

Aleksandra Derra

Kobiety jako czynnik przemilczany. Epistemologiczne uwikłanie medycznego zjawiska anoreksji*

W przyrodoznawstwie, tak jak w sztuce i w życiu,
nie ma żadnej innej wierności naturze niż wierność kulturze.

(Fleck 2006: 65)

Słowa kluczowe: anoreksja, feminizm, styl myślowy, kolektyw myślowy, medyczny styl myślowy, feministyczny styl myślowy, zaburzenie, cielesność

W artykule poniższym wykorzystuję opisane przez Flecka mechanizmy powstawania faktów naukowych oraz podstawowe pojęcia jego psychosocjologii poznania naukowego (takie jak styl myślowy, kolektyw myślowy, fakt naukowy *etc.*), aby pokazać kluczowe procesy towarzyszące powstawaniu medycznego fenomenu anoreksji. W tym celu przedstawiam pokrótce znaną z literatury przedmiotu historię związaną z tym zjawiskiem, wczesne próby jej nazywania, dookreślania oraz diagnozowania, podkreślając rolę upowszechniania się i uprawomocnienia medycznego stylu myślowego. Ukonstituowanie anoreksji jako choroby (indywidualnego, jednorodnego zaburzenia o podłożu psychicznym) w medycznym stylu myślowym skonfrontuję z feministycznym stylem myślowym, w którym podkreśla się rolę czynników społecznych oraz kulturowych w jej etiologii, uwypuklając fakt, że 90–95% chorych jest kobietami. W stylu tym traktuje się anoreksję jako radykalną wersję powszechnej przypadłości naszej kultury, która nie może zostać wyeliminowana na poziomie jednostki bez systemowych zmian w sposobie myślenia o podmiotowości, kobiecości i cielesności (osobną jest kwe-

* Publikacja została sfinansowana przez Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu w ramach grantu UMK nr 456-H.

stia, czy takie zmiany w ogóle będzie można przeprowadzić). Utrwalona w dyskursie medycznym anoreksja jako choroba stała się faktem powszechnym, czyli takim, który mało przydaje się do badań teoriopoznawczych (Fleck 2006: 31, 109). Skoro zaś, jak się wydaje, nie istnieją skuteczne metody wyleczenia anoreksji na podstawie rozstrzygnięć medycyny¹, feministyczny styl myślowy pozwala mieć nadzieję na otwarcie nowych sposobów myślenia o anoreksji, dając możliwość prowadzenia nowych na jej temat badań, włączając w to opracowywanie alternatywnych metod jej eliminowania (Fleck 2007: 118).

Jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*) w świetle ujęcia, jakie proponuje Fleck, można nazwać faktem naukowym, stanowi on bowiem odpowiadającą medycznemu stylowi myślowemu strukturę pojęciową (Fleck 2006: 107), wydarzenie związków historyczno-myślowych powstałe jako rezultat określonego, w tym przypadku medycznego, stylu myślenia (Fleck 2006: 117). Medyczny styl myślowy należałoby tutaj rozumieć jako specjalistyczną dziedzinę badawczą, ale również jako rozbudowaną sieć praktyk związanych z określonymi instytucjami i ich reprezentantami – ekspertami, których działania wykraczają swoim wpływem poza wąskie grono specjalistów i poza obszar kompetencji związany tylko z medycyną (wystarczy choćby wspomnieć tutaj o regulacjach prawnych opartych na rozstrzygnięciach medycznych). W tym znaczeniu anoreksja jest również faktem kulturowym², zjawiskiem, które stało się nieodłącznym elementem kultury masowej, o którym większość z nas posiada jakąś wybiórczą, ale silnie znormatywowaną wiedzę. Składają się na nią najczęściej przekonanie o tym, że anoreksja jest chorobą, że polega na odmawianiu jedzenia, dotyczy głównie młodych dziewcząt, a podstawową jej przyczyną jest jakiś rodzaj „niestabilności psychicznej”, która może mieć rozmaite źródła. Anoreksja, jako charakterystyczny rys naszej kultury, stała się przedmiotem badań poza medycyną, w tym antropologii, filozofii kultury, historii medycyny, nie mówiąc o psychiatrii, psychoanalizie czy psychologii, której przedstawiciele ze względu na ustaloną przez nauki medyczne etiologię anoreksji stali się jej badaczami i znawcami. Zauważalna obecność omawianego zjawiska w kulturze skłania do traktowania go jako papierka lakmusowego kondycji psychofizycznej i duchowej współczesnych (głównie młodych) kobiet, pozwalając prowadzić dużo szersze rozważania nad statusem cielesności (mitem piękna, kultem zdrowia, higieny i upiększania, społecznymi oraz etycz-

¹ Dane, które pojawiają się w książkowych oraz internetowych publikacjach, nie są tutaj jednoznaczne. Najczęściej pokazują, że jedna trzecia chorych leczonych na anoreksję powraca do zdrowia, około dziesięć procent umiera, a reszta do końca życia zmaga się z problemami gastrycznymi. Można jednak napotkać także takie statystyki, które pokazują, że wyleczonych zostaje 40, 50, a nawet 80% chorych, przy czym procent uleczalności zwiększa się wraz z długością trwania leczenia.

² Należy w tym miejscu dodać, że fakt naukowy jest dla Flecka ze wszech miar kulturowy. Można do pewnego stopnia odtworzyć jego historię, pokazać, jakie wydarzenia doprowadziły do jego ukonstytuowania, jakie psychologiczne punkty widzenia umożliwiły jego uprawomocnienie w takim, a nie innym stylu myślowym. Zob. Fleck 2006: 107.

nymi konsekwencjami zastosowania najnowocześniejszych technologii biomedycznych) i seksualności w kulturze współczesnej (Malson 1998: 6). Anoreksja, wliczana w szeroko rozumiany poczet zaburzeń psychicznych, budzi niezwykle zainteresowanie popularnych mass mediów i tabloidów (podobnie jak depresja, a w odróżnieniu od schizofrenii czy cyklofrenii), efekty jej działania są bowiem nie tylko łatwo zauważalne, ale wydaje się, że ich obecność stanowi probierz wrażliwości danej osoby oraz wyraża jej charakter. Anoreksja jako zjawisko medyczne utrwała się dzięki przywoływaniu „odkrytych” przez medycynę (raz na zawsze ustalonych) przyczyn jej powstawania; charakteryzowanie typowego przebiegu oraz podawanie najskuteczniejszych metod leczenia, co skutkowało przez bardzo długi czas popularyzowaniem przekonania, że jest ona zjawiskiem jednowymiarowym oraz etiologicznie jednorodnym³. Z kolei przedstawianie jej jako zjawiska kulturowego (powszechnie znanego, omawianego, odśłanianego i podglądanego w mediach czy Internecie), traktowanie jako elementu stylu życia⁴, sprawia, że zostaje ona odtabuiizowana i pozbawiona charakterystycznego dla chorób wymiaru *stricte* osobistego. Jest to tendencja niebezpieczna, ponieważ skutecznie ukrywa to, że anoreksja prowadzi do zgonu u około 5–10% chorych, najczęściej z powodu popełnianych samobójstw lub powikłań somatycznych wynikających z niedożywienia (Birmingham 2005, Urban 2005).

Inspiracje z Flecka wzięte

Przyglądając się wybranym feministycznym opracowaniom zjawiska anoreksji (Orbach 1978, MacLeod 1981, Chernin 1981, 1986, Malson 1998, Hepworth 1999, Bordo 2003), można zauważyć, że mimo tego, że prowadzone są z różnych punktów widzenia, łączy je kilka elementów. Przede wszystkim perspektywa prowadzenia badań, czyli uwypuklenie faktu, że anoreksja jest przypadłością (głównie młodych) kobiet, co powinno być stosownie wyjaśnione. Należy w tym miejscu podkreślić, że do lat osiemdziesiątych XX wieku w teoriach na temat powstawania i rozwijania się zaburzeń odżywiania nie pojawiała się kategoria płci jako czynnik dla nich charakterystyczny, a być może także wyjaśniający ich etiologię (Bordo 2003: 47). Wspólne jest im także przekonanie, że anoreksja nie może być traktowana jako zaburzenie indywidualne, ale jako fenomen spo-

³ Zob. popularyzowane przez medycynę wskaźniki pozwalające na rozpoznanie i zdiagnozowanie anoreksji: <http://abcanoreksja.pl/kryteria-rozpoznawania-anoreksji>, oraz Apfeldorfer 1999, Suchańska 2000. Włączenie społeczno-kulturowych badań nad anoreksją w główny nurt dookreślania tego zjawiska sprawiło, że w XXI wieku podkreśla się jej złożoność i brak jednorodnej przyczyny.

⁴ Dobrym przykładem jest tutaj internetowy ruch „pro-ana” (skrót od „pro-anorexia”), czyli za anoreksją, który opiera swoją ideologię na powiedzeniu Christophera Marlowe’a „quod me nutrit me destruit” (to, co mnie żywi, niszczy mnie), lansując ideał bardzo szczupłej sylwetki oraz głosząc nienawiść do jedzenia. Jej głosiciele/głosicielki, co niezwykle wymowne, nazywają siebie motylkami. Zainteresowanych odsyłam do blogów: <http://pro-ana-ja.blog.onet.pl/>; <http://pro-ana-team.bloog.pl/>.

łeczno-kulturowy, który mógł powstać tylko w stosownie skonfigurowanej kulturze, w której kobiecość, wygląd, cielesność, jedzenie są odpowiednio dookreślane i utrwalane (o tym, w jaki odbywa się to sposób, będzie jeszcze mowa). We wszystkich tych opracowaniach badaczki chcą zakwestionować przyjętą konceptualizację anoreksji jako psychopatologii (Hepworth 1989: 3). W tym celu przywołują historię anoreksji jako fenomenu, który w określonym czasie został skonstruowany jako obiekt nauk medycznych, oraz pokazują, jaką rolę odegrały tutaj męskie autorytety medyczne oraz rosnący prestiż wiedzy medycznej w kulturze zachodniej. Łatwo zauważyć, że przypomina to sposób, w jaki Fleck traktuje powstawanie wiedzy i sam podmiot poznający: antyindywidualistycznie, kolektywnie, historycznie, jako konstytuowanie się idei⁵. Niech mi będzie wolno w tym miejscu odwołać się do najważniejszych aspektów jego ujęcia.

Zarówno w najbardziej znanej swojej pracy *Powstanie i rozwój faktu naukowego*, jak i w pomniejszych pismach wielokrotnie podkreślał on, że myślenie jest czynnością zbiorową, a medycyna, podobnie jak inne gałęzie ludzkiej wiedzy, jest społecznie konstruowana. Przedmiot wiedzy zaś, neutralizowany i obiektywizowany w tradycyjnej epistemologii (np. neopozytywizm), nie odgrywa roli decydującej, przedstawiciele różnych stylów myślowych rozumieją go bowiem inaczej (Fleck 2007: 218). Nie jesteśmy w stanie zrozumieć przekonań, które formułowane były w stylu myślowym dawnych wieków, utożsamiamy się bowiem i solidaryzujemy myślowo z naszym stylem współczesnym (Fleck: 108). Nie przekreśla to wcale roli badań historycznych i funkcji, jaką spełniają badania historyczno-porównawcze między stylami. Wręcz przeciwnie. Podobnie jak analizowana przez Flecka kiła, anoreksja ma swoją historię, która uwidacznia jej uwikłanie w styl danej epoki, pokazuje, jaki wpływ na jej charakterystykę miały dominujące w określonym czasie stanowiska, tradycja czy czynniki zakorzenione w powszechnej umysłowości (takie jak wychowanie czy kolejność poznawania) (Fleck 2007: 55). Również w tym przypadku, zanim w kulturze utrwalony został medyczny charakter anoreksji jako zaburzenia psychicznego, istniały różne, specyficzne dla swego czasu pojęcia anoreksji. Zrównanie anoreksji z chorobą wywoływaną czynnikami psychicznymi, co ma sugerować dodatek „nervosa” (podobnie jak kiły z chorobą wywoływaną przez określoną bakterię), wymagało długiego i złożonego rozwoju myślenia medycznego (przy istotnym wpływie towarzyszącego myślenia potocznego), w którym opracowywano kategorię „jednostki chorobowej”, zapewniając jej jednoznaczne dookreślenie. Przypadek anoreksji, na co zwracają uwagę badaczki, które przywoływałam powyżej, jest świetnym przykładem tego, jak bardzo trzeba się w kulturze natrudzić, by rozwiązać wątpliwości związane z samym pojęciem choroby czy zasłonić arbitralność oraz przy-

⁵ Co bardzo charakterystyczne dla anglosaskiego piśmiennictwa w opracowaniach, które tutaj przywołuję, pojawia się czasem nazwisko Thomasa Kuhna, a nie pojawia – Ludwika Flecka.

godność podziału na to, co normalne, i to, co patologiczne. Fleck świetnie zdawał sobie sprawę z arbitralności określenia „choroba”, wskazując, że realnie nie istnieją choroby, a tylko konkretni chorzy ludzie, niemniej jednak samo precyzyjne odróżnienie tego, co konkretne, od tego, co abstrakcyjne, nie jest jego zdaniem możliwe (Fleck 2006: 54, przypis pierwszy), podobnie jak ściśle stosowanie pojęć „choroba” czy „zdrowie” (Fleck 2006: 87). Co więcej, twierdził on, że nie da się w sposób ścisły oddzielić normalności od anormalności, ponieważ bardzo często nie mamy tu do czynienia z różnicą jakościową, ale ilościową (Fleck 2006: 67)⁶. Wydaje się, że patologią skłonni jesteśmy nazywać to, co nie mieści się w tym, co normalne dla naszego własnego stylu myślowego (Fleck 2007: 261). Ujednolicenie dowolnego pojęcia w jednym stylu myślowym ma miejsce dopiero w wyniku „sprzężenia zjawisk wynikających z okoliczności historyczno-kulturowych” (Fleck 2006: 42). Sprzężenie to nie jest traktowane jako metafizyczna konieczność, ale jako historycznie utrwalona zbieżność wielu zjawisk, którymi jednostki nie mogą dowolnie manipulować, konstytuują się one bowiem na poziomie kolektywu i w dalszym procesie swojego rozwoju są społecznie wzmacniane. Wszelkie zaś formy myślenia, które nazywamy apriorycznym czy intuicją, stanowią elementy kolektywnej natury wiedzy i dają się badać metodami socjologii myślenia (Fleck 2007: 180).

Jak już zostało powiedziane, myślenie i poznawanie może mieć miejsce tylko w obrębie jakiejś zbiorowości, która funkcjonuje w określonym czasie, a czynniki społeczno-kulturowe są warunkiem tego, by obserwacja w ogóle mogła mieć miejsce (kultura coś umożliwia). Te same czynniki jednak sprawiają, że obce tej kulturze obserwacje w ogóle będą niemożliwe do przeprowadzenia (kultura coś ogranicza). Fleck podkreśla, że widzimy zawsze oczami kolektywu, do którego należymy (Fleck 2007: 140–141, 169). Każde dowolne zjawisko, jeśli je wyrwać ze stylu myślowego, w którym powstało i zostało utrwalone, oraz pozbawić okoliczności społeczno-kulturowych, które towarzyszyły jego upowszechnieniu, stanie się niezrozumiałe i pozbawione sensu. Żadne z nich nie może występować w izolacji, żadne bowiem nie odnosi się do czegoś, co w filozoficznie magicznej formule istniałoby „samo w sobie” (Fleck 2006: 69, Fleck 2007: 61). Parafrazując powiedzenie Flecka, prawda o anoreksji musi być traktowana jako trójczłonna relacja między podmiotem (jego sądami utrwalonym na jej temat), „stanem rzeczy”/przedmiotem (opisanym i ukonstytuowanym w stylu myślowym) a kolektywem myślowym (który obejmuje także aktualny stan wiedzy i kultury umysłowej). Innymi słowy to, co nazywamy prawdą, jest po prostu jedynym możliwym rozwiązaniem jakiegoś problemu, które jest zgodne ze stylem myślowym, szczególnym „stylowym przymusem myślowym” (Fleck 2006: 122, Fleck 2007: 181,

⁶ Jako bakteriolog praktyk twierdził ponadto, że w sensie biologicznym nie da się wyznaczyć ostrej granicy między tym, co fizjologiczne, a tym, co patologiczne. Zob. Fleck 2006: 83.

188). W perspektywie tej nie istnieje anoreksja jako taka, ale istnieje zjawisko, które w medycznym stylu myślowym (przenikającym, jak się wydaje, do potocznego stylu myślowego za przyczyną jego upowszechniania i popularyzowania) funkcjonuje jako patologia, a w peryferyjnym wobec tego pierwszego feministycznym stylu myślowym jako przypadłość kultury współczesnej, ucieleśniona nieprzypadkowo głównie w kobietach.

Warto w tym miejscu przywołać przekonanie Flecka o tym, że nieomal wszystkie teorie rozwijają się z jakiejś *praidei*, która nie ma jeszcze charakteru naukowego, a często pochodzi z potocznego, magicznego czy religijnego stylu myślowego. Ciągłość historycznie rozumiana pozwala badacz(k)om anoreksji wskazywać, że źródła podatności naszej kultury na występowanie w niej anoreksji można zasadnie doszukiwać się w chrześcijańsko-kartezjańskim dualizmie, w sprowadzaniu wartości kobiecości do cielesności czy racjonalistycznie rozumianej podmiotowości. Nie ma tutaj mowy o jednorodnej przyczynowości (Fleck nazywa ten moment „załążkiem rozwoju”), ale raczej o stwarzaniu warunków do tego, by jakieś zjawisko mogło się rozwinąć i zostać utrwalone w takiej, a nie innej postaci (Fleck 2006: 55–56, Fleck 2007: 100). W tym znaczeniu ludzkie poznanie nie ma ani charakteru empirycznego, ani spekulatywnego, ale powstaje w wyniku historycznej ewolucji myśli, pochodzi, jak pisze Fleck, od *evolutione historica* (Fleck 2007: 229).

Psychosocjologię poznania naukowego Flecka, ze wszech miar prekursorską nie tylko względem badań Thomasa Kuhna, ale także Michela Foucaulta (i jego archeologii wiedzy), przepełnia pełen czaru, niemal zaraźliwy optymizm co do poczynąń ludzkości. Fleck wierzył, że przyjęcie jego trójskładnikowego modelu wiedzy („podmiot”–„przedmiot”–„kolektyw”) sprawi, że w nauce zniknie hipokryzja (będzie ona bowiem знаła swoje uwarunkowania i ograniczenia), nauki przyrodnicze i humanistyczne staną się sobie bliższe (te pierwsze nie będą miały bowiem uprzywilejowanego dostępu do „rzeczywistości”) ⁷, a samo przyrodoznawstwo „stanie się bardziej ludzkie”. Co sprawi także, że uda się zmniejszyć istniejącą przepaść między teorią a praktyką naukową, a lojalność naukowców wobec ludzkości wzrośnie (Fleck 2007: 189). Współczesne zjawisko anoreksji, tak jak zostało opisane i przeanalizowane przez myślicielki feministyczne, budzi zarówno obawę, jak i napawa optymizmem (trudno jednoznacznie powiedzieć w jakiej proporcji). Z jednej strony pokazują one, że mamy współcześnie do czynienia z „odhumanizowanym” sposobem traktowania chorych na anoreksję, co uwidacznia się zwłaszcza w dyskursie psychiatrycznym. Prestiżowy, medyczny styl myślowy nieustannie wpływa na potoczne myślenie, co skutkuje rozwojem

⁷ Z wielkim smutkiem muszę przyznać, że obserwacje dzisiejszego życia akademickiego oraz codzienna praktyka instytucjonalna pokazują, że humanistyka jest coraz bardziej marginalizowana i o ile nie „stara się” podlegać mechanizmom działania *science* – dość powszechnie uznawana jest za bezwartościową.

współczesnej farmakologii, ale również skomercjalizowaniem zarówno badań medycznych, jak i farmakologicznych. Z drugiej strony obserwujemy próby „wyrwania” zjawiska anoreksji z dyskursu medycznego, próby pokazania jego wielowymiarowości, ponownego upodmiotowienia cierpiących na anoreksję jako osób w pełni racjonalnych i poczytalnych.

I. Krótka i wybiórcza historia anoreksji

Z dużym przybliżeniem można powiedzieć, że *anorexia nervosa* w obecnej znanej nam postaci narodziła się w latach siedemdziesiątych XIX wieku i miała dwóch samozwańczych ojców, sir Williama Gulla i E. C. Lasèque’a. Pierwszy był znanym i cenionym brytyjskim lekarzem drugiej połowy XIX wieku, wykładowcą medycyny, członkiem Royal Society, prezydentem Clinical Society, lekarzem-konsultantem słynnego Guy’s Hospital w Londynie, a także od 1872 roku lekarzem samej królowej Wiktorii. Drugi był uznanym i cenionym we Francji lekarzem, znawcą przypadłości kobiecych, który badał zaburzenia gastryczne na małej grupce kobiet. Opublikowali swoje prace nieomal w tym samym czasie, Gull w 1874 artykuł „Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica)” („Transactions of the Clinical Society of London”, 1874 (7): 22–28), a Lasèque w 1873 „De l’anorexie hystérique” („Archives Générales de Médecine” 1873 (21), 385–403).

Obie prace są dobrą ilustracją historycznej przemiany, jaka dokonała się w kulturze zachodniej, która polegała na coraz częstszym uznawaniu autorytetu medycyny i lekarzy, w miejsce autorytetu pochodzącego z przekonań magicznych czy religijnych. Cofnijmy się zatem na chwilę w czasie. Anoreksja jest zjawiskiem starym i odnotowywanym w piśmiennictwie od bardzo dawna. Swój tryumf jako oznaka świętości, cud życia, które obywa się bez cielesnej potrzeby spożywania jedzenia, święciła w okresie późnego średniowiecza (szczególnie w wiekach XII–XIV) (Hepworth 1999: 14). Szczególnie interesujące jest tutaj powiązanie między świętością, świadomą odmową spożywania pokarmów a kobietami. Umiejętność odmowy jedzenia była wyrazem podziwianego ascetyzmu, który pozwalał kobietom zachować wysoki status społeczny i własną podmiotowość. Wiele głodzących się kobiet, jak choćby Katarzyna ze Sieny⁸, zostało uznanych za święte przez męskie autorytety religijne, co miało miejsce w tych samych czasach, które kobiecość coraz częściej utożsamiały z tym, co złe, odstające od (męskiej) normy, zwodnicze i nieczyste. Utożsamienie to zmaterializuje się w końcu rozprzestrzenieniem barbarzyńskiego procederu polowania na czarownice, charakterystycznego dla XV i XVI wieku. Widać tutaj kilka elementów,

⁸ Warto w tym miejscu wymienić fascynujące historie głodzących się w imię wyższych wartości kobiet, jak choćby matka Agnieszka od Jezusa (XVII w.), Luiza Lateau (XIX w.) czy Marta Robin (XX w.).

które staną się charakterystyczne dla myślenia o anoreksji czasów późniejszych. Po pierwsze, asceza, która wbrew tradycji starożytnej, polega na zakwestionowaniu cielesności, wyzbyciu się potrzeb ciała i związanej z nimi „zwierzęcej, nieracjonalnej” fizjologii. Cielesność, zwierzęcość, fizjologia to atrybuty, które od dawna wiązano z kobiecością (Gilmore 2003), nic więc dziwnego, że rezygnacja z nich pozwalała kobietom odzyskać status pełnoprawnego podmiotu. Po drugie, umiejętność zapanowania nad głodem pozwalała kontrolować ciało, pozwalała na zwycięstwo ducha (rozumu) nad materią (ciałem). Przewija się to w opowieściach współczesnych anorektyczek, które pragną „pozbyć się” ciężącego im ciała i chcą przejąć całkowitą nad nim kontrolę. Po trzecie, porzucenie idei „świętej anoreksji” jest znakiem powolnego, ale konsekwentnego tropienia dewiacji (a nie świętości) w zachowaniach kobiet, która przejawiać miała się zarówno w ich kontaktach z szatanem, jak i w histerii, niestabilności psychicznej czy nadmiernej emocjonalności. We wszystkich wymienionych motywach tkwią praidee, które staną się załączkiem współczesnego, zmedykalizowanego rozumienia anoreksji.

Wczesne opisy anoreksji, które można by określić premedycznymi (paramedycznymi), pochodzą z pierwszej połowy siedemnastego wieku. Niejaki Hieronim Fabricius przedstawia przypadek trzynastoletniej dziewczynki, która miała żyć bez picia oraz jedzenia przez trzy lata. Opisuje on także jej charakterystyczny stan emocjonalny, była ona bowiem smutna i melancholijna (podaję za Malson 1998: 51). Pierwszy, szczegółowy, powszechnie wśród historyków medycyny rozpoznawany raport na temat anoreksji został sporządzony przez Richarda Mortona i opublikowany jako *Phthisiologica: or a treatise of consumption* około 1694 roku. Morton przedstawił w nim kobiety będące w chorobliwym stanie ducha, które odmawiały spożywania pokarmów. Określił on to zjawisko mianem nerwowej konsumpcji. Konsumpcja oraz *phthisis* (słowo łacińskie, z greckiego wywiedzione, a oznaczające marnienie, mizernienie) były dla Mortona pewnymi stanami i to one powodowały chorobę. Nazywał ją *nerwową atrofią*, a jej przyczyn doszukiwał się w gwałtownych namiętnościach umysłu. Było to zgodne z georgiańskim całościowym rozumieniem człowieka, w którym nie było podziału na elementy psychologiczne i somatyczne. Warto tutaj podkreślić, że o ile opis Mortona jest medyczny, posługuje się on bowiem dyskursem medyków swojego czasu, niemniej jednak *nerwowa atrofia* nie jest chorobą w dzisiejszym tego słowa znaczeniu. Przypadki, które opisuje Morton, podpadają bardziej pod zjawisko poszczenia niż pod zjawisko dzisiejszej *anorexia nervosa* (Malson 1998: 52–54). Nieco później, w czasach wiktoriańskich, kobiety, u których obserwowano podobny symptom, określano mianem *poszczących dziewczyn* (*fasting girls*).

W słownikach medycznych, zanim przyjęło się Gullowskie określenie *anorexia nervosa*, występowało pojęcie *anorexia mirabilis* (cudowny brak apetytu) (Hepworth 1999: 24). Dzisiaj nazwa ta używana jest nieomal wyłącznie w odnie-

sieniu do świętych, którzy odmawiali sobie jedzenia przez wzgląd na Boga. Lasèque posługiwał się w swoim artykule pojęciem *anorexie hysterique*. Gull uznał, że terminy *anorexia hysterica*, *apepsia hysterica* (*apepsia*: zaburzenia funkcjonowania systemu pokarmowego), którymi jako podstawowymi posługiwał się jeszcze na odczycie wygłoszonym rok wcześniej na spotkaniu Clinical Society, są mniej trafne niż termin *anorexia nervosa*, oznaczający literalnie brak apetytu (*anorexia*, z greckiego: „an” – brak, „orexis” – apetyt). Przymiotnik *hysterica*, obecny w powyższych określeniach, jest niezwykle ważny, ponieważ ilustruje ugruntowane w kulturze zachodniej przekonanie, że histeria jest przypadłością kobiet. Greckie słowo *hystera/hustera* oznacza macicę, ale stało się ono szybko określeniem nazywającym „dziwne”, anormalne zachowania kobiece, które zaczęto wiązać z kobiecą kondycją psychiczną i emocjonalnością kobiet. Histeria, podobnie jak hipochondria, były pojęciami, których w XVIII i XIX wieku używano powszechnie, aby opisać każdy nieomal rodzaj zachowania czy odczuwania, które klasyfikowano jako przewrażliwienie⁹. Tak oto słowo, które nazywa jeden z organów posiadanych przez nieomal wszystkie kobiety (posiadają one bowiem macicę), stało się metaforą na oddanie typowego dla nich zachowania i mentalnego uposażenia. Kobiety zostały histeryczkami, w najlepszym razie osobami emocjonalnymi, w najgorszym psychicznie niestabilnymi. Przymiotnika *nervosa* używano w XIX wieku dosyć powszechnie na określenie wielu zjawisk, którymi zajmowała się rozwijająca się nauka zwana psychopatologią, która potwierdzała relację między umysłem a ciałem oraz wpływ psychiki na ciało (por. odkrycia Freuda). Zastąpienie *hysterica* określeniem *nervosa* spowodowało, że anoreksja stała się fenomenem, którym zajmuje się medycyna, specyficznym rodzajem choroby nerwowej, którą w sposób uprawomocniony można było badać i leczyć jedynie metodami naukowymi. Kobiety przestały być histeryczne, stały się nerwowe (Malson 1998: 48).

Przedstawiona w pracach Gulla i Lasèque’a anoreksja jest zaburzeniem o podłożu psychicznym, związanym z predyspozycjami fizjologicznymi, występującą zasadniczo u kobiet. Ze względu na ostatnią cechę obaj autorzy postulowali, że opisywany stan da się zrozumieć tylko po uwzględnieniu aktualnej wiedzy na temat kobiet i kobiecości. Tym samym anoreksja była rozpatrywana w kontekście XIX-wiecznych poglądów na temat kobiecości, w których, ogólnie rzecz ujmując, zrównywano kobiecość z irracjonalnością, do czego przyczyniło się powszechne przypisywanie kobietom histerii, o której była mowa powyżej. Gull nazywał anoreksję „perwersją mentalną”, która jest spowodowana wypaczeniem ego, a Lasèque cierpiące na nią kobiety określał mianem „szaleńców”, przyczyny choroby doszukując się w emocjonalnej i niestabilnej naturze kobiet (Hepworth 1999: 30, 33). Mimo tego, że perwersja według ówczesnego rozu-

⁹ Wiek XIX, w szczególności jego późniejsze lata, określano nawet jako złoty wiek histerii.

mienia była rodzajem nieuściępliwości czy uporu, a nie dewiacją, tak jak ją dzisiaj rozumiemy, anoreksja raz na zawsze utrwaliła w dyskursie medycznym swoje powiązanie z zaburzeniem psychicznym. Zarówno Gull, jak i Lasèque uważali, że pacjentki powinny być poddane skrupulatnej kontroli (w tym kontroli moralnej) przez osoby postronne (najlepiej wykwalifikowany personel medyczny), regularnie i na siłę karmione, odizolowane od krewnych czy przyjaciół, co było charakterystyczne dla praktyki psychiatrycznej ich czasów (Hepworth 199: 36). Pacjentki potraktowano jak pozbawione podmiotowości małe dzieci, zarówno psychicznie, jak i moralnie słabe, a tym samym niezdolne do wzięcia odpowiedzialności za własne czyny (Malson 1998: 65). Odmowa jedzenia została w ten sposób powiązana z charakterystycznymi syndromami emocjonalnymi i psychicznymi określonej grupy osób, ujawniając przypisywaną im irracjonalność i anormalność.

II. *Anorexia nervosa* w medycznym stylu myślowym: indywidualna dewiacja

Współcześnie Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) kwalifikuje *anorexia nervosa* jako mentalne i behawioralne zaburzenie lub mentalny i behawioralny syndrom, lub jako zaburzenie psychosomatyczne o bardzo skomplikowanej etiologii i zindywidualizowanym przebiegu. Podobnie jak w przypadku innych chorób przyjęto określone kryteria jej rozpoznania (zdiagnozowania), które wedle klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego są następujące (podaję za Lewitt 2008):

1. odmowa utrzymania masy ciała powyżej minimalnej prawidłowej wagi dla wieku i wzrostu (<85% prawidłowej masy ciała);
2. intensywny strach przed przyrostem masy ciała lub otyłością mimo niedoboru wagi;
3. niepokój o masę ciała, jego wymiary, kształt, zaprzeczanie zagrożeniom dla zdrowia związanym z aktualnie niską masą ciała oraz przesadny wpływ kształtu ciała i jego masy na samoocenę;
4. u kobiet brak przynajmniej trzech cykli miesięczkowych w oczekiwanym terminie.

Przyczyn anoreksji medycyna doszukuje się w predyspozycjach genetycznych, zaburzeniach hormonalnych, zaburzeniach afektywności, dodając, że jest ona regresją biologiczną (wyrażającą się w lęku przed dojrzewaniem), dysfunkcją poznawczą polegającą w dużej mierze na zaburzonej percepcji własnego ciała, związaną z szeroko zakłóconym funkcjonowaniem psychologicznym (brakiem w pełni wykształconego sensu ja). W ostateczności jest to rodzaj choroby psychicznej, która nie ma żadnego sensownego wyjaśnienia. W literaturze przedmiotu dosyć często napotykam następujące psychologiczne jej dookreślenie:

„Patologiczne, nierozwojowe przystosowanie się jednostki do nowych czy nie-sprzyjających jej rozwojowi warunków, obciążające organizm napięciem emocjonalnym. Skutki długotrwałego trwania tego stresu są widoczne na poziomie emocjonalnym, poznawczym i behawioralnym” (Suchańska 2000: 32).

Potwierdza się tutaj status anoreksji jako zjawiska negatywnego (które należałoby wyeliminować), patologicznego, ponadto konstytuuje się grupa ekspertów (lekarzy), którzy będą w stanie zaradzić jej, stosując metody naukowe i rozpoznając przyczyny jej powstawania. Poddanie anoreksji baczemu wglądowi medyka i medycyny nie byłoby, rzecz jasna, możliwe bez powstania instytucji szpitala, podmiotów zwanych pacjentami, czy uprawomocnienia badań klinicznych, które stanowią kluczowe elementy pozwalające funkcjonować kolektywowi medycznego stylu myślowego¹⁰. Nie można w tym miejscu nie wspomnieć o tym, że paternalistyczny wymiar praktyk stosowanych w szpitalach psychiatrycznych, szczególnie w XIX wieku oraz w pierwszej połowie XX wieku, doprowadził do stosowania w leczeniu zaburzeń psychicznych (w tym anoreksji, schizofrenii czy depresji) lobotomii, leukotomii, szoków insulinowych czy elektrowstrząsów¹¹. Pacjentami szpitali psychiatrycznych tego czasu były w większości kobiety.

III. *Anorexia nervosa* w feministycznym stylu myślowym: nieprzypadkowa przypadłość współczesnej kultury

Wielokrotnie wspominałam o tym, że w opracowaniach feministycznych zwraca się szczególną uwagę na historię zjawiska anoreksji i jego kulturowe uwikłanie. Pokazuje się w nich na modłę Fleckowską, że nie można go traktować jako odkrycia medycznego, a raczej jako fenomen, który wyłonił się w wyniku sprzężenia medycznego dyskursu na temat histerii (dobrze zdomowionego w potocznej umysłowości XIX wieku) z wynikami badań nad zaburzeniami gastrycznymi powstałymi na tle nerwowym (Malson 1998: 67). Kiedy przedstawia się historię anoreksji, uwidacznia się jej dyskursywny wymiar oraz usytuowanie w uwarunkowaniach społecznych i historycznych. Zaczynamy wtedy zdawać sobie sprawę, że nie da się jej zrozumieć z perspektywy tylko jednej dyscypliny badawczej (np. medycyny), że potrzebne jest do tego podejście wielodyscyplinarne, w którym w samym punkcie wyjścia przyjmuje się, że anoreksja jest zjawiskiem niezwykle złożonym, czego zresztą współcześnie nie kwestionuje się także w stylu medycz-

¹⁰ Odsyłam do znakomitych i niezwykle ciekawych opracowań na temat powstania kliniki oraz ukonstytuowania się pacjentów (Foucault 1999, Thorwald 2009), jak również do poruszającej książki Charlotte Perkins Gilman *The Yellow Paper*, w której opisuje ona typowe losy XIX-wiecznej kobiety uznanej za psychicznie chorą.

¹¹ „Zwrot społeczny”, jaki dokonał się w teoriach dotyczących pochodzenia chorób psychicznych w latach sześćdziesiątych XX wieku, doprowadził do powstania tak zwanej antypsychiatrii, warto tutaj wspomnieć o pracach takich badaczy jak Thomas Szasz, Erving Hoffman czy Richard. D. Laing.

nym (por. kwalifikacja WHO powyżej). Raz jeszcze należy podkreślić, że anoreksja (jako zjawisko i związana z nim wykładnia) nie istnieje niezależnie do dyskursów, w których jest konstruowana i poddawana pod rozwagę; dyskursów naukowego, klinicznego, potocznego, a także dyskursu popularnych mediów. Susan Bordo podkreśla, że w feministycznym namyśle nad anoreksją podejmujemy się trudnego zadania, musimy bowiem przekonać ludzi nauki oraz lekarzy (czy innych tak zwanych profesjonalistów), że wytwory kulturowej wyobraźni i skutki ich działania trzeba potraktować poważnie. Wziąć je pod uwagę jako potencjalne przyczyny opisywanych zjawisk (Bordo 2003: xxi).

Wydaje się, że początków nowych podejść do anoreksji, próbujących oswobodzić się z ciasnych okowów fizjologicznego myślenia medycyny, należy szukać w psychoanalizie Freuda, a w szczególności w jej późniejszych reinterpretacjach. Przyczyn choroby zaniechano doszukiwać się zatem wyłącznie w czynnikach biologicznych czy fizjologicznych, a zaczęto badać jej źródła psychologiczne, odchodząc od indywidualistycznego traktowania anoreksji w stronę ujęć społeczno-kulturowych. W ten sposób powstały rodzinne teorie systemowe, w których postulowano prowadzenie badań nad rozwojem psychoseksualnym chorujących na anoreksję, ich rodziną i panującym w niej relacjom. W tej perspektywie anoreksję dookreślano jako złudne rozwiązanie problemów związanych z własną osobowością oraz relacjami międzyosobowymi. Szczególnie innowacyjne było terapeutyczne podejście znanej w literaturze feministycznej Hilde Bruch, która nazywała anoreksję rodzajem reakcji obronnej na poczucie braku posiadania własnej osobowości i jej ugruntowania; na poczucie bycia bezsilnym i nieudolnym (Bruch 1982: 1532). Jako jedna z pierwszych opisała ona i nazwała towarzyszące anoreksji zaburzenie postrzegania wielkości własnego ciała i nazwała je „zakłóceniem świadomości rozmiaru” (*disturbance in size awarness*)¹². Stało się ono powszechnie akceptowanym znakiem rozpoznawczym anoreksji, zarówno w literaturze medycznej, jak i w potocznych przekonaniach. Doszukiwanie się źródeł choroby w rodzinie zaowocowało dokładnym przeanalizowaniem relacji matka–córka (co pośrednio było pokłosiem tradycji psychoanalitycznej), roli, jaką odgrywała w niej matka, jej wpływu na wytwarzanie wzorców żywieniowych w danej rodzinie¹³. Relacje matka–córka powiązane zostały z problemem podmiotowości, indywidualnej tożsamości oraz z poczuciem pewności siebie zarówno matek, jak i córek. Same metody także uległy zmianie, ważna stała się bowiem narracja samych chorych i sposób, w jaki relacjonowały i konceptualizowały one swoje własne położenie (Chernin 1986, Orbach 1986, MacLeod 1981). W lite-

¹² Analizy Bruch cenione są ze względu na poszerzenie obszaru badań nad możliwymi przyczynami anoreksji, sama Bruch nie przywiązywała jednak zbytnej wagi do tego, że przypadłość przez nią badana dotyczy przede wszystkim kobiet

¹³ Źródłem tychże nie mógł być nikt inny, gdyż w większości to właśnie kobiety zajmowały się gotowaniem i karmieniem. Sytuacja od tamtej pory nie zmieniła się zresztą aż tak bardzo.

raturze poświęconej psychoanalitycznym ujęciom anoreksji matkę traktowano jednocześnie jako przyczynę problemów, które powodowały zachorowania, jak i źródło ich wyjaśnienia, co określono mianem tendencji do „obwiniania matek”. Ewidentna nieobecność w nich ojca i innych czynników społecznych (gdzie to, co społeczne, rozumie się szerzej niż rodzina) stały się przedmiotem feministycznej krytyki, w szczególności w latach dziewięćdziesiątych XX wieku (Hepworth 1999: 39). Wydaje się, że w opisywanej modyfikacji psychologicznej kategoryzowanie anoreksji jako patologii zostało nienaruszone, przestała ona jedynie być patologią indywidualną, a stała się patologią rodzinną (Malson 1998: 88). Wciąż brakowało tutaj wprowadzenia szerszego kontekstu społeczno-kulturowego oraz namysłu nad tym, że przeważającą większość chorych stanowiły kobiety.

Niezwykle płodnym okazał się być metodologiczny postulat feministycznych badań nad anoreksją, który zakazywał traktowania kobiet zdiagnozowanych jako anorektyczki jako całkowicie różnych (chorych, patologicznych, dewiacyjnych) od innych, tak zwanych normalnych kobiet. Feministki zadały pytanie: *A może anorektyczki nie różnią się aż tak bardzo od innych kobiet?* Podjęto także próbę wyjaśnienia działania pewnego schematu kulturowego we współczesnym podejściu do jedzenia, który można przedstawić w postaci sekwencji pojęć: *normalne jedzenie–dieta–anoreksja*. Dostrzeżono tym samym istotne powiązanie między kulturową idealizacją szczupłej sylwetki kobiecej, paranoją na punkcie odchudzania się a wzrastającą ilością zaburzeń odżywiania (Malson 1998: 5, 90). Bycie na diecie bądź wyrażanie potrzeby bycia na diecie i niezadowolenie z wyglądu własnego ciała, jeśli weźmie się pod uwagę powszechność ich występowania pośród dziewcząt oraz kobiet, wydają się dużo bardziej „normalne” niż niebycie na diecie¹⁴. Tym samym anoreksji nie można traktować jako przypadku, którą da się odseparować od całego dziewczęcego i kobiecego doświadczenia związanego z jedzeniem. Doświadczenie to w dużo większej mierze niż kiedykolwiek wcześniej w naszej kulturze jest związane z medialnie ugruntowywanym przekazem na temat kobiecego piękna (idealny rozmiar staje się rozmiarem coraz mniejszym) oraz powszechnym przekonaniem na temat brzydoty i nieudaczności osób otyłych. Wzrost zachorowań na anoreksję nieprzypadkowo, jak należy sądzić, zbiegł się ze wzrastającą w naszej kulturze obsesją na punkcie wyglądu, która wyraża się w pragnieniu posiadania szczupłej sylwetki (niczym modele i modelki znane z przekazów medialnych), a także w nieustannie odczuwanym strachu przed ewentualnym przytyciem. Tę nieprzypadkowość potwierdza fakt, że nieomal do lat sześćdziesiątych XX wieku nie odnotowywano u pacjentek zdiagnozowa-

¹⁴ Istnieje bardzo dużo ilustrujących to zjawisko badań. Według raportu Lwow, Dunajskiej, Milewicz (Lwow 2007) na 100 przebadanych uczennic LO 67% posiadało prawidłową masę ciała, 9% miało nadwagę, 24% niedowagę (na podst. wskaźnika BMI), przy czym 53% nie akceptowało swojego wyglądu. Największy sprzeciw budziła obecność tkanki tłuszczowej na udach i pośladkach.

nych jako anorektyczne obaw związanych z wagą ciała, oraz to, że anoreksja jako przypadłość dominująca w kulturze zachodniej zaczyna pojawiać się w tych zbiorowościach, które znajdują się pod jej silnym wpływem (Malson 1998: 93)¹⁵. Dzisiejsze ciała, również dzięki wsparciu współczesnych biotechnologii, kosmologii, chirurgii estetycznej, w coraz większym stopniu karmią się fantazjami o przekształcaniu i poprawianiu, niekończącym się zmienianiu, zaprzeczając nieomal swojej własnej materialności (Bordo 2003: 245–275). Fakt, że na anoreksję chorują przede wszystkim kobiety, można zasadnie wiązać z kulturowo ukształtowanym przeświadczeniem, że kobieca podmiotowość (w dużo większej mierze niż męska) jest związana z wyglądem fizycznym. Tym samym chociaż przekaz medialny wpływa także na mężczyzn, standardy fizycznej doskonałości (między innymi dotyczące szczupłości) dotyczą bardziej kobiet niż mężczyzn. To do nich przede wszystkim stosują się tezy Foucaulta na temat ciała jako miejsca kontroli społecznej (Bartky 2007). Badania, jakie prowadzono nad chorymi na anoreksję kobietami, a szczególnie wywiady, których udzieliły, dobitnie pokazały, że kobiety te nie czują się dobrze w swoich ciałach i ze swoimi ciałami. Wiadomo zaś, że im mniej ktoś akceptuje własne ciało, tym większą ma skłonność do niskiej jego oceny, w tym zawyżania jego wielkości (Thompson 1986: 42). Płeć zatem wydaje się być podstawowym czynnikiem powodującym pojawienie się zjawiska *anorexia nervosa* i jej tak liczne reprodukowanie, dlatego nie można go traktować jedynie jako czynnika towarzyszącego (Bordo 2003: 54). Anorektyczka w tej perspektywie to ktoś, kto zbyt dokładnie przyswoił sobie kulturowe standardy dotyczące wyglądu i zanadto precyzyjnie je stosuje, a nie ktoś, kto błędnie postrzega własne ciało (Bordo 2003: 57). Chore nie są irracjonalnymi istotami, które nie potrafią właściwie odnieść się do „zewnętrznej” rzeczywistości, żyjąc w mitologicznym świecie swoich zakłóconych przeświadczeń, ponieważ sensownie odczytują społecznie ugruntowane wymagania dotyczące smukłości czy „bycia na diecie” (Bordo 2003: 59). Parafrazując przywołane wcześniej psychologiczne określenie anoreksji, można powiedzieć, że warunki, w jakich przyszło kobietom budować swoją własną podmiotowość, są dosyć niesprzyjające, ale anorektyczki w sposób nieomal doskonały potrafią się do nich przystosować, dosłownie spełniając kulturowe oczekiwania. Głodzenie się (podobnie jak przejadanie się) stało się ideologią naszych czasów i nie zostało wytworzone w ramach własnej indywidualnej inwencji chorujących na anoreksję kobiet. To

¹⁵ Tym ciekawsze są badania występowania anoreksji i innych zaburzeń odżywiania na terenach z niewielkim dostępem do współczesnych mediów oraz izolowanych od kultury zachodniej. Przykładowo do około 1995 roku na wyspach Fidżi, na których nie istniał dostęp do telewizji, nie odnotowano żadnego przypadku zaburzeń odżywiania, a badane tam kobiety bez względu na rozmiar ciała były zadowolone ze swojego wyglądu (Bordo 2003: xv).

one raczej, ze względu na określoną wrażliwość, predyspozycje (także biologicznego charakteru), stały się ofiarą tej ideologii¹⁶.

Feministyczne badanie anorektycznogennego charakteru kultury nie ogranicza się jedynie do analizowania zjawisk zachodzących na poziomie kultury popularnej, której najbardziej poczytne mass media są dobrą egzemplifikacją. Badaczki przyjrzały się także bardzo dokładnie kategorii podmiotowości, jej tradycyjnemu, racjonalistycznemu rozumieniu oraz jej związkom z kobiecością. Stwierdzenie, że we współczesnej kulturze mamy do czynienia z obsesją na tle szczupłego, pięknego ciała, to za mało, dużo ważniejsza wydaje się odpowiedź na pytanie: skąd się ta obsesja wzięła i co sprawia, że nieustannie jest ona podsycana i pogłębiana i że tak dotkliwie dotyczy kobiet? Aby jej udzielić, Bordo posługuje się trzema kategoriami, trzema zmiennymi: zmienną dualizmu, zmienną kontroli oraz zmienną płci kulturowej i władzy, które przecinają się w zjawisku anoreksji (Bordo 2003: 142). Dualizm duszy/roзумu/umysłu (w zależności od wariantu) i ciała jest wielowiekowym dziedzictwem naszej kultury, które przejawia się w bardzo wielu wymiarach. Uprośćmy je w tym miejscu dla potrzeb artykułu. Podstawą podmiotowości czy ukonstytuowania się tożsamości jest rozum (umysł), ciało jest czymś obcym, nie-ja. Ciało jest przeszkodą, więzieniem, pułapką dla rozumu (duszy), należy się z niego wyswobodzić. Innymi słowy, jest wrogiem, który deformuje myślenie, a dodatkowo zagraża rozumowi, utrudniając autokontrolę, co pobrzmiewa w tekstach Platona, Augustyna, Kartezjusza i wielu innych. W związku z tym należy opracować procedury i strategię, za pomocą których rozum może zapanować nad ciałem i poddać je skrupulatnej kontroli. Wszystkie wymienione powyżej cechy uwiadcniają się w relacjach chorych na anoreksję (choćby tych, na które powołuje się Bruch, ale także w wielu innych). Większość z nich twierdziła, że utrata wagi daje im poczucie przejęcia kontroli nad ciałem, nad sobą, osiągnięcia stanu czystości czy szczególnej perfekcji, a tym samym poczucie posiadania silnej woli, bycia lepszym niż inni. To wszystko umożliwia zbudowanie własnej tożsamości, ukonstytuowanie się podmiotowości. Wiele z nich chciało osiągnąć taki moment, w którym nie będą już miały ciała, a osiągną stan wyimaginowanego całkowitego odcieleśnienia (kwintesencji podmiotowości). Kulturowe wzorce kobiecości mają tutaj ogromne znaczenie. Większość chorych przejawia charakterystyczny strach przed dojrzewaniem, przed posiadaniem pełnego kobiecego ciała (symbolu kobiecej seksualności), przed staniem się kobietą, snuje marzenia o dziecięcym ciele, któremu nie rostyby piersi i nie zaokrąglały się biodra. Wiele uszczęśliwia fakt, że przestają mieć menstruację, uznawaną dość powszechnie za wskaźnik kobiecości (w stylu medycznym za jeden z kryteriów diagnostycznych). Strach ten najczęściej wyjaśnia się obawą przed

¹⁶ Charakter i zakres oddziaływania tej ideologii poprzez analizę komunikatów płynących z reklam interesująco przedstawia Susan Bordo w artykule „Hunger as Ideology” (Bordo 2003: 99–134).

podjęciem życia seksualnego (często spowodowaną jakąś traumą z czasów dzieciństwa), przed wejściem w społecznie narzucane role kobiece matek, żon, opiekunek, ale odczytuje także jako swoisty, przejawskrawiony protest przeciwko archetypowym wizerunkom kobiecości jako niekontrolowanej emocjonalności, której nie daje się okiełznać. Anorektyczka wydaje się być dla siebie samej przykładem opanowania kontroli w stopniu doskonałym, co daje jej poczucie władzy nad samą sobą, władzy, której potrzebuje do zbudowania własnej podmiotowości, władzy, jakiej kultura, w której przyszło jej żyć, uparcie jej odmawia (Bordo 2003: 154–164).

Jeśli anoreksja jest psychopatologią, jak chce tego kolektyw medyczny, to – dopowiadają feministki – powstała ona w wyniku skomplikowanych społeczno-kulturowych procesów i koncentruje w sobie to wszystko, co stało się w tej kulturze nie tak, jak powinno. Jeśli bowiem cała siła i energia, jaką wkładają anorektyczki w osiąganie ideału, który antycypują z rzeczywistości kulturowej, miałyby być przykładem swoistego feministycznego protestu, to, jak wskazuje Bordo, obsesja na punkcie szczupłości jest beznadziejnie wręcz nieproduktywna i nieefektywna. Jest niszczyielska, w zbyt wielu przypadkach w sensie literalnym.

Bibliografia

- Apfeldorfer, Gerard. 1999. *Anoreksja, bulimia, otyłość*. Katowice: Książnica.
- Birmingham Laird *et al.* 2005. „The Mortality Rate from Anorexia Nervosa”, „International Journal of Eating Disorders” 38 (2), 143–146.
- Bartky Lee, Sandra. 2007. „Foucault, kobiecość i unowocześnienie władzy patriarchalnej”. W: *Gender perspektywa antropologiczna*. Renata Hryciuk, Agnieszka Kościńska (red.). Warszawa: Wydawnictwo UW.
- Bordo, Susan. 2003. *Unbearable Weight. Feminism, Western Culture and the Body*. University of California Press: London.
- Bruch, Hilde. 1982. „Anorexia Nervosa: Therapy and Theory”, „American Journal of Psychiatry” 139, 1531–1538.
- Chernin, Kim. 1981. *The Obsession: Reflections on the Tyranny of Slenderness*. New York: Harper and Row Publishers.
- Chernin, Kim. 1986. *The Hungry Self: Daughters and Mothers, Eating and Identity*. Virago Press: London.
- Fleck, Ludwik. 2006. *Psychosocjologia poznania naukowego. Powstanie i rozwój faktu naukowego oraz inne pisma z filozofii poznania*. Zdzisław Cackowski, Stefan Symotiuł (red.). Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Fleck, Ludwik. 2007. *Style myślowe i fakty. Artykuły i świadectwa*. Sylwia Werner, Claus Zittel, Florian Schmaltz. Warszawa, Wydawnictwo IFiS PAN.
- Foucault, Michel. 1999. *Narodziny kliniki*. Warszawa: Wydawnictwo KR.

- Gilmore, David. 2003. *Mizoginia, czyli męska choroba*. Warszawa: Wydawnictwo Literackie.
- Hepworth, Julie. 1999. *The Social Construction of Anorexia Nervosa*. London: Sage Publications.
- Lewitt, Anna, Brzęczek, Krzysztof, Krupienicz, Andrzej. 2008. *Interwencje żywieniowe w leczeniu anoreksji. Wskazówki dietetyczne* http://www.viamedica.pl/gazety/gazetaM/darmowy_pdf.phtml?indeks=15&indeks_art=76, pobrane 25.11.09.
- Lwow, Felicja, Dunajska, Katarzyna, Milewicz, Andrzej. 2007. „Występowanie czynników ryzyka jadłowstrętu psychicznego i bulimii u 18-letnich dziewcząt”, „Endokrynologia, Otyłość, Zaburzenia Przemiany Materii” 3 (3), 33–38.
- MacLeod, Sheila. 1981. *The Art of Starvation*. London: Virago.
- Malson, Helen. 1998. *The Thin Woman. Feminism, Post-structuralism and the Social Psychology of Anorexia Nervosa*. Routledge: London.
- Orbach, Susie. 1978. *Fat is a Feminist Issue*. London: Hamlyn.
- Orbach, Susie. 1986. *Hunger Strike: The Anorectic's Struggle as a Metaphor for Our Age*. London: Faber and Faber.
- Suchańska, Anna (red.). 2000. *Podmiotowe i społeczno-kulturowe uwarunkowania anoreksji: wybrane zagadnienia*. Poznań: Wydaw. Fund. Humaniora.
- Thompson, Kevin. 1986. „Larger Than Life”, „Psychology Today” April, 39–44.
- Thorwald, Jürgen. 2009. *Pacjenci*. Warszawa: Wydawnictwo Literackie.
- Urban, Małgorzata (2005). „Śmiertelność i przyczyny zgonów w przebiegu jadłowstrętu psychicznego – przegląd piśmiennictwa oraz opis przypadku”, „Postępy Psychiatrii i Neurologii” 14 (4), 367–370.

Women as a Concealed Factor. Epistemological Entanglement of the Medical Phenomenon of Anorexia

Key words: *anorexia, feminism, thought style, thought collective, medical thought style, feminist thought style illness, disorder, corporeality*

The author uses Ludwig Fleck's idea of mechanisms of development of scientific facts and the crucial notion of his, the psychosociology of scientific knowledge (such as a thought style, thought collective, scientific fact, etc.) This is done in order to discuss basic processes which have accompanied the development of the medical phenomenon of anorexia (the history of anorexia, and the early attempts at naming and diagnosing it). The author emphasizes that to being able to establish this phenomenon as a medical fact, a more common and appreciated medical thought style had to be developed. She confronts anorexia as an illness in the medical thought style (an individual, homogenic disorder of psychical etiology) with the feminist thought style, where social and cultural factors play a major role in understanding the same phenomenon. Given the fact that 90-95% of anorexia patients are women, feminists underline that it should be treated more as a radical version of a more common affliction of our culture (with its obsession with thinness, good looks, attractiveness). They notice that as such, it cannot be cured on the individual level, for more systematic changes in the way of thinking about subjectivity, femininity and corporeality are required. It seems that there are no effective methods of healing anorexia in the medical thought-style; in contrast, the feminist view raises hopes for postulating new ways of treating this phenomenon, which gives us possibilities of new research and new ideas for eliminating it.