

Sveučilište u Zagrebu
Filozofski fakultet
Odsjek za sociologiju

Feministički pristup sociološkoj analizi poremećaja hranjenja

(Diplomski rad)

Mentor: dr.sc. Branka Galić

Student: Marko Brkić

(JP, znanstveni smjer)

U Zagrebu, kolovoz 2013.

Sadržaj

Uvod	3
1. Problemi definiranja poremećaja hranjenja.....	6
1.1. Dijagnostički kriteriji za poremećaje hranjenja – klasificiranje „zbrke“	7
1.2. Perspektiva kontinuuma – uvod u sociokulturni i feministički pristup	11
1.3. Epidemiološke i demografske značajke	13
1.3.1. Pogled na varijacije kroz rasu i klasu – „zaštitni faktori“?	15
1.4. Pregled objašnjenja etiologije poremećaja hranjenja – multidimenzionalnost kroz „tabore“	17
1.4.1. Biomedicinski model	18
1.4.2. Psihološki model	20
1.4.3. Sociokulturni model	24
2. Povijesna perspektiva na samoizgladnjivanje – nestalnost značenja	34
2.1. Otkriće modernog koncepta anoreksije	35
2.2. Viktorijanski kontekst „otkrića“ anoreksije i problematizacija ženstvenosti.....	39
2.3. Samoizgladnjivanje prije modernog doba – analogija anoreksiji nervozi?	46
3. Primjena feminističke teorije za razumijevanje poremećaja hranjenja	50
3.1. Početne feminističke teorije o poremećajima hranjenja – uočavanje „nevolje“	52
3.2. Društveno konstruirano tijelo – nužan teorijski doprinos	62
3.2.1. Viđenje tijela kroz rad Michela Foucaulta – alat daljnje feminističke kritike fenomena poremećaja hranjenja.....	63
3.2.2. Kritika Foucaulta i dualističko viđenje žena.....	66
3.3. „Tijelo kao projekt“ u visokoj modernosti	68
3.4. Žensko tijelo - mršavo, kontrolirano i podložno preoblikovanju	69
3.5. Ženstvenost, identitet i poremećaji hranjenja – pokušaj sinteze kroz „kulturnu nevolju“	75
3.6. Anoreksija nervoza – ekstremno konformiranje normama ili politički prosvjed?	82
Zaključak	86
Popis literature.....	87

Sažetak

U radu se razmatra fenomen poremećaja hranjenja, kojem se pristupa sociološki i kroz feminističku perspektivu. Oспорava se tumačenje dominantnog psihomedicinskog modela poremećaja hranjenja kao individualnih patologija. S obzirom da je 90 i više posto oboljelih od poremećaja hranjenja ženskog spola, kao i što broj oboljelih raste tek od druge polovice 20. stoljeća, u radu se istražuje sociokulturni kontekst tih dvaju činjenica. Nudi se pregled etioloških objašnjenja poremećaja hranjenja, propituje kontekst otkrića anoreksije nervoze u 19.st. i osporava se analogija značenja samoizgladnjivanja nekad (srednji vijek) i danas. Uzroke poremećaja hranjenja se traži u društvu, a odnos moći i rod se vide kao ključni koncepti. Foucaultovo viđenje tijela čini teorijsku podlogu povezivanja kulture i poremećaja hranjenja. Razmatraju se različita feministička shvaćanja poremećaja hranjenja i pruža tumačenje temeljeno na društvenoj konstrukciji tijela. Kulturu se vidi kao da upisuje svoja pravila na ženska tijela, i konstruira ideal ženstvenosti. Kult mršavosti i ideal ljepote u suvremenom društvu stvaraju kod većine žena problematičan odnos s vlastitim tijelima, a poremećaje hranjenja vidimo kao ekstreme unutar tog kontinuuma problema. Kroz disciplinarne prakse provođenja dijeta, tjelovježbom i sl. žene pokušavaju dostići fizički nedostižan ideal ljepote i ženstvenosti. Uzroci poremećaja hranjenja traže se u tom današnjem idealu ženstvenosti, te se kulturu time smatra ne samo da pridonosi tim poremećajima već da ih ona upravo i stvara. Poremećaje hranjenja, a konkretno anoreksiju, može se potencijalno „čitati“ kao odgovor žena na dominantni ideal ženstvenosti i otpor kulturi, te se u radu ujedno razmatra pitanje postojanja takve političke/feminističke svijesti.

Ključne riječi: anoreksija, tijelo, ženstvenost, ideal ljepote, kultura

Summary

This study considers the eating disorders phenomenon, within a sociological and feminist approach. We contest the dominant psychomedical model which views eating disorders as an individual pathology. As more than 90 percent of people with an eating disorder are female, and as the number of women with an eating disorders is on the rise only since the second half of the

20th century, this study explores the sociocultural context of these two facts. An overview of etiological explanations of eating disorders is presented, context of discovery of anorexia nervosa in the 19th century is questioned, and the analogy in meaning of self starvation then (in the Middle Ages) and now is contested. Causes of eating disorders are searched for within the society, and power relations and gender are viewed as key concepts. Foucault's view of the body is the theoretical footing in relating culture and eating disorders. Different feminist understandings of eating disorders are presented in this study, and an understanding based on social construction of the body is offered. Culture is thus seen as inscribing its rules on women's bodies, and as constructing the feminine ideal. The cult of thinness and the beauty ideal in contemporary society create a troubled relationship of women with their own bodies, and eating disorders are viewed as extremes on that continuum of problems. Through disciplinary practices of dieting, exercise etc., women are trying to achieve the physically impossible beauty and feminine ideal. Causes of eating disorders are to found in the today's feminine ideal, and culture is considered not only as contributing to those disorders but as indeed productive of eating disorders. Eating disorders, namely anorexia, can potentially be „read“ as a women's response to the dominant feminine ideal and their resistance to culture, and the existence of such a political/feminist conscience is also considered in this study.

Keywords: anorexia, body, femininity, beauty ideal, culture

Uvod

Poremećaji hranjenja, poput anoreksije i bulimije, bolesti su s kojima se sve više susrećemo u suvremenom društvu. Oni su prvenstveno suvremeni fenomeni, a potencijalno i sve veći društveni problem, broj oboljelih od anoreksije je tako od druge polovice 20. stoljeća u stalnom porastu. Uzroci anoreksije i općenito poremećaja hranjenja nisu u potpunosti precizirani, pa će se u ovom radu razmotriti etiologija poremećaja, i ponuditi kritika dominantnog psihomedicinskog dijagnostičkog i etiološkog modela, koji svrstavaju poremećaje hranjenja u psihičke bolesti. Poremećaji hranjenja su tako patologizirani i smatraju se individualnim problemima (žena), čime se skreće pažnja s raznovrsnih sociokulturnih faktora koji su odgovorni za njihov nastanak. I dok se poremećaji hranjenja službeno dijagnostički smatraju psihičkim bolestima, oni su specifični po tome što na njihov nastanak i razvoj, ali i liječenje, utječu razni faktori, od genske osnove, psiholoških faktora, preko obiteljskih odnosa, pa sve do društva i kulture i masovnih medija. Anoreksija je tako općenito prihvaćena kao višeznačno određena bolest (Garner i Garfinkel, 1980). Iako je etiološka višeznačnost poremećaja hranjenja načelno uvažena, postoji mnogo različitih perspektivi koje se međusobno nadmeću za „najbolja“ objašnjenja. U radu će se tako ujedno izložiti osnovne postavke različitih modela gledanja na poremećaje hranjenja. Posebno bitna i indikativna je činjenica da se poremećaji hranjenja javljaju skoro isključivo kod osoba ženskog spola (90-tak posto oboljelih su žene). U radu ćemo se tako prvenstveno posvetiti odgovorima na dva pitanja: Zašto baš žene? Zašto baš sada?

Na ta pitanja se čini nemoguće odgovoriti kroz psihološki i biomedicinski model, nemoguće je na njih odgovoriti ako se ne istraži kulturni kontekst i potencijalni kulturni uzroci poremećaja hranjenja. U potrazi za odgovorima će se zato naglasiti važnost sociokulturnih faktora, i to s naglaskom na feminističkoj perspektivi. Prvo će se tako ponuditi preduvjeti opravdanosti povezivanja kulture i poremećaja hranjenja, istraživanjem ne samo konteksta zapadne kulture, već i kroskulturno. U sklopu tog će se obratiti pažnja na, i ponuditi kritika još jednog, od uistinu mnogih, uvriježenog stereotipa kod poremećaja hranjenja – onaj da oni pogađaju skoro pa isključivo mlade i imućne bjelkinje, dok se za žene druge rase i društvene klase pretpostavlja postojanje „zaštitnih faktora“. Glavni fokus sociokulturne istrage je pokazati kako samoizgladnjivanje ne može biti odvojeno od roda te kako ono transcendirira lokalni sociokulturni kontekst.

Anoreksija je prvi put evidentirana kao poremećaj u 19. st., kad su tadašnji liječnici opisali to bolesno stanje svojih pacijentica, pa tako engleski liječnik William Gull 1873.g. uspostavlja termin *anorexia nervosa*. Tek se od tog doba poremećaji hranjenja, odnosno konkretno anoreksija s obzirom da bulimija „postaje“ dijagnoza tek u drugoj polovici 20. st., počinju promatrati kao medicinski i društveni problem. Ipak, pojava voljnog samoizgladnjivanja nije novum 19. stoljeća, postoje zapisi o odbijanju hrane još iz vremena drevnog Egipta, Grčke i Rima, s nastavkom u srednjem vijeku, gdje je samoizgladnjivanje posjedovalo religijsku motivaciju, pa sve do „sekularnih“ motiva današnjice. Unutar današnje diskusije o poremećajima hranjenja povijesna perspektiva se često zanemaruje, pa se pokušava uspostaviti psihološka analogija između srednjovjekovnog samoizgladnjivanja i današnje dijagnostički opisane anoreksije nervoze, analogija za koju ćemo pokazati da je neodrživa, zbog nestalnosti značenja i neistovjetnih motivacija za samoizgladnjivanje.

Poremećaji hranjenja se u suvremenom zapadnom društvu javljaju usporedno s kulturom („kultom“) mršavosti, koju možemo identificirati od 20. stoljeća, a koja pravi zamah dobiva nakon Drugog svjetskog rata. Zahtjevi za mršavošću i ideali takve fizičke ljepote su danas sveprisutni, nametani od strane masovnih medija i modne industrije; mršavost postaje sinonimom zdravlja i dobrog života, dok prekomjerna tjelesna težina simbolizira upravo suprotno, nebrigu za vlastito tijelo, nedostatak samodiscipline, s jasnom porukom ženama da debljina nije normalna i da se trebaju pažljivo brinuti za svoju tjelesnu težinu i izgled svoga tijela. Isto tako, povećanje incidencije poremećaja hranjenja događa se usporedno sa znatnim promjenama uloga žena u zapadnoj kulturi, te će se u ovom radu pokazati da to nije slučajno, poremećaji hranjenja će se probati povezati s razlikama u moći u društvu. Žene su tako, izborivši se za bolji položaj u društvu, stavljene u novi sukob, sukob između pritiska konformiranja i pritiska da se natječu, gdje se poremećaji hranjenja mogu ponuditi kao izlaz, ali i interpretirati kao potencijalni oblik prosvjeda protiv situacije u kojoj se žene nalaze. Kroz feministički pristup i kroz Foucaultovo viđenje tijela i moći, u ovom radu će se pokazati kako kultura na ženska tijela upisuje svoju moć i značenja, tijela koja su time podložna društvenoj kontroli, a što nam sve pruža teorijske temelje za utvrđivanje veze između kulture i poremećaja hranjenja. Konačno, feministička perspektiva na poremećaje hranjenja nam jedina može pomoći rasvijetliti evidentnost dubokih efekata patrijarhalne kulture na žene, kulture za koju će se i probati dokazati i tvrditi kako ne samo da ona doprinosi razvoju poremećaja već ih, kroz konstrukciju ideala ženstvenosti, konkretno i proizvodi.

Ciljevi ovog rada su:

1. Ponuditi kritiku dominantnog medicinskog modela poremećaja hranjenja kao individualnih patologija.
2. Prikazati utjecaj kulture na nastanak i razvoj poremećaja hranjenja.
3. Pružiti sociološku i feminističku analizu poremećaja hranjenja, kroz viđenje da su ti poremećaji duboko isprepleteni s društvenom pozicijom žena u patrijarhalnoj kulturi, odnosno utemeljeni u dominantnom idealu ženstvenosti.

1. Problemi definiranja poremećaja hranjenja

Tijekom posljednjih par desetljeća pojavilo se pregršt literature o poremećajima hranjenja, unutar koje se postavljaju pitanja oko osobina tih problema kao i o broju i tipovima osoba koje oni pogađaju. Postoje neslaganja oko terminologije anoreksije i bulimije, kao i debate oko klasifikacijskih i dijagnostičkih kriterija. Problemi definiranja poremećaja hranjenja popraćeni su demografskim i epidemiološkim značajkama, a glavne kontroverze oko definiranja poremećaja vezane su uz njihovu etiologiju i liječenje.

Termini koji se koriste za opisivanje problema apetita i tijela ne čine se dovoljno jasnim pa mogu izazvati određenu zbunjenost. Općenito govoreći, „poremećaji hranjenja“ obuhvaćaju anoreksiju (anorexia nervosa) i bulimiju (bulimia nervosa). Iako termin anoreksija doslovno znači „nedostatak želje“, zapravo nije tako, jer oboljeli ne samo da osjećaju glad, nego su i opsjednuti razmišljanjem o hrani. Što se tiče bulimije, što doslovno znači „volovska glad“, ponovno je termin problematičan, s obzirom da ne ukazuje na čišćenje (kroz povraćanje, diuretike, laksative i sl.) koje oboljeli prakticiraju nakon epizode prejedanja. Ujedno, niti anoreksija niti bulimija etimološki ne uključuju poremećaj slike vlastitog tijela koji je vezan uz probleme hranjenja (Rosen, 1990; prema Pokrajac-Bulian, 1998: 582). Također, termin „nervosa“, koji je dio službenog naziva anoreksije i bulimije, može dovoditi do zablude, jer se time zanemaruje utjecaj sociokulturnih, fizičkih i duhovnih faktora na psihičke procese. Svi ovi termini su proizašli iz psihijatrijskog diskursa.

Psihijatrijski diskurs gleda na probleme hranjenja kroz medicinski model, koji ih pak vidi kao individualne „patologije“, ignorirajući kulturne vrijednosti i društvene uvjete koji stvaraju i potiču opsjednutost žena svojim tijelima. Asocijacije termina „anoreksija“ i „bulimija“ s patološkim okvirom čine ih problematičnima, još više jer su ti termini postali dijelom kulturnog vokabulara, a pitanje kako govoriti o poremećajima hranjenja važno je i zato jer jezik ne samo da odražava već i kreira stvarnost, odnosno, prema Fairclough (1995: 54-55), jezik je društveno oblikovan ali i društveno *konstitutivan*.

1.1. Dijagnostički kriteriji za poremećaje hranjenja – klasificiranje „zbrke“

Problemi definiranja poremećaja hranjenja međutim nisu povezani samo s terminologijom već i s njihovim dijagnosticiranjem.

Standardizirani kriteriji za utvrđivanje anoreksije i bulimije izlistani su u *Dijagnostičkom i statističkom priručniku za duševne poremećaje* (na engl. skraćeno DSM¹) Američkog psihijatrijskog društva.

Prema DSM-IV (1996) anoreksiju je moguće dijagnosticirati ako su zadovoljeni sljedeći uvjeti:

- 1) Odbijanje da se održi tjelesna težina na ili iznad minimalne težine za dob i visinu (gubitak na težini doveo je do održavanja tjelesne težine na razini manjoj od 85% od očekivane; ili smanjeno dobivanje na težini tijekom rasta koje dovodi do tjelesne težine koja je manja od 85% od očekivane)².
- 2) Izuzetan strah od dobivanja na težini ili debljanja, čak i u slučaju smanjene težine.
- 3) Poremećen način na koji se doživljava oblik i težina tijela, pretjerani utjecaj oblika i težine tijela na samoprocjenjivanje, ili odbijanje prihvaćanja ozbiljnosti niske tjelesne težine.
- 4) Kod žena u generativnoj dobi, postoji amenoreja, tj. izostanak najmanje tri uzastopna menstruacijska ciklusa. (Amenoreja se uzima u obzir ako se jedino uzimanjem hormona, npr. estrogena, menstruacija ponovno uspostavlja.)³

Službeno prepoznavanje poremećaja hranjenja koji je obilježen prejedanjem (bulimija) ne javlja se sve do 1980.g., kada ga Američko psihijatrijsko društvo odvaja od simptoma povezanih s anoreksijom i pretjeranom tjelesnom težinom, te mu u DSM-III dodjeljuje

¹ *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM) - izdaje se od 1952.g., trenutno je u potpuno novom, petom izdanju (DSM-5) (<http://www.dsm5.org/about/Pages/DSMVOverview.aspx>).
NAPOMENA: S obzirom na recentnu objavu priručnika (svibanj 2013.), nemamo pristup primjerku istog i njegovom potpunom tekstu.. Zato ćemo za nabrojane kriterija koristiti DSM-IV, s tim da će se napomenuti promjene koje su za poremećaje hranjenja napravljene u DSM-5.

² Može biti zanimljivo napomenuti kako je od 1980.g., kad je stiglo treće izdanje DSM-a, i 1987.g. kad je izdana revizija (DSM-III-R), promijenjen kriterij za dijagnozu anoreksije, sa 75% na 85% od očekivane težine. Time dotad „normalno“ tijelo postaje (dijagnosticirano) anoreksično tijelo, sukladno promjenama u normativnim kriterijima tj. postotku očekivane težine.

³ Sâmo postojanje menstruacijskog ciklusa kao kriterija svjedoči o problematičnoj konstrukciji anoreksije kao isključivo „ženske bolesti“. Ovaj kriterij je ipak uklonjen u nedavnom najnovijem izdanju DSM-5.

kriterije (Ambrosi-Randić, 2004:16). Ovdje ćemo se poslužiti novijim⁴ priručnikom DSM-IV (1996) prema kojem su dijagnostički kriteriji za bulimiju sljedeći:

- 1) Ponavljane epizode prejedanja. Pojedina epizoda prejedanja karakterizirana je s oba sljedeća elementa:
 - a. jedenje u određenom vremenskom razdoblju (npr. unutar dva sata) a količina pojedene hrane značajno je veća od one koju bi većina osoba pojela za isto vrijeme i u sličnim okolnostima;
 - b. osjećaj gubitka kontrole nad uzimanjem hrane tijekom epizode prejedanja (npr. osjećaj da se ne može prestati s jedenjem ili da se ne može kontrolirati što i koliko se jede).
- 2) Ponavljano neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje sa svrhom prevencije povećanja težine, kao što su: samoizazvano povraćanje, zloraba laksativa, diuretika, sredstava za klistiranje ili drugih lijekova; post ili prekomjerno tjelesno vježbanje.
- 3) Prejedanje i neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje javljaju se, prosječno, najmanje dvaput tjedno tijekom tri mjeseca.⁵
- 4) Samoprocjena pretjerano ovisi o obliku i težini tijela.
- 5) Poremećaj se ne javlja isključivo tijekom epizoda *anoreksije nervoze*.

Iako pokušavaju biti što precizniji i prikazuju konkretne uvjete, ovakve kriterije za dijagnosticiranje karakterizira nedostatak jasnoće, posebno kad se uzme u obzir da se zapravo većina žena razvijenog Zapada boji debljanja te da mnoge od njih, uključujući i one koje su ispod očekivane minimalne težine, precjenjuju veličinu svog tijela, odnosno čime kod djevojaka i žena i sâm pojam „normalne tjelesne težine“ varira, i to ovisno o njihovim društvenim okolnostima i/ili osobnim pozadinama⁶. Što se tiče zasebno bulimije, jasnoća dijagnostičkih kriterija je pak ponovno nejasna ako razmotrimo mogućnost da „normalne“ žene svoju vrijednost o sebi stvaraju kroz brojke koje im pokazuje vaga i potom kompenziraju epizode prejedanja kroz restriktivne dijetete (post) i prekomjerno vježbanje, odnosno ovdje je u pitanju da se upravo „neodgovarajuće kompenzacijsko

⁵ U DSM-5 kriterij je nešto promijenjen na: „najmanje jednom tjedno tijekom tri mjeseca“, čijom primjenom posljedično u budućnosti vjerojatno možemo očekivati više evidentiranih slučajeva bulimije.

⁶ Pod osobnom pozadinom smatramo povijest odnosa neke žene s vlastitim tijelom.

ponašanje“⁷ za prevenciju povećanja težine smatra „zdravim“ i poželjnim“ od strane društva tj. konkretno dijetne i fitness industrije.⁸

Još jedna poteškoća kod dijagnostičkih kriterija je odnos između anoreksije i bulimije, s obzirom da oko 50% anoreksičnih osoba razvije i bulimiju, kao i što je sličan postotak bulimičnih osoba probao sa samoizgladnjivanjem, ali ne do te točke da bi ih se smatralo anoreksičnima (Fairburn i Garner, 1986:411). Iz takvog preklapanja anoreksije i bulimije unutar psihijatrijskog modela nastaje dijagnostička zbrka pa nije uvijek sasvim jasno da li postoji kvalitativna razlika između poremećaja ili su oni samo varijante jedne istovjetne patologije. Moguće rješenje je u najočitijoj razlici između bulimije i anoreksije, a ona leži u tjelesnoj težini, s obzirom da bulimične osobe nemaju manju tjelesnu težinu od anoreksičnih, već često potpadaju u „normalnu“ težinu za njihovu visinu i godine (Hsu, 1990:27). Međutim, to opet nije uvijek slučaj.

Time dolazimo do jednog od glavnih problema standardnih dijagnostičkih kriterija, njihove dvosmislenosti koja se pokušava smanjiti i poricati, slijedeći tradiciju moderne znanosti gdje standardi trebaju funkcionirati kao objektivne norme a ne kao vrijednosno utemeljene i povijesno uvjetovane interpretacije. U ime znanstvene objektivnosti oni koji pate od raznoraznih oblika poremećaja hranjenja isključeni su iz procesa kategoriziranja istih.⁹ Time standardne dijagnostičke kriterije za poremećaje hranjenja moramo vidjeti kao ograničene i preuske, odnosno da neadekvatno odražavaju stvarnost. Kroz konstantne revizije *priručnika*, čak i najnovija kategorija poremećaja, „poremećaj hranjenja, neodređen“¹⁰, čija se dijagnoza vrlo često postavlja, (Herzog i Copeland, 1985; prema Ambrosi-Randić, 2004:18) ne uspijeva rasvijetliti širok raspon problema s hranom i tijelima koji pogađaju razne djevojke i žene.

⁷ Ad 2) u DSM-IV kriterijima za dijagnosticiranje bulimije.

⁸ Primjer možemo naći u Beverly Hills dijeti, ogromnom hitu u SAD-u početkom 80-tih godina 20-tog stoljeća, a koja je promovirala anoreksiju kao oblik lijeka za debljinu. Više u: Wooley, O. i S. Wooley (1982). The Beverly Hills eating disorder: The mass marketing of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1(3): 57-69.

⁹ Kod revizija i novih izdanja *priručnika*, kriteriji bivaju mijenjani isključivo od strane stručnjaka u tom polju te kroz nova iskustva u kliničkoj praksi, pritom većinom negirajući sociokulturne uvide. Kao primjer pripreme priručnika (DSM-IV) vidi u: Wilson, G.T. i B. T. Walsh (1991). Eating disorders in the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (3): 362-365.

Iz ovog članka između ostalog možemo vidjeti da su članovi radne grupe zadužene za poremećaje hranjenja, od kojih većinom pate žene, većinom muškarci (4 od 5).

¹⁰ EDNOS – „eating disorder not otherwise specified“. Kao zaseban poremećaj prvi se put pojavljuje u DSM-IV.

Prema DSM-IV (1996), ukoliko nisu ispunjeni svi klinički kriteriji za neki od gore navedenih poremećaja hranjenja, bolest će se nazvati „poremećaj hranjenja, neodređen“, a slučajevi takvog poremećaja su sljedeći:

1. Kod žena, zadovoljeni su svi kriteriji za *anoreksiju nervozu*, osim što osoba ima redovite menstruacije.¹¹
2. Ispunjeni su svi kriteriji za *anoreksiju nervozu* osim što, usprkos gubitku na težini, osoba ima normalnu težinu.
3. Ispunjeni su svi kriteriji za *bulimiju nervozu*, osim što se prejedanje i neodgovarajući kompenzacijski mehanizmi javljaju manje od dva puta tjedno tijekom najmanje tri mjeseca.
4. Ponašanje pri kojem osoba s normalnom težinom uobičajeno koristi neodgovarajuće kompenzacijske mehanizme poslije uzimanja malih količina hrane (npr. samoizazvano povraćanje poslije konzumacije dva kolača).
5. Ponavljano žvakanje i pljuvanje, ali ne i gutanje, velikih količina hrane.
6. Prežderavanje: ponavljane epizode prejedanja u odsutnosti ponašanja s korištenjem neodgovarajućih kompenzacijskih mehanizama karakterističnih za *bulimiju nervozu*.

Potonji primjer se naziva poremećajem nekontroliranog jedenja (BED – *binge eating disorder*), to je najrašireniji oblik neodređenog poremećaja prehrane, koji je i dobio mjesto zasebnog poremećaja u dijagnostičkim priručnicima¹².

Niti jedan ovako dijagnostički predstavljen poremećaj hranjenja ne uspijeva inkorporirati nepobitnu činjenicu da je većina djevojaka i žena, kroz društvene i kulturne utjecaje, norme i očekivanja, konstantno preokupirano hranom, svojom tjelesnom težinom i izgledom (Bordo, 1993:186), što se već samo po sebi može smatrati *poremećajem* na jednoj drugoj razini, ne onoj psiho- ili dijagnostičkoj, već u potrebi za sociokulturnim i feminističkim tumačenjima. Temelj takvog feminističkog argumenta leži u opažanju da se kroz kategoriziranje takvih poremećaja ponašanja kao patologije negira činjenica da represivno društvo zapravo prisiljava žene na takvo ponašanje. Patologizacija ujedno odriče odgovornost društvenih uvjeta i smješta istu na individualnu razinu žena, za koje se smatra da imaju „poremećaj“ jer trebaju živjeti unutar očekivanja njihove uloge u društvu.

¹¹ Ovaj slučaj, svojim fokusom na žene i menstruaciju, još jednom prikazuje ograničenost i predeterminiranost dijagnostičkih kriterija na „kliničku sliku“, te jasno otvara put za daljnje bavljenje diskurzivnim konstrukcijama poremećaja hranjenja, tijela, i žena općenito.

¹² Njegovo odvajanje u kategoriju zasebnog poremećaja je napravljeno u DSM-5. (<http://psychcentral.com/blog/archives/2012/12/02/final-dsm-5-approved-by-american-psychiatric-association/>)

Strogost standardnih dijagnostičkih kriterija unutar psiho- modela isključuje patologizaciju većine ženske populacije, ali u isto vrijeme stvara dihotomni da-ne pristup problemima hranjenja; tj. ili netko ima poremećaj hranjenja ili ga nema. Time se briše mogućnost varijacije u stupnjevima, oblicima i funkcijama opsesije hranom i tijelom kod djevojaka i žena iz različitih ekonomskih, generacijskih, etničkih i vjerskih pozadina. Također, umanjuje se uloga koju u samom razvoju tih problema imaju sociokulturni utjecaji, gdje pritom prvenstveno mislimo na evidentno činjeničan i općeprihvaćen društveni zahtjev za mršavošću žena.

Stigmatizirajući pogled na anoreksiju i bulimiju kao na individualne patologije ne čini se ispravnim ako se u društvu istovremeno odobrava i pohvalno gleda na žene koje vježbaju i provode dijete u želji da postignu kulturno nametnut ideal tijela. Takva tendencija odvajanja anoreksije i bulimije od kulta mršavosti (Hesse-Biber, 1996) ima efekt da se na njih gleda kao na individualne probleme, bolesti izolirane od popularne kulture i patrijarhalnog društva (Brown i Jasper, 1993:54).

Konceptualizacija poremećaja hranjenja kao patologije neosporno je proizvela vrijedna i korisna znanstvena istraživanja, i dok medicinskoj ekspertizi naravno pripada njena uloga u liječenju poremećaja hranjenja, medicinski model međutim isto tako posjeduje duboke profesionalne, ekonomske i filozofske interese u očuvanju integriteta njegove društveno i znanstveno „odobrene“ dominacije nad proučavanjem i odlučivanjem o ovim fenomenima. Rezultat takvog zatvaranja je često odbijanje da se uvažavaju suprotstavljene ali očite činjenice, kojim ćemo se posvetiti u kasnijim poglavljima.

1.2. Perspektiva kontinuuma – uvod u sociokulturni i feministički pristup

Alternativna perspektiva koja bi izbjegla takav gore opisan problematičan pogled možemo reći da također uviđa određenu patologiju, ali smještenu na drugoj razini, onoj društvenoj, kao simptom ideala i strukture društva a ne u osobama koje te društvene norme asimiliraju¹³.

Prvi korak prema takvom „sociokulturnom skoku“ je tzv. perspektiva kontinuuma, koja zauzima poziciju da se problemi hranjenja događaju na kontinuumu, tj. uzima u obzir ne

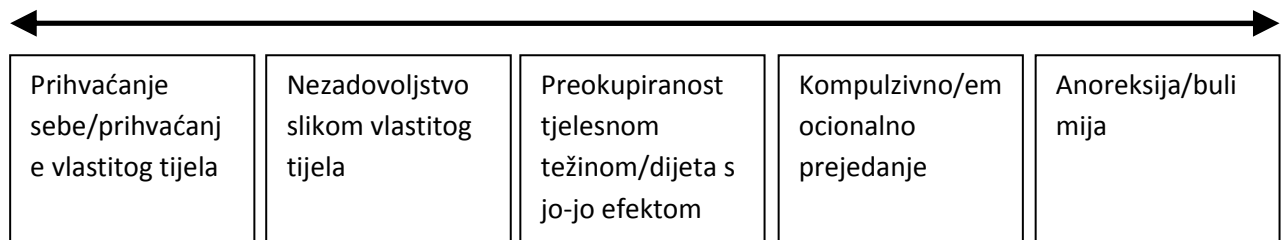
¹³ Ostaje pitanje asimilacije društvenih „ideala“ od strane pripadnika društva, odnosno problem agencije – da li su žene te koje samo pasivno, bez mogućnosti za otpor, primaju znakove iz kulture i konformiraju. To je jedna od prijepornih točki unutar feminističkog pristupa poremećajima hranjenja, probat ćemo je adresirati kasnije u radu, pri opisu Foucaultove teorije tijela i funkcioniranju znanja/moći.

samo anoreksiju i bulimiju kao ekstremne incidencije već i one češće a povezane probleme poput kompulzivnog prejedanja, kroničnih dijeta, i nezadovoljstva vlastitim tijelom. Perspektiva kontinuuma nema za cilj izbrisati razlike između npr. anoreksije i provođenja dijete već vidjeti te razlike kao razlike u stupnju (kvantitativne) a ne kao razlike u vrsti fenomena (kvalitativne) (Hsu, 1990:5). Kontinuitet između poremećaja hranjenja i tzv. „normalnog“ ponašanja žena ne pokušava negirati činjenicu da su anoreksija i bulimija ekstremni i razorni poremećaji, odnosno ne dovodi u pitanje istinitost poremećaja anoreksije niti razmjer patnje oboljelih. Ovdje je u pitanju koncepcija patologije kao indikatora posebnog profila¹⁴ koji razlikuje žene koje imaju poremećaj hranjenja i one koje su mu „uspjele izmaknuti“. Perspektiva kontinuuma temelj je kritike psihologa i psihoterapeuta feminističkih stavova¹⁵ prema čvrstom medicinskom modelu patologije. Takva kritika zastupa nepostojanje čvrste granice stanja psihološke ugone i stabilnosti, već da postoji samo varijacija stupnjeva poremećaja, gdje bi anoreksija bila funkcionalan primjer, a od kojih svi potkopavaju puni potencijal žena. Tako se na jednom kraju nalaze anoreksija i bulimija kao ekstremi koji predstavljaju fiziološku i psihološku dinamiku koja vodi oboljele u modele ovisnosti te medicinske i emocionalne probleme van normi ponašanja i iskustva. Međutim, nije samo ženama koje imaju anoreksiju i bulimiju cjelokupni život doveden u stanje poremećaja. Većina žena se ne osjeća zadovoljnim svojim tijelima, te, daleko od toga da su anomalija ili bizarnost, poremećaji hranjenja su upravo zajednički dominantnom elementu iskustva bivanja ženom u uvjetima današnje zapadne kulture. Ovakva kritika rezidira na širem, strukturalnom nivou kulture, upravo onoj kulturi u kojoj prema nekim studijama striktno dijete i tjelevoježbu provode djevojčice već u dobi od tek nekih 7 ili 8 godina, u kulturi koja potencijalno pridonosi stvaranju generacije mladih žena s ozbiljno narušenim prehranbenim, menstrualnim i intelektualnim funkcioniranjem (Bordo, 1993:54). Kontinuum tako ilustrira raspon između problema s hranjenjem i slike o vlastitom tijelu, i prikazuje potencijalnu vezu između „patologije“ žena koje boluju od anoreksije i/ili bulimije i „normalnih“ žena koje su „samo“ preokupirane tjelesnom težinom i nezadovoljne vlastitim

¹⁴ Profil se ovisno o pristupu unutar medicinskog modela postavlja na psihološkoj ili biološkoj osnovi.

¹⁵Na dugom popisu možemo izdvojiti veliki doprinos Susie Orbach i Kim Chernin kao pionirki kritičke feminističke psihologije u ovom području, a čiji pristup poremećajima hranjenja ćemo kasnije u radu posebno razmotriti.

tijelom.



Prikaz 1 – Kontinuum slike vlastitog tijela (engl. „body image“) (preneseno, prevedeno i prilagođeno iz Rice, 1995:8)

1.3. Epidemiološke i demografske značajke

Epidemiološki (pitanje koliko?) i demografski (pitanje tko?) podaci za poremećaje hranjenja nailaze na poteškoće u točnosti procjene. To je posrijedi ponajviše zato jer oboljeli vrlo često prikrivaju bolest, ali tu je i drugi problem koji smo već spominjali, onaj nužnosti ispunjavanja svih dijagnostičkih kriterija. Tako se primjerice događa da djevojka u razvijenom stadiju anoreksije ali u kojem nije došlo do amenoreje ne dobiva dijagnozu anoreksije, samo se svrstava u subklinički slučaj i time nije dio (krutih) statistika poremećaja hranjenja.

Uzmemo li u obzir postojanje gore navedenog kontinuuma problema hranjenja još više se kompliciraju njihove demografske i epidemiološke značajke. Većina stručnjaka unutar ovog područja navodi kako ženska populacija predstavlja veliku većinu (90-95%) oboljelih od anoreksije i bulimije, te da je u odnosu na anoreksiju bulimija češći poremećaj (Berkman et al., 2006:9,11,15) (Vidović, 1998:47). Izvan ovih osnovnih podataka konsenzus ipak prestaje. Neka istraživanja tako navode da je posljednjih nekoliko desetljeća incidencija¹⁶ anoreksije nervoze u porastu, dok druga govore da se nakon rasta koji je primjetan do 1970-tih otada kreće na stabilnoj razini (Berkman et al., 2006:9). Za bulimiju se na pitanje promjene incidencije još teže može odgovoriti, s obzirom na relativno kasno (1980.g.) uvođenje bulimije nervoze u psihijatrijsku nomenklaturu (Berkman et al., 2006:15). Sigurni porast bilježi prijam u nadležne ustanove¹⁷ zbog nekog poremećaja hranjenja, i to do 50% u zadnjem desetljeću (izvor: <http://www.independent.co.uk> prema podacima Engleskog centra za informiranje o

¹⁶ Incidencija - broj novooboljelih na 100 tisuća stanovnika u godinu dana promatrano za određeni prostor.

¹⁷ Odjeli u kliničkim bolnicama, centri za poremećaje hranjenja i sl.

zdravlju i socijalnoj skrbi – HSCIC). Razloge za taj porast se može ali i ne treba tražiti u potencijalnom porastu broja oboljelih u populaciji, već se može tumačiti većom informiranošću populacije i rastom svijesti o ozbiljnosti tih problema čime se u povećanom broju traži savjet i pomoć medicinskih stručnjaka.

Izvještaji o broju osoba koje vode borbu s poremećajima hranjenja mogu jako varirati, naravno ovisno o tome kako su ti problemi definirani, koji su se testovi primjenjivali za kasnije uvrštavanje u statistike, te koje su populacije predstavljene. Konzervativne procjene bazirane na DSM-IV kriterijima govore kako je anoreksija prisutna kod 0,5% do 1% adolescentica i mladih žena, dok je bulimija učestalija, s prevalencijom¹⁸ od 1% do 3% (DSM-IV, 1996:557,562). Za Hrvatsku ne postoje ni približno precizni epidemiološki podaci (Vidović, 2004), no procjenjuje se da ukupno ima oko 20 tisuća oboljelih¹⁹ od anoreksije i bulimije (Claude-Pierre, 2000:246).

Ovi relativno niski postotci su u neskladu s nekim drugim istraživanjima baziranim na sličnim kriterijima a gdje je npr. pokazano da je između 13% i 19% studentica bulimično²⁰ (Halmi et al., 1981). Kada se pak koriste manje strogi kriteriji, postotci mogu biti uvelike veći. Jedna studija (Thompson i Schwartz, 1982) primjerice pokazuje da je 40% u grupi studentica pokazalo ponašanje nalik anoreksiji. Polovica od tog postotka je rekla da su iskusile prekomjerno jedenje i povraćanje, dok su sve svjedočile da poznaju druge žene koje su imale takva iskustva.

Problemi s kroničnim dijetama, kompulzivnim vježbanjem i nezadovoljstvom tijelom kod žena su još i rašireniji. Dijeta može poprimiti centralnu ulogu u životu žena, tako je npr. u jednom istraživanju čak 40% žena u uzorku bilo konstantno na nekoj vrsti dijetе (Horn i Anderson, 1993; prema Ogden, 2010:128) dok je u drugom istraživanju 87% ispitanica bilo barem jednom na dijeti (Furnham i Greeves, 1994; prema Ogden, 2010:128). Istraživanje časopisa *Glamour* iz 1984.g. provedeno na 33 tisuće žena otkriva kako ih se tri četvrtine smatralo predebelima, unatoč tome što ih je samo četvrtina po standardiziranom indeksu bilo prekomjerne težine, a dok ih je 30% posto bilo čak ispodprosječne težine (časopis *Glamour*, 1984; prema Bordo, 1993:55-56). Drugo istraživanje, koje je proveo Kevin Thompson, je primjerice pokazalo kako je od 100 žena koje nisu pokazivale simptome

¹⁸ Prevalencija - ukupni udio oboljelih u populaciji.

¹⁹ Prema <http://www.udruga-prsten.hr/fullpage.aspx?PartID=937>, 4% mladenačke populacije u Hrvatskoj ima dijagnozu i boluje od anoreksije, dok je udio oboljelih u ukupnom stanovništvu oko 1%

²⁰ Podaci za Sjedinjene Američke Države (New York). Iako iz 1981.g. i time podosta zastarjeli, ovdje služe kao (još jedan) dokaz snažne varijacije u epidemiološkim procjenama za poremećaje hranjenja.

poremećaja hranjenja njih 95% precijenilo svoju veličinu tijela, i to u prosjeku za jednu četvrtinu više od stvarnosti (Thompson, 1986; prema Bordo, 1993:55-56).

Ovakve gorenavedene brojke ukazuju kako mnoge žene koje imaju problema s jedenjem i vlastitim tijelima uopće nisu dijagnosticirane. Nije da njihovi problemi konkretno zahtijevaju ikakvu „psiho- dijagnozu“, već je stvar u tome što standardni diskurs poremećaja hranjenja čini konstantnu borbu žena s vlastitim tijelima nevidljivom, borbu koja je posljedica socijetalnog pritiska za mršavom figurom i konzekventnim prakticiranjem dijeta. U današnjem društvu postalo je „normalno“ izražavati zabrinutost svojom tjelesnom težinom i shodno poduzimati konkretne poteze da je se regulira; provođenje dijete tako postaje normativno, u deskriptivnom kao i u preskriptivnom smislu (Polivy i Herman, 1987:635).

1.3.1. Pogled na varijacije kroz rasu i klasu – „zaštitni faktori“?

Konvencionalno prikazivanje žena koje boluju od poremećaja hranjenja kao mladih imućnijih bjelkinja (Hsu, 1990:12) može biti varljivo, jer isto tako postoje mnoge žene koje ne spadaju u takav profil. Slika poremećaja hranjenja kao u osnovi problema bogatijih i slavni žena bila je stavljena u prvi plan kroz (danas datirane) kliničke opise²¹, te medijske prikaze poremećaja hranjenja kao nesreća koje su posebno „rezervirane“ za manekenke i slavne žene općenito. Takvi prikazi su ujedno pridonijeli pogrešnoj pretpostavci da se poremećaji hranjenja tiču samo želje da se bude fizički lijep(om); psihološko i kulturno traganje za mršavošću je s druge strane veoma kompleksan fenomen koji se ne može puko reducirati na taštinu koja je izmakla kontroli (Thompson, 1994).

Populacija koja je zahvaćena poremećajima hranjenja puno je raznovrsnija nego što se nekad pretpostavljalo, pa tako u današnje vrijeme od poremećaja hranjenja obolijevaju žene neovisno o razlikama u njihovom socioekonomskom statusu, rasi i/ili etničkoj pripadnosti. Novija istraživanja (npr. prema dr. Marcii Herrin: <http://www.psychologytoday.com/blog/eating-disorders-news/201107/what-does-the-research-say-about-ethnicity-and-eating-disorders>) prevalencije poremećaja hranjenja (u SAD-u) pokazuju da su ponašanja koja se vezuju uz poremećeno hranjenje jednako učestala kod latinoamerikanki, crnkinja i bjelkinja, da je kod prvih dviju bulimija čak češća,

²¹ Primjerice opisi Hilde Bruch u njenoj i u široj javnosti iznimno popularnoj knjizi o anoreksiji - *The golden cage: the enigma of anorexia nervosa*, gdje se bavila mladim bjelkinjama adolescentske dobi i višeg socioekonomskog statusa.

također da su obitelji etničkih grupa slabije upoznate s problemom poremećaja hranjenja. Pokazano je i da viši nivo akulturacije na angloameričku kulturu povećava rizik za poremećaje hranjenja, te da su glavni problemi žena pripadnica etničkih manjinskih grupa neznanje gdje potražiti pomoć i popratni osjećaj „mogu se sama nositi s time“. Ujedno se zaključuje kako je pogrešno shvaćanje da su te žene, zbog različitih kulturnih obrazaca i očekivanja za ženu unutar manjinske kulture, „zaštićene“ od poremećaja hranjenja. Slično pogrešno shvaćanje i nepostojanje „zaštite“ vrijedi i za žene homoseksualne i/ili biseksualne orijentacije. (Thompson, 1994).

Veliki doprinos istraživanju gorenavedene „ženske populacije u sjeni“ napravila je Becky Thompson, kroz kvalitativnu studiju poremećenog hranjenja među ženama s rasnim, seksualnim, vjerskim, generacijskim i ekonomskim razlikama. Intervjui prikazani u knjizi *A hunger so wide and so deep* svjedočanstvo su o raznolikosti problema hranjenja i o njihovom prodoru do žena u različitim društvenim pozicijama. Kroz prikaz kako žene različitih kulturnih i osobnih pozadina razvijaju probleme hranjenja „kao strategiju preživljavanja – svjesni čin samoočuvanja – kao odgovor na mnoštvo nepravdi poput rasizma, seksizma, homofobije, siromaštva, akulturacijskog stresa, te emocionalnog, fizičkog i seksualnog zlostavljanja“ (Thompson, 1994:1-2), rad Becky Thompson osporava popularne i dotad profesionalne mitove kod kakvog se profila žena takvi problemi mogu razviti, te zbog čega se oni razvijaju. Iako u manjoj mjeri nego prije, klinička pretpostavka da su manjinske žene kroz pristup subkulturnim vrijednostima „zaštićene“ od problema hranjenja još uvijek je donekle uobičajena.

Reći, primjerice, da su crkinje od tih problema „zaštićene“ jer crnačke zajednice nemaju štetne standarde²² predodžbe ljudskog tijela te da crnci svoje žene više cijene ako su zaobljene figure na razini je rasnog stereotipa, jednako kao što može biti rasistička pretpostavka reći da su azijske žene manje sklone razvoju poremećaja hranjenja jer su prirodno mršave i „malene“. Pretpostavka prirodne i/ili kulturne „zaštite“ zanemaruje razne i suptilne načine kako prevladavajući utjecaj kulturnih ideala utječe na iskustva nepriviligiranih žena, za koje je pohvalno da se što bolje integriraju u bjelačku zajednicu, pritom asimilirajući dominantne kulturne norme i vrijednosti²³ (Root, 1990:530).

U konačnici, širok raspon dokaza, kako kvalitativnih tako i kvantitativnih, upućuje na to da podrepresentiranje manjinskih žena i ustaljeni diskurs o poremećajima hranjenja

²² „Bjelačke“ i „zapadne“.

²³ Za slučaj SAD-a sažeto ih možemo prikazati kao: bjelkinja, pripadnica srednjeg sloja, protestantkinja i heteroseksualka.

odražavaju stereotipna očekivanja o tome koga ti problemi pogađaju, zatim uske profesionalne definicije i predrasude ugrađene u standardizirane kriterije za mjerenje i definiranje problema hranjenja, kao i za manjinske žene neravnopravan pristup medicinskim i psihijatrijskim uslugama koje mogu pružiti pomoć.²⁴

1.4. Pregled objašnjenja etiologije poremećaja hranjenja – multidimenzionalnost kroz „tabore“

Iako različite grupe stručnjaka uporno pokušavaju uspostaviti jedinstvenu paradigmu kao „pravo“/“najbolje“ objašnjenje, još uvijek ne postoji uniformno slaganje oko toga što uzrokuje poremećaj hranjenja. Prisutna su zato različita objašnjenja, koja prema tipu možemo podijeliti na tri modela (Emmett, 1985):

- 1) biomedicinski model
- 2) psihološki model
- 3) sociokulturni model

Treba napomenuti kako je unutar navedenih modela većina rasprava usredotočeno na anoreksiju i bulimiju, pritom u velikoj mjeri zanemarujući manje ekstremne oblike problema hranjenja i zaokupljenosti veličinom tijela. Iako se svaki model usmjerava na samo jedan aspekt poremećaja, između modela također postoji određeni stupanj preklapanja, odnosno većina stručnjaka načelno prihvaća „multidimenzionalnu“ prirodu poremećaja. Višeznačna određenost podrazumijeva biološku „ranjivost“ osobe, psihološke predispozicije, obitelj, te društvenu klimu. Primjer multidimenzionalnosti kod anoreksije nude Garfinkel i Garner (1980):

Faktori koji osobu čine pogodnom za razvoj bolesti („predisponirajući“)	Faktori koji omogućavaju nastup bolesti – okidači („precipitirajući“)	Faktori koji podržavaju bolest („perpetuirajući“)
---	---	---

²⁴ Vidi Root (1990:533-534) za neke prijedloge za poboljšanje ove situacije, u smislu bolje identifikacije problema hranjenja kod manjinskih žena, njihovog liječenja i konačno prevencije.

Individualni Obiteljski Sociokulturni	Stresori	Dijeta Gubitak težine Okolina Svjesna želja
---	----------	--

Prikaz 2 - Anoreksija kao višeznačno određen poremećaj (preneseno i prilagođeno iz Garner i Garfinkel, 1980:654)

Isto tako, makar se multidimenzionalnost načelno uvažava, visoka specijalizacija stručnjaka otežava njihov međusobni dijalog, čime je ujedno otežano preispitivanje pretpostavki suprotstavljenih modela, kao i potencijalni razvoj holističkog pristupa.

Slijedi nam pojedinačno predstaviti gorenavedene modele kako bismo prikazali njihove tipove interpretacije poremećaja i pretpostavke na kojima se te interpretacije baziraju.

1.4.1. Biomedicinski model

Zagovornici biomedicinskog modela ponajviše su liječnici orijentirani na istraživanja, a ne stručnjaci za mentalno zdravlje (gdje se pritom misli na psihijatre, kliničke psihologe i stručnjake obiteljske terapije).

Biomedicinski model i oni koji ga zastupaju vide odstupanja od normalnog ljudskog ponašanja kao devijaciju, odnosno kao poremećaj u biološkim procesima. Iz toga proizlazi kako poremećaji hranjenja nastaju iz organskog uzroka, za što je precizni termin somatogeneza²⁵. Anoreksija i bulimija se onda vide kao bolesti protiv volje osobe i nisu svjesno izabrane (a niti nesvjesno). Istraživači ističu kako mnoge psihičke teškoće²⁶ koje doživljavaju osobe koje imaju bulimiju i anoreksiju mogu biti objašnjene kao rezultat neadekvatne ishrane, slijedom čega psihoterapija postaje uzaludnom ako se prvo ne stabilizira njihovo fizičko zdravlje (Patrick, 2002). Biološke aspekte problema anoreksije i bulimije teško je ignorirati ako se uzme u obzir niz fizičkih komplikacija koje ti poremećaji stvaraju. Te fizičke komplikacije, da navedemo samo one istaknutije, su primjerice: poremećaj ravnoteže elektrolita, srčane smetnje, brojni endokrinološki poremećaji, poremećen rad bubrega, abnormalne neurološke aktivnosti, dehidracija, gastrointestinalne smetnje, propadanje zuba, neredovita menstruacija itd. (Michel i Willard, 2003).

Neka medicinska istraživanja procjenjuju stopu smrtnosti za anoreksiju i bulimiju i do 18%. Stopa smrtnosti ipak među brojnim istraživanjima jako varira, negdje je na razini nule

²⁵ Razvoj fizičke bolesti ili simptoma uzrokovan organskom patofiziologijom.

²⁶ Primjerice depresivnost, iritabilnost, opsjednutost razmišljanjem o težini i hrani, manjak koncentracije, prakticiranje kompulzivnih rituala (Ambrosi-Randić, 2004:15).

(Papadopoulos et al., 2009), a neka druga istraživanja procjenjuju da ona iznosi 4% za anoreksiju, 3.9% za bulimiju, i čak 5.2% za „poremećaj hranjenja, neodređen“ (Crow et al., 2009). Iako se općenito smatra da anoreksija ima najvišu smrtnost među poremećajima hranjenja, ove brojke u nekim slučajevima, poput gore navedenog, mogu pokazivati drugačije, što ponovno ukazuje na već spominjanu problematičnost dijagnostičkih kriterija (vidi poglavlje 1.1.) a što se onda odražava na statistiku. Sigurno je međutim da poremećaji hranjenja imaju najvišu smrtnost²⁷ među mentalnim poremećajima (Sullivan, 1995).

Vratimo se biomedicinskom modelu, čiji zagovornici vide poremećaj fiziološke ravnoteže kao centralan za anoreksiju i bulimiju. Očito je da su somatske komponente dio tih poremećaja ali još uvijek ostaje pitanje da li su simptomi koji se javljaju primarni ili tek sekundarni u etiologiji poremećaja hranjenja. To je svojevrsan problem „kokoš ili jaje“, jer istraživanja još nisu uspjela ustanoviti zajedničku biološku karakteristiku osoba oboljelih od anoreksije ili bulimije koja bi nepobitno i nedvosmisleno bila uzrok razvijanja simptoma. Aktivnost hipotalamusa, područja u mozgu koje kontrolira homeostatske procese među kojima su regulacija gladi i metabolizma, može nam ilustrirati taj problem. Ako se anoreksija povezuje s organskim uzrokom, hipotalamus se obično smatra glavnim izvorom te disfunkcije (Patrick, 2002). Hipotalamus međutim nema striktno autonomnu funkciju pa je njegovo djelovanje povezano s našom interpretacijom okoline, reagira na stres koji je pak nedvojbeno rezultat vanjskih utjecaja (koji su konačno rezultat kulturnih obrazaca). Dok hipotalamus može imati glavnu ulogu u razvoju anoreksije, ta uloga time nije kauzalna. Usprkos debate oko biokemijske ravnoteže i nemogućnosti uspostavljanja kauzalne veze između razvoja anoreksije i organskih uzroka, zagovornici biomedicinskog modela predlagali su liječenje anoreksije putem utjecaja na somatske simptome kroz antidepressive (SSRI²⁸), međutim za takvu terapiju je dokazano (putem placebo eksperimenata) da nije uspješna bez pratnje psihoterapije (Grilo i Mitchell, 2010).

Genetska istraživanja koja bi identificirala gene odgovorne za razvoj (i održanje) poremećaja hranjenja isto nisu uspjela dati nedvosmisleni odgovor. Dok je ustanovljena povećana incidencija anoreksije među članovima obitelji čiji su prvi srodnici (roditelji ili djeca) imali poremećaj prehrane, izoliranje gena kao uzroka nije moguće s obzirom da obitelji dijele i istu okolinu koja u jednakoj mjeri može biti uzrok za razvoj poremećaja.

²⁷ Osim uzroka smrti zbog mršavosti i/ili propadanja organizma, i samoubojstvo ima značajan udio, primjerice 27% , utvrđeno u jednoj metaanalitičkoj studiji uzroka smrti kod osoba koje imaju anoreksiju (Sullivan, 1995), što može zorno odražavati raspon patnji koje doživljavaju oboljele(i) od poremećaja prehrane.

²⁸ „Selektivni inhibitori ponovne pohrane serotonina“, antidepressivi koji povećavaju razinu serotonina u organizmu.

(Berrettini, 2004). Slično je i sa studijama provedenima na jednojajčanim i dvojajčanim blizancima, koje se smatraju „najboljom“ metodom za utvrđivanje genetske osnove ovih problema. Razina podudaranja za anoreksiju kod jednojajčanih blizanaca je u jednoj studiji bila 45% za jednojajčane blizance i 7% za dvojajčane. Za bulimiju su postotci manji a i razlike su manje, 35% za JJ i 25% za DJ (Treasure i Holland, 1989; prema Ogden, 2009:235). Iako je kod jednojajčanih blizanaca uočeno veće podudaranje u razvoju poremećaja hranjenja nego kod onih dvojajčanih, to podudaranje nije bilo stopostotno, što znači da su neki drugi faktori (ponovno okolina) imali utjecaja u razvoju poremećaja (Berrettini, 2004). Konačno, ako postoji genetski uzrok za poremećaj hranjenja, takvo objašnjenje ne nudi odgovor zašto je došlo do rasta incidencije istih u drugoj polovici dvadesetog stoljeća.

Kroz naglašavanje fizičkih aspekata anoreksije i bulimija, biomedicinska perspektiva uspijeva osvijetliti tu komponentu ovih problema koje druge perspektive često zanemaruju; mnoge mentalne i emocionalne teškoće koje oboljeli od tih poremećaja doživljavaju neupitno su povezani s neadekvatnom ishranom. Biomedicinski modeli, međutim, svojim opsežnim pogledom na fizička odstupanja kao uzroke umjesto samo dijelove opsega problema hranjenja, nude neplauzibilna objašnjenja. Kauzalne interpretacije ignoriraju širok niz načina kojim su fizički procesi pod utjecajem društvenih uvjeta i svjesnih i/ili nesvjesnih misli i osjećaja. Biomedicinske teorije su tipično dekontekstualne, i za njih je svojstveno ignoriranje raznolikosti i raspona problema koje žene imaju s hranom. Ne uspijevaju objasniti nejednaku distribuciju i brojčani porast tih problema u drugoj polovici dvadesetog stoljeća. Zanemarivanjem utjecaja kulturnih normi, kao potencijalne/druge srži fenomena, koje ohrabruju žene na režime prehrane i ponašanja (npr. gladovanje i dijete, ciklusi prežderavanja hranom i čišćenja) koja štetno djeluju na kemijsku ravnotežu njihovih tijela, farmakološko rješenje (SSRI kao jedno od) koje biomedicinski model pruža u konačnici indirektno može, umjesto da ih liječi, pridonijeti u održavanju tih problema.

1.4.2. Psihološki model

Psihološki model vidi anoreksiju i bulimiju kao manifestne smetnje u psihološkom razvoju i funkcioniranju pojedinca, i jedan je od najčešćih pristupa poremećajima hranjenja. Općenitu pretpostavku psihološkog modela možemo podijeliti u tri glavne grupe: psihoanalitički pristup, obiteljska sistemska teorija i kognitivno bihevioralni pristup (Brownell i Fairburn, 1995).

1.4.2.1. Psihoanalitički model

Psihoanalitički model smatra anoreksiju i bulimiju patološkim odgovorom na sukobe ličnosti u razvojnim fazama osobe, posebno onima povezanim s djetinjstvom i adolescencijom. Model je baziran na radu Hilde Bruch, koja se odmaknula od prijašnjeg i utjecajnog Freudovog uvjerenja da su problemi hranjenja izražaj skrivenih seksualnih poremećaja. Bruch (2001) je poput Freuda smatrala adolescenciju, koja je tipično razdoblje za razvoj poremećaja, ključnom za razumijevanje tih problema. Kroz odbijanje hrane, anoreksičarka usporava proces seksualnog sazrijevanja. Odbijanje hrane se vidi kao izričaj borbe oko problema autonomije, stvaranja individualnosti i seksualnog razvoja koje donosi razdoblje adolescencije. Time želja anoreksičarke da održi svoje tijelo nalik dječjem ukazuje na njen strah od zahtjeva koje nameće odrasla ženska seksualnost (Bruch, 2001; Brumberg, 1988). Za razliku od Freuda, Bruch (2001) je uočila važnost osjećaja kontrole, smatrala je kako je seksualnost samo jedan aspekt odbijanja hrane, odnosno da to odbijanje isto tako predstavlja težnju za kontrolom, težnju koja je u sukobu s nužnosti anoreksičarke da udovoljava zahtjevima drugih. Samoodricanje u obliku kontrole unosa hrane je sekundarno borbi za izgradnju identiteta i sebstva, međutim moć suprotstavljanja gladi pruža anoreksičnim djevojkama „jezgru ličnosti“ koju inače ne bi imale. Mršavost postaje „najviše postignuće“, smisao njenog postojanja. (Bruch, 2001:4-7). Osnova anoreksije, prema Bruch, nije bazirana na hrani i težini, već se one koriste samo kao metoda i dokaz. Odnosno, anoreksična djevojka gladovanje i dominaciju tjelesnih želja koristi kao metodu u njenoj potrazi za kontrolom, identitetom i sposobnošću, a mršavost koja proizlazi iz gladovanja je dokaz i znak da je njena kontrola efikasna. Kontrola je općenito veoma važan aspekt proučavanja poremećaja hranjenja iz sfere psihološkog modela. Neki autori tako značajku važnosti kontrole i opsjednutosti hranom kod anoreksije dovode u usku vezu s opsesivno-kompulzivnim poremećajem (Rothenberg, 1990; prema http://www.vanderbilt.edu/AnS/psychology/health_psychology/anorexiaocd.html).

Osim uske međusobne veze, priroda veze između anoreksije i opsesivno-kompulzivnog poremećaja ipak nije uspostavljena, jer je nerazriješeno ostalo osnovno pitanje da li je anoreksija manifestacija OKP-a, ili je OKP komorbidna bolest unutar anoreksije.

Srž anoreksije je dakle u psihičkim nestabilnostima odnosno nedostacima ega koji dolaze do izražaja u razdoblju adolescencije s kojim se ego anoreksične djevojke ne može nositi,

čime se ona povlači u domenu svog tijela kao glavnog mjesta za koje osjeća da može kontrolirati, i u kontrolu hrane kao pokušaj da poništi efekte koje adolescencija donosi tijelu (Bruch, 2001). Bruch također napominje osjećaj nemoći i straha od prosječnosti koje takve djevojke obično imaju, unatoč njihovoj natprosječnoj inteligenciji i orijentaciji za postignućima. Nedostaci ega imaju uzrok u „abnormalnim oblicima obiteljske interakcije“ (Bruch 2001:106). U obiteljskim povijestima anoreksičnih pacijentica, koje je Bruch proučavala, postoji trajni motiv i opis anoreksične kćeri kao savršenog djeteta koje je popustljivo, postiže akademski uspjeh i dobrih je manira. Problem je što, prema Bruch (2001), iza tog poželjnog opisa stoji neuspjeh roditelja da svojim kćerima prenesu osjećaj sposobnosti i samovrijednosti, njihova individualnost nije potpuna već se nad njima vrši prekomjerna kontrola, i njihovi uspjesi se promatraju kao kompenzacija skrivenih razočaranja roditelja, a poglavito majke. Takve kćeri niti ne dobivaju priliku za „konstruktivnu izgradnju svoje vlastite ličnosti, želja i pogleda“ (Bruch, 2001:37). Bruch je smatrala kako terapija treba biti usmjerena na to da u anoreksičnim djevojkama razvije snažnu sliku o sebi i identitet s kojim bi se osjećale sposobnima za samostalnu akciju i regulaciju svojih želja i potreba, te u stvaranju osjećaja da su u stvarnom posjedu svog tijela²⁹.

Liječenje kroz ovaj pristup dolazi kroz razgovor kao optimalnu metodu terapije. Naglasak koji psihoanalitički model stavlja na razvoj u adolescenciji i formiranje identiteta također je dio drugog psihološkog modela, onog obiteljske sistemske teorije.

1.4.2.2. Obiteljska sistemska teorija

Tijekom 70-tih i 80-tih godina dvadesetog stoljeća velik dio pozornosti se usmjeravao na proučavanje vrijednosti i obrasce interakcije unutar „anoreksičnih obitelji“³⁰. Obiteljska sistemska teorija vidi poremećaje hranjenja kao obiteljske patologije koje imaju porijeklo u obiteljskoj dinamici a koja može ometati i sprječavati individualni razvoj mlade žene. Prema Salvadoru Minuchinu, pioniru ovog pristupa³¹, određeni oblici obiteljskih okruženja potiču na pasivne metode prkošenja (gdje je odbijanje hrane jedna od mogućih) čime otežavaju djeci koja su dio takvih obitelji da izgrade svoju individualnost. Minuchin opisuje

²⁹ Tek onda se može otvoriti zlatni kavez anoreksije, što je i tumačenje simboličnog naslova knjige Hilde Bruch *The Golden Cage*.

³⁰ „Anoreksična obitelj“ - obitelj u kojoj dijete boluje od anoreksije.

³¹ Sličan „pionirski“ pristup koristi i talijanska psihijatrica Mara Selvini Palazzoli, vidi: Palazzoli, M.S. (1978). *Self-starvation: from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: J. Aronson.

takve „psihosomatske obitelji“ kao kontrolirajuće, perfekcionistačke, i nesklone konfrontacijama, što su epiteti koji se slično mogu pridati anoreksičnoj djeci (kćerima) (Minuchin, Rosman i Baker, 1978). Kroz klinički rad s takvim obiteljima, terapeuti su opisali anoreksično dijete kao „zapleteno“³² (engl. „enmeshment“), odnosno gdje je normalan razvoj individualnosti blokiran zbog kompleksnih psiholoških potreba djevojke, njenih roditelja, a potencijalno i njene sestre/brata. Prema obiteljskoj sistemskoj teoriji, anoreksiju nema samo pacijentica, već cijela njena obitelj „ima“ tu bolest (Minuchin, Rosman i Baker, 1978), čime je obiteljska terapija osnovni modus liječenja unutar ovog pristupa.

1.4.2.3. Kognitivno-bihevioralna terapija

Kognitivno-bihevioralna terapija predstavlja treći psihološki model. Temeljni fokus ovog pristupa, za razliku od gorenavedenih (koji imaju fokus na razvoj osobe u razdoblju djetinjstva i adolescencije, ili na interakcijama unutar obitelji), je na ponašanjima i vjerovanjima anoreksičnih ili bulimičnih žena. Prema ovom modelu, bulimični i anoreksični simptomi se održavaju kroz karakteristični sklop vjerovanja o težini i hranjenju, a ta vjerovanja nastaju iz kompleksne interakcije „pogleda o sebi“ i sociokulturnog konteksta koji pruža vezu između težine i osobnih vrijednosti (Brownell i Fairburn, 1995). Kognitivni model kod osoba koje imaju poremećaj prehrane postulira razvoj s težinom povezanih „shema o sebi“, a koje zatim održavaju simptome tako da upravljaju načinom na koji ti pojedinci percipiraju, interpretiraju, i pamte svoja iskustva. (Brownell i Fairburn, 1995:325). Cilj kognitivno-bihevioralne terapije je „popravljanje“ tih abnormalnih „pogleda o sebi“ i stavova vezanih uz hranjenje, što se između ostalog postiže terapijskim modelom „pozitivnih i negativnih potkrepljenja“³³. Efikasnost ove vrste terapije i modela pokazala se puno većom za slučajeve bulimije, dok je za anoreksiju efikasnost tek relativna i teško utvrdiva, ali kao model terapija je preporučljiva, pogotovo u kombinaciji s drugim psihodinamskim tehnikama (Brownell i Fairburn, 1995).

³² „Zapletenost“ u smislu „ekstremne forme bliskosti i intenziteta u obiteljskim interakcijama.“ (Minuchin, Rosman i Baker, 1978:30)

³³ Stimulusi koji se, unutar mehanizma operantnog uvjetovanja, primjenjuju za učenje i jačanje pozitivnog ponašanja. Primjerice kod slučajeva anoreksije se prilikom terapije, u početnom stadiju oporavka, vrši kondicioniranje hranom, odnosno pacijente se hrani prema mehaničkom principu koji ne prati, kod anoreksičara inače poremećen, osjećaj gladi i sitosti. Također se postupno uvodi „zabranjena hrana“, tj. one vrste hrane za koje postoji posebno jak strah da uzrokuju debljanje. (Brownell i Fairburn, 1995:327).

Pozornost koju psihološki model pridaje osobnim povijestima, obiteljskoj dinamici, te razmišljanjima i navikama vezanima uz hranu možemo vidjeti ključnom za razumijevanje i posljedično liječenje problema hranjenja. Proučavanje psihološkog razvoja osoba koje imaju anoreksiju ili bulimiju potencijalno nam pomaže shvatiti zašto su neke djevojke i žene ranjivije na razvoj tih problema, također naponi da se promjene autodestruktivni stavovi i ponašanja morali bi biti integralni dio oporavka od tih problema. Međutim, fokus koji ovaj model stavlja na individualnu (ili ovisno o užem pristupu, obiteljsku) patologiju zanemaruje faktore koji kod djevojaka i žena stvaraju pogled o anoreksiji i bulimiji kao „legitimnim“ reakcijama i odgovorima na njihov psihički nemir i zbrku. Te silnice su nužno društvene prirode, odnosno riječ je o društvenim uvjetima i kulturnim vrijednostima koje promoviraju, podržavaju i nagrađuju prakse uskraćivanja hrane i samoizgladnjivanja. Konačno, vidljivo je da nijedan psihološki model ne pruža potpuno objašnjenje poremećaja hranjenja. Osim što zanemaruje neke fiziološke utjecaje koje biomedicinski model (pre)naglašava, psihološka paradigma je, poput biomedicinskog modela, nepotpuna, jer ne uspijeva pružiti prikladan odgovor na kontroverzne probleme koji upućuju na društveni utjecaj, poput promjena u incidenciji poremećaja hranjenja i njihove snažne rodne inklinacije (preko 90% osoba oboljelih od poremećaja hranjenja su žene). Još uvijek ostaju pitanja zašto su poremećaji hranjenja omeđeni sociokulturnim značajkama Zapada, zašto su danas poremećaji hranjenja češći nego prije 70 i više godina, i zašto današnje djevojke i mlade žene (kao i u manjoj mjeri muškarci) zapadaju u poremećaje i probleme s hranjenjem. Takva konkretna pitanja nalažu da pomno proučimo i sociokulturnu perspektivu.

1.4.3. Sociokulturni model

Sociokulturni model razumijevanja poremećaja hranjenja razvio se prirodno iz nedostataka psihološkog i biomedicinskog modela. Osnovna premisa sociokulturnog modela je da su poremećaji hranjenja kulturno omeđeni sindromi, odnosno čime do razvoja poremećaja dolazi ako za to postoje prikladni (i jedinstveni) okviri kulture. Kultura je time važna determinanta prirode i tipa psiholoških disfunkcija.

Ipak, sociokulturni model nije uniforman, jer se značaj kulture promatra različito ovisno o polju interesa znanstvenika. Unutar dominantnog medicinskog modela baziranom na dijagnostičkim priručnicima (DSM) sociokulturne značajke su priznate ali im se ne pridaje

osobiti značaj, već ih možemo smatrati samo dijelom multidimenzionalnog pristupa etiologiji poremećaja hranjenja (Garner i Garfinkel, 1980), a koji, unatoč postojanja društvenih faktora, i zbog dijagnostički uvjetovane nužnosti, nalaže individualnu patologiju. Za razliku od tog, feministička i sociološka tumačenja drugačijeg paradigmatškog okvira, opravdano utjecaju kulture pridaju primarnu važnost.

Raspravu o sociokulturnom modelu ćemo zato raširiti u dva pravca:

- 1) Intenzitet i modalitet utjecaja kulture na razvoj poremećaja hranjenja, što uključuje empirijske dokaze o utjecaju kroz epidemiološku (i kulturnu) usporedbu zapadnih i nezapadnih zemalja.
- 2) Sociološki i feministički utemeljena rasprava o značajkama kulture i položaju žena unutar kulture, kao okvira koji utječe na razvoj poremećaja prehrane.

Unutar ovog poglavlja važno je razmotriti prvu točku (ad 1), jer ako je moguće empirijski nepobitno utvrditi da poremećaji hranjenja postoje neovisno o okviru kulture, odnosno ako je njihova incidencija slična u zapadnim i nezapadnim zemljama, postaje uzaludnim objašnjavati poremećaje utjecajem kulture i time je dovoljno njihov uzrok tražiti jedino pomoću psiholoških i/ili biomedicinskih modela objašnjenja. Probat će se pokazati kako je pogrešno ignorirati načine kojim različite kulture oblikuju, definiraju i kontekstualiziraju različita značenja i izraze poremećaja.

Sâme značajke sociokulturnog utjecaja i feministički pristup (ad 2) biti će detaljnije prikazani u kasnijem dijelu rada, nakon što ovdje pružimo potvrdu njihove potrebitosti.

1.4.3.1. Prisutnost poremećaja hranjenja – kroskulturalna usporedba

U epidemiološkim značajkama (poglavlje 1.3.) smo se usredotočili na učestalost poremećaja hranjenja u zemljama razvijenog zapada, a poglavito u SAD-u, gdje se tim problemima posvećuje najveća pozornost, kako u teorijskim radovima tako i u statističkim istraživanjima.

Ako se pogleda raspostranjenost poremećaja hranjenja po svijetu, općenito se pretpostavlja kako je njihova pojava jedinstvena za industrijalizirane zapadne zemlje.

Slijedom je unutar psihijatrije anoreksija djelomično svrstana³⁴ u „kulturno omeđen sindrom“ (prema DSM-IV, 1996), (engl. „culture-bound syndrome“). „Kulturno omeđen sindrom“ može se definirati kao konstelacija znakova ili simptoma kategoriziranih u disfunkcije ili bolesti, koje su ograničene na određene kulture jedinstvenih psihosocijalnih značajki (Prince 1983; u Keel i Klump, 2003). Takva definicija implicira da se neki poremećaj ne može razumjeti van pripadajućeg mu kulturnog konteksta. Iz toga slijedi da kulturom ustrojena značenja mršavosti i prehrane, povezana s današnjim zapadnjačkim orijentacijama prema ženskom tijelu, ustrojavaju poremećaje hranjenja. U zapadnoj kulturi, gdje se žensko tijelo ocjenjuje prema dominantnom idealu mršavosti, i gdje pravilna prehrana poprima simboličko značenje osobne kontrole, samoizgladnjivanje ne proizlazi iz nužnosti, primjerice zbog nestašice hrane, već je voljni čin.

Na pitanje da li su poremećaji prehrane specifični za industrijalizirani zapad (kao „kulturno omeđeni sindromi“) znanstvenici pokušavaju odgovoriti kroz empirijsku potvrdu, a rezultati istraživanja se često pokazuju oprečnima.

Primjerice Keel i Klump (2003), u svom iscrpnom pregledu koji pokušava dokazati kulturnu omeđenost, navode kako anoreksija nije (zapadni) kulturno omeđen sindrom, s obzirom na slične prevalencije u nezapadnim i zapadnim zemljama. Za bulimiju zaključuju da jest kulturno omeđena, jer iako slučajevi bulimije u nezapadnim zemljama postoje, nalaze potvrdu da se to događa zbog utjecaja zapadne kulture. S druge strane, u više navrata provedena istraživanja na otoku Curaçao³⁵ (Katzman et al., 2004) pokazuju kako je tamo anoreksija karakteristična za subkulturne grupe, odnosno među ženama bijele ili miješane rase koje su višeg socioekonomskog statusa i koje su putovale i/ili boravile u inozemstvu. Drugim riječima, anoreksija je bila „tipična“ upravo kod za Curaçao „netipičnih“ žena, što implicira vezu asimilacije zapadnih vrijednosti mršavosti kao izraza seksualne privlačnosti i društvenog prestiža.

Uočljiv (i teško premostiv) je metodološki problem svakog istraživanja ove vrste, odnosno problematično je pružiti definiciju i ocjenu što neku kulturu tipizira kao „nezapadnu“. U Oxfordovom priručniku za poremećaje hranjenja (Agras, 2010:224) kultura je definirana kao „dinamičan sustav pravila, eksplicitnih i implicitnih, kojeg uspostavljaju grupe kako bi

³⁴ DSM-IV ne navodi anoreksiju nervozu u konkretnoj listi „culture-bound“ sindroma kao što je npr. Malajskom poluotoku jedinstven sindrom „amok“ (psihičko stanje gdje pojedinac uslijed bijesa, nezadovoljstva ili ogorčenja nekontrolirano ubija ljude oko sebe). Anoreksija se međutim svejedno spominje kao takav sindrom jedinstven industrijaliziranim kulturama.

³⁵ Curaçao autori smatraju dobrom lokacijom za epidemiološku studiju ovog tipa, s obzirom da kao dio Kraljevine Nizozemske ima razvijeni zdravstveni sustav i popise stanovništva po nizozemskom modelu. Kao bivša kolonija, Curaçao je zemlja u socioekonomskoj tranziciji, dominantno je crnačko stanovništvo, s bogatijom i obrazovanijom bijelom manjinom.

osigurale svoj opstanak, a što uključuje stavove, vrijednosti, vjerovanja, norme, i ponašanja. Taj sustav pravila je zajednički pojedinoj grupi ali kojeg pojedinci unutar grupe gaje u različitom intenzitetu; sustav se prenosi kroz generacije, relativno je stabilan ali ima potencijal promjene kroz vrijeme.“ Ovo je samo jedna od mnogih definicija kulture, te je ovdje kultura predstavljena u odnosu s psihologijom, i kao takva uključuje velik broj značajki života „koje se ne mogu reducirati na manje od šest dimenzija, poput povijesne tradicije, sociopolitičkog konteksta, ekologije (primjerice kako se hrana proizvodi i distribuira), normativnih kulturnih praksi (poput roda i rodnih uloga), i općih psiholoških i bihevioralnih karakteristika“ (Agras, 2010:224).

Pogleda li se „čisto“ statistički, za poremećaje hranjenja se ne može reći da su kulturno omeđeni, jer je njihovo postojanje dokumentirano na svim kontinentima izuzev Antarktika. Također, anoreksija je zabilježena u azijskim zemljama visokog dohotka, poput Singapura, Japana i Koreje, kao i u onima nižeg dohotka, poput Indije, Malezije i Filipina (Agras, 2010). Takvi podaci možda isprva izgledaju poražavajuće za sociokulturnu argumentaciju, ali dublji kroskulturni pogled ipak otkriva snažan utjecaj kulture na pojavu, prirodu, incidenciju i prevalenciju poremećaja hranjenja.

Kod promatranja poremećaja kao kulturno omeđenih sindroma može biti problematična primjena uniformnog i relativno statičnog koncepta kulture, podnaglašavajući kulturne promjene, gdje se između ostalog premalo pažnje pridaje fenomenima vesternizacije i modernizacije. Na individualnoj razini treba spomenuti i akulturaciju, gdje u slučaju privremene (npr. zbog školovanja) ili trajne migracije iz nezapadne u zapadnu zemlju i obrnuto može doći do razvoja poremećaja hranjenja slijedom akulturacijskog stresa, zbog potrebe nošenja sa sukobom i ambiguiteta novih i starih kulturnih vrijednosti (Nasser, 1997).

Efekti modernizacije nisu nimalo zanemarivi, pogledamo li da se anoreksija sve do 60-tih i 70-tih godina dvadesetog stoljeća smatrala rijetkom bolešću, čak i egzotičnom, a kad dolazi do velikog rasta incidencije anoreksije u SAD-u i u zemljama Zapadne Europe. Slična situacija se u tom vremenskom razdoblju, iako u manjem opsegu, dogodila i u Japanu. Jedan od razloga je znatni rast Japana kao industrijalizirane zemlje, a opsežna trgovinska razmjena sa Zapadom je bila popraćena promjenama u više sfera, poput rasta individualnih vrijednosti (nasuprot tradicionalnom kolektivizmu), promjena ženskih uloga, rasta konzumerizma, promjena prirode medija i rasta njihovog utjecaja (Agras, 2010:230).

Takva korelacija između društvenih promjena koje su se dogodile i porasta incidencije anoreksije pridonosi pogledu da modernizacija, urbanizacija, industrijalizacija, kao i opći

porast društvenog blagostanja imaju ulogu u pripremi (društvenih) uvjeta koji su pogodni za razvoj poremećaja hranjenja. Neki od čimbenika povezanih s modernizacijom su rast životnog standarda, bogatstva i materijalizma, izobilje hrane, dostupnost tehnologije koja omogućava pristup masovnim medijima, i konačno promjena uloga žena, koju ovdje predstavljamo kao osobitu važnu. Modernizaciju se tako može povezati sa sukobom rodnih uloga, a koji jača zbog migracija, medija i pritisaka vezanih uz akulturaciju dominantnim društvenim obrascima. Silverstein i Perlick (1995; prema Nasser, Katzman i Gordon, 2001:103) koriste termin „rodna ambivalentnost“ (engl. „gender ambivalence“) u opisivanju tih ambiguiteta ženske uloge u periodima društvene tranzicije, a koji žene čine ranjivijima na razvoj poremećaja hranjenja.

Važnost faktora modernizacije podržavaju istraživanja u različitim zemljama, gdje je ustanovljeno da u uvjetima gradskog života postoji veći rizik za razvoj poremećaja hranjenja nego u ruralnim područjima, i da je ta razlika najizraženija u zemljama u razvoju (Becker, 2004). Lee i Lee (2000) su proveli istraživanje u Kini na učenicama srednjih škola, i to na tri lokacije koje se razlikuju u stupnju razvijenosti: Hong Kong – nekad britanska kolonija, visoko razvijen grad i međunarodno financijsko središte, Shenzhen – grad s više od 3 milijuna stanovnika i brzorastućom tržišnom ekonomijom, i provincija Hunan – siromašno ruralno područje sa slabim dodirima s utjecajima Zapada, poput televizije ili modnih časopisa. Ustanovljena je znatna razlika između tri lokacije. Tako su učenice u Hong Kongu imale najniži prosjek indeksa tjelesne mase (BMI)³⁶ i oko 75% ih je htjelo smršaviti, dok su one iz ruralne provincije imale najviši BMI ali je najmanji broj njih izrazio želju za mršavljenjem. Autori takvu pojačanu zabrinutost debljinom kod hongkongških učenica pripisuju naglom industrijskom razvoju Hong Konga, koji je donio dotad neviđene promjene u društvenim uvjetima žena, kroz obrazovanje, nove prilike za zapošljavanje i promjene zakonskih prava. Njihovo istraživanje daje doprinos važnosti utjecaja modernizacije ali ujedno naglašava i važnost razlike moći u društvu između žena i muškaraca kao glavni uzročni faktor ženske patnje, gdje su poremećaji hranjenja samo jedan modus unutar „širokog izbora“. Podatak da je kod žena iz ruralnih područja dva do tri puta viša stopa samoubojstva, kao i puno viša stopa histeričnih poremećaja nego kod onih iz urbanih dijelova, govori o drugačijem načinu izražavanja patnje, i implicira da je

³⁶ Indeks tjelesne mase (engl. „body mass index“ ili skraćeno BMI) je okvirni pokazatelj debljine i pretilosti.

Računa se tako da se tjelesna masa osobe (u kilogramima) podijeli s kvadratom visine (u metrima).

oblik tjelesne patnje uzrokovan manjom ženskom moći u društvu društvenopovijesno kondicioniran (Lee i Lee, 2000:325).

Konkretno kod modernizacije je potencijalno važan još jedan aspekt, a to je mogućnost i svojevrsno obećanje uzlazne vertikalne mobilnosti koju donosi osobni razvoj i rad na sebi. Becker (2004) je u istraživanju utjecaja televizije na razvoj poremećenog hranjenja, koje je proveo na Fidžiju, zemlji u nagloj društvenoj i ekonomskoj tranziciji, uočio vezu između vertikalne mobilnosti i poremećaja hranjenja. Oblik i izgled tijela te tijelo sâmo postaju kulturni simbol novog puta, utrtog modernizacijom, i oslobođenja od tradicije (Nasser, Katzman i Gordon, 2001).

Vesternizacija je drugi proces koji možemo povezati s razvojem poremećaja hranjenja u nezapadnim zemljama. Iako se svojim efektom načelno poklapa s modernizacijom³⁷, vesternizaciju ovdje promatramo u kontekstu učinka i utjecaja dodira sa elementima zapadne kulture i pripadajućim zapadnim vrijednostima, idealima, stavovima i praksama, a koji uključuju mršavost kao ženski ideal ljepote. Utvrđena je veza između procesa vesternizacije i brige oko težine i oblika tijela, kao i negativne slike o tijelu i poremećenog hranjenja (Becker, 2004). Međutim, kulturne vrijednosti predstavljene vesternizacijom ujedno nadilaze glorifikaciju mršavosti, u smislu prihvaćanja cijelog seta vrijednosti i vjerovanja, a koje uključuju konzumerizam, opsjednutost mladošću, zdravljem i fizičkom ljepotom, te inzistiranje na radu na vlastitom tijelu kroz uvjerenje da ga onaj kome je stalo i koji se trudi uistinu može preoblikovati (Featherstone, Hepworth i Turner, 1991).

Kroz gorenavedeno vidimo kako modernizacija i vesternizacija mogu imati bitnog učinka u postavljanju pogodnih uvjeta za razvoj poremećaja hranjenja u nezapadnim zemljama. Iako ovdje ovako korištene, treba napomenuti da se potencijalno značajne kulturne promjene ne zbivaju uvijek u obliku pojmova „modernizacija“ ili „vesternizacija“, odnosno ne može ih se uvijek puko obujmiti unutar tih pojmova kao prediktora sociokulturnih faktora rizika za razvoj poremećaja hranjenja, tj. pojmova koje općenito karakterizira višestrukost mogućih definicija i operacionalizacija.

Kako bismo pobliže probali prikazati kompleksnu međupovezanu mrežu utjecaja koji mogu tijekom procesa vesternizacije i modernizacije djelovati na promjene u incidenciji poremećaja hranjenja, a s obzirom da bi pregled dinamike svih kultura u tranziciji zauzeo

³⁷ S obzirom da efekte modernizacije obično prati jači utjecaj zapadne kulture i vrijednosti. Pitanje da li modernizacija nužno uključuje vesternizaciju ili obrnuto, odnosno razlikovanje koncepata modernizacije i vesternizacije nadilazi tematske okvire ovog rada.

preveliki dio ovog rada, ponudit će se pregled dvije studije slučaja - Južne Afrike (JAR) i Kine.

Što se tiče Južne Afrike, poremećaji hranjenja kod bjelkinja su dokumentirani još 1970-tih, dok su prvi izvještaji anoreksije kod pacijentica crkinja proizašli sredinom 1990-tih, odnosno nakon konačno uspješnih pritisaka i potpunog ukidanja pedesetogodišnje politike apartheida 1994.g. Nakon takve velike političke tranzicije prema demokraciji Južna Afrika doživljava dramatične promjene: rasna integracija u školama, selidbu crnog stanovništva iz segregiranih područja prema gradovima, i značajan odmak od diskriminatorne i represivne politike i prakse prema crkinjama³⁸. Szabo i LeGrange (u Nasser, Katzman i Gordon, 2001) navode kako je u tom razdoblju u literaturi zabilježen porast izvještaja o anoreksiji i bulimiji, te abnormalnih navika hranjenja u populaciji crkinja. Doduše, iako izvještaji vjerojatno ukazuju na promjene, moguće je da su slučajevi anoreksije, kroz rasističke pretpostavke o poremećajima hranjenja kao bolesti bjelkinja i kroz marginalizaciju zdravstvene skrbi „ostalih“ unutar prošlog režima, doveli do krive slike i neidentificiranja slučajeva među ostalim ženama različite rase (Szabo i LeGrange; u Nasser, Katzman i Gordon, 2001). Szabo i LeGrange napominju kako unutar ovakvih okolnosti snažnih i dinamičnih promjena društva, crkinje u južnoafričkoj populaciji doživljavaju ne samo nove političke slobode već i dramatične izazove osjećaju kulturnog i osobnog identiteta. U svoj razvoj identiteta one istovremeno moraju uklopiti promjene u značenjima ženstvenosti, a gdje se nalaze u rascjepu izbora između moderne i zapadne (ili još šire – globalne) žene i zadržavanja i izražavanja pronađenog ponosa u bivanju crkinjom i afričkom ženom u „novooslobođenoj“ (ali još uvijek tradicionalnoj) zemlji, što sa sobom veže vrijednosti i značajke lokalne kulture, književnosti i sl. Howe (1998; u Nasser, Katzman i Gordon, 2001:26) taj ponos u afričko podrijetlo i kulturno naslijeđe naziva „afrocentrizmom“ kao opoziciju i protutežu „eurocentrizmu“. Sklop uvjeta slobode, novih prilika i izbora, i potencijala za bolje sutra stavlja crkinje u Južnoj Africi u poziciju koja nedvojbeno generira ambiguitet, strahove, naginjanje materijalizmu i natjecanju, te sukobe rodni uloga, što sve dolazi u oštri sukob s tradicionalnim afričkim ruralnim vrijednostima (Szabo i LeGrange; u Nasser, Katzman i Gordon, 2001).

Iako na prvi pogled pojava poremećaja u primjeru Južne Afrike može biti nusprodukt vesternizacije, vidimo da je situacija mnogo kompleksnija. Zato se ne smije zanemariti, već

³⁸ Dolazi do emancipacije žena općenito; između ostalog omogućen im je ulaz u procese političkog odlučivanja i upravljanja, također raste broj žena na uglednim i odgovornim društvenim pozicijama i radnim mjestima.

upravo treba naglasiti važnost utjecaja cjelokupne političke transformacije koja je dovela do radikalne promjene rodnih uloga crnkinja u južnoafričkom društvu, odnosno do nagle mijene iz stanja obespravljenosti žena prema osnaživanju njihovog položaja. Kao što smo već prikazali, osnaživanje položaja žene popraćeno je novim pritiscima i očekivanjima, i za sobom povlači razne posljedice, a jedna od negativnih može biti upravo rast rizika i ranjivosti na razvoj poremećaja hranjenja, čime isti postaju jedan od načina kako se kod crnkinja u Južnoj Africi potencijalno manifestira nužna (i zbunjujuća) potraga za drugačijim, promijenjenim i novim uvjetima prilagođenim identitetom.

Kroz kineski primjer, koji nam slijedi prikazati, možemo ponovno uočiti važnost sociokulturne podloge za razvoj poremećaja hranjenja, ali nam ujedno otkriva još jedan važan moment, onaj lokalnosti i subjektivnosti značenja anoreksije, nešto što dijagnostički kriteriji DSM priručnika i biomedicinski diskurs većinom u potpunosti zanemaruju.

Lee je tako (u Nasser, Katzman i Gordon, 2001), proučavajući anoreksiju u kliničkim i nekliničkim uzorcima u Hong Kongu, ponudio zanimljivo opažanje. U više od pola slučajeva anoreksije kod djevojaka iz radničke klase one nisu izrazile „strah od debljanja“ ili „želju za mršavošću“, koji se smatraju glavnim kriterijima i osnovnim aspektima anoreksije nervoze prema DSM-u³⁹. Također, skoro polovica pacijentica nije bilo zabrinuto izgledom vlastitog tijela, odnosno nisu pokazivale poremećaj slike vlastitog tijela. Lee takvo stanje naziva „anoreksija bez straha od debljine“ (engl. „non-fat phobic anorexia“) (Lee; u Nasser, Katzman i Gordon, 2001:39), i govori kako je to stanje ujedno bilo zabilježeno u Europi, Kanadi i SAD-u. Takva Leeova opažanja podupiru stajalište da u velikim dijelovima Azije strah od debljanja nije dio cjelokupnog sindroma anoreksije, i kako, primjerice u Indiji, osnovne značajke poremećaja hranjenja mogu biti prisutne bez poremećaja slike vlastitog tijela (Nasser, Katzman i Gordon, 2001). Ako „strah od debljine“ (tj. želja za mršavošću, te opsjednutost težinom i oblikom tijelom kao značajki uzdignutih na nivo „definiranja sebe“) promatramo izolirano od sindroma anoreksije, može se reći da je on legitimni kulturni „idiom nevolje“ (prema Lee; u Nasser, Katzman i Gordon, 2001:46) u Hong Kongu i drugim dijelovima Kine, što ima i potvrdu u već prethodno navedenom istraživanju Lee i Lee (2000), gdje je 75% mladih Kineskinja bilo zabrinuto da se ne udebljaju iako su zapravo bile mršave figure. Ipak, Lee (u Nasser, Katzman i Gordon, 2001:39) zaključuje kako voljno samoizgladnjivanje koje karakterizira anoreksiju ima

³⁹ vidi poglavlje 1.1.

„mnogobrojna metaforička značenja“ od kojih su neka nepovezana sa željom za mršavošću i/ili iracionalnim strahom od debljanja, čime predstavljaju veliki problem „biomedicinskom polaganju prava na univerzalizam“.

Dijagnostičke kriterije DSM-a i psiho- perspektive općenito time moramo vidjeti kao etnocentrične, sagrađene na zapadnom iskustvu s poremećajima kod mladih, imućnih bjelkinja, te slijedom prestroge i neuvažavajući višestrukost mogućih značenja poremećaja hranjenja deriviranih iz lokalnosti pojedine kulture. Zbog postojanja širokog spektra poremećaja hranjenja koji su značajni i u duhu kroskulture perspektive, Lee (u Nasser, Katzman i Gordon, 2001:41) predlaže širenje DSM kriterija za anoreksiju nervozu, kako bi mogli uključiti široki raspon razloga za odbijanje hrane: od straha od debljine, gubitka interesa za hranom, preko abdominalne boli, osjećaja nemoći, sve do „Stvarno ne znam.“⁴⁰

Ovakva perspektiva je dosljedna feminističkom argumentu da brige djevojaka i žena, poput problema izgradnje i/ili reformiranja identiteta, te uspostavljanja osjećaja kontrole nad svojim životom, mogu dobiti svoj odgovor i razrješenje kroz univerzalno snažnu praksu odbijanja hrane, što posljedično može završiti u poremećaju hranjenja. Time postojanje i razvoj poremećaja hranjenja treba uspostaviti u mreži utjecaja, odnosno šire i dublje od njihove puke veze sa faktorima rizika (poput ideala mršavosti, uspoređivanja s drugima u društvu, ili nezadovoljstva vlastitim tijelom).

Kroskulture i subkulture, kao i povijesne razlike u prevalenciji poremećaja hranjenja i abnormalnih navika hranjenja pružaju nedvojbene dokaze o utjecaju društvenog i kulturnog konteksta na rizik njihovog razvoja. Pokazano je da je prisutnost poremećaja hranjenja uistinu globalne prirode, te utvrđena unutar različitih društvenih konteksta. Takav uvid predstavlja suštinu sociokulturnog pristupa, ali ujedno osvjetljava neke njegove nedostatke, s obzirom da pojedini koncepti koje sociokulturni pristup koristi, poput „vesternizacije“, „modernizacije“ ili „globalizacije“, teško mogu u potpunosti obuhvatiti sve silnice koje djeluju na ljude da razviju poremećaj hranjenja. Uzimajući u obzir tu prisutnu (ali i tešku za zaobići) poteškoću pri usporedbi s nezapadnim zemljama, argument zapadne kulture kao (jednog od) generatora poremećaja ipak nije ugrožen. Činjenično je utvrđena veća prevalencija poremećaja hranjenja u industrijaliziranim ili postindustrijaliziranim zemljama (npr. SAD, države zapadne Europe, te urbana područja nezapadnih zemalja poput Kine,

⁴⁰ Takvi prijedlozi naravno nailaze na otpor, i „strah od debljine“ se brani kao centralni dijagnostički kriterij anoreksije nervoze. Primjer obrane vidi u: Habermas, T. (1996). In defense of weight phobia as the central organizing motive in anorexia nervosa: historical and cultural arguments for a culture-sensitive psychological conception. *International Journal of Eating Disorders*, 19 (4): 317-334.

Japana, Južne Afrike itd. - koje su pod jakim utjecajem zapadnih kapitalističkih ideala i vrijednosti) nego što je to slučaj u onim predindustrijaliziranim, i u većoj mjeri nezapadnim društvima (poput većeg dijela subsaharske Afrike i ruralnih područja Kine), a pregledom utjecaja vesternizacije i modernizacije, uz uzimanje u obzir lokalnog konteksta i u smislu dinamičnih promjena, prikazali smo kako one uvjetuju promjene uloge žena u društvu i posljedično stvaraju rizike za razvoj poremećaja hranjenja.

Ipak, za objašnjavanje poremećaja ne bi trebalo koristiti samo takve (grube) koncepte kao organizirajuću shemu, kad postoji jedna obuhvatnija i deskriptivno snažnija – rod. Jer žene su u ovom kulturalnom (kroskulturalnom) pregledu, i konačno cjelokupnoj tematici, uistinu jedina konstanta.

Značenje samoizgladnjivanja nadilazi svoj lokalni sociokulturni kontekst i ne bi ga trebalo odvajati od njegove veze s rodom, već tu vezu upravo treba naglašavati. Globalna prepoznatost poremećaja hranjenja kao prvenstveno ženske bolesti ne mora nužno odražavati poremećaj kao puki rezultat internalizacije medijima posredovanog ideala mršavosti, već istovremeno svjedoči o razmjerno univerzalnoj razlici između žena i muškaraca u stvaranju definicija o sebi i osjećaja samokontrole. Za tu razliku ćemo i nužno tvrditi kako ona ne dolazi iz neke prirodne razlike muškog i ženskog, već da je u svijetu naturalizirana, a zapravo društveno konstruirana.

Centralni psihološki problemi koje doživljavaju pacijentice s poremećajem hranjenja, poput problema sa osjećajem samopoštovanja, autonomije i postignuća su odraz većeg skupa sukoba povezanih s ulogom žene u širem kulturnom okviru. Time je mlada žena, a bez vlastitog znanja o tome⁴¹, „nosilac“ kulturne krize koja postaje sve učestalijom, odnosno da se kroz poremećaj hranjenja izražavaju osnovne tjeskobe, neriješeni problemi i neke ključne proturječnosti unutar kulture. Kroz ovakvu interpretaciju postaje mogućim (i nužnim) problem poremećaja hranjenja premjestiti iz psihološke sfere, koja na iste polaže „ekskluzivno“ pravo, u sociokulturnu sferu i kontekst roda. Tjeskobe, probleme i proturječnosti koje doživljavaju žene s poremećajem hranjenja onda postaje moguće identificirati s vanjskim svijetom društvenog života umjesto s isključivo privatnim problemom psiholoških procesa pojedinki.

Utvrđene iznimne rodne razlike u prevalenciji poremećaja hranjenja vidno odražavaju kulturno konstruirane rodne uloge i rodom uvjetovana življena iskustva, te invociraju još jednu organizirajuću shemu – moć (tj. razliku moći u društvu), koja (još) uvijek gotovo

⁴¹ Što će se kasnije raspravljati, žena s poremećajem hranjenja nije svjesna svog potencijalnog otpora kulturi i prokazivanja te kulture kroz svoj poremećaj, već ga mi možemo „čitati“, kao takvog.

nužno dolazi u paket aranžmanu s rodom, i kroz koju potencijalno također možemo promotriti razloge geneze i perpetuiranja rodne utemeljenosti poremećaja hranjenja.

Konačno, iz svega navedenog razvidno je da nam u vidu ove problematike sociokulturni pristup, promatran kroz sociološku prizmu i kroz feminističku kritiku, jedini može pružiti potencijalan odgovor zašto su kod poremećaja hranjenja uvijek u pitanju žene (između ostalog kroz dijakroni pogled promjene znanstvenog definiranja anoreksije kao i pitanja istovjetnosti odnosno povijesnog kontinuiteta značenja samoizgladnjivanja i motiva za isto) i zašto su baš posljednjih desetljeća poremećaji hranjenja kod žena u porastu (kroz sinkroni pogled veze s promjenama u kulturnim praksama i normama).

2. Povijesna perspektiva na samoizgladnjivanje – nestalnost značenja

Samoizgladnjivanje, danas opisano u kliničkoj praksi i s pruženim dijagnostičkim kriterijima, nije isključivo fenomen 19. i 20. (i 21.) stoljeća već seže dublje u ljudsku povijest, pa su tako neki oblici samoizgladnjivanja zabilježeni još u drevnoj Grčkoj i Rimu, kao i u nekim drevnim istočnjačkim religijama u sklopu religijskog asketizma. (Bemporad, 1996; prema Miller i Pumariega, 2001). Ovdje će se probati prikazati društvena povijest samoizgladnjivanja, odnosno anoreksije, s obzirom da je bulimija u povijesti slabo zabilježena i praktički nepoznata pa je možemo smatrati modernim fenomenom. Svrha povijesnog pregleda je stvoriti kontekstualni okvir na kojem počiva, kako ćemo pokazati, društvena i kulturna ukorijenjenost anoreksije nervoze.

U prethodnom poglavlju smo između ostalog kroz kroskulturni primjer pokazali kako značenja anoreksije mogu varirati ovisno o značajkama društva unutar kojih se anoreksija pojavljuje. Takve promjene u značenjima anoreksije međutim ne variraju samo kroz društva već i kroz povijest. Ovdje će nam zato ujedno biti cilj prikazati i interpretirati povijesna značenja anoreksije i njihove promjene, kao i okolnosti „medicinskog otkrića“ tog sindroma i činjenicu njegovog svrstavanja unutar mentalnih bolesti. Isto tako, pokazat će se kako su ženske brige i patnje od strane medicinskih stručnjaka (liječnika i psihijatar) povijesno u nekim slučajevima bile popraćene etiketama „ludosti“, prvenstveno unutar okvira tzv. „histerije“, kao kišobran dijagnoze i kao (još jedne) samo ženama svojstvene mentalne bolesti.

Unutar današnje diskusije o poremećajima hranjenja povijesna perspektiva se često zanemaruje, pa konvencionalni modeli interpretacije zanemaruju prethodne povijesne

slučajeve praksi samoizgladnjivanja, kao i povijesnu različitost njihovih značenja, u anakronističkom pokušaju uspostavljanja kontinuiteta i istovrsnosti između danas dijagnostički definiranih sindroma i povijesnih slučajeva samoizgladnjivanja. Tvrdnjama kontinuiteta i istovrsnosti anoreksije nekad i danas se iz jednadžbe poremećaja hranjenja velikim dijelom anulira efekt kulture, odnosno unutar naše teze – znaka „kulture nevolje“, kao uzročnika i/ili katalizatora njihove pojave. Psihologizacija samoizgladnjivanja zanemaruje različite kulturne uvjete ovisno o kojima se isto tako stvara različiti smisao „mršavog tijela“. Tako današnja psihijatrija vidi anoreksiju kao da je uvijek postojala, ali je tek relativno nedavno otkrivena, slijedom rasta medicinskog znanja i povećane prevalencije (MacSween, 1995).

2.1. Otkriće modernog koncepta anoreksije

S obzirom da je anoreksija nervoza tijekom posljednjeg (dvadesetog) stoljeća primarno bila u domeni medicine i psihijatrije, te je u skladu s teorijskim uvidima o ljudskom umu i tijelu koje su isti pružali bila definirana, klasificirana te su ponuđeni prijedlozi terapije, važno je promotriti načine kako je do te situacije prvotno došlo.

Opći konsenzus je da je za „moderno otkriće“ anoreksije zaslužno dvoje ljudi, francuski psihijatar Ernest Lasègue i engleski liječnik William Gull, koji su 1870-tih (točnije 1873.g.) istovremeno i međusobno nezavisno predstavili opise tog novog sindroma. Doduše, tek je 1930-tih anoreksija nervoza uspostavljena kao zasebno medicinsko stanje, a trebalo je još 50 godina da se uzdigne do statusa međunarodno priznate zasebne dijagnostičke kategorije sa standardiziranim dijagnostičkim kriterijima (Brumberg, 1988).

Novi sindrom, koji su i Gull i Lasègue opisali kao odbijanje hrane bez jasnog organskog uzroka, nađen je kod mladih žena više srednje klase. Lasègue je sindrom imenovao „l'anorexie hysterique“, a Gull „anorexia nervosa“⁴². Fenomen mladih žena koje se izgladnjuju, u nekim slučajevima do smrti, privukao je pozornost stručnjaka u 19.st., iako je široj javnosti zapravo bio relativno nepoznat sve do 1970-tih, kad su „mediji počeli prezentirati priče o mladim ženama koje se izgladnjuju unatoč tome što im je hrana dostupna i u obilju“ (Brumberg, 1988:8).

⁴² Iako usporedbom etimologije i simptoma netočan, Gullov naziv „anorexia nervosa“ je ustoličen kao službeni naziv sve do današnjih dana.

U objašnjavanju novog sindroma, Gull i Lasègue su, obojica ugledni liječnici obitelji više srednje klase, naglašavali različite aspekte onog što su razumijevali pod terminom „anoreksično stanje“. Gullov pristup je, iako je Gull stanje prvotno nazivao „histeričnom apepsijom“ i „anorexia hysteric“, bio u većoj mjeri medicinski orijentiran, za razliku od Lasègueovog koji je bio više psihološki. Kod predstavljanja izvještaja slučajeva pred Londonskim kliničkim društvom (*Clinical society of London*) 1874.g. Gull je tvrdio da slučajevi „gospođica A, B, i C uključuju „obično gladovanje“ bez organske bolesti“ (Brumberg, 1988:119). Dijagnoza koju je ponudio bila je fokusirana na fizičke simptome njegovih pacijentica, od kojih su sve bile pripadnice srednje klase i u dobi između 16 i 23 godine. Način liječenja koji je Gull predlagao odražava njegov medicinski orijentiran pristup: redovno hranjenje u dvosatnim ciklusima, preporučljivo od strane njegovateljice, te odmor u toplom krevetu (Brumberg, 1988:123). Ipak, i unatoč fokusu na fiziološke aspekte, Gullovo osnovno viđenje anoreksije je bilo više u smislu mentalnog nego medicinskog stanja. Iako nije ulazio u detalje prirode ili podrijetla psihologije kod stanja anoreksije, Gull nije ignorirao „moralne“ (mentalne) aspekte sindroma te je prihvaćao poveznicu anoreksije s „mentalnim stanjem“ (Brumberg, 1988:121). Unutar debate s Lasèguem i njegovom interpretacijom anoreksičnog stanja kao oblika „histerije“⁴³, Gull je izjavio:

„Općepoznato je da mentalna stanja mogu uništiti apetit, i prihvatit će se da su mlade žene u navedenoj dobi [šesnaest do dvadeset tri] posebno izložene mentalnoj izopačenosti. Stanje možemo nazivati histeričnim bez da se predamo etimološkoj vrijednosti riječi, ili da podržavamo da njen subjekt ima uobičajene simptome „histerije“ (Gull 1874; prema Brumberg, 1988:120).

Iz gore citirane izjave eksplicitno je da je Gull bio svjestan rodne obilježnosti sindroma. Povezivanje „učenja“ ženstvenosti (tj. odrastanje u dobi od 16 do 23) i „mentalne izopačenosti“ stavlja anoreksiju u širi raspon mentalnih bolesti koje su bile obilježene „ženskim karakteristikama“. Unutar tog raspona glavni je bio fenomen histerije, koji je privukao dosta pažnje unutar psihijatrijskog diskursa druge polovice 19. stoljeća (Nasser, Baistow i Treasure, 2007; Hepworth i Griffin, 1990), te je histerija ujedno bila centralni pojam Lasègueovog opisa stanja anoreksije.

Kako je Gull smatrao da anoreksične pacijentice karakterizira „nestabilni um“, osim „kontrole morala“⁴⁴ je predlagao i promjenu njihovih kućnih odnosa, odnosno da ih se po

⁴³Ili preciznije prema Lasègueu, „histerija gastričkog centra“.

⁴⁴ Termini „kontrola morala“ i „moralna terapija“ danas se u principu ne koriste, već su dio datiranog psihosocijalnog pristupa liječenju mentalnih poremećaja s kraja 18. i tijekom 19.st. Pod „moral“ se ovdje

moćnosti izdvoji iz njihovih obiteljskih okruženja (Brumberg, 1988:123). Takav prijedlog nas upućuje da je odbijanje hrane kod pacijentica (što je smatrao mentalnim stanjem) povezivao s onim što danas nazivamo obiteljskom psihodinamikom.⁴⁵ Ipak, Gull je za osnovni prioritet uzeo i pažnju pridavao medicinskom tretmanu, najvećim dijelom kroz prisilno hranjenje, te se može zaključiti kako je njegov pristup, iako s potporom u nejasnom psihologiziranom shvaćanju odbijanja hrane kod mladih žena, bio prvenstveno medicinski, kako u svojoj dijagnozi tako i u predlaganoj terapiji/liječenju.

Pošto smo prikazali Gullov pogled na novoidentificirano stanje, slijedi nam prikazati i Lasègueov pristup, koji je puno bliži onom što bi se danas podrazumijevalo pod psihoterapeutskom perspektivom. Charles Lasègue ukazuje na dobne i robne karakteristike svojih pacijentica i opisuje ono što smatra „tipičnom“ anoreksičarkom kroz sljedeći citat: „Mlada djevojka, između 15 i 20 godina starosti, boluje od određene emocije koju priznaje ili skriva. Općenito je povezana s nekom stvarnom ili imaginarnom bračnom ponudom, s nasiljem prema simpatiji, ili s više ili manje svjesnom željom... pacijentica za sebe misli kako bi najbolji lijek za tu njenu nedefiniranu i bolnu nelagodu bilo smanjivanje unosa hrane... Postupno ona smanjuje unos hrane, uz smišljanje izgovora... kroz nekoliko tjedana više nema pretpostavljenog gnušanja nad hranom, već dolazi do odbijanja hrane koje može biti za neodredivo vrijeme produljeno“ (Lasègue 1873; prema MacSween 1995:15).

Ovdje se vidi kako je za konstrukciju anoreksičnog subjekta potencijalno ključna tadašnja (tradicionalna) rodna ideologija, odnosno ideologija ženskih uloga. Takva veza sa „ženskim“ i „ženstvenosti“ poziva na istraživanje povijesnog kontekstualnog okvira, za kojeg ćemo tvrditi da tvori tu vezu, a čemu će se posvetiti pozornost nešto kasnije.

Kroz Lasègueov opis anoreksije („l'anorexie hysterique“) 1873.g. prvi je put pružen uvid u psihološke mehanizme tog stanja. Prepoznavanjem povezanosti nastupa anoreksije s emocionalnim problemima koji su implicitno povezani sa seksualnošću, i za razliku od Gulla čija je želja bila izolirati anoreksiju u zasebnu dijagnostičku kategoriju, Lasègue je anoreksiju shvaćao kao dio šireg fenomena hysterije, u to doba veoma popularne dijagnoze za „označavanje“ mentalnih problema žena. I dok je Gullovo tumačenje uzroka i mehanizama sindroma bilo u općenitim terminima i nedovoljno jasno, Lasègueova

ne misli na skup nepisanih pravila i običaja, već u značenju „psihološki“ i „emocionalno“. „Moralna terapija“ je uvedena kao novi oblik liječenja u mentalnim institucijama, i propagirana je kao humaniji, više društven oblik liječenja, za razliku od dotadašnje prakse „mučenja“ pacijenata, poput puštanja krvi, stavljanja u željezne okove i sl. Takvu promjenu načela može se pratiti kroz Foucaultovo (1980) djelo *Istorija ludila u doba klasicizma*, u kojem se za moralnu terapiju govori kako je to samo nova opresivna tehnologija kontrole, odnosno gdje je moralna, psihička opresija zamijenila onu fizičku.

⁴⁵ Neke sastavnice obiteljskog psihodinamskog i sistemskog pristupa opisane su u jednom od prethodnih poglavlja.

objašnjenja su bila detaljnija. U pokušaju da objasni uzroke samoizgladnjivanja kod mladih pariških djevojaka srednje klase, on je „ušao“ u privatni svijet njihovih obitelji i odnose tih obitelji sa svojim kćerima. Time je Lasègueov osnovni fokus bio unutar onog što se u današnjoj psihijatriji može svrstati pod obiteljsku sistemsku teoriju:

„Ne bi trebalo biti na iznenađenje da uvijek postavljam paralelu između morbidnog [mentalnog] stanja histeričnog subjekta i iznimne brige onih koji ga okružuju. Te dvije okolnosti su duboko povezane, te ćemo dobiti pogrešne uvide o bolesti ako se ograničimo samo na izolirano proučavanje pacijentica“ (Lasègue 1873; prema Brumberg, 1988:128). Lasègueov opis psiho-obiiteljskog konteksta kao osnovnog uzroka za sindrom anoreksije bio je baziran na njegovom iskustvu u vlastitoj pariškoj klinici, gdje se upoznao s buržoaskim obiteljima i njihovim anoreksičnim kćerima. Kao što je prikazala Joan Brumberg (1988), Lasègue je bio prvi liječnik 19. stoljeća koji je napominjao da odbijanje hrane zapravo stvara i oblikuje unutarobiiteljski sukob između djevojke u odrastanju i njenih roditelja. Ukazivao je na karakteristike buržoaskih obitelji u smislu okoline – njihovu ljubav i stavove prema hrani, i ulogu kćeri u adolescenciji unutar tih obitelji, kao ključne za nastup sindroma anoreksije. I sâm pripadnik francuske buržoazije, tradicionalno poznate kao posvećene važnosti kuhinje i umijeća kulinarstva, Lasègue je u svom kliničkom prikazu anoreksičarke i njene obitelji pridavao veliku pažnju hrani i njenim značenjima. Ili kako to Brumberg, uz stanovitu dozu humora, komentira: „trebao je Francuz, uvjeren u raznolike naslade putem tanjura, da sugerira osnovnu vezu između ljubavi i hrane u stvaranju anoreksije“ (Brumberg, 1988:129).

Lasègueova psihosocijalna ideja, koja je temelj njegove analize, proteže se u dva smjera. Prvo, ona pretpostavlja kako „psihopatologija“ anoreksije nastaje unutar konteksta buržoaske obitelji, koja brižno skrbi za svoje dijete i u njega ulaže materijalne i emocionalne napore. Za djecu buržoaskih obitelji u 19.st. može se reći, kao što pokazuje Zelizer u svom utjecajnom radu, da su svojim roditeljima bila „ekonomski bezvrijedna“ ali „emocionalno neizmjerljivo dragocjena“, dok je u radničkim obiteljima bio obrnut slučaj. Tek se na prijelazu iz devetnaestog u dvadeseto stoljeće događa ključna promjena za svu djecu, s napuštanjem kulturnog koncepta „ekonomski korisnog“ prema, dotad samo buržoaskoj klasi svojstvenom, konstruktivnom „emocionalno neprocjenjivog djeteta“ (Zelizer 1985; prema Swedberg 2003:248). Drugi smjer Lasègueove ideje je da je nastanak takve psihopatologije anoreksije utkan u specifičnu važnost hrane za interakciju unutar buržoaske obitelji, odnosno u tom kontekstu je odbijanje hrane zamišljeno kao simptom sukoba u obitelji, jer, prema Lasègueu, jedino se u okruženju (buržoaske obitelji), gdje su ljubav i

hrana zbog njihovog značaja međusobno „stopljeni“, odbijanje hrane vidi kao emocionalno nabijeno ponašanje⁴⁶ (koje onda posljedično „vapi“ za dijagnozom) (Brumberg, 1988).

2.2. Viktorijanski kontekst „otkrića“ anoreksije i problematizacija ženstvenosti

Ovakav gorenavedeni Lasègueov psihosocijalni pristup se ipak ne može odvojiti od logike kulturnih uvjeta unutar kojih se odvijala gorenavedena intenzifikacija odnosa roditelj-dijete, kao i društveno konstruirana podjela između djetinjstva i adolescencije⁴⁷ (u kojoj anoreksija najčešće nastupa). Prema Brumberg (1988), moderne psihopatologije poput anoreksije stvorene su kroz brigu i energiju koje su uložene u buržoaski kćeri, njihovu dugotrajnu ovisnost o roditeljima, a sve popraćeno rastom važnosti hrane u svakodnevnom životu buržoaskih obitelji, slijedom razvoja kojim takve obitelji postaju temeljnom jedinicom dokolice i potrošnje u društvu. Takvo naglašavanje važnosti potrošačkih rituala, poput onih povezanih s hranom, Mennell (1987; u Featherstone, Hepworth i Turner, 1991) smatra dijelom procesa „civiliziranja apetita“⁴⁸, pa je tako, prema Mennellu, do sredine 19. st. „buržoazija nastojala preslikati dvorske modele uglađenog i profinjenog jedenja, što je vjerojatno dalo dodatni zamah pomaku prema većoj delikatnosti i samosuzdržavanju, (Mennell, 1987; u Featherstone, Hepworth i Turner, 1991:144).

Pojava i širenje anoreksije je ujedno rezultat širih, makrostrukturalnih procesa poput sekularizacije, medikalizacije i industrijalizacije, koji su se ubrzano odvijali u 19.st., i s kojima se krhka i subordinirana ženska psiha nije mogla nositi, čime anoreksija postaje psihopatološki predstavnik promjena u sociokulturnim, ekonomskim i slijedom obiteljskim uvjetima tog razdoblja (Brumberg, 1988).

Još jedan skup promjena koje su sekularizacija, medikalizacija i pojava potrošačke kulture poticale bile su promjene u rodnom odnosima i promijenjeni položaj žena unutar ekonomske sfere zapadnih društava. Uslijed industrijalizacije stvara se granica između radnog mjesta i doma, dolazi do promjena u društvenom poretku, a kojih je dio bilo stvaranje odvojenih sfera života, u sklopu kojih se ženama propisivalo majčinstvo i potrošnja, dok su muškarci bili „uzdržavatelji“, te zaduženi za politiku i proizvodnju.

⁴⁶ Upravo se na ovom momentu, unutar već ranije opisanog pristupa obiteljske systemske teorije, zasniva koncept anoreksije kao bolesti cijele (uže) obitelji.

⁴⁷ Kao i anoreksija, adolescencija nije puki univerzalni fenomen već jednako tako povijesno specifična kategorija, a ovisna o specifičnoj društvenoj konstrukciji individualnosti. (Aries, 1973; prema MacSween, 1995)

⁴⁸ Koji je dio sveopćeg civilizirajućeg procesa kojega je ustvrdio Norbert Elias.

Promjene u materijalnim i društvenim uvjetima su imale posebne implikacije za kćeri buržoaskih obitelji. One nisu morale niti trebale pridonositi ekonomskom opstanku obitelji, što je posljedično pridonosilo represiji njihove slobode djelovanja kao i mogućnosti izražavanja njihovih privatnih osjećaja i želja, te im je konačno kao jedini zadatak preostajala priprema za budući brak i rađanje djece. Rezultat tako postavljenih i očekivanih uloga je, prema Brumberg (1988), bio da su te djevojke morale pribjeći neverbalnom izražavanju svog mentalnog nemira, i to kroz hranu, koja je bila jako simboličko sredstvo u viktorijskim buržoaskim obiteljima. Odabir hrane za prikladan simbolički jezik bio je logičan s obzirom na naglasak koji je kultura tog razdoblja pridavala vezi između hrane i ženskog apetita kao simbola seksualnosti i time indikacijom na nemogućnost suzdržavanja (Brumberg, 1988). Mogućnosti djevojaka za samoizražavanjem su bile limitirane brigom roditelja i društvenim konvencijama, a uz to su još ti roditelji, kao uostalom i (obiteljski) liječnici, očekivali od kćeri/djevojaka u adolescenciji da budu oprezne i restriktivne u izboru i količini hrane, zbog poveznica koje je hrana imala „s proždrljivošću i fizičkom ružnoćom“ (Brumberg, 1988: 179). Mlade žene su se tako u potrazi za načinom izražaja kojim bi mogle progovoriti nešto o samima sebi, o vlastitom stanju, koncentrirale na prodorni „jezik“ hrane i tijela. Rezultat svega toga bio je da su neke djevojke postale preokupirane izražavanjem ideala ženske perfekcije i moralne nadmoći kroz negiranje apetita. „Popularnost restrikcija u prehrani i provođenja dijeta, čak i među normalnim djevojkama, sugerira da je u buržoaskom društvu apetit bio (i jest) važan glas u identitetu žene. U ovom kontekstu rođena je moderna anoreksija nervoza“ (Brumberg, 1988:188). Brumberg time pruža ekstenzivnu vezu između tadašnjeg buržoaskog društva te kulture općenito, i pojave i „otkrića“ anoreksije među kćerima buržoaskih obitelji. Pa iako se može raspravljati o točnosti Brumberginog kauzalnog objašnjenja da je anoreksija rezultat psihodinamike buržoaske obitelji, ostaje važna činjenica da niti anoreksija niti „psihološki procesi“ unutar buržoaskih obitelji nisu bili predmet medicinskog promatranja sve do zadnjih desetljeća 19. stoljeća. Unutar ovakvog povijesnog pregleda kojeg zagovara Brumberg (1988) fokusirali smo se prvenstveno na pojavu anoreksije nervoze kao kvalitativno novog oblika već postojećeg samoizgladnjivanja (dotad religijskog karaktera, a koji ćemo prikazati u narednom dijelu rada), odnosno kao izdvojeni psihološki oblik samoizgladnjivanja kod pojedinih žena, i time „nove bolesti“ identificirane od strane medicinskih stručnjaka u kasnom 19. st. Znanstveno „otkriće“ sindroma je dakle, iako tada još ne u potpunosti precizno/točno, bila nužna i objektivna znanstvena reprezentacija opažanja konkretne realnosti anoreksije; znanost i njene metode potrage za istinom se u

takvom okviru onda vide kao neutralna praksa čiji je cilj samo što preciznije i pouzdanije predstaviti realitete koji postoje u (kaotičnom) društvenom svijetu. Ipak, takva esencijalistička interpretacija je tek jedna od više mogućih, te nam drugačiji, konstruktivistički teorijski pogled na stvaranje i rast (medicinskog) znanja može pak pružiti različitu interpretaciju „otkrića“ anoreksije. Prema društveno-konstruktivističkom pogledu stanje anoreksije nije „tamo negdje“ u društvu, kojeg bi znanstvenici potom samo trebali opaziti i opisati, već značenja anoreksije prolaze fenomenološku interpretaciju i potom dobivaju status činjenice tek kroz „filter“ društvene interpretacije.

Sociološki gledano, a posebice uzimajući u obzir rad Michela Foucaulta (1980), pretpostavlja se da psihopatološka stanja ne mogu biti odvojena od opsežnih i dugotrajnih sociokulturnih promjena u ekonomskim, kulturnim i političkim arenama. Slijedom se neke međusobno povezane promjene mogu predstaviti kao ključni kontekstualni referentni okvir za „nastanak“ i „otkriće“ anoreksije nervoze. Takve promjene, uključujući procese medikalizacije i sekularizacije⁴⁹, su popraćene stvaranjem profesionaliziranih domena klasifikacije, poput demografije, statistike i sl., te slijedom promjenama u organizirajućim shemama medicinskih stručnjaka, odnosno konkretnije u rastu moderne psihijatrije (Foucault, 1980) i sve većoj ulozi i prevlasti psihijatrijskog i psihoterapeutskog diskursa. U većoj mjeri kritički i konstruktivistički pristup koji ovakav teorijski kontekst pruža omogućuje pogled na anoreksiju nervozu ne kao odvojenu psihopatologiju (kako to predstavlja Brumberg) već kao socijalni konstrukt nastao i ukorijenjen u strukturu moći kojom dominiraju muškarci.

Na tim je temeljima baziran rad Hepworth i Griffin (1990), koje primjenom diskurzivne analize na tekstovima Gulla i Lasèguea, medicinskih stručnjaka zaslužnih za „otkriće“ anoreksije“, utvrđuju pet korelirajućih vrsta diskursa kroz koje je anoreksija konstruirana kao medicinsko stanje povezano sa ženama i ženstvenosti, odnosno koji su služili da medikaliziraju samoizgladnjivanje unutar hegemonске ideologije koja je predstavila anoreksiju kao tipično žensko stanje, i čime „anoreksija postaje „prirodni“ korolar ženske iracionalnosti“ (Hepworth i Griffin, 1990:321). Tih pet diskursa su sljedeći:

- 1) Diskurs *ženstvenosti* – ovo je centralna diskurzivna jedinica modela „otkrića“ koji koriste Hepworth i Griffin. Reprezentira za to razdoblje (19.st.) uobičajeno uvjerenje u tipičnu iracionalnost i slabost u ženskim ponašanjima, čime se „žene

⁴⁹ Koje Brumberg i navodi kao pojavi anoreksije popratno kauzalne, ali doduše samo u sklopu linearnog progressa društva, bez mreže društvenih utjecaja na „formaciju“ moderne psihijatrije.

i žensko stavlja van domene muževnosti i muškog svijeta“, i time je za žene potrebna moralna regulacija i kontrola (Hepworth i Griffin, 1990:322).

- 2) Zapadnjački *medicinsko znanstveni* diskurs – koji reprezentira tradicionalni empirijski, odijeljeni i racionalistički pogled na znanost, u smislu prakse „čiste“ znanosti.
- 3) *Klinički* diskurs – koji pretpostavlja vezu između otkrića anoreksije kao psihopatološkog entiteta i potrebe znanstvenih opravdanja za snažno zagovaranje društvene i moralne kontrole u postupanjima s populacijom koja se samoizgladnjuje.
- 4) Diskurs *otkrića* – koji usmjerava pažnju na borbu za prestiž između Gulla i Lasèguea kao dva liječnika koji istovremeno pokušavaju izdvojiti anoreksiju nervozu u posebnu kategoriju bolesti.
- 5) Diskurs *histerije* – koji doprinosi pokušajima glavnih medicinskih aktera da uspostave legitimni „uzrok“ anoreksije nervoze u mentalnim ili psihološkim komponentama, s obzirom da organski uzrok nije nađen.

Pogledom u diskurs „ženstvenosti“, prema Hepworth i Griffin (1990), na žene se uvijek gledalo kao na negativni kontrast svemu muškom: žene su predstavljale ono kreativno, emocionalno, devijantno i ludo, u suprotnosti sa racionalnim, logičnim i „znanstvenim“ muškarcem. Diskurs ženstvenosti je bio predstavljen i u Gullovom i u Lasègueovom konceptu anoreksije; oba liječnika su anoreksiju asociirala, kao medicinsko i psihičko („moralno“) stanje, sa ženama i ženstvenosti. Za diskurs ženstvenosti ćemo i inače naglašavati da je ključan, ne samo za „otkriće“ anoreksije, već da ključnu ulogu ima u današnjim/modernim konstrukcijama kao i uzrocima anoreksije i poremećaja hranjenja općenito.

Samoizgladnjivanje je slijedom u drugoj polovici 19. st. bilo definirano unutar tada uobičajenog uvjerenja o „mentalnoj izopačenosti“ (Gull 1874; prema Hepworth i Griffin, 1990:325) mladih žena iz imućnijih obitelji. Kao što smo već naveli, Gull je u svojoj kliničkoj praksi bio prvenstveno fokusiran na te imućne djevojke, te na njihovu psihičku neuravnoteženost. Prema Hepworth i Griffin (1990) postojala je dakle inherentna poveznica između diskursa ženstvenosti (unutar srednje klase) i načina na koji je anoreksija nervozna bila definirana kao odvojena psihopatologija unutar znanstveno-medicinskog diskursa tog razdoblja:

„Kroz temeljenje anoreksije u diskursu ženstvenosti, Gull i Lasègue su uspjeli prezentirati takvu „mentalnu izopačenost“ kao stanje koje se moglo očekivati samo kod mladih žena, koje su konačno bile inherentno iracionalne i emocionalno nestabilne. Takvo objašnjenje je stvorilo bazu za razvoj etiologije anoreksije koje je bilo utjecajno zbog znanstvenog i medicinskog konteksta unutar kojeg je bilo temeljeno, i zbog cijenjenog statusa liječnika kao onih koji su promatrali to stanje. Prema tome, možemo vidjeti stvaranje poimanja o inherentno ženskoj ludosti koja se mogla razviti u konkretne živčane bolesti“ (Hepworth i Griffin, 1990:326).

Time dolazimo do sljedeće dvije vrste ideološkog diskursa koje Hepworth i Griffin analiziraju, onog „medicinsko znanstvenog“ i „kliničkog“. Etiološka i dijagnostička istraživanja anoreksije nervoze su u razdoblju njenog „otkrića“ bila usko povezana s kliničkim načinima liječenja. Gull je, u nedostatku organskih kauzalnih objašnjenja, bio „primoran“ zaključiti da je anoreksija uzrokovana „izopačenošću ega“, što je bio i razlog da jedan od oblika liječenja, osim prisilnog hranjenja (kao striktno medicinske terapije), bude i „kontrola morala“ (Brumberg, 1988:123). Hepworth i Griffin takve prijedloge za „moralnom terapijom“ vide u vezi s cjelokupnim ciljem liječnika da kontroliraju pacijente, a što vide kao integralni dio odnosa liječnik-pacijent, koji omogućuje da „medicinski proces funkcionira relativno lagodno“ (Hepworth i Griffin, 1990:329). Također, do kraja 19.st. razlika između fizičkih lijekova i psihičke terapije još nije bila očita unutar medicinske profesije, i kontrola morala je unutar profesije počela dobivati na pozornosti kao instrument koji liječnici mogu koristiti u novonastalom području „mentalne bolesti“ (Hepworth i Griffin, 1990:330).

Baziran na diskursu znanstvenog znanja, diskurs „otkrića“ se također vidi kao centralan za konstrukciju anoreksije nervoze kao mentalnog stanja, i time dobivanja nezavisnog statusa. Hepworth i Griffin (1990) govore kako je Gull, kroz tvrdnje da je on bio taj koji je „otkrio“ anoreksiju, mogao naglasiti nezavisnu prirodu i ekskluzivnost svog rada, što bi pridonijelo njegovoj karijeri i (daljnjem) prepoznavanju unutar britanske medicinske znanstvene zajednice. Također govore kako je „jaka veza s medicinskom znanosti uspostavljena jer je Gull bio liječnik, unatoč činjenici da je doprinos medicinske znanosti objašnjenju anoreksije nervoze bio minimalan“, zbog pomaka prema psihološkim objašnjenjima sindroma (Hepworth i Griffin, 1990:331).

Konačno, Hepworth i Griffin pokazuju kako je diskurs „histerije“ potpomogao u stvaranju anoreksije kao odvojene patologije, prvenstveno zato što je poveznica između žena, ženstvenosti i histerije imala već utemeljenu povijest, te iz daljnjeg razloga što je poveznica

između histerije i anoreksija bila funkcionalna za zadržavanje psihomedicinskog okvira razmatranja. Tako tvrde kako je u potrazi za uzrokom anoreksije pomak od organskog prema psihološkom bio djelomično posredovan diskursom histerije:

„Histerija je postala lingvistički „kišobran“ za objašnjenja ponašanja žena van njihovog života u domaćinstvu. Moguće je da je anoreksija nervoza ponudila način za objašnjenje uma i njegove veze sa psihosomatskom bolesti. To je omogućilo liječnicima da naglase stanje u smislu da ono ima psihološko (centralno) porijeklo i u tom okviru onda pišu u efektima „mentalnih izopačenosti“.“ (Hepworth i Griffin, 1990:333)

Druge autorice, koje su proučavale povijest i poveznice mentalnih bolesti i žena, govore kako je sinergija medicine, kulture i politike u tom razdoblju bila osobito naglašena kroz kult „ženske invalidnosti“, s krovnom dijagnozom „histerije“, a koja je često bila predstavljana kao manifestacija ženske prirodne sklonosti prema mentalnim problemima (Showalter, 1985; prema Nasser, Baistow i Treasure, 2007:8). Time su mentalni problemi bili ne samo dobrim dijelom poženstvenjeni već je i sama „normalna ženstvenost“ doživjela patologizaciju, s obzirom da se na kategoriju „žena“ često gledalo istoznačno s „nervozna žena“ (Nasser, Baistow i Treasure, 2007), što su zaključci koherentni s diskursom ženstvenosti (i u pratnji ostalih identificiranih diskursa) kod Hepworth i Griffin (1990).

Na fenomen histerije, kao krovne dijagnoze „ženske ludosti“ na prijelazu 19. stoljeća, može biti važno posebno ukazati, s ciljem jačanja feminističkog argumenta kulture, i između ostalog zbog zanimljivih paralela s poremećajima hranjenja: 1. Disproporcionalne pojave histerije i poremećaja hranjenja kod žena u odnosu na muškarce; 2. Kulturne i povijesne situiranosti histerije i poremećaja hranjenja unutar industrijskih društava u posljednjih stotinjak godina.

Tako feministička povjesničarka Carroll Smith-Rosenberg vidi žensku histeriju kao proizašlu iz sukoba spolnih uloga do kojeg dolazi u 19. stoljeću. Opisuje histeričnu ženu (u SAD-u) kao tipično neaktivnu pripadnicu srednje klase, koja je ujedno „proizvod kulture“ i „optužnica kulturi“ (Smith-Rosenberg, 1972; u Gilman et al., 1993:302). Odgojene da budu slabe, ovisne, flertne i neasertivne, mnoge djevojke su konačno odrasle u ženu-dijete, i nisu bile u mogućnosti nositi se s praktičnim i emocionalnim zahtjevima života odraslog pojedinca. Od teškoće i obaveza odraslosti su se branile kroz „regres u djetinjastu hiper ženstvenost histeričarke“ (Smith-Rosenberg, 1972; prema Gilman et al., 1993:303). Suočene sa stvarnim problemima i odgovornošću, te su žene bježale od stresa izborom „bolesne uloge“ kroz koju su ostvarivale trajnu zaštitu i naklonost od strane obitelji. Time se histerija predstavljala kao rješenje za takav ženski sukob između idealiziranih ženskih

uloga i stvarnosti svakodnevice, ili kako to Smith-Rosenberg zorno opisuje u sljedećem citatu:

„Diskontinuitet između uloga mlade žene kojoj je posvećena pažnja i patnje, potrebe osobne žrtve u ulozi žene i majke, realnosti nesretnog braka, samoće i razočaranja u usidjelištvu, sve to je možda učinilo odbojni infantilizam i narcističku samovažnost histeričarke nužnom društvenom alternativom za žene koje su se osjećalo nepošteno zakinite za svoju društvenu ulogu i koje su imale premalo preduvjeta kojim bi se mogle prilagoditi da se za tu ulogu više trude“ (Smith-Rosenberg, 1972; u Gilman et al., 1993:303).

Da se vratimo radu Hepworth i Griffin (1990), njihov društveno-konstruktivistički pristup je jedan od rijetkih koji naglašava kako je stvaranje koncepta anoreksije bilo omeđeno društvenim i medicinskim znanjem i praksama devetnaestog stoljeća, i da koncept ne može biti nekritički primijenjen na samoizgladnjivanje i dijete koje provode mlade žene. Glavni argument koji koriste, odnosno da su medicinske ideje o ženama i ženstvenosti doprinijele „etiketiranju“ sindroma anoreksije kao bolesti, baziran je na makrodruštvenom konceptu patrijarhata – opisanom u diskursu ženstvenosti, te koji ovdje ima moć objašnjenja samoizgladnjivanja kao i njemu pripadajuće medicinsko-psihiatrijske dijagnoze. Hepworth i Griffin vide anoreksiju kao jedan od oblika ženskog otpora patrijarhalnim uvjetima te ujedno govore kako od njih obrađeni tekstovi (Gulla i Lasèguea) iz 19. st. „pružaju malo prostora za poimanje anoreksije kao čina otpora“⁵⁰, također da su snaga i nadmoć medicinsko-znanstvenih i kliničkih diskursa služila depolitizaciji tog pogleda na anoreksiju kao čina otpora, te da bi na anoreksiju trebalo gledati kao na odraz podređenog statusa žena u patrijarhalnom kapitalizmu (Hepworth i Griffin, 1990:335).

Hepworth i Griffin svojim feminističkim i konstruktivističkim pristupom daju zanimljive uvide u kontekst „otkrića“ anoreksije, od čega se diskurs ženstvenosti čini posebno korisnim modelom interpretacije, ujedno prikazujući kako je prevladavajuće znanje o „ženskim bolestima“ u 19. st. bilo duboko ideološko i korišteno da se žene, a pogotovo mlade žene, konstruira kao iracionalne, manjkave, u potrebi za nadzorom, i sklone stanjima kao što je anoreksija. Također, terapija za anoreksičarke koja je predlagana od strane Gulla i Lasèguea odražava pokušaj da se tim ženama kontrolira, odnosno da ih se nadgleda i obuzdava unutar (novostvorene) medicinske domene.

⁵⁰ Opravanost tumačenja anoreksije kao čina otpora i pobune će se kasnije posebno razmotriti (poglavlje 3.6.).

Dosad smo u ovom poglavlju pružili inače općeprihvaćen uvid da su medikalizirani i psihologizirani koncepti samoizgladnjivanja (primjerice kroz poimanje neurotičnog i histeričnog gubitka apetita), nastali 1870-tih. Također smo prikazali neke društvene uvjete 19. st., prvenstveno one vezane uz buržoaske obitelji, a u kojima se anoreksija pojavljivala. Kroz pregled rada Hepworth i Griffin pružen je i drugačiji, kritički pogled na „otkriće anoreksije, i problematizirana je „ženstvenost“ kao srž problema oko fenomena poremećaja hranjenja.

I dok smo time pokrili pregled uvođenja samoizgladnjivanja (tj. anoreksije nervoze) u znanstvenu terminologiju i diskurs, zapravo postoje neslaganja i dileme oko toga kad je uopće osnovni fenomen anoreksije nastao. Taj jaz između „nastanka“ i „otkrića“ anoreksije, odnosno problem anakronističkog tumačenja tipičnog za psihološki model nam zato postaje tema narednog dijela rada.

2.3. Samoizgladnjivanje prije modernog doba – analogija anoreksiji nervozi?

Iako je patologizirani narativ samoizgladnjivanja nastao u zadnjih par desetljeća 19. stoljeća (kao što je gore pokazano), za praksu samoizgladnjivanja se ne može tvrditi da je isključivo moderni fenomen.

Još od 13. stoljeća žene srednjovjekovne Europe su u puno većoj mjeri od muškaraca bile angažirane u praksama suzdržavanja od jedenja, u samoizgladnjivanju i postu, čime su kroz vlastita tijela i hranu komunicirale svoja unutarnja stanja, a za koja nije bilo riječi ili iste nisu bile dopuštene (Brumberg, 1988). Kronike i biografije tog srednjovjekovnog razdoblja dokumentiraju mnoge slučajeve svetica koje gotovo ništa nisu jele ili su tvrdile da ne mogu jesti normalne svakodnevne obroke. Bile su poznate po svojim asketskim praksama i preživljavanju od „duhovnog“, poput molitve, koja je hranila dušu, i euharistije („krv Kristova“) (Brumberg, 1988). Produženi post i gladovanje bili su smatrani oblikom ženskog čuda. Najpoznatija od tih svetica je sv. Katarina Sijenska (1347-1380), za koju je primjerice dokumentirano da je dnevno jela samo malo bilja, a povremeno si je gurala grančice u grlo kako bi povratila hranu koju je bila prisiljena pojesti. Sličan je i primjer sv. Veronike iz 17. st., koja nekad nije tri dana ništa jela ali si je petkom dopuštala da žvače pet sjemenki naranče, u spomen na pet rana Isusovih (Brumberg, 1988). Od 17. st. i 18. st., prakse gladovanja i posta su bile u padu, kao rezultat raspada srednjovjekovne kulture, protestantske reformacije, te pažljivih napora religijskih reformatora da se odrekne dotad

tradicionalnih praksi, poput obožavanja svetaca (Brumberg, 1988). Tijekom reformacije se produljeno suzdržavanje od hrane češće smatralo djelom Sotone (a ne više Boga), pa su žene koje su postile često bile smatrane žrtvama zla koje ih je „zaposjednulo“. Već od 18. st. suzdržavanje od hrane polako postaje medicinskim problemom s organskim uzrokom, te se i tad žene odvrću od asketizma, a postupci (dotad) autonomne ženske svetosti – poput dugotrajnog posta ili izvanrednih s hranom povezanih čuda, dolaze pod povećalo (muškog) klera, te se o njihovoj „istinitosti“ odlučuje kroz skup empirijskih i predvidivih tehnika validacije: „neprestanim motrenjem, računanjem količine unosa hrane, promatranjem i mjerenjem stolice, i vaganjem tijela“ (Brumberg, 1988:48,49). Odricanje od hrane, koje je nekad bilo doživljeno i shvaćeno kao oblik ženske svetosti, u sve se većoj mjeri tad počinje obilježavati kao demonsko i heretično, i čak objašnjavati kao umobolno. Drugim riječima, uslijed pada religijskog autoriteta i jačanja onog znanstvenog i medicinskog, dolazi do preokreta u načinu gledanja na žene koje su se samoizgladnjivale, od statusa svetica prema statusu pacijentica.

Društvena činjenica postojanja goreopisanih svetica koje su karakterizirali gladovanje i post pobudila je pozornost unutar diskursa suvremenih poremećaja hranjenja (Bordo, 1993; Brumberg, 1988; MacSween, 1995), odnosno kultura srednjovjekovnih svetica se predlagala kao referentni okvir za shvaćanje današnjih oblika ženskog samoizgladnjivanja. Međutim, glavno pitanje i točka razilaženja je kakav točno okvir te prakse religijski motiviranog samoizgladnjivanja u prošlim stoljećima pružaju za shvaćanje suvremenog „posta“. Tako dok neki autori zanemaruju društvenu etiologiju anoreksije, te sukladno konvencionalnom shvaćanju naglašavaju sličnost između srednjovjekovnog samoizgladnjivanja, koje je prvenstveno bilo religijski fenomen, i suvremenog „sekularnog“ suzdržavanja od hrane, drugi raspravljaju kako su diskontinuiteti i kontekstualne razlike između tih fenomena puno veće od njihovih sličnosti, odnosno kako je pokušaj uspostavljanja kontinuiteta između danas dijagnostički definiranih sindroma i povijesnih slučajeva samoizgladnjivanja u svojoj biti ahistorijski tj. kako zamagljuje razliku između akcije i značenja samoizgladnjivanja.

Kako napominje Macsween (1995), neki medicinski pisci i povjesničari, poput Rudolpha Bella (1985), tvrde kako su „anoreksia mirabilia“ (čudom nadahnut gubitak apetita) i anoreksija nervoza jednoznačni u smislu da posjeduju psihološku analogiju. Ili kako govori

Brumberg (1988:42): „navode nas da povjerujemo kako su Karen Carpenter⁵¹ i Katarina Sijenska patile od iste bolesti.“ Zagovornici takvog pogleda prisvajaju biomedicinske i psihološke modele anoreksije kao da je točnost etiologije bolesti neupitna, i kao da postoje potpune i provjerljive povijesne studije slučajeva anoreksičnih žena. Dokumentarni dokazi o postojanju sukladnosti između anoreksije mirabilie i anoreksije nervoze se zapravo pokazuju iznimno slabima i ovise o interpretaciji tumača i/ili neuvjerljivim medicinskim dokazima (Brumberg, 1988).

Niz povezanih simptoma, poput gubitka apetita, nejedenja ili prestanka menstruacije, ne moraju nužno ukazivati na anoreksiju nervozu. Iako s obzirom da uslijed prakse kroničnog gladovanja srednjovjekovna asketka i „moderna“ anoreksičarka doživljavaju slična iskustva u biomedicinskom smislu, odnosno obje ih karakterizira činjenica da ne mogu jesti i da im se poremećuju tjelesni procesi, putevi do takvih krajnjih stanja su ipak u velikoj mjeri različiti. Ipak, prema Bellu (1985:xii), Katarina Sijenska i ostale svete poznate po samoizgladnjivanju pokazivale su „načine ponašanja vezane uz anoreksiju“ koji blisko nalikuju modernom poremećaju – anoreksiji nervozu. Tako Bell (1985:20) tvrdi da postoji psihološki (a ne biomedicinski) kontinuitet bolesti kroz stoljeća; anoreksija mirabilia i anoreksija nervoze su po njemu psihološki analogna stanja kod srednjovjekovnih i modernih žena, čime se pretpostavlja da je psihologija žena nepromjenjiva kroz vrijeme. Alternativnu interpretaciju praksi samoizgladnjivanja kod srednjovjekovnih žena koju nudi medievalistica Caroline Bynum (1985) predlaže kako je Bellov pristup usredotočen na samo jedan mali aspekt ponašanja žena u srednjem vijeku, te da takav pristup umanjuje totalitet njihovih iskustava. Prema Bynum (1985), sv. Katarina Sijenska nije samo postila, već je njen život bio ispunjen mnogim samokažnjavanjima i voljnim surovostima, poput samobičevanja (u duhu flagelantskog pokreta), samozadavanja kožnih opeklima uranjanjima u uzavrelu vodu, te spavanja na krevetu od trnja. „Tek su moderni povjesničari odbijanju hrane dodijelili potresno i privilegirano mjesto unutar svetosti srednjovjekovnih žena“ (Bynum, 1985; u Brumberg, 1988:45). Ili kako to navodi Macsween (1995:21): „Uska koncentracija na navike hranjenja Katarine Sijenske prikazuje Bellovu želju da njenu askezu uskladi sa simptomatologijom anoreksije“. Konačno, askeza srednjovjekovnih žena koja je „ušla u legendu“, kao i obrasci samosuzdržavanja i samokažnjavanja, ne pružaju potpunu sliku (Brumberg, 1988). Tek se dosljednim povijesnim razmatranjem mogu

⁵¹ Karen Carpenter (1950-1983) bila je popularna američka pjevačica koja je bolovala od anoreksije, a čija je smrt od posljedica anoreksije i „proslavila“ tu bolest. Do njene smrti anoreksija je bila slabo poznata u široj javnosti, dok se onda događa preokret i anoreksija postaje javno eksponirani problem o kojem se puno piše i govori, a posebno ga se počinje vezati uz svijet slavnih i bogatih žena – „celebritya“.

ozbiljno shvatiti religijske motivacije Katarine Sijenske i drugih „svetih anoreksičarki“, između ostalog zato jer te žene nisu stvorile sistem značenja gdje bi se tijelo smatralo nečistim i transcendencija shvaćala kao realitet, već su to u srednjem vijeku bila društvena značenja, a unutar kojih su bile uokvirene sve vrste asketskih praksi. Objašnjenje asketskog gladovanja koje Bell pruža ne uzima dovoljno u obzir kontekst u kojem to gladovanje nastaje, te je njegovo zagovaranje psihološke analogije s modernim oblikom samoizgladnjivanja ahistorijsko, jer počiva na prihvaćanju univerzalnog procesa psihološkog razvoja ljudi (konkretno žena) nekad i sad.

Mnoge srednjovjekovne žene su govorile o „njihovoj gladi za Bogom i postile su kako bi se gostile na Božjem domjenku“ (Brumberg, 1988:45). Prakse povezane s hranom i religijska simbolika su time bili svjesno međupovezani. Bynum (1985) zorno prikazuje kako su u svijetu srednjovjekovlja žene bile preokupirane jedenjem i ne jedenjem iz razloga što su prakse povezane s hranom pružale osnovni način da izraze religijske ideale patnje. Srednjovjekovna kultura je prema tome promovirala specifični oblik kontrole apetita za žene – anoreksiju mirabilium, koja je simbolizirala kolektivne vrijednosti tog razdoblja.

S druge strane pak, anoreksija nervoza izražava „individualizam našeg vremena“ (Brumberg, 1988:46). Dakle, da bi se pružilo ispravnu povijesnu perspektivu moramo znati ne samo što se događalo, već ujedno što su ti događaji tada značila, jer isti čin nema uvijek istu važnost, a radimo grešku povijesnog anakronizma ako kategorije prošlosti interpretiramo kroz kategorije sadašnjosti. Postojanje ženske tradicije u anoreksiji mirabilium ima doduše određenih implikacija za razumijevanje anoreksije nervoze, ali ipak nam mora biti očito da upravo sociokulturni konteksti potiču kontrolu apetita kod žena, i to iz razloga i svrha koje se međusobno razlikuju ovisno o povijesnom razdoblju. Značenja koja su sadržana u kontroli hrane i tijela se dakle mogu promijeniti i mijenjaju se, i to ne samo povijesno već i rodno uvjetovano. U povijesti zapadne civilizacije su tako, prema Brumberg (1988:46), „bila barem dva razdoblja u kojima su ne jedenje i kontrola apetita bili primjetni aspekti ženskog iskustva; u katolicizmu između 13. i 16. stoljeća, i sada u postindustrijskom dobu. U ranijem razdoblju kontrola je bila povezana s pobožnošću i vjero vanjem; srednjovjekovna asketka je kroz post težila savršenstvu u očima njenog Boga. U modernom dobu ženska kontrola apetita je uklopljena u klasne i rodne obrasce te obiteljske odnose uspostavljene u 19. stoljeću; moderna anoreksičarka teži savršenstvu u uvjetima društvenog ideala fizičke, a ne duhovne ljepote.“

Time postoji nešto zajedničko između ranije postavljene opozicije sv. Katarine Sijenske i Karen Carpenter, a to je korištenje hrane kao simboličkog jezika, međutim bilo bi

neprikladno nazivati prvu anoreksičarkom (u smislu anoreksije nervoze) jednako kao što je neprikladno drugu nazvati sveticom. Ako se predmoderne žene poput Katarine Sijenske opisuju kroz anoreksiju nervozu, time se umanjuje razlike u ženskim iskustvima ovisno o povijesnom razdoblju, te se diskreditira od tih žena tada zamišljen i življen poseban religijski zanos i pokajnička askeza. Inzistiranje da su srednjovjekovne svetece bolovale od anoreksije nervoze ima u konačnici redukcionističke elemente jer se time kompleksnost ljudskog ponašanja pretvara u jednostavni biomedicinski mehanizam, odnosno spajanjem srednjovjekovne askeze i dijagnostičkim kriterijima opisane anoreksije nervoze u potpunosti se negira kulturni kontekst i razlika između samoizgladnjivanjem „stečenog“ statusa svetece (nekad) ili pacijentice (danas).

Konačno, treba ponoviti gore prikazano gledište da je moderna anoreksija tek jedan djelić u dugotrajnoj praksi žena koje su koristile hranu i tijelo kao medije i simbolički jezik. I dok naravno postoji biomedicinski kontinuitet i sličnosti u praksi samoizgladnjivanja kod žena, anoreksija nervoze se ipak u velikoj mjeri razlikuje od anoreksije mirabilie. Ipak, ono što se ovim poglavljem (još jednom) ponovno pokazalo iznimno važno, je da je samoizgladnjivanje današnjice, ono anoreksije nervoze ali i poremećaja hranjenja općenito, nemoguće izdvojiti iz njegove društvene etiologije i društvenog simbolizma.

3. Primjena feminističke teorije za razumijevanje poremećaja hranjenja

Nakon što smo dosad predstavili etiološke modele za poremećaje hranjenja te ponudili povijesni prikaz samoizgladnjivanja, te iako se kroz sva poglavlja proteže nit feminističke kritike informirane za žene na ovaj ili onaj način opresivnom kulturom, još uvijek nismo konkretno predstavili feministički pristup poremećajima hranjenja, kao ni njegove glavne zaključke, te to postaje glavni zadatak ostatka rada.

Feministička teorija je višeslojni i nepatologizirajući pristup razumijevanju kako se, unutar opresivnog okvira kulture, borbe žena s rodnim, rasnim i akulturacijskim nelagodama mogu manifestirati kao problemi vezani s njihovom težinom, navikama hranjenja i nezadovoljstvom tijelom (Akan i Grilo, 1995). Ipak, feministički pristup razumijevanju poremećaja hranjenja nije samo jedan i jedini već je naprotiv široki korpus znanja. Ne

može se tako pričati o jednoj feminističkoj kritici, jer postoji više feminizama i time više feminističkih interpretacija, koje predstavljaju raspon perspektiva unutar kojih su tumačenja poremećaja hranjenja različita, a ponekad čak i sukobljena. Prema Frost (2001:26), te perspektive možemo tradicionalno podijeliti na liberalnu, radikalnu i socijalnu/marksističku misaonu struju feminizma, te dodatno onu recentniju društveno-konstruktivističku, a od kojih su sve ponudile važne analize i uvide o ženama i njihovim tijelima. Dok su u feminističku teoriju uključeni dijelovi biomedicinskih, psiholoških i sociokulturnih pristupa, kao što je uostalom unutar sebe podijeljena u više vrsta (disparatnih) pristupa, ovu teoriju u osnovi karakterizira mogućnost da se izdigne nad pukim tumačenjima preokupiranosti žena hranom i tijelom. Pritom ima za cilj razumijevanje kako žene koriste hranu kao potencijalan mehanizam nošenja s ozbiljnim sukobima i stresom unutar patrijarhalnog društva koje muškarce valorizira u većoj mjeri nego žene. Teorija želi razumjeti teškoće i osjetljivu situaciju žena u njihovom pokušaju (i dojmu nužnosti) da ispune društvene standarde ženstvenosti (poput bivanja mršavima i lijepima), a istovremeno pružajući otpor društveno propisanim ženskim ulogama (poput submisivnosti i inferiornosti muškarcima). Feministkinje/feministi prokazuju da su socijetalne standarde da žene budu lijepe i mršave postavili muškarci, dok žene konačno žele ispuniti te standarde, ne samo da bi ih se smatralo lijepima, već ujedno da u očima suprotnog spola poboljšaju svoj društveni status i društvenu moć. U sklopu toga postoji potreba da se razumiju načini na koje „odredbe“ kulture da se teži idealnom tijelu funkcioniraju kao patrijarhalna regulacija žena te kao izraz i reproduciranje nejednakih rodni odnosa moći. Feminizam tako, umjesto da vidi žene koje imaju poremećaje hranjenja kao dekadentne, egoistično preokupirane sobom, i izgubljene u svom svijetu mode i brojanja kalorija, postavlja za žene ograničeni pristup moći, kako unutar tako i izvan obitelji, te kulturne prakse obespravljanja i opresije kao kontekste koji su plodna podloga za razvoj tih bolesti (Thompson, 1994). Nejednaka raspodjela moći između žena i muškaraca ujedno kod žena jača osjećaj bespomoćnosti, pa se žene mogu osjećati kao da s njima samima nešto intrinzično nije u redu, dok je zapravo kultura ta gdje se srž „ne-reda“ nalazi.

Ukratko, doprinos feminističke/kulturne paradigme možemo sažeti u sljedeće točke (prema Bordo, 1993):

- 1) Stavlja pod sumnju određivanje anoreksije i bulimije kao psihopatologija, te umjesto toga naglašava „naučenu“ dimenziju poremećaja.

- 2) Rekonstruira ulogu kulture, a posebno roda - tako umjesto da te odrednice vidi samo kao okidač ili puko kao da pridonose razvoju poremećaja, feministička paradigma ih tumači kao primarne i one koje zapravo poremećaje hranjenja i proizvode.
- 3) Zalaže se da se faktori koje standardni medicinski model veže uz disfunkciju pojedinca prenamijene u društvene uzroke.
- 4) Propituje kliničku vrijednost dihotomne podjele normativno – patološko u sferi poremećaja hranjenja. To propitivanje izvire iz činjenice da su mnogi faktori koji po dijagnostičkim priručnicima nisu sociokulturni unutar istih konceptualizirani kao „poremećeni načini gledanja“ ili „neodgovarajuće kompenzacijsko ponašanje“⁵² specifični za „patologiju“ anoreksije i/ili bulimije, a zapravo se otkriva da su ti „nesociokulturni“ faktori široko rasprostranjeni kod žena unutar zapadne kulture.

3.1. Početne feminističke teorije o poremećajima hranjenja – uočavanje „nevolje“

Unutar općeg ponovno stvorenog rasta interesa za probleme vezane uz hranjenje tijekom 1970-tih, i feminističke teoretičarke i aktivistice počinju prezentirati svoje teorije o etiologiji i porijeklu tih problema, i time predstavljati ozbiljan izazov dominantnom znanstvenom psiho-medicinskom modelu (Hepworth, 1999). Jedan od ciljeva bio je razbiti rasprostranjenu definiciju poremećaja hranjenja kao iracionalne opsesije i/ili bolesti taštine koja je izmakla kontroli. Te rane feminističke teorije su prvotno naglašavale sociokulturne faktore koji su, kroz psihijatrijsko objašnjenje poremećaja hranjenja, bili medikalizirani. Hilde Bruch (koju smo već spominjali kod prikaza psihoanalitičkog modela), vjerojatno najpoznatija psihoanalitičarka unutar ovog polja, objavila je dvije knjige o poremećajima hranjenja - *Eating disorders: obesity, anorexia nervosa, and the person within* (1973) i *The golden cage: the enigma of anorexia nervosa* (1978), koje su pružile početnu točku za

⁵² Izlistani u DSM kriterijima za anoreksiju i bulimiju.

feminističku teoriju. Bruch (2001) je objašnjavala kako su zamahu u pojavi poremećaja hranjenja doprinijele promjene u reprezentaciji žena u kulturi nakon Drugog svjetskog rata, odnosno promjene vrijednosti povezanih s mršavošću, kao i porast prikazivanja tog novog ideala ženskog tijela putem masovnih medija. Za jačanje i (p)održavanje kulture mršavosti, kao i ohrabrivanje žena da reguliraju veličinu svojih tijela, Bruch (2001) je krivila dijetnu i fitnes industriju. U svojim radovima Bruch objašnjava smisao ponašanja vezanih uz poremećaje hranjenja isključivo kod mladih (u adolescenciji) i imućnijih bjelkinja⁵³, te kako te pojedine mlade žene artikuliraju svoj odnos sa ženstvenošću. Pa iako je Bruch u svoju analizu uključila društvene faktore, ipak nije „raskrstila“ s medicinskim objašnjenjem, zbog zadržavanja psihijatrijskih kategorija anoreksije nervoze i bulimije nervoze, kao i temeljnog principa da su to psihijatrijski poremećaji. Tako je unutar njenog pristupa bilo potrebno tek predočiti društvene faktore koji utječu i djeluju na već formiranu i (vidno) „poremećenu“ osobu, gdje bi se potom, kroz psihoterapiju, tu „nezrelu“ ženu s poremećajem hranjenja moglo usmjeriti da opet povrati svoju ulogu i postane odrasla žena. I dok je ova analiza koju je pružila Bruch bila početak, njeno individualiziranje poremećaja hranjenja je stvorilo kontekst za feministička tumačenja sa snažnijom kritičkom notom. Feminističke teorije koje su uslijedile predlagale su vezu između psihološke „nevolje“ i društvenih, kulturnih i političkih uvjeta žena, te je time fokus stavljen na ponovno promišljanje odnosa psihomedicinskih faktora i društvenih objašnjenja (Hepworth, 1999). Pozornost je usmjerena na raskrinkavanje tobožnjeg „iracionalnog“ ponašanja žena koje su razvile poremećaj hranjenja, i to tako da se p(r)okaže kako su ti poremećaji zapravo logičan ishod prevladavajućih stavova prema ženama i njihovim tijelima, kao i procesa socijalizacije određenih grupa žena u zapadnom društvu, odnosno zauzimajući radikalnu feminističku perspektivu gdje se o poremećajima hranjenja raspravlja kao predmetu povezanom sa pozicijom žena u patrijarhalnoj kulturi. Najutjecajnije među tim feminističkim autoricama bile su Kim Chernin i Susie Orbach, a čija ćemo stajališta o poremećajima hranjenja pobliže razmotriti.

Kim Chernin (1994), slijedeći Freuda, poremećajima hranjenja (konkretnije anoreksiji) pristupa psihoanalitički, proučavajući obiteljske odnose između majki i njihovih anoreksičnih kćeri. Ipak, glavnog i odgovornog „krivca“ za razvoj anoreksije vidi u uvjetima patrijarhata. Chernin to čini, kako ćemo i prikazati, tako da pruža zanimljivu vezu između „tradicionalnih“ majki i njihovih povijesti i „modernih“ kćeri i njihovih budućnosti.

⁵³ Za koje se tada činilo da poremećaji hranjenja gotovo pa isključivo pogađaju.

Za Chernin (1994) je dakle poremećeni odnos koje žene imaju s hranom simbol problematičnog odnosa majke i kćeri koji je ujedno povezan s nerazriješenim problemima koji se događaju u razvoju, odnosno u odrastanju (kćeri). Epidemija poremećaja hranjenja se, prema Chernin, može izravno povezati s identitetom i formiranjem tog identiteta u suvremenom svijetu. Anoreksičarka tako koristi hranu kako bi se „sakrila“ od društvenih teškoća s kojima je sukobljena, točnije nalazi se u vremenu kad žene osporavaju tradicionalne oblike ženstvenosti i rade iskorak u svijet, odnosno kad za žene više ne postoje društvene i političke prepreke i kad one dobivaju društvenu i psihološku slobodu koju dotad nijedna generacija žena nije imala⁵⁴ (Chernin, 1994:16-18).

Centralna postavka Chernininog (1994) rada je definiranje anoreksije nervoze kao krize identiteta u kojoj su žene zbunjene značenjima „oslobođenja žena“ te su kao rezultat iskusile razvojne teškoće. Kako bi objasnila takva svoja shvaćanja poremećaja hranjenja, Chernin kao okvir koristi široko utjecajan rad Betty Friedan, knjigu *The Feminine Mystique* (1963), pa tako ovdje Friedanin „problem bez imena“ (kao osjećaj nezadovoljstva žena baziran na spolnim razlikama) postaje za modernu anoreksičarku problem identiteta. Do autodestruktivnosti oslikane kroz anoreksiju nervozu dakle dolazi kao odgovor na borbu protiv „mistike ženstvenosti“, odnosno kao rezultat nedoumica drugog vala feminizma, kad žene ostaju zbunjene u prognozama za budućnost ženskog roda (Chernin, 1994:20-23). Iako kod Chernin postoji određeni korijen ideje razumijevanja anoreksije nervoze kao simboličnog jezika tijeka kojim žene prema van komuniciraju svoje brige i frustracije, takva konceptualizacija je ovdje još uvijek utemeljena u ideologiji psiholoških modela i disciplina, i shodno se koncept anoreksije nervoze smatra psihološkom manom konkretne individue. Osjećaji koje doživljavaju anoreksičarke, poput onog praznine, gubitka, nemira, zbunjenosti i nezadovoljstva su za Chernin (1994:20-21) rezultat osnovne krize razvoja mlade žene. Poremećaj hranjenja poput anoreksije trenutačno stavlja život u mrtvu točku i prekida razvoj žene na način da se ona povlači iz osnovnih vidova društvenih života i umjesto toga je potpuno koncentrirana na pitanja hrane. Problemi s jedenjem su tako vanjski signali emocijama preplavljene žene koja ne se može prihvatiti uloga ponuđenih joj u okviru modernog života, i to zbog određenih osnovnih nedostataka koji se očituju u njenom razvoju. Chernin (1994:36) tako govori:

⁵⁴ Možemo tvrditi kako ovakve (pret)postavke od strane Chernin zanemaruju kompleksnost povijesti žena, jednako kao što je upitno govoriti kako su žene u 1980-tima, kad Chernin i objavljuje svoje knjige, bile prva generacija žena koja je ušla u svijet rada i time uspjela pobjeći od dotad ograničenih izbora koje je pružala privatna sfera. Iako je to bilo važno za napomenuti, ujedno nam se čini da ovakva kritika ne umanjuje snagu argumenata o poremećajima hranjenja koje Chernin daje.

„Poremećaji hranjenja izražavaju naše nesigurnosti, našu zakopanu bol, našu neispovjedenu nedoumicu oko identiteta. Dosad smo, u našoj borbi za oslobođenje, postale žene odjevene u muško ruho i nismo nikako još postale žene zaodjenute punim potencijalom ženskog bića.“

Maskiran u preokupiranost hranom, jedenjem i tjelovježbom, zapravo je riječ o dominantnom kulturom nametnutom otporu da se postane i bude pravom ženom, a koji očituje problem sa stvaranjem i održavanjem ženskog identiteta. Korijen tog problema i njegove veze s poremećajima hranjenja kod mladih žena je, prema Chernin (1994), u razvojnoj krizi baziranoj na sukobu između majki i njihovih kćeri. Srž tog sukoba Chernin nalazi u razlikama životnih prilika majke i kćeri, pa se tako u oštrm kontrastu nalazi životna budućnost kćeri, potencijalno ispunjena novim i boljim prilikama zbog političkih i društvenih proboja koje je napravio drugi val feminizma, i u nedostatku tih prilika neispunjen život njene majke. Slijedom kćeri imaju osjećaj krivnje zbog mogućnosti da u životu nadiđu svoje majke, a čemu posreduju i novi ženski uzori (uslijed novog boljeg položaja žena i medijskih ženskih ličnosti) kojima kćeri teže a koje njihove majke nisu imale, čime je njihov razvoj ujedno bio limitiran. Kroz usporedbu koje kćeri rade između tih ženskih uzora i svojih majki, očita im je suprotstavljenost tih dvaju prizora, te to dovodi do problema s hranom. Ili kako Chernin kaže, „slika debele majke koja se skriva kod kuće, žrtvovanje koncepciji majčinstva ranije generacije i prikladnoj ženskoj sudbini“ je viđenje koje kod kćeri dominira (Chernin, 1994:45). Žene (kćeri) koje razviju anoreksiju čine to kako bi zaustavile svoj razvoj i time osigurale da ne nadiđu svoje majke. Sukob majke i kćeri je, prema Chernin (1994:88) ujedno prožet srdžbom majke, s obzirom da u sebi posjeduje ljutnju što je svoj život žrtvovala za svoju kćer i time joj je bilo suđeno voditi neispunjen život majke i kućanice. Kćer je onda, kako ulazi u razdoblje adolescencije i priprema se da uđe u javnu sferu, a koja nije bila dostupna generaciji njene majke, svjesna i u strahu od takve majčine srdžbe i zavisti. Odgovor kćeri se, kako bi izbjegla majčinu zavist i srdžbu i kao odgovor na njihov općeniti sukob, nalazi u povlačenju od daljnjeg vlastitog razvoja, i to kroz samoizgladnjivanje.

„Opsjednutost hranom se pojavljuje kako bi potreba, bijes, i nasilje u vezi majka-kćer mogli biti odigrani u simboličkom obliku koji bi poštedio majku. To je osnovna ideja koju moramo prihvatiti ako uzmemo u obzir razloge zbog kojih opsjednutost hranom ima tako čvrsti stisak prilikom samorazvoja“ (Chernin, 1994:130)

Voljno samoizgladnjivanje je prema tome čin regresije razvoja i pokušaj da se razriješi sukob majke i kćeri koji nastaje zbog proturječnosti između majčinog neispunjenog života i

prilika koje se pružaju njenoj kćeri. Chernin (1994:xxii) tako koristi termin „čvor gladi“ (engl. „hunger knot“), koji predstavlja probleme neuspješnog ženskog razvoja, straha i krivnje koje kćer osjeća zbog želje da nadvlada svoju majku. Anoreksija nervoza je potom sredstvo kojim djevojke mogu „prisvojiti“ izgled muškog tijela i time izbjeći sigurnu sudbinu koje su doživjele njihove majke. Chernin time svoju analizu anoreksije bazira na bliskom odnosu i vezivanju majke i kćeri, ali ujedno odnosu obilježenim njihovim međusobnim sukobom, zbog njegove vremenske smještenosti u razdoblje generacijske smjene koje su „moderne“ kćeri dio, odnosno kojima se pružaju nove i bolje prilike, a koje njihove majke, u razdoblju prije drugog svjetskog rata, u drugačijim društveno-povijesnim uvjetima, odnosno u snažnijim „okovima patrijarhata“, nisu mogle imati.

Analiza poremećaja hranjenja koju Chernin pruža, uz određenu istragu sociokulturnog identiteta žena, građenjem poveznica između uspjeha drugog vala feminizma⁵⁵ i refleksije patrijarhata u „kondicioniranim“ majkama, iako veoma zanimljiva, možemo reći da je previše temeljena na psihoanalitičkom pristupu i time previše fokusirana na sukob majke i kćeri, usputno kojeg smatra i tom odnosu inherentnim. Chernin ne uviđa patrijarhalnu kontrolu nad ženskim tijelima te nedovoljno razmatra činjenicu subordinirane pozicije žena u patrijarhalnom društvu, i to na ideološkoj, političkoj i ekonomskoj razini, i time ujedno simplificira i/ili ignorira multiplicitet opresije nad ženama i svih teškoća koje iz nje izvire, a gdje su poremećaji hranjenja samo jedan u „širokom izboru“ odgovora na te teškoće.

Susie Orbach se u svojoj analizi poremećaja hranjenja puno više posvetila gorenavedenim, od strane Chernin, zanemarenim aspektima.

U svojoj knjizi *Hunger Strike*⁵⁶, Orbach (2005) pokušava objasniti anoreksiju nervozu kroz povezivanje psihologije i nekih stanovišta teorije društvenog konstruktivizma. Anoreksija je tako za Orbach (2005) jezik kojim žene komuniciraju svoj prosvjed protiv uvjeta bivanja ženom u patrijarhalnoj kulturi, i unutar koje nisu u mogućnosti artikulirati svoj otpor. Viđenje anoreksije nervoze kao „štrajk glađu“⁵⁷ otvara fenomenu poremećaja hranjenja put u političku sferu, u čijem kontekstu se voljno samoizgladnjivanje onda može promatrati kao aktivan i osnažujući čin (Orbach, 2005:83). S druge strane, ako se zagovara dihotomija između politički motiviranog štrajka glađu i anoreksije nervoze, radi se neprimjetnom

⁵⁵ Doduše, u Chernininom predstavljanju drugog vala feminizma dobiva se dojam „konačne pobjede“ žena, a koja to sigurno nije bila.

⁵⁶ Knjiga je prvi put izdana 1986.g.

⁵⁷ Engl. „hunger strike“, što je ujedno i naziv Orbachine knjige.

ujedno politička priroda prosvjeda kroz anoreksiju i stvara se „hijerarhija“ u nivoima prosvjeda:

„Cilj anoreksičarke nema manji imperativ od onog otvoreno političkog koji ima štrajkaš gladu. Zalaganje u njenom angažmanu je jednako intenzivno. Politički zatvorenik koji se upušta u štrajk gladu čini to kako bi privukao pozornost na nepravdu njenog ili njegovog zatvaranja i pravednost njenog ili njegovog cilja. U štrajku gladu anoreksičarke te iste teme odjekuju. Njeno samoodricanje je u svom efektu prosvjed protiv pravila koja strogo ograničavaju život žene, ono je zahtjev da ona ima apsolutno pravo na svoje postojanje“ (Orbach, 2005:88).

Dakle time anoreksičarka pasivno zahtijeva da je se vidi i čuje „koristeći“ ista sredstva kao i štrajkaš gladu. Samoizgladnjivanje je u oba slučaja intenzivno, s obzirom da privlači pozornost na nepravdu s kojom je suočen ona ili onaj koji gladije. Dok vidimo kako je o oba slučaja prosvjed sličan a sredstva ista, ono što za Orbach (2005) razlikuje anoreksičarku od štrajkaša gladu su uzroci njihovog samoizgladnjivanja.

Jedan od sociopolitičkih uzroka je zamah u razvoju konzumerističkog društva nakon Drugog svjetskog rata. Prema Orbach (2005), oslanjajući se na teorijske uvide marksizma, rast konzumerizma u zapadnim kulturama od sredine 20. st. imao je duboki utjecaj na žensku seksualnost i žensko tijelo. To se događa unutar okvira konzumerizmu svojstvenog sveopćeg otuđenja od tijela gdje se ista više toliko ne smatraju kao da pridonose fizičkoj proizvodnji već se na njih gleda kao na instrumente aktivne potrošnje. Tijela žena se onda u tom kontekstu koriste za reklamiranje i prodaju komercijalnih proizvoda, a što žene odvaja od njihove vlastite seksualnosti i povezuje ženska tijela i seksualnost s tržišnom robom i proizvodnjom. Iz tog proizlazi da žene svoja tijela vide kao robu i objektiviraju ih kao robu, odnosno koriste ih kao instrument odnošenja s društvom.

„Konzumerističko društvo u kojem ženska tijela obavljaju ključnu funkciju humaniziranja ostalih proizvoda, a dok su sama predstavljena kao krajnja roba, stvara za žene svakakve vrste problema sa „slikom tijela“⁵⁸, kako na razini iskrivljenja pogleda o svojim tijelima i tijelima drugih tako i u odvajanju od svojih tijela“ (Orbach, 2005:17; navodnici dodani). Orbach (2005), izdvaja dva načina kako žene utvrđuju i prepoznaju svoja tijela, a koji su u međusobnoj interakciji:

⁵⁸ U originalnom engleskom tekstu „body-image“.

- 1) kroz usporedbu sa prikazima žena u popularnoj kulturi (putem masovnih medija), što se odvija kao rezultat gorenavedenog konzumerističkog društva koje komodificira ženska tijela i seksualnost u svrhu prodaje proizvoda i potrošnje
- 2) kroz iskustvo odrastanja – kad djeca unutar obitelji uče okvire svoje buduće društvene uloge, usvajaju uvriježene koncepcije muževnosti i ženstvenosti, a ženskoj se djeci „prenosi“ inferiorna psihologija žena.

Ad 2) se nužno temelji na roditeljstvu, pa do promjena kako žene shvaćaju svoje tijelo, i posljedičnih problema u odnosu sa svojim tijelom, gdje su poremećaji hranjenja ekstremni primjer, dolazi, prema Orbach (2005), kao rezultat pritisaka u promjenama stilova roditeljstva i povezanim promjenama u životima i životnim ulogama žena nakon Drugog svjetskog rata. Od početka druge polovice 20. st dolazi do promjena u shvaćanjima roditeljstva, a koje su imale utjecaj na psihologiju djece, prvenstveno iz razloga što je u tom razdoblju „strukturu roditeljstva karakterizirala vrsta nesigurnosti“, sa svojim uzrokom u dubljim i brzim općedruštvenim promjenama koje su se tada događale. Anoreksija onda postaje ekstreman ali i razumljiv odgovor na te promjene u roditeljstvu (konkretno majčinske uloge), ona simbolizira potragu za sigurnošću i redom u razdoblju društvenog meteža (Orbach, 2005:17).

Dok se tijekom Drugog svjetskog rata, u nedostatku muške radne snage, žene poticalo na i bile su potrebne za rad u tvornicama i u ratnoj industriji, nakon završetka rata dolazi do vraćanja na prijašnje uvjete, pa se žene ohrabruje i šalje im se poruka da se vrate u kuću, u „svoju“ privatnu sferu, a majčinstvo kao profesija, odnosno djeca kao isključivo njihova nadležnost, i „držanje kuće na okupu“ se uzdižu kao prava, „prirodna“ i biološki uvjetovana ženska uloga, koju su uvjeti rata samo nakratko promijenili. Takav nagli preokret je sa sobom nosio i emocionalnu cijenu, pa su žene koje su iz ekonomske nužnosti morale nastaviti raditi bile suočene s osjećajem krivnje da zbog obaveze rada ne mogu ujedno biti dobre majke. Za vrijeme i u uvjetima rata snažne i sposobne žene se tako ponovno otprema u svijet domaćinstva i brige oko obitelji, ekonomski su zavisne od i podložne svojim muževima i s ulogom puke potpore u muževoj poslovnoj karijeri. Bio je to svijet žena i njihovih ograničavajućih, razočaravajućih i frustrirajućih životnih sudbina do sredine 1960-tih, a koje Betty Friedan živopisno oslikava u svojoj knjizi *The Feminine Mystique* (Orbach, 2005).

Situacija se od tada mijenja, poglavito kroz djelovanje Pokreta za oslobođenje žena, krajem 1960-tih i u 1970-tima, pod upitnik se stavljaju dotadašnje kategorije ženskog iskustva i osmišljavaju nove. Za mnoge žene takvi napori se manifestiraju u promjenama na bolje,

kako u kući i odnosima u domaćinstvu, tako i u većim šansama za bolje i više obrazovanje, i nove prilike u svijetu rada, u smislu otvaranja javne sfere za žene u većoj mjeri nego dotad. Ipak, u okviru roditeljstva žene su same sebe još uvijek smatrale primarno odgovornima za skrb i odgoj djece. A tada se, u za žene promijenjenim uvjetima i okolnostima, javljaju i novi i neočekivani, komplicirani osjećaji, osjećaji krivnje i zbunjenosti spojeni s osjećajem oslobođenja i većeg samopoštovanja⁵⁹. Ti osjećaji koje žena ima, te još bolje prilike koje u budućnosti vidi za svoju djecu imaju svoj obol u odnosu majke i djeteta i slijedom u djetetovom psihološkom razvoju (Orbach, 2005).

Tako Orbach (2005), poput Chernin, primarni faktor u razvoju anoreksije nervoze vidi upravo u odnosu majke i kćeri. Za razliku od Chernin, Orbach taj primarni faktor ne temelji toliko na (frojdijanskom) psihoanalitičkom proučavanju odnosa majke i kćeri već na proučavanju odgoja (majčinstva) kroz teoriju objektnih odnosa (naglasak na ranom emocionalnom razvoju), odnosa u konačnici ukorijenjenog u patrijarhalnim društvenim odnosima s konzumerističkim koncepcijama ženskog tijela.

Majke su isključivo odgovorne za stvaranje rodnog identiteta kod djece jer „majka usmjerava razvoj svog djeteta po rodu prikladnim načinima, ujedno na razini socijalizacije i u smislu formiranja psihičke strukture. Taj društveni zahtjev ima ozbiljni utjecaj na odnos majka-kćer“ (Orbach, 2005:23). Time se pretpostavlja kako je majka prihvatila svoju situaciju u patrijarhalnoj kulturi, te svoju kćer (kćeri) odgaja da prihvati podređeni status. Orbach različit odnos koje majke imaju prema svojoj djeci (već) u najranijem stadiju njihovog života (između šest mjeseci i tri godine starosti) pokazuje na primjeru učenja penjanja uz stepenice. Tako dok majka svoje muško dijete ohrabruje da se popne (jer se, sukladno društvenom viđenju, muškarac i „treba“ upoznati s fizičkom „avanturou“), za svoje žensko dijete pokazuje veliki strah i paniku (jer bi djevojke općenito trebale ograničavati svoju tjelesnost). Takvo, od strane majke, nepoticanje inicijative koje ženska djeca pokazuju onemogućuje toj djeci da se psihološki odvoje (Orbach 2005:26). Majke dakle prigušuju buduću nadu svojih kćeri za autonomijom, a kćeri postaju anoreksične kako bi ukazale na ambivalentan odnos prema fizičkim i emocionalnim potrebama koje je naučila od svoje majke.

Orbach smatra kako su do razdoblja adolescencije mlade žene već razvile takvu psihologiju ženstvenosti koja potom postaje okvir za probleme žena s hranom i jedenjem te probleme s doživljajem slike vlastitog tijela. „Uspješan“ razvoj ženstvenosti kod mladih žena je

⁵⁹ Što je razmišljanje dijelom paralelno s opisima koje daje Chernin.

uvjetovan s tri osnovna zahtjeva patrijarhalnog društva: popustljivost prema drugima, anticipacija i ispunjavanje potreba drugih, i uspostava definicije o sebi kroz povezivanje/uspoređivanje s drugom (Orbach, 2005: 23).

Žensku djecu se time ohrabruje da im raspon ponašanja karakterizira ovisnost i poslušnost (primjerice da se pretvaraju kako ne znaju promijeniti žarulju, čime i taj mali primjer svjedoči ideologiji muške nadmoćne snage i ženske slabosti), također navodi ih se da svoje vlastite želje preusmjeravaju u brigu za druge, čime u dubinu sebe zatomljavaju svoje neispunjene potrebe, njihova psihologija je obilježena osjećajima da nešto nije u redu, odnosno da se ne osjećaju dobro same sa sobom (kako se osjećaju i njihove majki koje kroz majčinstvo onda omogućuju da njihove kćeri razviju takav tip psihologije). Stalno tražeći (psihološki) izlaz, odobravanje od strane drugih privremeno utišava nelagodne osjećaje unutar njih (Orbach, 2005). U razdoblju adolescencije, kroz majčinstvo usvojenih goreopisanih problematičnih atributa rodne osobnosti iz ranijih razdoblja razvoja, ti problemi ponovno izlaze na površinu, i to u novom i dramatičnom obliku. Borba za identitet različit od obitelji vodi se na labavim temeljima, u sukobu želje da se ostane u psihičkom ambijentu zaštite (obitelj) i želje za odvajanjem i autonomijom (odrastanje). Prema Orbach (2005), nesigurnost koju adolescentica osjeća, njen strah od odvajanja od obitelji, te želja za prihvaćanjem u okruženju vršnjaka (kao novo okruženje unutar kojeg se djeca kritički međusobno procjenjuju), u djevojkama stvaraju neodoljivu potrebu za konformiranjem. Sve je to još popraćeno brzim i snažnim fizičkim promjenama koje još više mogu poljuljati u adolescentice ionako slabe psihičke temelje. Odnos majke i kćeri u adolescenciji ne gubi na intenzitetu niti ambivalenciji. Mnoge majke, uz prijetnju seksualnosti koje njihove kćeri razvijaju, nisu sposobne pozdraviti te tjelesne promjene (Orbach, 2005). Njihove kćeri tako traže potvrdu i razumijevanje izvan obitelji, među prijateljicama i „teen“ časopisima, pritom se susrećući sa savjetom da se rješenje adolescentske krize nalazi u provođenjima dijete i kontroli težine, kao „ulaznica“ u svijet tinejdžerstva. Time se psihičkoj nesigurnosti iz ranijeg razdoblja, a prenesenoj u adolescenciju, „obraćaju kroz modernu panaceju – dijete i kontrolu“ (Orbach, 2005:27). Na strah od želja, zatim na konstantne odnose s drugima i brigu o njima, i na korištenje ženskog tijela i seksualnosti kao robe se odgovara kroz kontroliranu dijete. Tijelo se vidi kao nešto što se može (i mora) kontrolirati. To proizlazi iz tog što mlade žene uče odvojiti sebe od svojih tijela, odnosno nastavljaju kulturno naslijeđe opozicije uma i tijela. Uvjete za takav nastavak vidimo, prema Orbach (2005), u faktorima iskustva odrastanja (tj. odnos majka-kćer) i u proturječnim prikaza tijelima u popularnoj kulturi, te su ti uvjeti u

međusobnoj interakciji. Vežano uz popularnu kulturu dodajmo još da mršavost, prema Orbach (2005:57), ima simboličku prirodu, ona je „još jedna od preoblikovanih mizoginih tendencija koje žive u kulturi“ i napad na sâmo žensko tijelo.

Konačno, Orbach (2005) vidi anoreksiju nervozu kao oblik predstavljanja tijela kojim žena nesvjesno ali ciljano pokušava osporiti tradicionalna poimanja o mršavosti, ženama i ženstvenosti. Ta ekstremna reakcija očitovana u anoreksiji proizlazi iz „iznimne osjetljivosti na kulturom odobrene poruke o fizičkoj ženstvenosti“ (Orbach, 2005:129). Razlog zašto te žene reagiraju voljnim samoizgladnjivanjem je u njihovom posebno osjetljivom unutarnjem biću, a za koje osjećaju da ga moraju sakriti. Do njihovog lagodnog odvajanja tijekom adolescencije ne može doći, s obzirom na od strane majke neispunjenih potreba koje su te žene imale u najranijoj fazi života, onoj ranog emocionalnog razvoja. Prema Orbach (2005), ta činjenica, kombinirana s gorenavedenom nužnosti da se sakrije manama obilježeno unutarnje biće, stvara anoreksiju nervozu. Cjelokupni kontekst tako stvorene „oštećene“ ženske psihologije i konstruirane ženstvenosti Orbach nalazi u patrijarhalnom i za žene opresivnom društvu, pa tako i borbu anoreksičarke, njen štrajk glađu, vidi kao „metaforu našeg doba“⁶⁰.

Susie Orbach je u velikoj mjeri pridonijela feminističkim tumačenjima problema žena s izgledom njihovih tijela i problema s hranom, kako općenito tako i u obliku poremećaja hranjenja (anoreksije).

Njen rad je bio važan za uspostavljanje arene tijela kao legitimnog područja od političkog zanimanja. Takav politički pogled na ženska tijela onda postaje moguće primijeniti na shvaćanja o ženskoj seksualnosti, ljepoti i ženstvenosti. Orbach je osporila dotadašnju „naturaliziranu“ prirodu tih diskursa, stavljajući ih u društvenopolitički kontekst. Anoreksija je za Orbach ekstrem unutar kontinuuma preokupiranosti tijelom na kojem se sve žene zapravo nalaze, i u smislu kojeg su u različitom stupnju ranjive na zahtjeve dominantnih normi ženskosti, koje su društveno konstruirane i opresivne prema ženama sâmim. Međutim, kao jedan od glavnih nedostataka Orbachinog rada može se izdvojiti implicitna teorija moći, u obliku „krivnje“ koju snose muškarci i patrijarhat za poziciju žena. Takvo poimanje moći „odozgora“ i uvijek (samo) represivne, nalazi svoju kritiku u kasnijim feminističkim teorijama koje na plodan način koriste Foucaultovo viđenje i analizu moći i tijela, a što će biti raspravljano u narednom poglavlju.

⁶⁰ Kako i govori dio naslova Orbachine knjige.

Konačno da rezimiramo i ponovimo, rane feminističke teorije vezane uz poremećaje hranjenja, čije smo primjere pružili iz rada Chernin i Orbach, imaju važnost u tom što su ukazale na ignoriranje primarne uloge roda u poremećajima hranjenja, a koje je radio psihijatrijski diskurs, čime se nastavlja tendencija medikalizacije (u obliku individualne patologije) ženskih odgovora i otpora društvenokulturnim uvjetima. Kroz uvođenje seksualne politike u raspravu, analizu društvenih odnosa u zapadnih kulturama, i inzistiranje da se čuju glasovi i iskustva žena koje su imale poremećaj hranjenja, te feminističke autorice su uspjele pružiti utjecajnu kritiku patrijarhalnoj psihijatrijskoj kontroli nad ženskim životima.

3.2. Društveno konstruirano tijelo – nužan teorijski doprinos

U ranijem poglavlju, proučavajući rad Chernin i Orbach, vidjeli smo kako se poremećaje hranjenja, poglavito anoreksiju, najbolje može shvatiti kao pokušaj da se, na razini tijela, naglase proturječna očekivanja koje kultura nalaže ženama, kao i da time poremećaje hranjenja treba analizirati u kontekstu značenja tijela. Načini na koje percipiramo sebe i svoja tijela, odnosno značenja kroz koja ih razumijemo, su konstruirana kulturom. Ta značenja su ujedno i povijesna te možemo reći kako unutar sebe sadrže osnovne kategorizacije kulture unutar koje se nalaze.

Tako postavljena, sociokulturno/feministički informirana analiza poremećaja hranjenja zahtijeva teorijsku konceptualizaciju tijela kao socijalno konstruiranog. Baziran na premisi da tijelo nije generator već upravo receptor društvenih značenja⁶¹, socijalni konstruktivizam (u općenitom, krovnom obliku terminu) vidi tijelo kao na određeni način formirano, ograničeno te čak smišljeno kroz društvo (Shilling, 1993). Društveno-konstruktivističkim gledištima je zajedničko njihovo protivljenje ideji da se tijelo može prikladno analizirati samo na razini biološkog fenomena, te naprotiv zagovaraju da su osobine i značenja pridana tijelu proizvod društva.

Tako primjerice Mary Douglas (1966, 1970; prema Shilling, 1993) razvija ideju tijela kao receptora društvenog značenja i tijela kao simbola društva, tvrdeći kako je ljudsko tijelo najdostupniji prikaz društvenog sistema, te da se ideje o ljudskom tijelu blisko podudaraju s prevladavajućim idejama o društvu. Tijelo je time moćan simbolički oblik, i podloga na

⁶¹ Što je premisa suprotna od one koje zauzima naturalistički pristup tijelu, gdje moć biološkog tijela generira društvene, političke i ekonomske odnose.

koju se upisuju osnovna pravila i hijerarhije unutar kulture, te kroz konkretan jezik tijela i učvršćuju (Douglas, 1966; prema Bordo, 1993:165).

Potencijalno u najvećoj mjeri radikalan te najutjecajniji društveno-konstruktivistički pristup je onaj Michela Foucaulta, koji tijelo, za razliku od Douglas, vidi kao nešto puno više od receptora društvenih značenja. Za Foucaulta se tijelu kroz diskurs ne daju samo značenja, već ga diskurs u potpunosti konstituira. Slijedom tijelo nestaje kao biološki entitet i postaje socijalno konstruirani proizvod, beskonačno promjenjiv (tj. podložan modifikacijama), i visoko nestabilan. Utjecaj Foucaultovog rada se smatra toliko snažnim da se može opravdano govoriti o fukoovskom pristupu tijelu (Shilling, 1993).

3.2.1. Viđenje tijela kroz rad Michela Foucaulta – alat daljnje feminističke kritike fenomena poremećaja hranjenja

U Foucaultovom radu, a drugačije impliciranog u radu Orbach i ostalih ranih feminističkih pristupa, tijelo je proizvedeno kroz moć. Foucaultov koncept tijela ide dalje od onog ranih feminističkih pogleda, pa tako dok Orbach i dalje konceptualizira tijelo kao „prirodno“ a nadograđeno društvenim, u fukoovskom viđenju tijelo je temeljito društveno i stvoreno kroz moć/diskurs. Suprotno od dominantnog kartezijskog viđenja tijela kao pukog „udomitelja“ (povlaštene) svijesti (Shilling, 1993), Foucault tijelo zamišlja kao konkretan oblik koje je fokus materijalnih snaga odnosa moći. Tako formulirano, tijelo je *lokus* praktične kontrole kulture. Diskurzivne (društvene) prakse koje djeluju na (i kroz) tijelo imaju disciplinarne učinke koji nas konstituiraju kao subjekte (Foucault, 1991).

Kroz dnevne životne prakse, tijela postaju poslušna, „docilna“ tijela podvrgnuta vanjskoj regulaciji, različitim oblicima transformacije, samonadgledanju i samopoboljšanju (Foucault, 1991). „Docilna“ tijela su tako podvrgnuta disciplinarnim snagama društvene kontrole povezane s određenim institucionalnim kontekstom; kroz kontinuiranu i strogu kontrolu nad tijelom ona se od strane subjekta internalizira, što vodi u stalno stanje samonadgledanja (Foucault, 1991). Arhitekturni primjer za svoju teoriju Foucault (1991) nalazi u Benthamovom projektu zatvora – Panoptikonu, koji je bio (kružno) organiziran na način da je, zbog kompleksno osmišljene konstrukcije, svaki zatvorenik mogao biti nadgledan a da nijedan ne zna da li ga se nadgleda ili ne. Panoptikon je zapravo metafora modernih disciplinarnih društva i njihove prožimajuće tendencije za promatranjem i normalizacijom.

Foucaultovu teoriju panoptičkog pogleda se unutar feminističke teorije može potencijalno direktno primijeniti na regulaciju ženskog izgleda unutar društva, s obzirom da žene osjećaju potrebu da reguliraju svoj vlastiti izgled zbog uvjerenja da ih se stalno promatra i sudi od strane drugih u društvu, čime se kroz samonadgledanje, i samopopravljanje prema dominantnoj normi, ujedno i perpetuira dominantni ideal ljepote (Bordo, 1993).

Ideja „norme“ se nalazi u srži tog nadzora, ona uspostavlja što je „normalno“ i ljude klasificira u odnosu na tu normu; norme služe kao modeli kroz koje se pojedinac stalno prosuđuje, mjeri, disciplinira i popravlja sebe. Normalizacija se, prema Bordo (1993), može razumjeti kao oblik akulturacije koji djeluje kroz uspostavljanje standarda, odnosno normi, preko kojih pojedinci mjere, prosuđuju, discipliniraju i „ispravljaju“ svoja ponašanja i fizički izgled. Disciplina normalizacije je važan pojam u gledanju kako žene vide svoja tijela i ključan za djelovanje moći, te pruža način da se shvati kako žene reguliraju svoje ponašanje na posebne, te često za njih opresivne, načine. Može djelovati kroz suptilna sredstva, poput onog „pogleda“ (engl. „gaze“):

„Nema potrebe za oružjem, fizičkim nasiljem, materijalnim ograničenjima. Samo pogled. Pogled koji nadgleda, pogled pod čijom će ga težinom svaki pojedinac na kraju interiorizirati do te točke da on postaje svoj vlastiti nadzornik, čime svaki pojedinac prakticira nadgledanje nad sobom i protiv sebe“ (Foucault, 1977:155; u Bordo, 1993:27). Moderni oblik moći (za razliku od prijašnje suverene) tako ujedno stvara i normalizira tijela kroz načine koji služe u svrhu trenutačnih društvenih odnosa dominacije i podređenosti. Ipak, kao što se može zaključiti iz gorenavedenog, ta moderna moć nije autoritativna niti orkestrirana (u smislu teorija urote). Takvo viđenje moći je konceptualni odmak od onog kako Orbach (2005) zamišlja patrijarhalnu moć i dominaciju, jer ovdje moć nije u posjedu pojedinaca ili grupa, nije nešto što ljudi „imaju“, već se vidi kao dinamika ili mreža necentraliziranih sila. Te sile doduše nisu nasumično distribuirane, već uobličene u određenim povijesnim oblicima, unutar kojih neke grupe i ideologije uistinu ostvaruju dominaciju. Dominacija moderne moći se tako ovdje ipak ne vrši dekretom ili kroz shemu „odozgora“ (što je karakteristika suverene moći) već kroz mnogobrojne „procesne, različitog porijekla i raspršenih lokacija“ (Foucault, 1991:138), regulirajući najintimnije i sićušne elemente konstruiranja prostora, vremena, želje i utjelovljenja (Bordo, 1993:27).

Za Foucaulta (1991:136) tijelo je ujedno „predmet i meta moći“, opisuje ga kao prostor u „stisku jako strogih moći, koje na njega nameću ograničenja, zabrane ili dužnosti“. Učinci moći na tijelo djeluju kroz „primjenu suptilne prisile, kroz uspostavljanje posjeda nad njim na razini samog mehanizma – kretnji, gesti, držanja, hitrine: infinitezimalne moći nad

aktivnim tijelom“ (Foucault, 1991:136-137). Tijelo je prostor na kojem djeluje „mikrofizika moći“, odnosno mnogi lokalizirani krugovi, taktike, mehanizmi i učinci kroz koje moć djeluje. Diskursi tako reguliraju i discipliniraju kroz konstituiranja područja znanja (poput znanosti psihijatrije i njene „kontrole“), uspostavljanja istine, pozicioniranja ljudi unutar diskursa i podvrgavanja tih ljudi normalizirajućim prosudbama, pa se odnosi moći, iako nejednako distribuirani, zapravo nalaze svugdje (Foucault, 1991).

Tijelo postaje prostor diskurzivnih sukoba unutar različitih režima moć/znanje, na njega se moć upisuje i klasificira ga se sukladno različitim formacijama odnosa moći i znanja i različitim režimima moći. Time je tijelo proizvedeno unutar diskursa sukladno diskurzivnim formacijama nekog određenog društvenopovijesnog trenutka (Foucault, 1991).

Foucaultovo viđenje tijela ne samo kao teksta kulture, već kao praktičnog i direktnog *lokusa* društvene kontrole, tijela „upisanog“ kulturom, poviješću i politikom, omogućuje pomak od ranijih feminističkih analiza odnosa majke i kćeri, krize identiteta i poopćenih rasprava o opresiji nad ženama prema internalizaciji tih rodno različitih i utjelovljenih kulturnih ideala. Umjesto prikazivanja tijela kao prirodnog entiteta koje je pod utjecajem ili oblikovano od strane kulture, odnosno koja je samo nadogradnja na biološko tijelo, shvaćanjem tijela kao situranog u i stvorenog kroz diskurzivne odnose omogućava novo, potpunije razumijevanje poremećaja hranjenja i potpuni odmak od psihomedicinskih teorija temeljenih u psihološkoj patologiji pojedinca. Analiziranje roda, hrane, dijetne industrije, oblika tijela, kontrole težine itd. time više nije u okviru utjecaja na razvoj poremećaja, već u novoj perspektivi gdje je osoba konstruirana kroz te društvene i kulturne diskurse. Konačno se onda može reći da „kultura – djelujući ne samo kroz ideologiju i prikaze već kroz organizaciju obitelji, konstrukciju ličnosti, treniranje percepcije – nije samo ona koja pridonosi poremećajima hranjenja, već ih proizvodi“ (Bordo, 1993:50). Stavljanjem poremećaja hranjenja u konkretne povijesne, političke i kulturne kontekste, a ne kao samo vezanih uz pojedine žene, omogućuje tumačenje da upravo ti konteksti i stvaraju poremećaje hranjenja, i to kroz „poučavanje“ žena kako bi trebale živjeti i vidjeti same sebe u skladu sa dominantnim idealima ženstvenosti. Time rod, odnosi moći u društvu, dominantni ideali ženske ljepote i ženstvenosti i viđenja tijela u okviru konzumerističkog društva ostaju glavne jedinice za „dešifriranje“ poremećaja hranjenja kao kulturne nevolje,

dok Foucaultova teorija društveno konstruiranog tijela postaje korisni alat⁶² razumijevanja za primjenu takve feminističke kritike.

3.2.2. Kritika Foucaulta i dualističko viđenje žena

Foucaultov uvid u tijelo, poglavito kroz njegov rad *Nadzor i kazna*, utvrđivanje disciplinarnih praksi koje stvaraju „docilna“ tijela modernosti, iznimno je ostvarenje, koje, bogato teorijom i povijesnim detaljima, pruža opis kako instrumentalni razum zauzima kontrolu nad tijelom. Ipak, treba uputiti na jednu važnu kritičku notu koju feminizam upućuje Foucaultu.

Problem je što Foucault tijelu u potpunosti pristupa kao da postoji samo jedno tijelo, odnosno kao da se tjelesna iskustva muškaraca i žena ne razlikuju te kao da nema razlike u njihovom odnosu s tipičnom organizacijom modernog života. Tako se, primjerice Sandra Bartky (1990), pita gdje se, odnosno zašto se ne razmatraju disciplinarnе prakse koje rodno oblikuju „docilna“ tijela žena, tijela koja se vide u većoj mjeri docilnima nego ona muškaraca. Jer iako su i muškarci i žene podložni mnogim istim disciplinarnim praksama koje Foucault opisuje, Bartky (1990:65), raspravljajući o modernizaciji patrijarhalne moći, primjećuje kako je Foucault „slijep prema onim disciplinama koje stvaraju modalitet utjelovljenja koji je posebno ženski.“ Ako previdimo oblike podčinjenja koji rodno oblikuju žensko (ženstveno) tijelo, time perpetuiramo tišinu i nemoć žena kojima se te discipline nameću. Viđenje tijela ne kao prirodno i nepromjenjivo, ne kao ahistorijsko i nedruštveno, već kao društveno stvoreno i konstituirano kroz diskurs, zatim viđenje moći kao „odozdo“, sveprisutne i disperzirane zajedno otvaraju mogućnost za akciju i pozitivnost, za razliku od dotadašnjeg okvira pasivnosti i opresije. Ipak Foucault, govoreći o tijelu, pretpostavlja muško tijelo kao normativno i izostavlja uzeti u obzir različite učinke koje moć/diskurs stvara na (i kroz) tijela muškaraca i žena. Time „prizvuk oslobođenja“, koji Foucault potencijalno daje, zapravo može nestati u njegovoj analizi koja gorenavedenim konačno reproducira seksizam, ionako tipičan i izvoran političkoj teoriji Zapada (Bartky, 1990:65).

Zapadna filozofija i kulturno naslijeđe kršćanstva su tradicionalno razlikovali tijelo kao meso i dušu/um sadržan u i ograničavan od strane tijela. Žene su, povijesno gledajući, uvijek bile mnogo ranjivije za razvijanje „ekstrema“, i to u oba smisla kulturne

⁶² kako je i sâm općenito zamišljao teorijski doprinos njegovih knjiga.

manipulacije, odnosno kako u smislu fizičkog tijela tako i u smislu doživljavanja tijela (življeno tijelo) (Bordo, 1993). Unutar (nesretnog) dominantnog kartezijanskog dualističkog viđenja uma i tijela, te u dualizmu prirode i kulture žene su stavljene na inferiorno viđene strane, one tijela i prirode, dok muškarci popunjavaju prostor uma i kulture. Time, osim činjenice da žene *imaju* tijelo, one su ujedno *asocirane* s tijelom, tijelom koje se u konačnici uvijek smatralo ženskom sferom u obiteljskom životu, te znanstvenoj, filozofskoj i religijskoj ideologiji. Ženska tijela se u gorenavedenim dualizmima obezvrjeđuju, a s obzirom da se žene u osnovi vidi kao da jesu tijelo (žena = tijelo) iz tog proizlazi pogled kao i da su žene u osnovi obezvrijeđene. Društvena manipulacija nad ženskim tijelima nastaje kao apsolutno centralna strategija održavanja odnosa moći između spolova unutar zadnjih stotinjak godina (odnosno od prijelaza prema „vršenju“ moderne moći) (Bartky, 1990; Bordo, 1993), što je tvrdnja od osobitog značaja za naša shvaćanja suvremene opsjednutosti žena tijelima (mršavost i sl.) i tumačenja poremećaja hranjenja. Ipak, treba napomenuti da korištenje tog uvida nije „razotkrivanje“ neke dugotrajne muške urote nad ženama ili impliciranje krivnje nekim konkretnim akterima u kompleksnoj međugri društvenih sila, već prateći Foucaulta (1978) i njegovo viđenje moći. Tako, iako pogledom u povijest, uz primjenu ispravne logike i uvidjevši svrhe i ciljeve koje je moguće koncipirati kao „urotu“, nije postojao onaj netko tko je bio tamo da je izumi, u smislu da ne postoji svjesno racionalni, osmišljeni plan pojedinca ili pak neke udružene grupe pojedinaca za primjenu na „uroti“ baziranih svrha i ciljeva. Iako individue svjesno djeluju s ciljem promicanja svog vlastitog društvenog položaja, u tim praksama ne postoji svjesni cilj planiranja i oblikovanja društvenih odnosa moći (Foucault, 1978).

Bartky (1990:65; prema Butler, 1985:11) nas podsjeća kako, iako smo “rođeni kao muškarac ili žena, ne rađamo se kao muško ili žensko. Ženstvenost je vještina, postignuće, način određivanja i ponovnog određivanja primljenih rodni normi koje izvire na površinu kao toliko mnogo stilova mesa.“ Tijelo je stvoreno kroz disciplinarnu praksu moći, od kojih neke stvaraju ono koje je svojim gestama i pojavama prepoznatljivo žensko (ženstveno), te koje ujedno discipliniraju ženski identitet i subjektivnost, i koje u duhu modernizacije patrijarhalne moći, konačno, kroz samonadgledanje, stvaraju „oblik pokornosti patrijarhatu“ (Bartky, 1990:80). Rodne ideologije kulture tako upisuju značenja u tijelo, i to različito ona muška i ženska, što je uvid potencijalno važan za shvaćanje snažne rodne inklinacije poremećaja hranjenja i tumačenja istih kao „metafore“ suvremene kulture, ali i,

u smislu perspektive kontinuuma problema, shvaćanja općenite borbe žena s vlastitim tijelom.

Prije nego što se dalje posvetimo praksama ženstvenosti, i modernoj konstrukciji ženstvenosti i ženskog identiteta kao silnica povezanih s problemima s jedenjem i poremećajima hranjenja kao simbola i znakova kulturne "nevolje", prvo će se prikazati neki teorijski uvidi koji pokušavaju opisati značenja koja se tijelima pridaju u suvremenoj zapadnoj kulturi, i zašto se baš sada tijelu općenito pridaje sve veća važnost, odnosno pružit će se društveni okvir današnje normalizacije/idealiziranja konkretnih vrsta/oblika tijela.

3.3. „Tijelo kao projekt“ u visokoj modernosti

Većina sociološkog rada vezanog uz tijelo koncentrirana je na uvide o sve većoj važnosti tijela do koje dolazi unutar promjena kulturnog pejzaža, odnosno označenog smjenom prema onom što se naziva visoka (kasna ili post-) modernost (Giddens, 1991; Shilling, 1993). Ključne među tim višestrukim promjenama se nalaze u postepenoj „deskralizaciji“ društvenog života, eroziji velikih političkih narativa i/ili istina, te rastu individualizma i konzumerizma (Shilling, 1993). Tako primjerice Giddens (1991) govori kako je rastvaranje tradicije u kasnoj ili visokoj modernosti popraćeno stvaranjem „ontološke nesigurnosti“ i reflektivnom brigom oko identiteta i tijela. Sigurnost i stabilni osobni identitet više ne izvire automatski iz nečije pozicije u društvenoj strukturi, već se umjesto toga identitet pokušava utemeljiti u tijelu, s obzirom da su uspostavljanje i održavanje vrijednosti prema kojima se živi i stvaranje smisla o svakodnevnici zadaća pojedinaca/pojedinki samih (a do čega dolazi zbog gubitka vjere u već spomenuti religijski autoritet i velike političke narative, kao značenjskih struktura uz pomoć kojih ljudi stvaraju osobni identitet i sliku o svijetu). Unutar kasne modernosti „postali smo odgovorni za oblikovanje naših tijela“ (Giddens, 1991:102). Govoreći o važnosti tijela, Bryan Turner je osmislio termin „somatsko društvo“, kako bi opisao kako je u modernim društvenim sustavima tijelo, kao „u isto vrijeme ograničenje i otpor“, postalo „glavno polje političke i kulturne aktivnosti“ (Turner, 1992:12). U današnjem društvu i kulturi „bogatog“ Zapada postoji tendencija viđenja tijela kao entiteta koji je u procesu nastajanja, odnosno kao projekta na kojem treba raditi i ostvarivati ga kao dio osobnog identiteta individue. Pritom se od „projektiranja“ tijela u tradicionalnim društvima razlikuje u tom što je suvremeno „tijelo kao projekt“ u puno većoj mjeri refleksivan proces (Shilling, 1993).

Uklopljene u takav okvir visoke modernosti i raspravljajući o identitetu, Giddens (1991:107) ne zaboravlja poremećaje hranjenja, pa ujedno i vidi anoreksiju kao oblik samoodricanja koji „paradoksalno velikom snagom potvrđuje refleksivno stvaranje osobnog identiteta i tijela“, kao reprezentiranje „težnji za sigurnošću u svijetu mnogih, ali i neshvatljivih, opcija“, a čvrsto kontrolirano tijelo kao „znak sigurne egzistencije u širokoj društvenoj okolini“ društva rizika.

Visoka modernost je dakle stvorila individualizaciju tijela bez presedana, u kojoj se značenja privatiziraju a tijelo postaje nositelj i simboličke vrijednosti; ljudi u visokoj modernosti imaju nikad veću tendenciju stavljanja važnosti na tijelo kao sastavnice „sebe“. Tako unutar konzumerističkog društva visoke modernosti, u vrijeme kad se nikad veća važnost nije stavljala na tijelo, i to u mladolikom, dotjeranom i senzualnom obliku, upravo površina odnosno vanjšina tijela postaje ona koja simbolizira „sebe“ (Shilling, 1993).

3.4. Žensko tijelo - mršavo, kontrolirano i podložno preoblikovanju

Prateći Bartky (1990), ne može se tvrditi kako su ta vanjska značenja tijela jednaka ovisno o rodu, i to kako u smislu njihovog utjecaja i važnosti drugima tako i samim individuama. Vanjski izgled ženskog tijela pod posebnim je (panoptičkim) Pogledom⁶³, fizičkoj privlačnosti žena se pridaje puno veći značaj nego onoj muškaraca, a normalizirani prikazi ženske ljepote su danas sveprisutni putem masovnih medija. Ili kako o „vlasnicima“ i „objektima“ Pogleda primjećuje John Berger u svojoj knjizi *Ways of seeing*: „*Muškarci djeluju, a žene se pojavljuju. Muškarci gledaju žene. Žene gledaju sebe kad ih drugi gledaju. To određuje ne samo većinu odnosa žena i muškaraca već ujedno odnos žena sa samima sobom. Unutarnji nadglednik žene je muško: a nadgledano je žensko. Time ona sebe pretvara u objekt – a naročito u objekt vida: prizor*“ (Berger, 1972:45,47; kurziv u originalu).

Naravno, „poželjan“ izgled i tjelesna težina žene podložni su povijesnoj varijaciji, dok su debljina i mršavost promjenljivi društveni znakovi koji predstavljaju različite stvari različitim ljudima u različitim društvenim kontekstima. Ti oblici i veličina tijela protkani su dakle simboličkim značenjem, i odražavaju rodnu ideologiju društva i prevladavajuće diskurse koji „usmjeravaju“ ženstvenost.

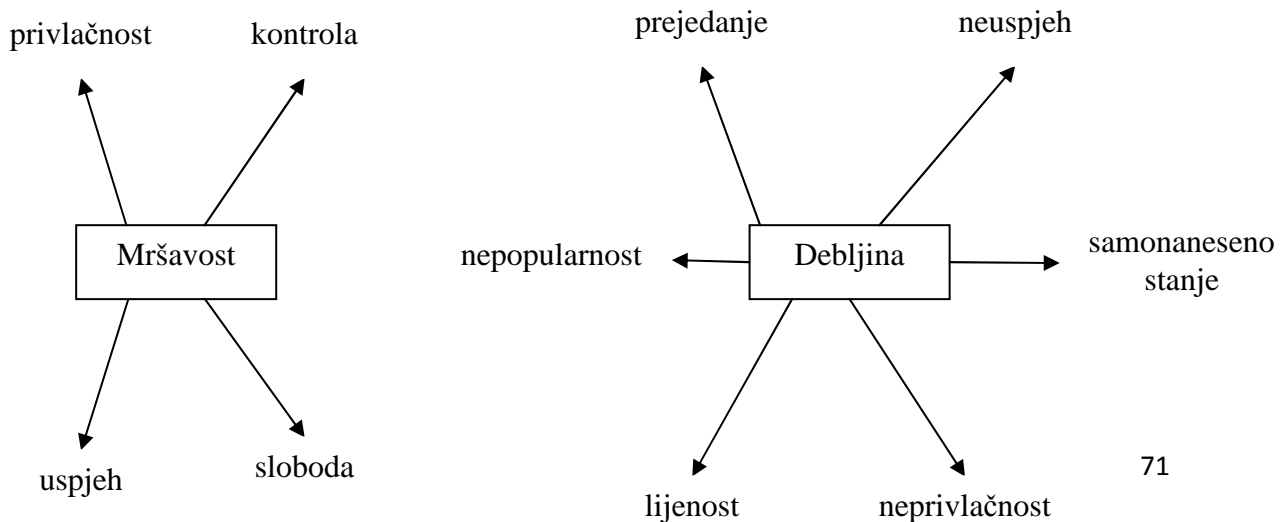
⁶³ U fukoovskom smislu, kao engl. „gaze“.

Konkretno za razvijeni Zapad, gledano povijesno, i počevši od kontroliranja veličine vlastitog tijela koje se razvija unutar srednje klase krajem 19.st., provođenje dijete postaje metoda u pokušaju dostizanja idealnog oblika i težine tijela (Brumberg, 1988), posebna i gotovo isključivo ženama tipična praksa. Pod religijskim, znanstvenim i klasnim utjecajima mršava ženska figura postaje ono čemu treba težiti. Također, unutar 19.st. mršavost kod žena srednje klase postaje znak društvenog statusa, žena postaje objekt ljepote – neprikladan za poslove proizvodnje, primarna briga više nije funkcija tijela već slika tijela, te mršavost služi i kao vrsta klasnog razlikovanja naspram žena iz radničke klase (Veblen, 1967; u Brumberg, 1988). Ipak napomenimo kako je osnovni „alat“ za žensku figuru (izraženu kroz oblik slova „S“) 19.st. bio korzet, a posebice u drugoj polovici stoljeća, kad usporedno sa stvaranjem i jačanjem prvog feminističkog vala i borbe za društveni i politički položaj žene u modu ulazi korzet stisnut više nego ikad prije, kojeg Veblen (1967; u Bordo, 1993:162) opisuje kao „sakaćenje, kojem se podvrgava u svrhu smanjenja vitalnosti subjekta i kako bi je se učinilo trajno i vidno nesposobnom za rad“, a što je upravo korzet i činio s obzirom da su žene bile u njegovom toliko jakom stisku da su jedva mogle sjesti i hodati. Ali i kroz takav užas iskustva nošenja korzeta, odnosno upravo zahvaljujući istom, žene pripadnice srednje klase su osjećale da transcendiraju vulgarni fizički rad, „obične“ gladi i radničku klasu. Korzet se može ujedno čitati kao simbol moći kulture da na žensko tijelo nametne svoje „nacрте“. Bordo (1993:162) primjerice navodi reklamu iz 1878.g., koja za korzet govori kako je to „uvijek prisutni nadglednik dobro discipliniranog uma i dobro reguliranih osjećaja“, a što možemo tvrditi i za žensku dijetu, kao današnjeg sredstva za uspostavljanje takve kontrole.

Spominjući dijetu, ona je danas uspostavljena i znanstveno kroz nutricionističku znanost, u sklopu pravilne prehrane, a čije je uporno zanimanje za kvantificiranjem tijela i hrane i zanemarujući njihove društvene kontekste, stvorilo i ujedno bilo stvoreno od strane dominantne ideologije biomedicinskog materijalizma, te je imalo ulogu u konstrukciji (fizički) devijantnog tijela, a kroz povijesno nejednako rodno adresiranje, obično je to ono tijelo žene, slijedom čime predstavlja oblik opresije nad ženama. Turner (1992) primjerice u dobu Descartesa uočava vremensku poveznicu između razvoja znanosti o prehrani i početka reprezentiranja tijela kao stroja, odnosno čije potrebe (unose energije kroz hranu) i potrošnja mogu biti matematički kvantificirane. Ujedno time govori, koristeći fukoovske suptilne poveznice između tijela i znanja/moći, kako su „suvremene tjeskobe vezane uz pretilost i dijetu, mršavljenje i anoreksiju, prehranu i alergije dio proširenja racionalnog

kalkuliranja nad tijelom i uključivanja znanosti u aparat socijalne kontrole“ (Turner, 1992:192).

S druge strane, u proučavanju pretilosti i prekomjerne težine, sociologija premješta istraživačka pitanja dalje od biomedicinskih pitanja energetske vrijednosti hrane i „potrebe“ da se izgubi na težini iz zdravstvenih razloga, a prema socijetalnim reakcijama na sliku tijela i društvenu konstrukciju tijela (Turner, 1992), odnosno prema društvenom kontekstu koji je zapravo onaj koji postavlja pretilost i prekomjernu težinu kao društvene probleme. Prekomjerna težina je pripisani status ali, kako smo već napomenuli, etiketa i stigma koje su joj pridružene variraju kroz vrijeme i među kulturama. Dok u mnogim nezapadnim društvima veliko tijelo često odražava luksuz i bogatstvo, te je percipirano kao plodno i privlačno (Nasser, 1997), to sigurno nije slučaj u današnjim zapadnim zemljama gdje se prekomjerna težina vidi kao gubitak samokontrole, zdravstveni rizik i problem koji treba anulirati. Kroz stigmatu prekomjerne težine se zapravo krivi „žrtvu“ (ženu), kao da njena prekomjerna težina izranja iz nedostatka volje i samopouzdanja, odnosno (ne)kontroliranje vlastite težine se vidi kao osobna odgovornost. Mršavost je s druge strane poželjni atribut, pogotovo za žene, a asocira se sa moći, disciplinom, savršenstvom, samokontrolom, elegancijom, društvenom atraktivnošću i mladošću (Bordo, 1993).



Idealni oblik ženskog tijela danas je predstavljen kroz medijske slike mršavih žena velikih grudi, u stereotipu oblika tijela koji je fizički zapravo gotovo nemoguć (Grogan, 2008). Idealni prikazi mršavosti, odnosno fizički ideal ženskog tijela je kroz zadnjih par desetljeća postajao sve mršaviji i dotjeraniji, također naglašava se kapacitet za samoobuzdavanje i kontrolu nagona i želje koje tijelo posjeduje, kao što i stavovi o prekomjernoj težini sve više teže u negativno. (Malson, 1998; Bordo, 1993).

I dok se ideal ženstvenosti mijenjao kroz vrijeme, uvijek je postojala konstanta da se žene ohrabruje na promjene u obliku i težini njihovih tijela, odnosno da time konformiraju aktualnim trendovima određenog vremena. Kulturno definirani, atraktivni i vitki oblici tijela tako su uvijek bili cilj, nekad kroz prakse podvezivanja stopala (Istok) i nošenja restriktivnog korzeta (Zapad), a danas kroz stroge dijete, napornu tjelovježbu i estetsku kirurgiju. Nadgledanje tijela tako uključuje normativni fizički standard tijela, poglavito za žene. Ideal mršavosti kako se danas predstavlja, primjerice kroz manekenke, odražava tek 5-10% najmršavijeg dijela populacije, no takva „statistička devijacija“ je normalizirana, stavljajući milijune žena u poziciju da se o sebi misle kako su „abnormalne“ (Seid, 1994; u Germov i Williams, 1996:102).

I dok je Bordo (1993), oslanjajući se na Foucaultov koncept samonadzora, pesimistična oko sposobnosti žena da se odupru *normalizirajućem* pritisku ideala ljepote i skeptična oko želja i nade feminizma u razvoj od dominantne kulture oslobođenih ženskih identiteta, Bartky (1990) vidi žene kao *aktivno* uključene u takve reprezentacije ženskog tijela, te tvrdi da „kompleks moda-ljepota“, kako ona naziva te reprezentacije, površno traga za prilikama u koje se žene upuštaju, ali potajno obezvrjeđuje tijela žena kroz konstantno predstavljanje poruka kako žene podbacuju i neuspjevaju u dostizanju aktualnih ideala ljepote:

„Svugdje nam prezentiraju slike savršene ženske ljepote – na kozmetičkom odjelu drogerije, na polici s časopisima u supermarketu, na televiziji. Te slike nas konstantno podsjećaju kako im nismo dorasle. Čiji je, konačno, nos pravog oblika, čiji bokovi nisu preširoki – ili preuski? Žensko tijelo se otkriva kao zadaća, kao objekt u potrebi za transformacijom...Kompleks dijeta-ljepota u ženama stvara otuđivanje od njihovog tjelesnog bića: u jednu ruku, ona jest to i jedva joj je dopušteno biti išta drugo; u drugu

ruku, ona mora opetovano postojati na razdaljini od svojeg fizičkog „sebe“, fiksirana na toj razdaljini u trajnoj posturi neodobravanja“ (Bartky, 1990:40; navodnici dodani).

Za Bartky (1990) je svaki aspekt ženskih tijela objektiviran, čime se žene osjećaju otuđene od svojih tijela, dok zadovoljstva koje žene pokazuju u održavanju svojih tijela rezultiraju iz stvaranja lažnih potreba kroz kompleks moda-ljepota, a on je taj koji stvara sâme potrebe, i to kroz indoktrinaciju, psihološku manipulaciju i negiranje autonomije, te ujedno kontrolira uvjete kroz koje te potrebe mogu biti zadovoljene. Sve onda konačno završava i vrti se u sistemu represivnih narcističkih zadovoljstava. Bartky (1990) ipak vjeruje u mogućnost promjene takvog sistema i predlaže novu revolucionarnu estetiku tijela koja bi omogućavala širenje ideala ljepote, a ne funkcioniranje unutar trenutnih usko njenih definiranih granica.

Jedna od osnovnih „opsesija“ žena danas nalazi se u dijete, s obzirom da je ona predstavljena kao metoda kojom se može dostići (nemogući) ideal ljepote. Dijeta se prvenstveno vidi kao ženska aktivnost, neprikladna za muškarce, koji bi trebali jesti „bez ograničenja“ i bez briga oko dijete i/ili zdrave prehrane (Gough, 2007; u Grogan, 2008). Za mnoge žene na Zapadu tako je zapravo i „normalno“ biti na dijete, neovisno o njihovoj tjelesnoj težini, i može poprimiti centralnu ulogu u njihovim životima. Da ponovimo već ranije navedenu statistiku, u jednom istraživanju je čak 40% žena u uzorku bilo konstantno na nekoj vrsti dijete (Horn i Anderson, 1993; prema Ogden, 2010:128) dok je u drugom istraživanju 87% ispitanica bilo barem jednom na dijete (Furnham i Greeves, 1994; prema Ogden, 2010:128). Dijetna industrija i industrija „ljepote“ u obliku velikih kompanija s multimilijunskim profitima su danas duboko ukorijenjene u globalno tržište i štetno povezane sa znanstvenim i javnim diskursom gdje se nastavlja i sve više promovira nužnost vođenja računa o (prekomjernoj) težini i prehrani. Može se reći kako su definicije ženske (tjelesne) devijantnosti toliko široke, da se praktički svaka žena osjeća prijestupnicom ove ili one vrste (Germov i Williams, 1996). Time je epidemija nepotrebnih dijete zapravo odgovor žena u pokušaju da konformiraju normama ženskog izgleda, a paralele potencijalno odzvanjaju i u poremećajima hranjenja, posebno ako se uzme u obzir perspektiva kontinuuma. Konstantno nadgledanje apetita i naporan rad na tijelu mogu biti konstantna borba u pokušajima da se konformira idealu, a dijete, kao najpopularnija metoda pokušaja, najčešće i završava neuspjehom. Žene koje pate od poremećaja hranjenja su u konstantnom lovu na taj ideal ljepote, i ističu se u toj „igri samozavaravanja“. Anoreksičarka upravo pokušava nadmašiti tu društvenu igru restriktivnih dijete, dok one

žene koje su bulimične svojim tijelom upravljaju u obliku epizoda ograničavanja hrane nakon kojih slijedi epizoda prejedanja. Prateći takvu argumentaciju, anoreksičarka uspješno ograničava svoje tijelo i upravlja njime, vodeći se društveno danim metodama za postizanje idealiziranog ženskog tijela, i to do točke potpunog gladovanja, a da bi postigla mršavost. S jedne strane anoreksičarka zapravo utjelovljuje otpor kulturnim normama (normalizaciji), ali ujedno i „odaje štovanje dominantnim kulturnim vrijednostima, nadmašujući ih kroz njihova „pravila igre“ (Bordo, 1993:203; navodnici dodani)

Kao što smo upravo (a i ranije) napomenuli, nipošto nije slučajno da se žene upuštaju u dijete i da u puno većoj mjeri (90/10) obolijevaju od poremećaja hranjenja.

Wolf (1991) raspravlja, iz pozicije marksističke feminističke kritike, kako je žensko jedenje javni problem – žene moraju jesti manje i različito od muškaraca, pa tako navodi kako je „provođenje dijete suština suvremene ženstvenosti. Odricanje od hrane se vidi kao dobro u slučaju žene, loše u slučaju muškarca...trenutni uspješni i „zreli“ obrazac ženstvenosti podvrgnut je životu u samoodricanju u njenom tijelu“ (Wolf, 1991:200). Wolf (1991) pronalazi „krivce“ koje Foucault u teoriji negira, pa vjeruje kako patrijarhat i kapitalizam surađuju u (uspjelom) pokušaju kontrole žena i njihovih tijela kroz stvaranje „mita ljepote“, ideologije ljepote stvorene od muškaraca, koji je zamijenio prethodnu kontrolu kroz ograničavanje žena na privatnu sferu (što opisuje Betty Friedan). Kad su žene izašle iz „stiska“ domaćinstva i počele prijetiti dominaciji i moći muškaraca, dijete i mršavost postaju ženska preokupacija. Ženska tijela postaju novi zatvor, kad to kuća i privatna sfera više nisu mogli biti (Wolf, 1991).

I kad drugi feministički val koristi parolu „osobno je političko“, a Turner (1992:12) tu maksimu osvježava kroz „tijelo je političko“ i „tijelo kao dominantno sredstvo kroz koje se tematiziraju napetosti i krize društva“, uistinu možemo reći da je žensko tijelo očito regulirano u području seksualnosti i zdravlja, kroz provođenja dijeta i poremećaje hranjenja. Kao dokaz o regulaciji ženskih tijela Wolf (1991) citira studiju gdje su ispitanice odgovorile da bi radije izgubile 4-7 kilograma nego doživjele uspjeh u poslu ili ljubavi. Mršavo tijelo je doista postalo simbol mladosti, ljepote, vitalnosti i zdravlja, a kult mršavosti predstavlja društveni pritisak discipliniranja vanjštine tijela, dok je „salo“ jasan znak tijela izvan kontrole. Taj društveni pritisak potječe iz mnogih izvora, od medija pa nadalje, a ojačan je i podržan kroz znanost, u obliku doktoru, stručnjaka za nutricionizam i dijete, te vladinim politikama i programima promicanja zdravlja, i konačno tržišnim fitness, dijetnim i sličnim industrijama „ljepote“.

Tako su rodno različita tijela proizvedena kroz diskurse ljepote i dijete, kozmetike, mode i tjelovježbe, a od kojih svi konstruiraju tijela žena i dominantnu ženstvenost, ili kako kaže Mary Douglas: „Društveno tijelo ograničava način na koji se percipira fizičko tijelo“ (Douglas, 1970; u Germov i Williams, 1996:102).

Konačno, vidjeli smo kako sociokulturne ideologije o tijelu kao označitelja „sebe“ ljudima govore da se pozitivno ili negativno identificiraju s vanjštinom vlastitih tijela, oblikujući svojevrsno „utjelovljenje“⁶⁴ konstruirano kroz diskurse. Za žene to može biti posebno bolna borba, jer, kao što je i bilo opisano, zapadna kultura ima dugu povijest izjednačavanja žena s njihovim tijelima, dok se u suvremenoj kulturi ta ista tendencija na nove načine ponovno artikulira, i to kroz kult mršavosti, i mnoge druge disciplinarnе prakse, gdje žensko utjelovljenje (p)ostaje posebice problematično. Feminističke teorije, a uz korištenje društveno-konstruktivističkog pristupa, tvrde kako u uvjetima suvremene zapadne kulture poremećaji hranjenja mogu izvirati upravo iz takvih, goreopisanih, sociokulturnih rodno različitih ideologija tijela.

3.5. Ženstvenost, identitet i poremećaji hranjenja – pokušaj sinteze kroz „kulturnu nevolju“

Svrha ovog poglavlja je ponovno istražiti prakse ženstvenosti, žensko tijelo i poremećaje hranjenja, i to kao znakove „kulturne nevolje“. Poremećaji hranjenja, kao što smo već utvrdili snažno rodno inklinirane bolesti, često ženama, kako fizički tako i psihološki, slabe i onemogućuju njihov potencijal unutarnjeg razvoja i društvenih postignuća. Informirani prethodnim razmatranjima sada ih je moguće na još dubljoj razini razumijevanja povezati i razmotriti njihove veze s kulturom, ženstvenošću i „tipičnom“ društvenom konstrukcijom ženskog tijela.

⁶⁴ Kao ljudsku psihologiju oblikovanu kako umom tako i tijelom.

Žensko tijelo je moćan simbolički oblik koji se može interpretirati kao medij kulture, na kojeg kultura upisuje svoja pravila (Bordo, 1993). Zamamne obline i prepoznatljivi „ženski“ dijelovi ženskog tijela su površine koje su u isto vrijeme predmet želje ali i objektivacije, čime se zapravo upućuje na i oslikava očekivane prakse ženstvenosti. Kao društveno konstruirani oblik, žensko tijelo dinamično implicira mnogostrukost međupovezanih značenja, prenoseći prinudne aspekte naše kulture. Na žensko tijelo može se gledati kao na već spomenuti medij kulture, kroz čije se promjene oblika i vrsti interpretacija odražavaju povijesne promjene (i sukobi). Žensko tijelo i njegov glavni (definirajući) atribut, takozvana ženstvenost, oduvijek potiču intrigu, oduševljenje i kontroverze, ali ujedno potiču žene da se pridržavaju ideala kulture koji reguliraju (pre)lijepo i savršeno žensko tijelo, ili bolje rečeno da žene te ideale podnose i zbog njih u tišini pate.

Kroz prethodna poglavlja pokazali smo kako žene moraju, kao dio članstva u društvu, naučiti kako „biti tijelo“, kroz povijesno konstruirani odjek dualizama žena = tijelo i priroda te muškarac = um i kultura, odnosno gdje se vrijednost muškarcima pridaje kroz njihovo zanimanje (um) a ženama kroz fizički izgled (tijelo). Velikim dijelom je, kako napominje Hesse-Biber (1996:58), ono što žena vidi u ogledalu zapravo mjera vrijednosti nje same kao individue. Dijetna i fitness industrija današnjice su, a kroz potporu medija, „strateški“ uvjerali žene da mršavost simbolizira rad na sebi i samopoboljšanje, samokontrolu, ali da su žene i odgovorne da postignu taj ideal mršavosti tijela. Konzumerističko društvo Zapada ujedno karakterizira opsjednutost izgledom i „ispravnim“ oblicima samoprezentiranja. Tijelo je postalo, a pogotovo ono žensko, statusni simbol i preobraženo iz „prirodno“ danog prema „tijelu kao projektu“ - proizvodu kulture te prijemljivo za mijenjanje/modificiranje. Ženstvenost se dakle konstruira i proizvodi, i to prema određenim pravilima. Unutar podjele rada izvršene kroz razliku u spolu, žena su te od kojih se, primjerice, očekuje da „hrane“ druge a ne sebe, želja skrbi o samoj sebi u današnjoj kulturi odražava sebičnost i pohlepu, i ne uklapa se u pravila ženstvenosti. Kroz pridržavanje doktrinama ženstvenosti, i „hranjenje“ drugih, na žene se unutar kulture gleda kao one koje pružaju emocionalnu i fizičku skrb. Kako kaže Susan Brownmiller (1984; u Bordo, 1993:180), ženstvenost je u svojoj srži „tradicija nametnutih ograničenja“. Ideali ženstvenosti, doduše, nisu jedini koje žene trebaju naučiti i držati ih se, već da bi profesionalno prisustvovala u javnoj sferi (koja im je danas otvorena) one danas moraju naučiti utjeloviti jezik i vrline muževnosti - poput samokontrole, odlučnosti i emocionalne discipline (Bordo, 1993:171). To „dvostruko vezanje“ (Bordo, 1993:174), odnosno

proturječni zahtjevi suvremene konstrukcije ženstvenosti, da žene ujedno posjeduju attribute muževnosti i ženstvenosti, nije bez svojih posljedica, većinom iz razloga što su muževnost i ženstvenost povijesno konstruirani kroz međusobnu isključivost. Kroz pokušaj za ostvarivanjem mršavosti i negiranje apetita tradicionalna konstrukcija ženstvenosti se ukrštava s novim zahtjevom da žene utjelove muške vrijednosti javne sfere. Prema Bordo (1993), upravo anoreksičarke utjelovljuju to križanje, pa se kroz njihovu želju za dostizanjem „androginog“ ideala razotkriva unutarnja proturječnost i dolazi do borbe koja razara subjekt na dva dijela, borbu koju mnoge anoreksičarke tematiziraju kao rat između muške i ženske strane „sebe“. Anoreksično tijelo žene, u potpunosti izmučeno i mršavo, „ravno“, odnosno s puno manje uočljivim „ženskim“ dijelovima poput grudi i bokova, dijelom i nalikuje na tijelo mršavog muškarca. Ono ne posjeduje tradicionalno ženske attribute i identificira se s „prikladnom“ muškom figurom. Anoreksičarka odbija dijelove tijela koji otkrivaju da je žena, i njeno transformirano „muško“ tijelo joj donosi jedan oblik moći (Bordo, 1993:178). Tako u bolesti anoreksije, kroz anoreksičarkama tipičnu primjenu instrumenata kontrole nad svojim apetitom i tijelom, i snagu volje, žene nalaze „teren“ gdje mogu pokazati da posjeduju vrline muževnosti, a paradoks je što to postižu kroz konvencionalnu praksu ženstvenosti, disciplinu usavršavanja tijela kao objekt - i to do pretjeranosti.

Kako nas Foucault (1978, 1991) kroz svoja djela upućuje na prvenstvo prakse nad vjerovanjem, i naša tijela su oblikovana i označena prevladavajućim povijesnim oblicima sebstva, želje, ženstvenosti i muževnosti ne primarno kroz ideologiju već upravo kroz organizaciju i regulaciju prostora, vremena i kretanja naših svakodnevnih života (Bordo, 1993). Prema tome, ako je žensko tijelo, u svom mršavom i vitkom obliku, metafora konkretne povijesti naše kulture, problemi s hranom i slikom vlastitog tijela, te konačno poremećaji hranjenja su kulturom programirani i rodno (gotovo isključivo) ograničeni problemi današnjice, a koji izvire iz očajničke borbe za osobnim identitetom naspram različitih društvenih hegemonija. Kako je žensko tijelo podloga na koju se urezuju i kojom manipuliraju kodovi i pravila u svrhu stvaranja i održavanja prakse ženstvenosti, poremećaji hranjenja su time utkani u konstruirane ideologije koje su u velikoj mjeri stvorile i održavale identitet žena. Time ne postoji jednostruki odnos između uzroka i posljedica vezanih uz poremećaje hranjenja. Poveznica između društvenih normi mršavosti i žena je posredovana kroz mnogostrukost faktora poput obrazovanja, obitelji, i ostalih društvenih utjecaja, pa tako o dojam o sebi stvaramo kroz shvaćanje kako nas drugi vide (Cooleyev „looking-glass self“) unutar društvenih standarda. Razvoj dojma o sebi se

velikim dijelom događa kroz procese društvene interakcije, a govoreći o tijelu, te društvene odrednice se potom manifestiraju kao nagrada ili kazna, i tjeraju žene i njihova tijela prema dostizanju mršavosti. Kako je tjelesna težina, između ostalog informirana znanstvenim diskursom zdravlja, pod konstantnim nadzorom društva, a prekomjernu težinu posljedično prate konotacije stigme, tijelo i njegov izgled ženama (p)ostaju glavne karakteristike kod mjerenja vlastite vrijednosti kao osobe. Iako je fizički izgled važan i muškarcima, a u situaciji kasne modernosti još više dobiva na važnosti (Giddens, 1991), njihov tradicionalni proces socijalizacije, odnosno „rodnog normiranja“, naglašava važnost umnih (kognitivnih) postignuća kao osnovnih odrednica samopoštovanja i slike o sebi (Hesse-Biber, 1996). Žene danas troše više vremena na reguliranje i discipliniranje svojih tijela nego ikad prije (Grogan, 2008; Bordo, 1993). Pokušajima za usavršavanjem vlastitog izgleda unutar stalno promjenljivog ideala ženstvenosti ne nazire se kraj, jer od žena traži predanu posvetu stalnim promjenama i zahtjevima iskazanih kroz modu i ostale oblike vizualne komunikacije. Ženska tijela su u većoj mjeri „docilna“ od onih muških, to su tijela čija se energija i snaga koristi za uređivanje vanjskog izgleda, podložnost, konstantnu preobrazbu i poboljšanja. Pretjerane i regulirane discipline dijete, šminkanja, tjelovježbe i sl. su glavni organizacijski aspekti i predstavljaju veliki utrošak vremena u životima mnogih žena, iz čega proizlazi kako žene bivaju manje društveno orijentirane i više koncentrirane na „projekt“ samopoboljšanja. Kulturna očekivanja za žene su kodirane u konkretne stavove o vanjskom izgledu, čime utječu na način kako žene doživljavaju sebe i svoja tijela. Neuspjeh u dostizanju društvenih očekivanja, u smislu onog što konstituira vječno promjenjivu ali i homogenizirajuću ženstvenost, te savršeni oblik tijela, žene može često odvesti u snažan osjećaj nedostatnosti, osjećaj kao da nikad nije dovoljno dobro (Bordo, 1993). Time kult mršavosti zapravo postaje snažna „zamka“ za žene, s obzirom na dihotomiju „lošeg“ i „dobrog“ tijela, gdje je ono žensko tijelo definirano i promovirano kao „dobro“ zapravo velikoj većini žena fizički nemoguće za postići. Prateći Foucaulta (1991), takve kulturne reprezentacije i prakse ženstvenosti nisu samo homogenizirajuće, čime brišu rasne, etničke i ostale „razlike“ (i time zapravo uspostavljaju jedan jedini ideal), već i normalizirajuće, u smislu da funkcioniraju kao mjerilo, kao „uzori“ prema kojima se žene konstantno samonadgledaju, discipliniraju, prema kojima teže i u skladu se pokušavaju ispraviti (kroz već navedene prakse dijete, tjelovježbe, kirurgije i sl.). Kroz medijsko prikazivanje standardiziranih vizualnih primjera ideala, ta pravila, odnosno egzemplari ženstvenosti se još jače i brže kulturno prenose i prihvaćaju. Stavka ženstvenosti sâma postaje disciplina kreiranja „prikladne“ prezentacije sebe (u duhu Goffmanovog

„predstavljanja sebe“), a konkretno vanjštine tijela. Prakse ženstvenosti zahtijevaju određene specifičnosti, a koje su često izražene i koje žene uče kroz diskurs tijela, i to prvenstveno kroz „emitirane“ slike, koje reprezentiraju koja je primjerice odjeća, tip tijela, crte lica i ponašanje potrebni. S obzirom da je ženstvenost neupitno formalizirana, ona je i neraskidivi dio društvenog diskursa, a atributi „idealne“ ženstvenosti su tako povezani s uspjehom, inteligencijom i srećom. To je još jedan od razloga što žene prate i/ili su zarobljene u praksama mršavosti i ženstvenosti, jer u paket aranžmanu sa što „boljom“ ženstvenošću dolaze i nagrade. Mršavost ženama može pružiti osjećaj moći, samopouzdanja i ženstvenosti, također one zadobivaju mušku pozornost i/ili zaštitu, uz što dolaze i određene društvene i ekonomske koristi. Ili kako je rekla Wallis Simpson: „Žena nikada ne može biti dovoljno bogata...žena nikada ne može biti dovoljno mršava“⁶⁵ (u Nasser, 1997:2).

Ponovimo Foucaultovo (1991:25) tumačenje tijela kao „direktno uključenog u političko polje; kako odnosi moći imaju nad njim kontrolu kroz ulaganje u njega, označavanjem, treniranjem, mučenjem,... i prisilom da odašilje znakove.“

Prateći Foucaulta, polako se može početi razumijevati kako žensko tijelo kroz poremećaje hranjenja projicira te znakove, i može pružiti paradigmu jednog od načina na koji se potencijalni ženski otpor koristi za očuvanje i reproduciranje postojećih odnosa moći, odnosno drugim riječima poremećaji hranjenja mogu poslužiti za „političko čitanje“ tih odnosa moći i konstrukcije ženstvenosti (Bordo, 1993:168). Život ženskog tijela se interpretira kao ogledalo i u službi muške dominacije na svim nivoima kulture, tijelo pruža nacrt za dijagnozu i/ili uvid u politički i društveni život, ono je praktični i direktni lokus društvene kontrole (Foucault, 1991). Tako Bordo (1993:167), kroz detaljno kritičko čitanje fenomena anoreksije, upućuje na potrebu da se rekonstruira feministički diskurs o tijelu, kako bi se uzelo u obzir „podmukle i često paradoksalne smjernice moderne društvene kontrole“, i upućuje na Foucaulta, kroz kojeg je moguće opisati moć u obliku da njeni centralni mehanizmi nisu represivni već *konstitutivni*. Time je značajna činjenica da je anoreksija (i ostali poremećaji hranjenja) u najvećem porastu upravo u povijesnom razdoblju uzvraćanja (engl. „backlash“) i otpora kulture na pokušaje reorganizacija muških i ženskih uloga. Tako se ta ženska patologija, taj poremećaj može vidjeti kao izraz ženskog otpora prisiljenog u službu održavanja uspostavljenog reda, odnosno kao prikaz kako želje i snovi subjekta bivaju obuhvaćeni u matrici odnosa moći (Bordo, 1993:178). Time se

⁶⁵U prijevodu s engleskog „one“ je zamijenjen sa „žena“, jer se na žene konačno i misli u rečenici.

feministička premisa o patrijarhatu, koji ograničava ženski pristup moći kako unutar tako i izvan obitelji, kao korijenu pojave poremećaja hranjenja kod žena (Thompson, 1994), može postaviti drugačije, odnosno moć se može interpretirati kroz mrežu praksi, institucija i tehnologija koje održavaju pozicije dominacije i podređenosti unutar specifične domene. Bordo (1993) primjerice patrijarhat ne vidi kao jedini uzrok problema žena s hranom, tijelom i poremećajima hranjenja, iako doduše uvjeti patrijarhata pomažu u održavanju društvenih granica za žene. Kao rezultat, poremećaji hranjenja mogu označavati žensku glad za prepoznavanjem, dostignućima, ohrabrenjem i identitetom u društvu (Thompson, 1994). Foucaultov koncept moći kao bazirane na konstitutivnim mehanizma, kao moći „odozdo“ posebno je koristan kad se primijeni na goreopisani estetski ideal ženstvenosti, s obzirom da žene uistinu voljno prihvaćaju različite norme i prakse za propagiranje i reprezentaciju roda i identiteta. S druge strane, mnoge žene su ranjive na te prakse, i to kroz poremećaje hranjenja, ili koje zapravo možemo nazvati poremećajima kulture; sablažnjajuće slike „kostura“ od žena koje boluju (i umiru) od anoreksije, konstantna prejedanja i čišćenja kroz povraćanje bulimičarki i sl. Na simptomatologiju poremećaja hranjenja se može gledati i u okviru tekstualnosti. Raspad i gubitak tjelesnih funkcija koje doživljavaju oboljele žene, nemogućnost da se pomaknu iz kuće/kreveta, „hranjenje“ drugih dok same sebe izgladnjuju – sve je to prožeto simboličkim značenjima povezanih s konstruiranom ženstvenosti. Osim simbolike, vidimo da poremećaji hranjenja posjeduju i političke konotacije – kroz različita pravila koja povijesno upravljaju konstrukcijom roda, konkretno ženstvenosti. Na tijelo se duboko upisuje ideološka konstrukcija ženstvenosti, i tijelo je indikativno diskursu unutar kojeg ta homogenizirajuća i normalizirajuća konstrukcija djeluje (Bordo, 1993). Kako bi našle svoju poziciju u društvu, žene često postaju žrtve kulturnih praksi i ideala ženstvenosti koji posljedično omogućuju nastup poremećaja hranjenja.

Poremećaje hranjenja tako možemo vidjeti kao simptome mnogih višeslojnih i heterogenih nevolja našeg doba i kulture, odnosno, prema Bordo (1993:142), u kojima niz kulturnih struja konvergira i daje svoj izražaj. U anoreksiji, kao „najsnažnijem“ pojavnom obliku poremećaja hranjenja, te se kulturne struje mogu najbolje očit(ov)ati, a Bordo (1993:142) ih utvrđuje kroz „osi kontinuiteta“. Postavljajući anoreksiju na te osi, očituju se njene bliske sličnosti sa ostalim fenomenima, njen sinhronicitet s drugim suvremenim kulturnim praksama – poput body buildinga i kompulzivnog džogiranja, te njene povijesne poveznice s drugim ekstremnim manipulacijama nad tijelom (npr. korzeti), i s tradicijom dualizma uma i tijela. Uz priznavanje da postoji niz mogućnosti kulturnog razumijevanja anoreksije,

Bordo (1993:142) ih promatra kroz tri osi kontinuiteta: „os dualizma“, „os kontrole“ i „os roda/moći“. Unutar svake od navedenih Bordo (1993) kombinira povijesne i filozofske aspekte zapadne kulture i stavlja ih u vezu s tijelom anoreksičarke. Os dualizma je bazirana na kartezijanskom dualizmu uma i tijela, gdje je tijelo alijenirano, doživljeno kao prepreka i vidi se kao neprijatelj, a Bordo (1993) takve interpretacije tijela pripisuje Platonu, sv. Augustinu i Descartesu, koji su u zapadnoj kulturi tradicionalno stvorili neprijateljski odnos prema tijelu, s obzirom da se apsolutni cilj zapravo nalazi u životu bez tijela. Upravo anoreksičarka, kroz negiranje gladi i želje za hranom i kroz uništavanje svog tijela, predstavlja trijumf volje nad tijelom, transcendira meso, i time utjelovljuje gorenavedene filozofske stavove (Bordo, 1993). Os kontrole prikazuje nemoć anoreksičarki, koje nalaze sigurnost, kontrolu i nezavisnost u obuzdavanju od hrane. Dijeta postaje sredstvo kontrole jer se suvremenu kulturu vidi kao nešto što se ne može kontrolirati. Time kontrola nad tijelom ispunjava potrebu za redom koju društvo, u stanju sve većeg meteža, ne može ponuditi. Isto tako, poremećaj anoreksije obično počinje nakon usputno i ležerno shvaćene dijeta gdje, nakon što uspijeva izgubiti na težini, žena osjeća postignuće a svoje tijelo vidi kao jedinu sferu u svom životu nad kojom može vršiti totalnu kontrolu. Kako bi vratila i/ili zadržala pozitivne osjećaje, ona mora nastaviti s ekstremnom dijetom (Bordo, 1993). Os roda/moći uviđa kako je poremećena slika vlastitog tijela, a tipična u anoreksiji, zapravo tipična i svim ostalim ženama, pa tako, doduše u manje ekstremnom obliku, žene općenito pogrešno procjenjuju svoja tijela, uspoređujući ga s idealom mršavosti i dominantnom konstrukcijom ženstvenosti, onom koja nosi veći „teret“ nego muževnost (Bordo, 1993). Služeći se analizom intervjua s anoreksičarkama koje je provela Hilde Bruch (2001), i pritom utvrdila da se u njihovoj psihi događa borba između ženskog i muškog „sebe“, Bordo (1993) uviđa kako je upravo to muško „sebe“ izraženo i razvijeno u sindromu anoreksiju; muško „sebe“ je snaga volje, duhovnost i kontrola, dok je ženska strana ono tjelesno, nekontrolirano, i slabe snage volje – a gdje su anoreksičarke sve asocijacije našle i internalizirale upravo iz kulture u kojoj žive, i čime svjedoče rodnim konstrukcijama. Bordo (1993:155) značenja tih rodnih asocijacija postavlja na dvije razine, gdje je prva razina povezana sa strahom i prijezirom nad tradicionalnim ženskim ulogama i društvenim ograničenjima, a druga razina s dubokim strahom od „Ženskog“, koje sadrži sve arhetipske asocijacije proždrljive gladi i seksualne nezasitnosti. Ono žensko se tako percipira kao ono koje je u stanju „pretjeranosti“, proždiruće i uvijek nezasitno, ali i ono koje su muškarci uvijek pokušavali opisati, kako u umjetnosti (književnost itd.) tako i kroz znanost - medicinsko dijagnosticiranje, kontrolu i liječenje. Na osi roda/moći se žensko tijelo tako

pojavlja kao medij povijesnog straha od žene kao onog „previše“ (Bordo, 1993:163). Anoreksičarka kroz svoje ekstremno mršavo tijelo, svoju glad, uskraćivanje i mržnju same sebe izražava sve što je možda i predobro naučila da kultura očekuje od žena. I ona tako kroz anoreksiju pokušava pobjeći od, i sa sebe „odstraniti“, od Bordo na dvije razine utvrđene, dominantne konstrukcije ženstvenosti, dok to postiže kroz utjelovljenje „ženskih“ osobina, odnosno kulturne slike idealne žene, koju potom odvodi do krajnjih logičkih ekstrema.

Utvrdivši snažnu simboliku, političke konotacije, te duboke poveznice anoreksije s kulturom, za koju tvrdimo da je i *stvara* (kao i ostale poremećaje hranjenja), može li se onda otići još dalje i reći da je anoreksija oblik političkog prosvjeda?

3.6. Anoreksija nervoza – ekstremno konformiranje normama ili politički prosvjed?

Kao što smo već ustanovili, poremećaje hranjenja trebalo bi gledati u sklopu perspektive kontinuuma, kao dio kontinuuma na kojem se žene nalaze u svojem odnosu s tijelom, jedenjem i posljedičnim problemima, a koji svi izvire iz zahtjeva kulturne konstrukcije ženstvenosti – fascinacija zapadne kulture ženskim tijelom. Kroz takvu se perspektivu žene koje su razvile anoreksiju i one koje su joj „uspjele“ izbjeći stavlja u istu razinu, uvažavajući patnju oboljelih ali tvrdeći kako su sve žene u svojevrsnim teškoćama zbog sveprožimajuće ideologije vezane uz mršavost, kontrolu gladi i zapravo sve aspekte fizičkog izgleda, a kojeg se stalno (samo)nadgleda. Zapadna kultura time stvara žene koje kontroliraju svoja tijela putem odricanja od hrane, te koje u velikoj mjeri krivo procjenjuju, odnosno konstatno precjenjuju veličinu svojih tijela. Poremećaji hranjenja time nisu individualne patologije, kako ih vidi psiho(bio)medicinski model, već pretjerivanje unutar današnjih kulturnih normi, i znakovi „kulturne nevolje“. Te bolesti/poremećaji kulture, kako ćemo poremećaje hranjenja ovom prilikom nazvati, odražavaju i svraćaju pozornost na neke društvene boljke poput „našeg povijesnog naslijeđa omalovažavanja tijela, preko našeg modernog straha od gubitka kontrole nad budućnošću, do zabrinjavajućeg značenja suvremenih ideala ljepote u razdoblju nikad prije veće ženske prisutnosti i moći“ (Bordo,

1993:139-140). Bordo (1993:139,177) anoreksiju naziva „psihopatologijom kao kristalizacijom kulture“, ali i „patologijom ženskog protesta“, te unutar zadnjeg termina još ubraja histeriju i agorafobiju⁶⁶, a gdje sve zapravo predstavljaju pretjerivanje žena u očekivanim kulturnim normama ženstvenosti. Ipak, za razliku od Orbach (2005; u Bordo, 1993:176), koja vidi anoreksiju kao aktivan i osnažujući čin otpora, kao optužnicu „kulturi koja omalovažava i potiskuje žensku glad, koja od žena radi da se srame svojih apetita i potreba, koja zahtijeva da žene konstantno rade na transformaciji svojih tijela“, Bordo (1993) odbacuje ideju da anoreksija (kao i histerija u 19.st., te agorafobija) predstavlja neki oblik političkog otpora ili političke svijesti.

„Ali moramo spoznati da je prosvjed anoreksičarke, kao onaj klasičnog simptoma histerije, napisan na tijelima anoreksičnih žena, nije prigrljen kao svjesna politika, niti, uistinu, uopće odražava neko društveno ili političko razumijevanje. Štoviše, sâmi simptomi funkcioniraju da spriječe to stvaranje takvog razumijevanja. Fiks ideja – ostati mršavom – postaje u svom najdaljem ekstremu toliko moćna da učini sve druge ideje ili životne projekte beznačajnima“ (Bordo, 1993:159).

Time je anoreksija nesvjesni prosvjed upisan na tijelo žene, a kojeg tek drugi, koji posjeduju društvenu i/ili političku svijest, mogu tako interpretirati. Ženi koja se voljno samoizgladnjuje je cilj mršavost a poruke koje njeno tijelom svojim izgledom odašilje nisu svjesne. Bordo (1993) raspravlja kako je nemoguće vidjeti anoreksiju kao feministički prosvjed s obzirom da je u svojoj biti kontraproduktivan, odnosno od veće štete nego koristi. Vrijeme i energija koje su ženi potrebni da se postigne (takva) mršavost dolaze na uštrb njenog unutarnjeg razvoja i društvenih postignuća. I tako dok anoreksično tijelo odašilje određenu poruku, anoreksičarka zbog njenog iznimnog fokusa na mršavost i dijete nema kapacitete stvoriti svoje vlastito političko značenje poruke, to je prosvjed koji se na stvarnoj kao i na simboličkoj razini konačno pretvara u kapitulaciju subjekta, prosvjed koji je u isto vrijeme i potpuno povlačenje iz svijeta (Bordo, 1993). Slično vrijedi i za slučajeve

⁶⁶ Doslovno strah od javnih mjesta i otvorenih prostora. Nalazi se u dijagnostičkim psihijatrijskim priručnicima gdje je povezana s paničnim poremećajima (DSM-IV, 1996). Kao i poremećaji hranjenja te histerija, i agorafobija se poglavito javlja kod žena i vidi se kao „ženska“ bolest/poremećaj. Prvi je put medicinski opisana 1872.g., te unutar okvira 19.st. predstavlja ovisnost udane žene o sigurnosti i statusu unutar okruženja buržoaske obitelji (Turner, 1996). U agorafobiji se doslovno odražavaju konstrukcije ženstvenosti kao povezane s kućanstvom i ovisnosti o drugom (muškarcu). Fenomen agorafobije eskalirao je 1950-tih i 1960-tih, upravo kad se nakon Drugog svj. rata „trebalo“ žene „vratiti“ u privatnu sferu (Bordo, 1993; vidi i Orbach, 2005). Fodor (1974; u Bordo, 1993:170) o agorafobiji govori kao „logičnom, iako ekstremnom, produžetku kulturnog stereotipa spolnih uloga za žene u tom razdoblju.“ Paralele s poremećajima hranjenja time su očite.

agorafobije i histerije, pa se i te poremećaje može vidjeti (čitati) kao istovremeno i prosvjed i povlačenje, i trijumf nad opresijom kao i istovremeno kapitulacija pod tom opresijom. Mnoge žene koje imaju poremećaj hranjenja nisu svjesne da se na njih može gledati kao da odašilju političku poruku, i nazvati anoreksiju ili druge poremećaje hranjenja nesvjesnim feminističkim prosvjedom ostaje veoma upitno. „Korištenje“ poremećaja hranjenja kao sredstva za pobunu protiv ideala ženstvenosti, samo će po sebi uvijek predstavljati teškoće. Jer žene ne mogu jednostavno napraviti da mršavost ili debljina imaju značenja kakvima ih one žele, već su mršavost i debljina značenjski mnogostruko određeni. Tako na razini kulture vitko žensko tijelo može komunicirati gotovo suprotna značenja od onih na psihološkoj razini - konformizam spolnim stereotipima, taštinu, plitkost, potrebu za prihvaćanjem i odobravanjem, ranjivost, nježnost i krhkost, kao i želju da se zauzme što manje fizičkog (a zapravo društvenog) prostora (Lester, 1997:487). I iako se ekstremno mršavo tijelo anoreksičarke predstavlja kao karikatura suvremenog ideala ženske hiper mršavosti (Bordo, 1993:170), i čime ona potencijalno izražava svoj prijezir, ostaje činjenica da se to događa u areni tijela, areni koja je ženama tradicionalno dodijeljena kao „njihova“. Osim što je se može smatrati ili nesvjesnom ili nevoljnom da se na nju gleda kao da odašilje političku poruku, „uporaba jezika ženstvenosti da se protestira protiv uvjeta ženskog svijeta...uvijek će uključivati ambiguitete“ (Bordo, 1993:177). Čak i da je svjesna svoje želje da se pobuni protiv norme, „anoreksičarka svoje putovanje možda počne s prkosom, ali s točke gledišta muško dominantnog društva, ona ispada savršenom ženom. Ona je slaba, bespolna, bez glasa, i samo se uz poteškoće može fokusirati na svijet izvan njenog tanjura“ (Wolf, 1991:197). Ali Wolf (1991:198) također govori kako poremećaji hranjenja počinju kao razborita i mentalno zdrava reakcija na nerazboritu društvenu stvarnost, da je „pokušaj kontrole nečeg što pokušava kontrolirati tebe zasigurno znak mentalnog zdravlja“. U uvjetima kad su ženska tijela, i time žene sâme, tako usko (i moćno) određene, poremećaj hranjenja se ponekad može činiti kao jedini bijeg i jedini način da se izbjegnu za žene postavljeni „parametri“; anoreksičarke u tome prednjače, silno se želeći izdvojiti od moći koju ta poslušna ženstvenost vrši nad drugim ženama. Pokazali smo međutim kako su žene koje imaju anoreksiju (ili ostale poremećaje hranjenja) često nesvjesne ili nevoljne priznati određenu feminističku prirodu svojeg djelovanja. Postati pretjerano mršavom kako bi se razotkrio apsurd paradigme mršavosti žena mora uvijek predstavljati paradoks, s obzirom da mršavo tijelo predstavlja patrijarhalni utjecaj isto kao što i simbolizira oslobođenje (Brown i Jasper, 1993:30).

Poremećaji hranjenja se dakle možda mogu percipirati („čitati“) kao efikasno sredstvo propitivanja ideala ženstvenosti, kao pobuna i otpor standardima ženstvenosti, kao subverzivan način potkopavanja usko definirane ideje što u današnjem društvu znači biti žensko, ali s druge pak strane mogu se percipirati i kao bez elemenata pobune, kao (ekstremno) konformiranje tim standardima ženstvenosti i kao nešto što te standarde još više učvršćuje.

Ali konačno, iako se ženu koja ima poremećaj hranjenja može vidjeti kao da za sebe stvara posebno ekstreman, žestok i buntovan odnos prema raznim teškoćama s kojima se žene suočavaju u ovakvom današnjem definiranom (muškom) svijetu, čini se da ono što je većini očito su tek njena patnja i bol.

Zaključak

Fenomene poremećaja hranjenja se najčešće tumači i tipično razumijeva iz domene psiho(bio)medicinskog modela i psihijatrijskog diskursa, unutar kojeg su poremećaji hranjenja točno definirani i za koje su pruženi dijagnostički kriteriji, koji slijedom služe kao objektivna norma procjene. Pokazali smo međutim kako te objektivne norme teže u potpunosti zanemariti kontekst kulturnih vrijednosti i društvenih uvjeta, i poremećaji hranjenja se isključivo vide kao individualne patologije oboljelih, odnosno s uzrokom u nekim psihičkim i/ili fizičkim značajkama same individue. Kroz pregled etioloških objašnjenja unutar psihološkog i biomedicinskog modela, i ukazujući na nedostatke njihovih objašnjenja, pokazali smo kako ti modeli nisu uspjeli iznaći „ispravno“, odnosno potpuno tumačenje uzroka poremećaja hranjenja. Jedan od razloga tog neuspjeha leži u tome što navedeni modeli ne uzimaju u obzir dvije očite činjenice: 1. Poremećaji hranjenja gotovo pa isključivo pogađaju žene (90 i više posto) 2. Poremećaji hranjenja su suvremeni fenomen, odnosno broj oboljelih žena je od sredine 20. stoljeća u velikom rastu. Ako se takva snažna rodna inklinacija i vremenska specifičnost poremećaja ne uvažava i ne pokušaju protumačiti, ostali bismo uskraćeni za potencijalno iznimno važne uvide. U radu smo tako pokazali kako je potpunije razumijevanje fenomena poremećaja hranjenja moguće jedino kroz njihovo lociranje u sociokulturni kontekst. Pritom smo, kroz pogled u društvo i kulturu, pokazali da poremećaji hranjenja nisu jedini problem koji pogađaju žene danas vezano uz njihova tijela, već da je zapravo većina žena konstantno u nekoj vrsti borbe s vlastitim tijelom, tjelesnom težinom i fizičkim izgledom općenito. Tvrdili smo da su poremećaji hranjenja, poput anoreksije i bulimije, ekstremne varijacije na kontinuumu problema žena sa slikom vlastitog tijela, te da svi od tih problema potkopavaju puni potencijal žena. Osnovni problem smo uvidjeli u suvremenom idealu ženstvenosti - kultu mršavosti i mitu ljepote, koji se javljaju, te sve više idu prema ekstremima, usporedno s rastom broja žena oboljelih od poremećaja hranjenja (od druge polovice 20. st.). Informirani Foucaultovom društveno-konstruktivističkom teorijom tijela i moći, a „filtriranu“ feminističkom kritikom, pruženo je objašnjenje kako se taj ideal ženstvenosti konstruira i „nameće“ ženama, te kako kroz normalizaciju, odnosno kroz samonadziranje, služi perpetuiranju odnosa moći – muške dominacije i podređenosti žena. Na „docilno“ žensko tijelo se gleda kao na podlogu na koju se upisuju povijesni konstrukti ženstvenosti,

a poremećaji hranjenja se potom mogu tumačiti kao ekstremi u pokušaju postizanja ideala ženstvenosti, ideala koji se kulturno uvažava i priznaje kao glavni put za uvažavanje i uspjeh žena u današnjoj zapadnoj kulturi. Hrana i poremećaji izraženi kroz nju postaju mehanizam nošenja žena s problemima s kojima se one susreću u današnjem društvu, proturječnom društvu u kojem žene nikad prije nisu imale toliko slobode, ali i društvu koje žene stavlja u nove izazove, društvu u kojem dolazi do određenih pomaka od tradicionalnih rodni uloga i koje od žena istovremeno očekuje nužno ispunjavanje ideala ženstvenosti ali i nekih karakteristika muževnosti, kako bi uz svoje (izborene) slobode mogle ostvariti i svoj potencijal; još uvijek društvu rodne nejednakosti gdje su slobode sada i ženske ali društvene pozicije moći, percepcija moći i u konačnici svijet – zapravo ipak još muški. Tako poremećaji hranjenja, a poglavito anoreksija, mogu imati i političku notu, i u skladu s opisanom situacijom u radu smo raspravljali kako se oni mogu vidjeti kao svojevrsni povijesno specifičan odgovor, kao oblik protesta i pobune žena protiv dominantnog ideala ženstvenosti i patrijarhalnog društva. Pa iako su „čitanja“ tih poremećaja moguća kao povlačenje i poraz ili pak kao aktivna pobuna i trijumf nad opresijom, jedno je sigurno i za kraj rada se mora utvrditi, u duhu aktivističkog elementa feminizma, a za koji se može reći i da općenito sociologija posjeduje (ili bi u naravi barem trebala posjedovati)⁶⁷: Poremećaji hranjenja svojom šokantnom pojavom, tijekom i ishodom u dugotrajnoj patnji i/ili smrti, svojom mnogostrukom simbolikom i političkim konotacijama jasno i upravo doslovno ističu i upozoravaju na naturaliziranje „dodijeljenih“ rodni uloga, a koje treba društvenim naporima i angažmanom u velikoj mjeri dekonstruirati. Očito je da poremećaji hranjenja predstavljaju kako nešto nije u redu s našim društvom, vid „kulture nevolje“, i to su problemi koji neće nestati dok se nekako ne promijeni kulturni ideal.

Popis literature

⁶⁷ Riječima Michaela Burawoya (2005:4), aktualnog predsjednika Međunarodnog sociološkog udruženja, i zalagatelja javne sociologije: „Kao ogledalo i savjest društva, sociologija mora utvrditi, zalagati se za i uputiti javnu raspravu o produblivanju klasni i rasni nejednakosti, novim rodni režimima, pogoršanju stanja okoliša, tržišnom fundamentalizmu, državnom i nedržavnom nasilju.“

- Agras, W.S. (ur.) (2010). *The Oxford handbook of eating disorders*. Oxford University Press.
- Akan, G. E. i Grilo, C. M. (1995). Sociocultural influences on eating attitudes and behaviors, body image, and psychological functioning: a comparison of African-American, Asian-American, and Caucasian college women. *International Journal of Eating Disorders*, 18 (2):181-187.
- Ambrosi-Randić, N. (2004). *Razvoj poremećaja hranjenja*. Jastrebarsko: Naklada Slap.
- Američka psihijatrijska udruga (1996). *Dijagnostički i statistički priručnik za duševne poremećaje (DSM-IV)*. Jastrebarsko, Naklada Slap.
- Bartky, S.L. (1990). *Femininity and domination: studies in the phenomenology of oppression*. New York: Routledge.
- Becker, A.E. (2004). Television, disordered eating, and young women in Fiji: negotiating body image and identity during rapid social change. *Culture, Medicine and Psychiatry* 28 (4):533-559.
- Bell, R.M. (1985). *Holy Anorexia*. The University of Chicago Press.
- Berkman, N.D., Bulik, C.M., Brownley, K.A., Lohr, K.N., Sedway, J.A., Rooks, A., Gartlehner, G. (2006). *Management of Eating Disorders. Evidence Report/Technology Assessment No. 135*. AHRQ Publication No. 06-E010. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Berrettini, W. (2004). The genetics of eating disorders. *Psychiatry (Edgmont)*, 1 (3):18-25.
- Bordo, S. (1993). *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture, and the Body*. Berkeley: University of California Press.
- Brown, C. i Jasper, K. (ur.) (1993). *Consuming passions: feminist approaches to weight preoccupation and eating disorders*. Toronto: Second Story Press.
- Brownell, K.D. i Garner, C.G. (ur.) (1995). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New York: Guilford Press.
- Bruch, H. (2001). *The golden cage: the enigma of anorexia nervosa*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Brumberg, J.J. (1988). *Fasting girls: the emergence of anorexia nervosa as a modern disease*. Harvard University Press
- Burawoy, M. (2005). 2004 ASA presidential address: for public sociology. *American Sociological Review*, 70 (1): 4-28.
- Bynum, C.W. (1985). *Holy feast and holy fast*. University of California Press.
- Chernin, K. (1994). *The hungry self: women, eating, and identity*. New York: HarperPerennial.

- Claude-Pierre, P. (2000). *Tajni jezik prehrambenih poremećaja: nov revolucionarni pristup razumijevanju i liječenju anoreksije i bulimije*. Zagreb: Miš.
- Cooley, C.H. (1967). *Human nature and the social order*. 2. izd. New York: Schocken Books.
- Crow, S.J., Peterson, C.B., Swanson, S.A., Raymond, N.C., Specker, S., Eckert, E.D., Mitchell, J.E. (2009). Increased mortality in bulimia nervosa and other eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 166:1342-1346.
- Emmett, S.W. (ur.) (1985). *Theory and treatment of anorexia nervosa and bulimia: biomedical, sociocultural, and psychological perspectives*. New York: Brunner/Mazel.
- Fairburn, C.G. i Garner, D.M. (1986). The diagnosis of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5 (3): 403-419.
- Fairclough, N. (1995). *Media Discourse*. London: Edward Arnold.
- Featherstone, M., Hepworth, M., Turner, B.S. (ur.) (1991). *The body: social process and cultural theory*. London: Sage Publications.
- Foucault, M. (1978). *The History of Sexuality, Volume 1: An Introduction*. New York: Random House.
- Foucault, M. (1980). *Istorija ludila u doba klasicizma*. Beograd: Nolit.
- Foucault, M. (1991). *Discipline and punish: the birth of the prison*. London: Penguin Books.
- Frost, L. (2001). *Young women and the body : a feminist sociology*. Palgrave Macmillan.
- Garner, D.M. i Garfinkel, P.E. (1980). Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 10 (4):647-656
- Germov, J. i Williams, L. (1996). The epidemic of dieting women: the need for a sociological approach to food and nutrition. *Appetite*, 27: 97-108.
- Giddens, A. (1991). *Modernity and self-identity: self and society in the late modern Age*. Cambridge: Polity Press.
- Gilman, S.L., King, H., Porter, R., Rousseau, G.S., Showalter, E. (1993). *Hysteria beyond Freud*. University of California Press.
- Goffman, E. (1971). *The presentation of self in everyday life*. London: Penguin Books.
- Grilo, C.M. i Mitchell, J.E. (ur.) (2010). *The treatment of eating disorders: a clinical handbook*. New York: The Guilford Press.
- Grogan, S. (2008). *Body image: Understanding body dissatisfaction in men, women, and children*. 2. izd. Routledge.

- Habermas, T. (1996). In defense of weight phobia as the central organizing motive in anorexia nervosa: historical and cultural arguments for a culture-sensitive psychological conception. *International Journal of Eating Disorders*, 19 (4): 317-334.
- Halmi, K.A., Falk, J.R., Schwartz, E. (1981). Binge-eating and vomiting: a survey of a college population. *Psychological Medicine*, 11 (4): 697-706.
- Hepworth, J. (1999). *The social construction of anorexia nervosa*. London: Sage.
- Hepworth, J. i Griffin, C. (1990). The discovery of anorexia nervosa: Discourses of the late 19th century. *Text* 10 (4):321-338
- Hesse-Biber, S. (1996). *Am I thin enough yet?: the cult of thinness and the commercialization of identity*. New York: Oxford University Press.
- Hsu, G. (1990). *Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Katzman, M.A., Hermans, K., van Hoeken, D., Hoek, H.W. (2004). Not your „typical island woman“: anorexia nervosa is reported only in subcultures on Curaçao. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 28 (4):463–492.
- Keel, P. i Klump, K. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin*, 129 (5): 747-769.
- Lee, S. i Lee, A.M. (2000). Disordered eating in three communities of China: a comparative study of female high school students in Hong Kong, Shenzhen, and rural Hunan. *International Journal of Eating Disorders*, 27 (3):317-27.
- Lester, R.J. (1997). The (Dis)embodied self in anorexia nervosa. *Social Science and Medicine*, 44 (4): 479-489.
- Malson, H.M. (1998). *The Thin Woman: feminism, post-structuralism, and the social psychology of anorexia nervosa*. London: Routledge.
- Michel, D.M. i Willard S.G. (2003). *When dieting becomes dangerous: a guide to understanding and treating anorexia*. Yale University Press
- Miller, M.N. i Pumariega, A.J. (2001). Culture and eating disorders: a historical and cross-cultural review. *Psychiatry*, 64 (2):93-110.
- Minuchin, S., Rosman, B.L., Baker, L. (1978). *Psychosomatic families*. Harvard University Press.
- Nasser, M. (1997). *Culture and weight consciousness*. New York: Routledge.
- Nasser, M., Baistow, K., Treasure, J. (ur.) (2007). *The female body in mind: the interface between the female body and mental health*. New York: Routledge.
- Nasser, M., Katzman, M.A., Gordon, R.A. (ur.) (2001). *Eating disorders and cultures in transition*. New York: Taylor & Francis.

- Ogden, J. (2010). *The psychology of eating: from healthy to disordered behavior*. 2. izd. Wiley-Blackwell.
- Orbach, S. (2005). *Hunger strike: the anorectic's struggle as a metaphor for our time*. London: Karnac Books.
- Palazzoli, M.S. (1978). *Self-starvation: from individual to family therapy in the treatment of anorexia nervosa*. New York: J. Aronson.
- Papadopoulos, F.C., Ekblom, A., Brandt, L., Ekselius, L. (2009). Excess mortality, causes of death and prognostic factors in anorexia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 194:10-17.
- Patrick, L. (2002). Eating disorders: a review of the literature with emphasis on medical complications and clinical nutrition. *Alternative Medicine Review*, 7 (3):184-202.
- Pokrajac-Bulian, A. (1998). Nezadovoljstvo tijelom i bulimični simptomi u studentskoj populaciji. *Društvena istraživanja*, 7 (4-5): 581-601.
- Polivy, J. i Herman, C.P. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55 (5):635-644.
- Rice, C. (1995). *Promoting healthy body image: A guide for program planners*. Toronto: Ontario Prevention Clearinghouse.
- Root, M. (1990). Disordered eating in women of color. *Sex Roles*, 22 (7/8):525-536.
- Shilling, C. (1993). *The body and social theory*. Sage Publications.
- Sullivan, P. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 152 (7):1073-1074.
- Swedberg, R. (2003). *Principles of economic sociology*. Princeton University Press.
- Thompson, B. (1994). *A hunger so wide and so deep: a multiracial view on women's eating problems*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Thompson, M.G. i Schwartz, D.M. (1982). Life adjustment of women with anorexia nervosa and anorexic-like behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 1 (3): 47-60.
- Turner, B.S. (1992). *Regulating bodies: essays in medical sociology*. London: Routledge.
- Turner, B.S. (1996). *The body and society: explorations in social theory*. 2. izd. Sage Publications.
- Vidović, V. (1998). *Anoreksija i bulimija: psihodinamski pogled na uzroke i posljedice bitke protiv tijela u adolescentica*. Zagreb: 4P, Biblioteka časopisa „Psiha“.

Vidović, V. (2004). Sadašnje stanje i budućnost liječenja i prevencije poremećaja jedenja u Hrvatskoj. *Medix*, 10 (52): 69-74.

Wilson, G.T. i Walsh, B. T. (1991). Eating disorders in the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology*, 100 (3): 362-365.

Wooley, O. i Wooley S. (1982). The Beverly Hills eating disorder: the mass marketing of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 1 (3): 57-69.

Web izvori :

<http://psychcentral.com/blog/archives/2012/12/02/final-dsm-5-approved-by-american-psychiatric-association/>

Pristupljeno: 15.3.2013.g.

<http://www.dsm5.org/about/Pages/DSMVOverview.aspx>

Pristupljeno: 15.6.2013.g.

<http://www.independent.co.uk/life-style/health-and-families/health-news/hospital-admissions-for-eating-disorders-jump-16-per-cent-8206822.html>

Pristupljeno: 21.3.2013.g.

<http://www.psychologytoday.com/blog/eating-disorders-news/201107/what-does-the-research-say-about-ethnicity-and-eating-disorders>

Pristupljeno: 26.3.2013.g.

<http://www.udruga-prsten.hr/fullpage.aspx?PartID=937>

Pristupljeno: 21.3.2013.g.

http://www.vanderbilt.edu/AnS/psychology/health_psychology/anorexiaocd.html

Pristupljeno: 20.5.2013.