli bychom předpokládat, že lidé, kteří jsou na vyšších pracovních pozicích a mají vyšší kulturní kapitál, jsou vzdělanější, proto by problematice spojené se stigmatizací psychických nemocí mohli rozumět více. Tím by poté pro lidi s OCD nebylo tolik obtížné před nimi své kompulze skrývat, protože by se jim dostalo z jejich strany pochopení. Na tomto příkladu Tomáše a Alice ale vidíme, že sociální status, kterému přiřkládají vyšší váhu, je dalším důvodem, proč dochází k přísnější kontrole chování.

Důvodem, proč participanti kladou důraz na dodržování norem, jsou na jednu stranu jejich zažitá zvyky, které mají od dětství, a na druhé straně jejich touha zapadnou mezi své vrstevníky a nebýt odsunutí z jejich společnosti. Strach ze stigmatizace se tak přenáší do toho, jak vnímají své tělo a jakým způsobem s ním pracují:

„Odmalička mi bylo vštěpováno, ať se chovám tak, jak se mezi ostatními sluší. Tehdy jsou moc nechápala, co tím moji rodiče myslí, a i když tomu stále moc nerozumím, vím, že nechci být někdo, s kým ostatní nechtějí trávit čas jen proto, že je trochu jiný a je to s ním těžší. Snažím se tak najít nějakou rovnováhu mezi tím, jaká jsem, a jaká bych chtěla být pro své okolí. A tu nacházím právě v tom, že si osvojuji rituály, které jsou pro laika pouhým okem nerozpoznatelné.“

(Veronika)

„Od školy jsem se bála, abych mezi ostatní zapadla, děti přeci jen umí být kruté. Tak jsem se snažila nevyčnívat tím, že jsem si vždy našla svoje místo, kde jsem se mohla schovat, když na mě nějaké zlé myšlenky přišly. A to mi dost pomáhalo. Sice to bylo někdy těžké, být na to z dost velké části sama, ale alespoň jsem si pak mohla užít čas s kamarádkami bez toho, aniž bych jim musela cokoli vysvětlovat.“ (Daniela)

Stigmatizace se však nemusí vztahovat jen na duševní nemoc. Člověk je komplexní tvor, na kterého je ve společnosti nahlíženo z mnoha různých pohledů. S „dvojitou“ stigmatizací se například setkává Petr, který se veřejně přiznává k homosexualitě:

„Být gay a mít OCD není úplně legrace. Asi kdybych žil před dvěma sty lety, byl bych někde zavřený, dneska už naštěstí takový deviant nejsem (smích). Cítím ten tlak ale dvojnásobný, ale zajímavý je, že pokaždý trochu jinak. Když lidem řeknu, že jsem gay, vědí, co si pod tím mají představit, prostě mám rád kluky, tečka. Ale když se dozví, že mám OCD, buď se mě ptají, co to je, nebo mi řeknou: `Jo, ty musíš desetkrát kontrolovat, jestli jsi zamknul, co?` A já než abych jim to vysvětloval, tak to prostě odkývnu.“ (Petr)

Duševní poruchy i homosexuální orientace jsou i přes snahy o vymezení se proti jejich stigmatizaci stále ve společnosti chápány jako něco, co není normální (Bártlová, 2006). A Petr si vliv těchto stigmat na své chování a vnímání těla moc dobře uvědomuje. Zajímavé však je, že na tato dvě stigmata reaguje rozdílně, a to především na základě znalosti daného stigmatu okolím. Když se na ně podíváme statisticky, vychází jejich výskyt ve společnosti přibližně stejně, okolo 4 %. V případě, že někomu řekne, že je homosexuál, nevnímá ze strany okolí, že musí tuto svou charakteristickou vlastnost dále představovat, protože společnost ví, co to znamená, když je někdo homosexuál. A s nepochopením a odsuzováním se tak setkává až na základě toho, jak se tato vlastnost projevuje. V případě obsesivního chování se často již v počátku setkává s nepochopením, které plyne z jeho neznalosti. Podpora LGBT komunity je značná, vidíme to nespočtu akcí, jenž propagují rovná práva a

snahu o lepší začlenění do společnosti. Také důležitost duševního zdraví je ve veřejném diskursu znatelná, avšak psychických nemocí je mnoho druhů, proto je tak pro jedince problematické porozumět každému z nich.

3.2.2 Normální tělo

Jak jsem uváděla v předchozí kapitole, kontrola těl je pro účastníky výzkumu ovlivněna především tím, co předpokládají od společnosti, že považuje za normu. Ta je spojena se zdravím a nemocí, kdy zdravé tělo je pokládáno za normální tělo. V socio-kulturním kontextu tak reagují na to, jaké chování je vyžadováno ve společnosti, ve které se zrovna nacházejí. Lze totiž pozorovat, jak přístup participantů k tomu, co je norma, a jak by se v rámci ní měli chovat, proměňuje v závislosti na tom, v jakém kruhu se pohybují. Ema popisuje svou zkušenost s tím, jak se změnil její postoj k ritualizovanému chování, když přijela na pár týdnů do psychiatrické instituce:

„Mě hrozně potěšilo, že v tom nejsem sama, prostě jsem taková social. [...] Bylo fajn být mezi lidmi, kteří se potýkají s tím stejným, co ty, takže jakékoliv rituály a tělesný projevy, co tam dělaly, byly prostě jejich součástí. Takhle to mám vlastně i s tebou. Není mi blbý něco udělat, protože vím, že ty to pochopíš. Je to komfortní.“ (Ema)

Goffman (2003) rozlišuje 2 druhy skupin, kteří se stigmatizovaným soucítí, a tím jsou lidé, jež zažívají stejnou stigmatizaci, a jim blízcí. Definice toho, co je norma, může zůstat stejná, stále to mohou být lidé, jejichž tělo je nemocné, ale už zde nejsou znát projevy stigmatizace.

To, jak vnímají, že musí být jejich tělo kontrolované, se tak odvíjí od socio-kulturního pozadí, v rámci kterého definují hranice norem, aby nedošlo ke stigmatizaci. Když jsou v okolí soucítících lidí, jak je pojmenoval Goffman (2003), vnímají u každé skupiny jinou hranici. Podle Michala je těžké se od kontroly vzdát i v případě, kdy je s lidmi, kteří sice nejsou stejně stigmatizováni, ale mají s tím zkušenost:

„S mojí ženou jsme spolu už dlouho, takže by pro mě mělo být snadný od všeho

před ní upustit, ale stejně mám pocit, že i v její blízkosti se musím kontrolovat. I když v ní mám velkou oporu, přijde mi i pro ni snadnější, když mě nevidí v plné síle (smích). Nechci, aby měla třeba strach. Nebo aby věděla, jak moc silné to mám“ (Michal)

Podobně to vnímá i Oliver:

„Rodiče mi dost pomáhají, to jo, ale od té doby, co žiju sám, se snažím před nimi kontrolovat, trochu to omezovat, zahazovat do kouta, pokud je to možné. Nevídáme se tak často, tak nechci, aby to, co spolu budeme řešit, bylo moje stále přítomné OCD. Když jsem začal bydlet sám, měli o mě strach, jak to zvládnou, tak jim ten strach nechci znovu připomínat.“ (Oliver)

Můžeme si tak všimnout, že pokud jde o blízké lidi, Michal s Oliverem stále cítí jistou nutnost tělesné kontroly. Ta však v tomto případě nepramení z toho, jak by jej přijali, nebo zda by nedocházelo ke stigmatizaci, ale apel je kladen na to, jak se cítí ti druzí, ne sami pacienti. Oproti tomu Veronika popisuje zkušenost s přítomností lidí, kteří sami mají osobní zkušenost s OCD, kdy kontrola naprosto vymizela:

„Když jsem byla na víkend pryč se skupinovou terapií, byl to tak osvobozující víkend. Člověk měl pocit, že je „mezi svými“. Nikdo nikoho nesoudil, naopak jsme si pomáhali, sdíleli vlastní zkušenosti a porovnávali stejné příznaky. Ani v jeden moment mě nenapadlo, že to, co tam děláme, je divné, nenormální. Byla to prostě naše součást, nic jiného“ (Veronika)

Jako důvod, proč Oliver a Michal vnímají potřebu jistého množství kontroly i v případě, že jsou ve společnosti jim blízkých lidí, kteří znají a chápou jejich, uvádí snahu je ochraňovat. Michal ještě dodává, že se cítí provinile, když vidí, že se jeho žena kvůli jeho nemoci trápí, proto má pocit, že pokud před ní bude své ritualizované chování korigovat, zajistí tím, aby se v souvislosti s tím cítila lépe. Současně si ale také uvědomuje, že pokud s někým sdílíte domácnost, není to tak snadné jako v případě Olivera, který žije sám a

s rodiči se vídá jen občas.

3.2.3 Ochranařský pud

Dalším druhem kontroly těla, jež jsem na základě analýzy odhalila, je specifický typ, kterým je kontrola u rodičů. Vzhledem k tomu, že dva participantů mají děti, vztahovali své chování a práci s tělem také k nim. Na základě jejich výpovědí tomu lze rozumět tak, že vedle toho, jak se snaží ochraňovat své blízké kolem, tak kladou důraz také na to, aby děti nenesly následky kvůli jejich nutkavému chování. I přesto, že podle výzkumů z 20. století má OCD vysoce pravděpodobný biologický předpoklad, osvojují si také návyky, které přejímají na základě pozorování svých rodičů (Theiner, 2014: 25). Marie uvádí, jak na své ritualizované chování reagovala po narození dcery:

„Když jsem byla těhotná, moje zvyky a rituály se nějak zásadně neměnily. To se změnilo až s tím, když se malá narodila. Nechtěla jsem, aby se moje OCD jakýmkoliv způsobem dotýkalo jejího pohodlí, ale zároveň jsem věděla, že se toho nemůžu zbavit mávnutím kouzelné hůlky. Podařilo se mi teda ta nutkání trošku přetransformovat tím, že jsem si všechny rituály schovávala na večer, kdy malá spala. Prostě jsem si během dne říkala, že ten rituál udělám večer, protože to je jejich čas. Sice bylo náročné si to všechno pamatovat, ale bylo to v tu chvíli to nejlepší řešení. [...] Když malá začala růst, ty denní rituály se začaly vracet, myslím, že mému tělu nestačilo k uklidnění jen jeden denní čas, ta úleva v průběhu dne vyprchávala. Snažím se je ale stále upravovat tak, aby malá nevěděla, že má maminka tohle nutkavé chování.“ (Marie)

Marie dále ještě uvádí, že kontrola rituálů pro ni nebyla snadná, protože věděla, že musí daný rituál vykonat tak, aby jí to přineslo úlevu, protože to ovlivňovalo také její spokojenost, což se dotýkalo současně i její dcery. Bylo tedy pro ni důležité, aby našla balanc mezi tím, co musí udělat v rámci nutkání, a tím, co chce udělat, aby tato nutkání měla co nejmenší vliv na malou.

Michal oproti tomu kontrolu rituálů v spojitosti se svými dětmi vnímal tak, že musí svou pozornost ještě více zaměřit na to, aby mu jeho rituály přinášely co největší uvolnění a

pocit jistoty, protože s příchodem dětí (dvojčat) se objevily také velké obavy:

„Když se kluci narodili, ty stavy obav se ještě zvětšily. Musel jsem dělat tolik rituálů, že jsem z toho byl až úplně vyřízený. Měl jsem takový strach, aby se jim něco nestalo, že jsem všechny ty obavy přesunul na svoje tělo, který bylo jeden rituál za druhým.“ (Michal)

Tyto obavy poté postupně ustupovaly, jak kluci rostli. Když se dostali do pozdějšího věku, silný strach u Michala postupně upadal, až se kontrola z nadměrného množství ritualizovaného chování přesunula na snahu mírnit toto chování před svými blízkými, jak jsem uváděla v předešlé kapitole.

Jak je z těchto úryvků patrné, oba participanti se potýkali s obsedantně-kompulzivní poruchou již před narozením dětí, takže narození dítěte nebylo spouštěčem vzniku obsesivních myšlenek. Do výchovy dětí tedy již vstupovali se zkušeností s těmito stavy, z čehož mohly plynout Mariiny obavy, zda nebude mít její nutkání vliv na výchovu dcery. V souvislosti s rodičovskou péčí a OCD provedli Wilcox a kol. (2008) výzkum zaměřený na vztah mezi výchovnými styly a OCD. Zajímavým zjištěním je odhalení, že styly rodičovství nekorelují s OCD u dětí, které mají alespoň jednoho rodiče s tímto onemocněním. To je v rozporu s předpokladem, že výskyt poruchy u rodiče negativně ovlivňuje jeho výchovné postupy.

3.3 Medikalizované tělo

Vzhledem k tomu, že participanti v mém výzkumu jsou lidé, kteří mají diagnostikovanou obsedantně-kompulzivní poruchu, přijala jsem biomedicínskou klasifikaci tohoto stavu jako nemoci. Během rozhovorů jsem si však dávala pozor na to, abych slovo „nemoc“ nepoužívala, ale vyčkávala jsem, zda tento stav jako nemoc budou chápat sami účastníci. S rozvojem medicíny se totiž v oblasti lékařských a sociálních věd objevily mnohé diskuse zaměřené na to, zda je opravdu nezbytné zapojení medicíny do všech oblastí lidského života. K problémům, které byly dříve bez lékařského zásahu, začala medicína nacházet nové termíny nemoci, pro které je současně produkováno velké množství medikamentů. Celé zdraví člověka se tak postupně stává předmětem medicínské kontroly a

jasně vymezováno, jak se má cítit nemocný člověk a jak by měl vypadat zdravý člověk (Illich, 2012: 35-47). Na tento rozvoj reagoval také Foucault (2000) s tím, že vytváří novou formu moci, která je produkována lékaři a medicínskými experty. S ohledem na tuto diskusi jsem v rámci konceptu *mindful body* (Scheper-Hughes, Lock, 1987), jež tvoří teoretický základ pro vnímání těla v této práci, přisoudila vlastnosti politického těla (třetí úroveň pohledu) právě medikalizovanému tělu, které tvoří další pohled participantů na tělo.

3.3.1 Vnímání pocitu nemoci

Tím, že jsem sama od začátku rozhovorů nepoužívala slovo „nemoc“, dostalo se mi možnosti vidět, že žádný z participantů stav, který byl až později u psychologa či psychiatra diagnostikován jako nemoc (porucha), takto nevnímal. Na počátku nebyla nemoc, ale určitý stav, která začal být později pro okolí chápán jako něco, co není nám už již dobře známá norma.

„Jsem to samozřejmě nedokázala pojmenovat, ale moje mamka si všimla, že třeba dělám takovej jako zvláštní pohyb rukou. A nejdřív na mě byla jako nepříjemná kvůli tomu chování. `Co to děláš? Proč se tak hýbeš?` [...] A samozřejmě pojmenovalo se to až x let potom.“ (Ema)

„Já jsem nejdřív nevěděl, co se děje. Prostě jsem dělal takový grimasy. Myslel jsem si, že mám jen nějaký ztuhlý svaly ze cvičení. Ale pak mě moje okolí začalo upozorňovat, že mám nějaké zvláštní tiky, ať si dojdou k doktorce.“ (Tomáš)

„Nikdy by mě nenapadlo, že je to nemoc (smích). Začínalo to tím, že jsem ťukala pěstím do rytmu. Různě o nábytek a tak. Bylo to uklidňující, neviděla jsem v tom nic hlubšího, prostě mi to pomáhalo se soustředit.“ (Daniela)

Většina participantů také uvedla, že se na první návštěvě u psychiatra či psychologa buď setkala s OCD úplně poprvé (to bylo především u těch, kteří se s nemocí začali léčit již v pubertě), nebo o této nemoci měli jen základní znalost. Foucault (1994) tuto selekci psychických nemocí odmítá, podle něj se nejedná o nemoci, ale o normální reakce na nenormální situace. Mým cílem zde však není kritika biomedicíny, ale ukázat, že tento

přístup k nemoci je jen jedním z více možných, a je důležité tyto přístupy kombinovat a navzájem doplňovat, čímž se vytvoří komplexnější přehled o zdraví a nemoci.

Když se potíváme na pojetí nemocného těla účastníky výzkumu, můžeme vidět, že lékařské vědění má na něj veliký vliv v tom smyslu, že povědomí o tom, co to znamená nemocné tělo a jak vypadá, získali až právě při diagnostice na první návštěvě doktora či psychologa:

„Než jsem navštívila psycholožku, nedávalo mi to moje chování smysl. Ne z toho hlediska, že bych nevěděla, co dělám, ale nenapadlo mě, že by to, co dělám, mohlo mít cokoliv společného s tím, že je moje tělo nemocné. Teprve tam mi vysvětlili, co to znamená, proč to dělám, jak to můžu ovládat dál a tak. Pamatuju si, jak jsem tedy odcházela z ordinace z obří hlavou. Těch informací bylo hodně, ale já si v tom hledala jen to své.“ (Alice)

„Řekli mi, že to, co dělám, není dobrý, že to pro mě musí být nepříjemný. Já jsem jim na to odpověděl, že ne, že naopak, že mě tohle moc uklidňuje. Oni mi ale dali brožuru a vysvětlili, že bych se toho měl spíš zbavit, protože mi to může napáchat škodu. Já byl tehdy mnohem mladší, nějak jsem to neřešil, a tenhle přístup mi vlastně zůstal doted'. Řekli mi, že jsem nemocnej, já na to, že dobře, ale že bych to nějak výrazně pociťoval, to ne.“ (Oliver)

Na to, jakým způsobem o svém těle v rámci rozdělení na „zdravé“ a „nemocné“ přemýšleli, tak měl velký vliv biomedicínský systém a jeho pojetí psychické poruchy. Odtud také všichni získali diagnózu: obsedantně-kompulzivní porucha. V opozici k tomuto systému stojí psychosomatické léčení, které klade důraz na bio-psycho-socio-spirituální a energetické složky. Klímová a Fialová (2015) ve své knize popisují, že se jedná o vědní obor, který zkoumá souvztažnosti mezi psychikou, duševním rozpoložením a fyzickou nemocí. V tomto pojetí se tak biomedicínský přístup neztrácí, ale je jednou ze složek, která nám poskytuje plastičtější obraz toho, co nazýváme nemoc.

V souvislosti s diagnostikou Kalábová (2011) upozorňuje, že se lékaři často snaží pacienty dát do škatulek, do kterých se značná část nevejde. S tím, že je její tělo

zaškatulkováno někde, kde nemá pocit, že by mělo být, se setkala Ema:

„Když byli u doktorky moji rodiče, říkala jim, co všechno mi je, jak to prožívám, co to pro mě znamená, a tatka to potom bral jako takový vzor. A ten potom aplikoval i v praxi. Říkal mi, že doktorka říkala, ale vždyť ty máš dělat tohle a tamto. A proč to nedělám? Připadalo mi to, jako kdybych selhala v tom, jak být správně nemocná.“ (Ema)

Věta „selhat v tom, jak být nemocná“ mi přijde velice zajímavá. Ema se tak na základě toho potýkala s dvojí stigmatizací. V kontextu „zdravých lidí“ si připadala nenormální, ale zároveň si připadala nenormální také v kontextu „nemocných lidí“. Východiskem pro ni byla změna terapie, díky které měla možnost o svých stavech mluvit na individuální rovině, aniž by ji někdo říkal, do jaké škatulky patří.

Důležitost správného přístupu k tomu, co se s člověkem děje, vyzdvihuje také Barbora:

„Pro mě to bylo těžké v tom, že na začátku jsem měla špatnou diagnostiku. Popsala jsem jim, co mám za problémy, co mě trápí, a oni mi hned řekli ano, máte tohle. A pak už následovala léčba, terapie, medikamenty, všechno ostatní. Jo, asi mi na chvíli bylo líp, ale myslím si, že to byla jen reakce na to vše, co se kolem dělo. A na to, jak jsem z toho byla vyřízená. A po nějaké době, kdy se se mnou stále nic nedělo, tedy uznali, že mám asi nějakou jinou diagnózu. A začalo to všechno nanovo. Já už jsem pak měla problém sama poznat, co se se mnou děje, když mi každý vštěpoval něco jiného.“ (Barbora)

Pro ni tak všechny nové informace, které o těle získávala, byly založeny na tom najít přesnou škatulku, kam ji mohou zařadit. To se promítalo také do toho, jak Barbora ke svému tělu přistupovala:

„Už to bylo hrozné. Připadala jsem si jako nějaká panenka, kterou zkoumají. Osvojovala jsem si diagnózu, kterou jsem vlastně ani neměla. A přišlo mi, že je

to vůbec nezajímá. Měla jsem pocit, že nad sebou a svým tělem ztrácím moc.“

(Barbora)

Tuto ztrátu moci můžeme přisuzovat i tomu, jakou má biomedicínský systém charakteristiku. Tím, že je založen na expertním vědění a odborných názvech, bylo pro Barboru těžké se do této konverzace zapojit, protože neměla dostatečné znalosti na to, aby s nimi mohla o svém těle vyjednávat také.

V případě, kdy si účastníci připadají jako součást celku, která může do debaty o jejich těle své vlastní vědění, jsou terapie zaměřené na individualitu a vlastní zkušenosti:

„Bylo hrozně fajn mít možnost řešit můj problém individuálně. Když jsem došla na terapii, vůbec nepadla žádná slova o tom, že jsem nemocná tak a tak, nebo nějaké hrozně složité pojmy, kterým jsem ani nerozuměla. Mohla jsem si sama určit, co mi vyhovuje.“ (Daniela)

Na Danielině vnímání vhodné léčby (uvážíme-li, že stále hovoříme o něčem, co chápeme jako nemoc) můžeme pozorovat, jak je pro ni důležité být jejím zásadním aktérem. Ostatně v souvislosti s tím přišla medicínská praxe v posledních letech k významné přeměně, kdy je k pacientovi přistupováno jako k rovnému partnerovi, jehož komunikace s lékařem má velký vliv při procesu rozhodování během léčby (Dent, Pahor, 2015).

3.3.2 Zkušenost s léky

S rozvojem medikalizace se také pojí nové možnosti v podobě léčiv. S těmi má zkušenost 8 z 10 participantů. Až na Alici, která žádné účinky léčiv nepocítovala, proto je brzy vysadila, mají všichni obdobnou zkušenost:

„Léky jsem brala, ale bylo to hrozné. Ze začátku to šlo, ale pak mi zvýšili dávku, a to bylo šílené. Byla jsem po nich tak moc unavená, že jsem měla problém i ráno vstát do školy. Celý den jsem byla úplně mimo. Ano, sice mi to mělo utnout nutkání, ale můj mozek stále fungoval, takže ty myšlenky jsem tam měla. Problém

byl v tom, že jsem nemohla tělem nijak pohnout, zahnat tím ty myšlenky. Tohle všechno pro mě bylo ještě horší zkušeností než samotný rituály.“ (Marie)

„Měl jsem léky pár měsíců, ale musel jsem je přestat brát. Cítil jsem, jak to moje tělo odmítá. Jo, pomohlo mi to od toho nutkání, trošku, ale rituály jsem stejně dělal. A ještě to pro mě nebylo moc easy, protože jsem si připadal jako zombie. Opravdu jsem měl pocit, že ze mě vysávají duši. Hlavně bylo hrozný, že jsem nebyl schopný ty rituály kolikrát dělat. Prostě jsem přišel domu a padnul do postele. I naši o mě začínali mít strach, protože ze zapáleného sportovce se stal ležák. Nic se mi nechtělo, bolelo mě celé tělo. A to jsem nechápal z čeho, když jsem nic nedělal. Věděl jsem, že je to jen oblbovák, který mi má pomoci nevnímat to nutkání, ale to se úplně nepovedlo.“ (Oliver)

„Když si paní doktorka napsala léky, byla jsem ráda, že mi to třeba může pomoci, ale nepomohlo mi to tedy vůbec. Byla jsem totálně ko. Dokonce jsem asi měla na ty prášky alergickou reakci nebo co. Musela jsem paní doktorku požádat, aby mi léky vyměnila, protože ty první mi opravdu nedělaly dobře. Ty druhé už byly lepší, ale stále žádná sláva. Byla jsem po nich hrozně ospalá, ale opravdu hrozně. A v tu chvíli mi začaly ještě větší úzkosti, protože já nebyla schopná nic. A nebyla jsem schopná ani dělat ty svoje obvyklé rituály, aby se mi udělalo dobře. Tohle byly šílené týdny. Jsem ráda, že jsem je pak vysadila. Je pravda, že po nějaké době si to sedlo, už jsem nebyla tak unavená, ale furt jsem měla pocit, že bez nich se cítím lépe.“ (Veronika)

„Ano, prášky jsem bral. Na začátku jsem bral jen nějaká slabá anti-depresiva. Ale nějak jsem měl pocit, že to nezabírá tak, jak mi doktorka říkala, že zaberou. Jo, zvykal jsem si na to, že ty úzkosti vnímám trošku jinak, ale bylo to spíš divný, než aby mi to pomohlo. Pak mi doktorka napsala silnější léky. A tam to bylo hodně o tom, že jsem nebyl schopný fungovat. S manželkou jsme se zrovna vzali a já byl úplně k ničemu. Furt jsem spal. Ale jako fakt furt. Měl jsem z toho pak hrozný výčitky, tak jsem je brát přestal. Navíc jsem ty obsese stejně měl. Jen jsem byl líný na to, abych tu myšlenku nějak zahnal. A to jsem snášel opravdu blbě.“

To bylo zvláštní.“ (Michal)

Na těchto zkušenostech s léky lze vidět, že jim neposkytovaly potřebnou úlevu, ale spíše přivodily nové starosti. Jak uvádí Marie a Veronika, léky způsobily ochabnutí svalů a celkovou únavu organismu a těla. Zatímco hlava stále fungovala stejně a produkovala obsesivní myšlenky, tělo nebylo schopno na tyto podněty reagovat. Z předchozích kapitol víme, jak jsou pro participanty tělesné projevy a možnost cítit předměty skrze tělo důležité. Podání léků, které mají za cíl ulevit úzkosti, tak přivedlo obsese nové. V kontextu medikalizace tak tělo zůstává jako nehybný nástroj, který neslouží k ničemu jinému než k produkování obsesí, které není schopno zastavit.

Medikalizace ve spojení s OCD je stále poměrně novým propojením. Dříve byly na všechny tyto úzkostné stavy podávána anti-depresiva, který nahradily nové typy léku, jenž mají být určené přímo na léčbu OCD. Důležité je však podotknout, že léčba OCD není zcela možná. To, co léky způsobují, je tlumení symptomů, ale původ, který je v zásadě více rozměrový, léčit nedokáží (Praško, Prašková, 2008).

A toto byl přesně důvod, proč Daniela s Petrem léky odmítali. Domnívali se, že pouhé utlumení symptomů medikamenty jim nestačí. A v léčbě chtějí zkoušet ty metody, které pomohou ke kompletnímu uzdravení (nutno však dodat, že léčba OCD není nikdy 100% a příznaky se mohou objevovat v průběhu celého života). To znamená, že léčba založená na podávání medikamentů nebyla dostačující. Ale nemyslím si, že toto můžeme spatřovat nejen u psychických nemocí. Kdybychom měli problém s bolestí hlavy, nemuseli bychom se spokojit jen s tím, že si vezmeme prášek. Ale hledali bychom i jiné způsoby, které nám pomohou se bolesti zbavit. Například bychom zjistili, že intenzita bolesti je závislá i na to, že se pohybujeme v hlučném prostředí či jsme vystaveni stresu.

3.4 Tělo jako nástroj

Na základě analýzy vnímání vlastního těla pacientů s obsedantně-kompulzivní poruchou jsem vedle třech předchozích úrovní identifikovala ještě čtvrtou, ve které stavím tělo do pozice „nástroje“. Tím rozumím běžný stroj, který nemá cit nebo duši. Vedle stigmatizovaného, ritualizovaného a medikalizovaného těla spatřuji v jejich vnímání ještě čtvrté (doplňující) tělo, jenž představuje jakousi schránku. Nemyslím bezpečnostní schránku

jako u ritualizovaného těla, ale prázdnou schránku, jakýsi obal. Ten je spojený s tím, co vše mohou s tělem dělat, aby zahnali vtíravou myšlenku:

„Já se často mračím. Ale jakože opravdu hodně. A moc dobře si uvědomuju, že jednou budu mít vrásky, což nebude vypadat dobře. Obzvláště u ženy, kde je krása důležitá, ale já si nemůžu pomoci, já to prostě musím udělat. Ta úleva je pro mě mnohem důležitější než to, jak budu vypadat za 60 let.“ (Ema)

„Jsem schopná si ruku rozdrbat do krve. Tak moc potřebuji cítit tu bolest, prostě ten pocit, že se s tou rukou něco děje, že ta ruka pak vypadá tak, jak vypadá. A to vím, jak jsou hezké a upravené ruce u holek důležité. Jo, štve mě to, jak ta bolest, když to mám do krve, tak to, že nemám vždycky pěkné ruce. Pak je musím schovávat. [...] Mám ráda, když mi to sluší, když vypadám dobře, OCD to ostatně od nás vyžaduje, abychom byli perfektní, jenže zároveň nám způsobuje to, že ne vždy jsme schopni perfektně vypadat.“ (Daniela)

„Občas mám takové nutkání, že se musím poškrábat na krku. Ale takovým způsobem, že fakt jde až do krve. A vlastně je mi to v tu chvíli jedno, že mě to bolí, naopak je ta bolest příjemná, protože to zahání tu ošklivé nutkání.“ (Tomáš)

Můžeme si zde povšimnout dvou pohledů, které se kříží. Zaprvé se jedná o vnímání těla nejen jako prostředku k vykonání rituálu, ale i jako objektu, na němž je rituál vykonávaný. To znamená, že jsou schopni si fyzicky ublížit, a to i přesto, že dochází k velké bolesti. Druhým, a z mého pohledu sociologický zajímavějším, jsou viditelné genderové rozdíly. U předchozích úrovní jsem žádné výraznější genderové rozdíly u vnímání těla neshledala, ale zde je patrné, že v tomto případě jsou si ženy vědomé svého genderu a uvažují o rituálech prostřednictvím něj. Naopak u Tomáše nedochází k uvědomování si nějakých společenských předpokladů, jak by měl jako muž vypadat. Na tomto příkladě můžeme vidět, s čím se musí ženy v rámci vnímání své tělesnosti s ohledem na obsedantně-kompulzivní poruchu vyrovnávat. Na ženskou krásu a důraz na to, aby o sebe žena dbala, je společnost totiž mnohem citelnější, než je tomu tak u mužů (Fialová, 2001). Do vnímání těla v rámci

obsedantně-kompulzivní poruchy se tak promítá další proměnná, kterou je gender.

Závěr

Tato práce je pro mě v mnoha směrech speciální, protože se zabývá mně velice blízkým tématem, kterým je obsedantně-kompulzivní porucha. I přestože jsem se zprvu obávala, zda nebude mé zainteresování spíše překážkou, ukázalo se, že osobní zkušenosti byly naopak velkou výhodou. A to nejen díky přehledu, jaký ohledně nemoci mám, což mi umožnilo snadný vstup do terénu, ale také především z toho důvodu, že bylo pro účastníky výzkumu snazší hovořit o své zkušenosti s nemocí s někým, kdo ji má také, a ví, co prožívá.

Hlavní výzkumná otázka, jenž jsem si na začátku bádání položila, se týkala vnímání těla a tělesnosti lidí s obsedantně-kompulzivní poruchou. Zajímalo mě, jak tito lidé nemoc prožívají skrze svá těla, a nejen svou mysl. V práci vycházím z fenomenologického přístupu k tělu a tělesnosti v antropologickém výzkumu a hlavním teoretickým východiskem, který mi poskytl rámec při analýze dat, je koncept *mindful body* Nancy Scheper-Hughes a Margaret M. Lock (1987). Současně vycházím ze sociologických teorií spojených s psychickými nemocemi, jenž se objevují v souvislosti s vlivy, které působí na to, jak jedinec vnímá své tělo. Těmi jsou například teorie stigmatizace či rituálů.

Na základě analýzy jsem odhalila, že participantů prožívají nemoc skrze tělo ve čtyřech rovinách. První rovina je spojena s rituály, v rámci nichž svému tělu rozumí jako něčemu, co jim přináší pocit bezpečí a jistoty. Obsesivní a neuchopitelné myšlenky, které produkuje jejich mysl, tak zachytává tělo srze hmatatelnou zkušenost. Ta je obvykle získávána prostřednictvím rituálů, jenž chápu stejně jako Boyer a Liénard (2006), kteří se přiklánějí k označení ritualizované chování. Pomocí něj poté na základě vytváření zvyků spojených s určitými tělesnými aktivitami dochází k rovnováze mezi myslí a tělem. A to do té doby, dokud nepřijde další vtíravá myšlenka. Tu však pacienti nevnímají jako silnou hrozbu do té doby, dokud je jejich tělo schopné ritualizované chování vykonávat.

V další rovině tělu rozumí jako něčemu, co podléhá neustále kontrole. Ta je spojena se stigmaty, jež jsou ve společnosti psychickým nemocem přisuzována. Stigmatizaci, která přichází v tu chvíli, kdy něco není normální (norma je zde chápána jako „zdraví“), vnímají také účastníci výzkumu. To, zda je jejich stav chápán jako norma či ne, poté závisí na tom, v jakém prostředí se pohybují. Můžeme zde vidět, jak důležitý je socio-kulturní kontext. Pokud jsou pacienti v prostředí, které jejich nemoci nerozumí a chápe ji jako „nenormální“, tam dochází k přísné kontrole těl, aby nedocházelo k již zmiňované stigmatizaci. Výjimkou jsou skupiny lidí, kteří s nemocným soucítí. To jsou například lidé, jenž sdílí jejich nemoc

či lidé z jejich blízkého okolí. Ke kontrole těl však u participantů dochází i v případě, kdy jsou v kruhu svých nejbližších, protože vůči nim cítí povinnost ochrany, proto mají tendence svá těla kontrolovat. Tím je myšleno ve spojitosti s ritualizovaným chováním.

Třetí rovinu jsem nazvala „medikalizované tělo“, které je spojeno s tím, jak chápou svou nemoc ve skrze biomedicínský systém, jenž obsedantně-kompulzivní poruchu jako nemoc klasifikuje. Myslím, že zde je nejdůležitějším zjištěním vztah jejich těla k lékům. Tyto medikamenty by měly přinášet úlevu, jenž však v žádném z případů nepřichází. Naopak je tato zkušenost podnětem k vytváření nových obsesivních myšlenek, protože léky jim sice poskytnou fyzický klid, ale mysl stále pracuje. Navíc tělo je léky tak ochabeno, že není schopno vykonávat ritualizované chování, což pacientům přináší další úzkosti.

Poslední rovinou je strojové tělo. V tomto pojetí je na tělo nahlíženo jen na jakousi schránku, která slouží při vykonávání rituálů.

Jsem si samozřejmě vědoma toho, že má tento výzkum své limity. Tím může být například malá diverzita mezi účastníky výzkumu. Téměř všichni mají vysokou školu, pochází z velkých měst a je jim méně než 50 let. Mou snahu ale bylo ukázat, že je důležité na psychické nemoci nenahlížet jen z pohledu mysli, ale mělo by být bráno v potaz i tělo, do kterého se promítá mnoho sociálních, kulturních a psychických rovin, čímž nám umožňuje nemoci a tomu, jak ji jedinec prožívá, lépe porozumět.

Summary

This work is special to me in many ways because it deals with a topic very close to me, which is obsessive-compulsive disorder. Even so, at first I was worried that my interest would be more of an obstacle, it turned out that personal experience was, on the contrary, a great advantage. And not only because of the overview I have about the disease, which can help me easily enter the field, but above all because it was easier for the research participants to talk about their experience with the disease with someone who also has it and knows what is experiencing

The main research question I asked myself at the beginning of the research concerned the perception of the body and physicality of people with obsessive-compulsive disorder. I was interested in how these people experience the disease through their bodies and not just their minds. In my work, I am based on a phenomenological approach to the body and physicality in anthropological research, and the main theoretical starting point that provided me with a framework for data analysis is the concept of the *mindful body* by Nancy Scheper-Hughes and Margaret M. Lock (1987). I am based on sociological theories associated with mental illnesses, which appear in connection with the influences that affect how an individual perceives his body. These are, for example, theories of stigmatization or rituals.

Based on the analysis, I revealed that the participants experience the disease through the body on four levels. The first level is associated with rituals in which they understand their body as something that brings them a sense of safety and security. Obsessive and elusive thoughts brought by their mind are thus captured by the body as a tangible experience. This is usually obtained through rituals, which I understand in the same way as Boyer and Liénard (2006), who are inclined to label ritualized behavior. Using it based on the formation of habits associated with certain physical activities, then to balance between mind and body. And that is until the next intrusive thought comes. However, patients do not perceive this as a strong threat as long as their body is able to ritually perform the behavior.

On another level, the body is understood as something that is subject to constant control. It is associated with the stigmas that are attributed to mental illness in society. Stigmatization, which comes when something is not normal (the norm here is understood as "health"), is also perceived by the research participants. Whether their condition is understood as the norm or not depends on the environment in which they move. We can see here how important the socio-cultural context is. If patients are in an environment that does

not understand their illness and perceives it as "abnormal", there is strict control to avoid the already mentioned stigmatization. Exceptions are groups of people who sympathize with the sick. These are, for example, people who share their illness or people from their immediate surroundings. However, body control occurs in the participants in the closest case, when they are in the circle of their bodies, because I feel a duty of protection towards them, that is why they tend to control their bodies. This is meant in connection with ritualized behavior.

I called the third level the "medicalized body", which is connected to how they understand their illness through the biomedical system that classifies obsessive-compulsive disorder as an illness. I think the most important thing here is to find out their body's relationship to the medicine. These medications should bring relief, but in none of the cases does it come. On the contrary, this experience is a stimulus for the creation of new obsessive thoughts, because the medication does give them some peace, but I think it is still working. In addition, the body is so weakened by the drugs that it is unable to perform ritual behavior, which brings additional anxiety to the patients.

The last level is the machine body. In this concept, the body is viewed only as a kind of container that serves in the performance of rituals.

I am of course aware that this research has its limits. For example, a team can be a small diversity among research participants. all have graduated college, come from big cities, and are under 50 years old. But my effort was to show that it is important to look at mental illness not only from the point of view of the mind, but the body should also be taken into account, into which many social, cultural and psychological levels are projected, which allows us to understand the illness and how the individual experiences, better understand.

Použitá literatura

- ARISTOTELÉS. (2003). *Metafyzika*. Praha: Rezek, ISBN 80-86027-19-8.
- BÁRTLOVÁ, S. (2006). *Nemoc jako stigma*. University of South Bohemian.
- BELL, C. (1997). *Ritual: Perspectives and Dimensions*. New York: Oxford University Press.
- BELL, C. (2009). *Ritual Theory, Ritual Practice*. Oxford University Press.
- BOURDIEU, P. (2013). *Distinction: A Social Critique of the Judgement of Taste*. Brno: Emitos.
- BURRELL, G., MORGAN, G. (1979). *Sociological paradigms and organisational analysis. Elements of the sociology of corporate life*. London : Heinemann.
- CORETH, E., SCHÖNDORF, H. (2002). *Filosofie 17. a 18. století*. Olomouc: Nakladatelství Olomouc.
- CSORDAS, T. J. (1990). *Embodiment as a Paradigm for Anthropology*. *Ethos* 18.
- CSORDAS, T. J. (2002). *Body/meaning/healing*. New York: Palgrave Macmillan.
- CSORDAS, T. J. (2011). *Cultural Phenomenology. Embodiment: Agency, Sexual Difference, and Illness*. First published
- ČAPEK, J. (2011). *Mít tělo a být tělem*. In: URBAN, P. Fenomenologie tělesnosti. Praha: Filosofía. ISBN 978-80-7007-350-6.
- ČASOPIS PSYCHOLOGIE DNES. (2021). *Tělo si vše pamatuje*. Nakladatelství: Portal
- DENT, M., PAHOR, M. (2015). *Patient involvement in Europe—a comparative framework*. *Journal of health organization and management*. 29.5: 546-555.
- DESCARTES, R. (2016). *Rozprava o metodě: Jak vést správně rozum a hledat pravdu ve vědách*. Praha: OIKOYMENH, Knižovna novověké tradice a současnosti.
- DOUGLAS, M. (1982). *Natural symbols: Explorations in cosmology*. Pantheon Books.
- EMBER, C. R., EMBER, M. (2004). *Health and Illness in the World's Cultures*. *Encyclopedia of Medical Anthropology*
- ENGEL, G. L. (1977). *The need for a new medical model: a challenge for biomedicine*. *Science*. 196(4286):129-36. doi: 10.1126/science.847460. PMID: 847460.
- ENGEL, G. L. (1980). *The clinical application of the biopsychosocial model*. *Am J Psychiatry*. 137(5):535-44. doi: 10.1176/ajp.137.5.535. PMID: 7369396.

- Etický kodex české asociace pro sociální antropologii. (n.d.)
- FIALOVÁ, L. (2001). *Body image jako součást sebepojetí člověka*. Praha : Karolinum.
- FINK, P. J., TASMAN, A. (1992). *Stigma and Mental Illness*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- FOUCAULT, M. (1994). *Dějiny šílenství v době osvícenství: hledání historických kořenů pojmu duševní choroby*. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 80-7106-085-2.
- FOUCAULT, M. (1997). *Psychologie a duševní nemoc*. Praha: Dauphin.
- FOUCAULT, M. (1999). *Dějiny sexuality. I, Vůle k vědění*. Herrmann & synové
- FOUCAULT, M., SENELLART, M. (2009). *Zrození biopolitiky*. Brno: Centrum pro studium demokracie a kultury (CDK).
- GALLAGHER, S. (2015). *Fenomenologie*. Trans. Markéta Bočková . Platform for Educational and Research Cooperation in the Network of Information Professionals. Czech translation of original publication: 2012. Phenomenology. In: M. Soegaard and R. F. Dam (eds.). *Encyclopedia of Human-Computer Interaction*. Aarhus: Interaction-Design.org Foundation. Available online. English: <http://www.interaction-design.org/>
- GENNEP, A. (1997). *Přechodové rituály*. Praha: Lidové noviny, s. 201. ISBN 80-7106-178-6.
- GOFFMAN, E. (2003). *Stigma: poznámky k problému zvládnání narušené identity*. Praha.
- GORDON, R. D. (1988). *The Difference Between Feeling Defensive and Feeling Understood*.
- HAHN, R. A., GAINES, A. D. (Eds.). (1982). *Physicians of western medicine: An introduction. Physicians of western medicine: Five cultural studies [Special issue]*. Culture, Medicine and Psychiatry, 6(3), 215–218.
- HAHN, R. A., GAINES, A. D. (Eds.). (1985). *Physicians of western medicine: Anthropological approaches to theory and practice*. Dordrecht. The Netherlands: Reidel.
- HALÁK, J. (2015). *Pontyho pojetí těla jako pole strukturace a jeho ontologický význam*. Filozofická fakulta Univerzity Karlovy, Praha, Filosofický časopis ročník 63 2015/2 197.
- HERSEN, M., THOMAS, J. C. (2007). *Handbook of Clinical Interviewing With Adults* Publisher : SAGE Publications, Inc.
- HOGENOVÁ, A. (1997). *Etika a sport*. Praha: FTVS UK, s. 82.
- HREŠANOVÁ, E. (2008): *Medicínská antropologie a její aplikace*. In: HIRT, T. a kol. *Vybrané kapitoly z aplikované sociální antropologie*. Plzeň: Západočeská univerzita v Plzni, 211–236.

- HUSSERL, E. (2006). *Ideje k čisté fenomenologii a fenomenologické filosofii*
- HUSSERL, E. (2007). *Formální a transcendentální logika*. Praha: Filosofia. ISBN 978-80-II.: *Fenomenologická zkoumání o konstituci*. Praha: Oikoymenh.
- ILLICH, I. (2012). *Limity medicíny: Nemesis medicíny – zaprodané zdraví*.
- KALÁBOVÁ, H. (2011). *Fenomenologie zdraví a nemoci*. Liberec: TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI, Fakulta přírodovědně-humanitní a pedagogická, Katedra sociálních studií a speciální pedagogiky.
- KALÁBOVÁ, H. (2017). *Čas, tělo a tělesnění*. Praha: UNIVERZITA KARLOVA Pedagogická fakulta, Katedra občanské výchovy a filozofie.. Katedra psychologie FF UP v Olomouci, Česká republika
- KING, L.S. (1954). *What is disease?* Philosophy of Science, 21, 3, 193–203.
- KLEINMAN, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press, Berkeley.
- KLEINMAN, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley: University of California Press.
- KLEINMAN, M. D. (1988). *The Illness Narratives. Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books, Inc., Publishers
- KLÍMOVÁ, J., FIALOVÁ, M. (2015). *Proč (a jak) psychosomatika funguje?* Praha: Progressive consulting.
- KOUTNÁ KOSTÍNKOVÁ, J., ČERMÁK, I. (2013). *Interpretativní fenomenologická analýza*. In Řiháček, T., Čermák, I., Hytych, R. a kol. (eds.) *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita, 9-43.
- KŘÍŽOVÁ, E. (2018). *Zdraví - kultura - společnost*. Praha: Univerzita Karlova, nakladatelství Karolinum.
- KUSENBACH, M. (2003). *Street Phenomenology: The Go-Along as Ethnographic Research Tool*.
- LUPTON, D. (2012). *Medicine as Culture: Illness, Disease and the Body*. Publisher: SAGE Publications Ltd.
- MAREK, A. M. (2000). *Psychologie*. Olomouc: Matice cyrilometodějská,
- MARTÍNKOVÁ, I. (2005). *Dualismus, psychofyzická jednota a holismus v tělesné výchově*. In: SÜSS, V., MUŽÍK, V., MARVANOVÁ, Z. *Sborník z vědeckého semináře pedagogické kinantropologie „Svatoňova Stráž 2005“*. Daňkovice

McEVOY, L., DUFFY, A. (2008). *Holistic practice--a concept analysis*. Nurse Educ Pract. PMID: 18362085.

MERLEAU-PONTY, M. (1970). *Phenomenology of perception. International library of philosophy and scientific method*. London: Routledge.

MERLEAU-PONTY, M. (2013). *Fenomenologie vnímání*. Praha: Oikoymenh. Nakladatelství.

OCISKOVÁ, M. a kol. (2014). STIGMATIZACE U PACIENTŮ S OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHOU.

PATOČKA, J. (1969). *Úvod do Husserlovy fenomenologie*. Praha: Stát. pedagogické

PAUZA, M. (2000). *Fenomenologie a ontologie*. In C. Głombik. Brněnské přednášky.

PECHOVÁ, O. (2013). *Stigma duševní nemoci: jeho příčiny, následky a strategie zvládní*. In: ŠMÍDOVÁ, O., TOLLAROVÁ, B. „*Taková normální profese*“ *Strategie normalizace povolání v biografických vyprávěních zdravotních sester*. In Kvalitativní přístup a metody ve vědách o člověku „*Hranice normality*“. Sborník příspěvků XII. česko-slovenské konference s mezinárodní účastí 21. - 22. 1. 2013 v Olomouci, Vydavatelství University Palackého Olomouc, str. 101-109.

PELČÁK, S. *PSYCHOLOGIE ZDRAVÍ A NEMOCI, průvodce předmětem pro studijní program, Sociální patologie a prevence*. Univerzita Hradec Králové, Pedagogická fakulta

PEREGRIN, J. (2003). *Filosofie a jazyk*. Praha : Triton.

PRAŠKO, J., PRAŠKOVÁ, H. (2008). *OBSEDANTNĚ-KOMPULZIVNÍ PORUCHA A JAK JI ZVLÁDAT*. Univerzita Karlova v Praze, 3. lékařská fakulta UK. Routledge.

RÜSCH, N., EVANS-LACKO, S. E., HENDERSON, C., FLACH, C., THORNICROFT, G. (2011). *Knowledge and Attitudes as Predictors of Intentions to Seek Help for and Disclose a Mental Illness*. 62(6), 4.

SCHEPER-HUGHES, N., LOCK, M. M. (1987). *The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology*. Medical Anthropology Quarterly, sv. 1, č. 1

SKARUPSKÁ, H. (2006). *Úvod do kulturní a sociální antropologie*. Olomouc: Univerzita Palackého, , ISBN 80-244-1509-7.

SMUTS, J. (1926). *Holism and Evolution*. New York: The Macmillan Company. Sociologické nakladatelství.

STRAKOVÁ JIRKŮ, L. (2018). *Obsedantně kompulzivní porucha u dětí a dospívajících*. Vydavatel Pasparta

THEINER, P. (2014). *Obsedantně-kompulzivní porucha v dětství*. Psychiatrická klinika FN

a MU Brno.

THORNICROFT, G., BROHAN, E., ROSE, D., SARTORIUS, N., LEESE, M., INDIGO STUDY GROUP. (2009). *Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: A cross-sectional survey*. *Lancet* (London, England), 373(9661), 408–415.82.

TSCHACHER, W., BERGOMI, C. (2011). *The Implications of Embodiment: Cognition and Communication*. Charlottesville. United States of America: Imprint Academic.

TURNER, B. S. *The Body and Society*. City University of New York, USA.

WACKERMANN, J. (2011). *In Quest of Human Nature: Rediscovering of the Body*. In Tschacher, W., BERGOMI, C. (eds.). *The Implications of Embodiment: Cognition and Communication*. (s. 2-29). Charlottesville. United States of America: Imprint Academic.

WILCOX, H. C., GRADOS, M., SAMUELS, J., RIDDLE, M. A., BIENVENU III, O. J., PINTO, A., NESTADT, G. (2008). *The association between parental bonding and obsessive compulsive disorder in offspring at high familial risk*. *Journal of Affective Disorders*, 111(1), 31-39.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11th ed.)*.

ZOLA, I. (2001). *Healthism and disabling medicalization*. In: MORRALL, P. *Sociology and Nursing*. London: Routled-ge.

Teze Diplomové práce

Jméno a příjmení studujícího: Kamila Nečasová

Studijní program: Sociologie

Předpokládaný název práce: Za oponou myšlenek a rituálů: subjektivní svět a vnímání těla lidí s obsedantně-kompulzivní poruchou

Předpokládaný název práce v angličtině: Behind the curtain of thoughts and rituals: the subjective world and body perception of people with obsessive-compulsive disorder

Klíčová slova: obsedantně-kompulzivní porucha, biomedicína, illness, tělesnost, vtělení, žitá zkušenost, vnímání těla

Klíčová slova v angličtině: obsessive-compulsive disorder, biomedicine, illness, corporeality, embodiment, lived experience, body perception

Vedoucí práce: PhDr. Mgr. Jaroslava Hasmanová Marhánková, Ph.D.

Námět práce

Obsedantně-kompulzivní porucha (OCD) je psychická nemoc, která s prevalencí 1,9–3,2 % patří mezi nejčastější psychické poruchy (Praško a kol., 2008). Jedná se o dlouhotrvající poruchu charakterizovanou nekontrolovatelnými myšlenkami (obsesemi), jenž mohou jedince vést k opakujícím se rituálům (kompulzím), aby účinkům těchto myšlenek zabránil (National Institutes of Health, 2020). Úzkost se rituálním jednáním dočasně sníží, avšak dlouhodobě tímto jednáním úzkost narůstá. Obsedantní myšlenky a rituály mohou být provokovány v určitých situacích, a pak se nemocný jedinec takovým situacím obvykle snaží vyhýbat, což však jemu i jeho okolí může způsobit omezení při fungování v určitých životních rolích. Tyto rituály a magické myšlení jsou tak pro lidi trpící OCD běžnou součástí života, se kterou se musí vypořádávat (Praško a kol., 2008).

Výzkum OCD se provádí především ze dvou pohledů: lékařského a sociálně-vědního. A i když zatím nejsou známy přesné příčiny vzniku tohoto onemocnění, je jasné, že se na jeho vzniku podílí jak genetické, tak socio-kulturní vlivy. Na symptomy má určitý vliv několik vnějších faktorů, jako je například náboženství, zážitky z dětství či narození dítěte (National Institutes of Health, 2020). Klinické studie se zabývají novými způsoby prevence, odhalováním nebo léčbou nemocí a stavů. Sociologický aplikovaný výzkum psychických nemocí se zaměřuje na poznání vztahu mezi psychopatologickými projevy, léčením těchto nemocí a společenskými strukturami a procesy (Chromý, 1985).

Způsob, jakým chci toto téma zkoumat ve své diplomové práci já, se nachází na poli medicínské antropologie. Pracovat zde budu s termínem *biomedicina*, kterým označujeme systém lékařství, jenž se vyvinul v západních společnostech a dodnes v nich převládá. V jeho rámci je na nemoc nahlíženo jako na stav, který má biologické příčiny, a díky léčbě dochází k jejich odstranění (Hahn, 1999). V posledních letech došlo v biomedicině také k významné přeměně, kdy je k pacientovi přistupováno jako k rovnému partnerovi, jehož komunikace s lékařem má velký vliv při procesu rozhodování během léčby (Dent, Pahor, 2015). Je tak důležité pacientovo porozumění nemoci, jakým způsobem k ní přistupuje, jak ji konceptualizuje a jaké strategie chování volí. Jedná se tedy o jeho vědění, které se odlišuje od toho lékařského. Toto vědění může vytvářet různé metody toho, jak s daným onemocněním žít a jaké životní strategie volit (Pols, 2014).

Klíčový tedy bude v této práci také termín *embodiment*, se kterým se v antropologii poprvé setkáváme zejména v dílech Thomase Csordase a Margaret Lock. Tzv. teorie vtělení nám říká, že žitá těla jsou dynamická, plurální a bez zřetelných hranic (Lock, Farquhar, 2007). Cílem mé práce bude pomocí fenomenologického přístupu, který se zabývá zkoumáním významů a subjektivních zkušeností jedinců, odhalit, jak lidé s obsedantně-kompulzivní poruchou tuto nemoc prožívají a jaký význam má pro ně tělesnost ve spojitosti s tímto onemocněním. Mou snahou je zjistit, jak tyto lidé vnímají a interpretují své tělo ve vztahu k obsesím a kompulzím, jenž jsou součástí zmíněného onemocnění. Těla mohou sloužit jako nástroj během rituálů, které pomáhají proti obsesivním myšlenkám, což znamená, že funkce těla nemusí být spojena pouze s biologickým fungováním, ale může mít větší, socio-kulturní přesah, jak zmiňují výše uvedení autoři. Ve své práci budu vycházet především z pojetí vtělení francouzského fenomenologa Maurice Merleau-Pontyho, podle kterého lidé prožívají svět a orientují se v něm (a ve vztahu k jiným vnímaným „objektům“) prostřednictvím svého těla (Merleau-Ponty, 1982). Skrze své tělo si člověk trpící obsedantně-kompulzivní poruchou vytváří vědění o nemoci prostřednictvím zážitků, které jsou obvykle spojeny s rituály, jenž slouží jako nástroj proti obsesivním myšlenkám. Může se jednat například o neustále mytí si rukou (nejlépe mýdlem či dezinfekcí), když se jedinec obává nákazy infekcí. Tento akt, který je vykonávaný vlastním tělem, má tedy sloužit jako prevence, čímž jsou obavy o zdraví člověka s OCD alespoň do jisté míry odstraněny.

V medicínské antropologii se pracuje se základními koncepty nemoci, kterými jsou: *disease*, *illness* a *sickness*. *Disease* představuje nemoc z pohledu medicínské vědy, kdy je chápána jako diagnostikovaná patologie. *Sickness* oproti tomu znamená, že společnost, v jaké se určitý jedinec nachází, akceptuje, že je nemocný. A poslední koncept, *illness*, je ten, s nímž budu v diplomové práci pracovat. Tento termín odkazuje k subjektivně prožívané a vnímané nemoci. Jedná se o kulturně specifickou kategorii, jenž nám pomáhá odhalovat, jak lidé v určitých kulturách rozumí nějakému zdravotnímu problému a jak ho prožívají (Miller, Wood, 2006; Hrešanová, 2012).

Důvod, proč jsem se tímto tématem rozhodla v diplomové práci zabývat, je ten, že tato oblast výzkumu je stále ještě poměrně nová a méně probádaná. V medicínské antropologii se výzkum *embodimentu* a tělesnosti objevuje až ke konci 20. století. A protože psychické nemoci, především obsedantně-kompulzivní porucha, se vyskytují u stále více lidí,

domnívám se, že je důležité, aby se tím nezabývaly zejména pouze medicínské vědy, ale aby se jejich výzkum stával předmětem také v sociálních vědách, které mají možnost odhalovat ty tendence, které nejsou na první pohled patrné.

Jako hlavní cíl této práce si tedy kladu zjistit, jaké jsou subjektivní zkušenosti lidí s obsedantně-kompulzivní poruchou týkající se jejich tělesnosti a tělesných projevů. Pomocí fenomenologického přístupu chci porozumět, jak tito lidé vnímají a interpretují své tělo ve vztahu k obsesím a kompulzím, jaké jsou jejich pocity a jaký smysl přisuzují tělu ve vztahu k této nemoci. K interpretaci psychických i tělesných prožitků podle Skorunky (2011) přistupuje každý po svém. V každém případě však interpretace a významy ovlivňují nejen samotné porozumění, ale následně ovlivňují i jednání (Skorunka, 2011). Cílem je tedy získat hlubší vhled do individuální perspektivy, subjektivních zkušeností a interpretací těla v souvislosti s OCD. Tato zjištění poté mohou být důležitá pro následný přístup k léčbě a celkovému společenskému pochopení a pohledu na OCD.

Předpokládané metody zpracování

Tato fenomenologická studie bude prováděna kvalitativní metodou prostřednictvím polostrukturovaných hloubkových rozhovorů s lidmi, kteří trpí obsedantně-kompulzivní poruchou. Získaná data z rozhovorů bych doplnila o data z pozorování. Zvolila bych metodu going-along, která spočívá v tom, že se výzkumník zapojuje do každodenního života zkoumaných osob, s nimiž aktivně interaguje, aby získal hlubší porozumění jejich jednání a prožívání. Vzhledem k tomu, že sama mám s touto nemocí osobní zkušenost, nebude pro mě nutné během výzkumu uskutečňovat mapování terénu, protože jsem s ním již obeznámena. Jako metodu sběru dat zvolím kombinaci výběru úsudkem a sněhové koule („snowball“), kdy budu nejprve oslovovat pacienty, které znám osobně, a poté se obrátím na ty pacienty, na které získám kontakt od již dotazovaných respondentů. Po sesbírání potřebných dat bude následovat analýza, jenž bude prováděna prostřednictvím kódování. Nejprve budu začínat otevřeným kódováním, které bude vycházet také mimo jiné z teoretických konceptů. Poté bude následovat axiální a selektivní kódování, během kterých budu sledovat souvislosti a vysvětlení různých faktorů.

Výzkumné otázky

Ve své studii jsem si stanovila tyto výzkumné otázky:

1. Jaké jsou subjektivní zkušenosti jedinců s obsedantně-kompulzivní poruchou ohledně vnímání a prožívání vlastního těla?
2. Jaké jsou významy, které jedinci s obsedantně-kompulzivní poruchou přisuzují vlastnímu tělu ve vztahu k obsesím a kompulzím?
3. Jaký smysl přisuzují tělesným aspektům spojeným s obsedantně-kompulzivní poruchou?
4. Jak jedinci s obsedantně-kompulzivní poruchou komunikují o svých tělesných zkušenostech?
5. Jak jedinci s obsedantně-kompulzivní poruchou zažívají své tělo během obsesí? A jakým způsobem se tyto obsese promítají do kompulzí?

Etické souvislosti zvažovaného projektu

Na etické hledisko je důležité dbát během každého výzkumu, především pokud se jedná o výzkum s citlivým tématem, které beze sporu toto je. Uvědomuji si, že rozhovory týkající se zdravotního stavu mohou být pro respondenty nepříjemné a nemusí být ochotni mi na všechny mé otázky odpovídat. Proto pokud uvidím, že je respondent pod tlakem, raději konkrétní téma přeskočím. Raději budu mít méně dat, než aby chtěl dotyčný rozhovor úplně přerušit. I neochota odpovídat na určitý typ otázek totiž může mít jistou vypovídající hodnotu.

Další překážkou v tomto výzkumu může být mé osobní zainteresování a osobní zkušenost s danou nemocí. I když výzkumníkův pohled je vždy z určité části subjektivní, budu se během dotazování a analýzy snažit, aby se mé osobní pocity do práce promítaly co nejméně. Vše bude samozřejmě zahrnuto v reflexi výzkumu.

Orientační seznam literatury

1. AGORASTOS, A., DEMIRALAY, C. a HUBER, C. G. (2014). *Influence of Religious Aspects and Personal Beliefs on Psychological Behavior: Focus on Anxiety Disorders*. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 93–101. doi:10.2147/PRBM.S43666.
2. BAER, H. A., SINGER, M. a SUSSER, I. (2003). *Medical anthropology and the world system*. Greenwood Publishing Group.

3. BROWN, P., BARRET, R. (2010). *Understanding and applying medical anthropology*. Boston: McGrawHill.
4. CASEY, C., EDGERTON, R. B. (ed.). (2008). *A companion to psychological anthropology: modernity and psychocultural change*. John Wiley & Sons.
5. CSORDAS, T. J. (1990). *Embodiment as a Paradigm for Anthropology*. *Ethos*, 18(1).
6. CSORDAS, T. J. (ed.). (1994). *Embodiment and experience: The existential ground of culture and self* (Vol. 2). Cambridge University Press.
7. DENT, M., PAHOR, M. (2015). *Patient involvement in Europe—a comparative framework*. *Journal of health organization and management*. 29.5: 546-555.
8. EINSTEIN, D. A., MENZIES, R. G. (2006). *Magical Thinking in Obsessive-Compulsive Disorder, Panic Disorder and the General Community*. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34(3), 351–357. doi:10.1017/S1352465806002864.
9. GOFFMAN, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*. New York: Anchor Books.
10. GOFFMAN, E. (1999). *Všichni hrajeme divadlo: sebezprezentace v každodenním životě*. Praha: Nakladatelství Studia Ypsilon. ISBN 80-902482-4-1.
11. HAHN, R. (ed.). (1999). *Anthropology in public health. Bridging differences in culture and society*. New York, Oxford: Oxford University Press.
12. HARRIS, A. (2016). *Embodiment*. Oxford Bibliographies: 9780199766567–0151.
13. HELMAN, C. (2001). *Culture, health and illness*. London: Arnold.
14. HREŠANOVÁ, E. (2012). *Medicínská antropologie a její aplikace*. In: HIRT, T. a kol. *Vybrané kapitoly z aplikované antropologie*. Plzeň: Západočeská univerzita.
15. CHROMÝ, K. (1985). *Sociologie duševních chorob*. Praha.
16. LOCK, J., FARQUHAR, M. M. (2007). "Introduction". *Beyond the body proper: reading the anthropology of material life*. Duke University. p. 1. ISBN 978-0-8223-3845-1. OCLC 1120337541.
17. LUPTON, D. (2012). *Medicine as culture. Illness, disease and the body in western societies*. London: Sage.
18. MASCIA-LEES, F. E. (ed.). (2011). *A Companion to the Anthropology of the Body and Embodiment*. John Wiley & Sons.
19. MERLEAU-PONTY, M. (1982). *Phenomenology of Perception*. doi:10.4324/9780203981139. ISBN 9781134948406.

20. National Institute of Mental Health. (2020). *Obsessive-Compulsive Disorder: When Unwanted Thoughts or Repetitive Behaviors Take Over*.
21. POLS, J. (2014). *Knowing patients: turning patient knowledge into science*. *Science, Technology, & Human Values*, 39(1), 73-97.
22. PRAŠKO, J, PRAŠKOVÁ, H., RASZKA, M. a KOPŘIVOVÁ, J. (2008). *Obsedantně kompulzivní porucha a její léčba*. *Med. Pro Praxi*. 5(1): 33-38.
23. SKORUNKA, D. (2011). *Duševní nemoc; subjektivní perspektivy a faktory, které je formují*. In: MAREŠ, J., VACHKOVÁ, E. *Pacientovo pojetí nemoci III*. MSD Brno.
24. WILLIAMS, M. T., STEEVER, A. (2015). *Cultural Manifestations of Obsessive-Compulsive Disorder*. In: LACK, W. C. (ed.). *Obsessive-Compulsive Disorder: Etiology, Phenomenology and Treatment*. Onus Books.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Medailonky participantů výzkumu

Příloha č. 1: Medailonky participantů výzkumu

Ema (26 let)

Ema žije v Praze se svým přítelem, původně pochází ze Severních Čech, je bezdětná a má vystudovanou vysokou školu.

Barbora (25 let)

Barbora žije v Praze se svou matkou, je svobodná, živí se jako zpěvačka a má vystudované gymnázium.

Alice (32 let)

Alice žije ve Středních Čechách se svým manželem, pracuje v oblasti marketingu a má vystudovanou vysokou školu.

Marie (38 let)

Marie pochází z Jižních Čech, kde žije se svou dcerou a manželem, pracuje v oblasti IT a má vystudovanou střední školu.

Veronika (24 let)

Veronika žije v Praze se svými rodiči, pracuje v oblasti HR a má vystudovanou vysokou školu.

Daniela (28 let)

Daniela žije ve Středních Čechách se svým manželem, pracuje jako asistentka a má vystudovanou střední školu.

Petr (30 let)

Petr žije v Praze, je svobodný, má vystudovanou vysokou školu a pracuje v oblasti IT.

Tomáš (31 let)

Tomáš žije v Brně se svou přítelkyní a psem, má vystudovanou vysokou školu a pracuje jako policista.

Michal (42 let)

Michal žije v Praze se svojí ženou a dvěma syny, má vystudovanou střední školu a pracuje v oblasti gastronomie.

Oliver (28 let)

Oliver žije v Praze, je svobodný, má vystudovanou vysokou školu a pracuje jako novinář.