

Gregorová, Karolína

Jazyk bolesti : prípadová štúdia IBSa coming outu v normatívnom rímskokatolíckom prostredí

Sacra. 2025, vol. 23, iss. 2, pp. 26-34

ISSN 2336-4483 (online)

Stable URL (handle): <https://hdl.handle.net/11222.digilib/digilib.83116>

Access Date: 15. 12. 2025

Version: 20251203

Terms of use: Digital Library of the Faculty of Arts, Masaryk University provides access to digitized documents strictly for personal use, unless otherwise specified.

Jazyk bolesti: Prípadová štúdia IBS a *coming outu* v normatívnom rímskokatolíckom prostredí

The Language of Pain: A Case Study on IBS and *Coming Out* in a Normative Roman Catholic Environment

Karolína Gregorová, FSS MU, Katedra sociologie
e-mail: 510281@mail.muni.cz

Abstract

This case study explores the intersection of chronic pain, religious identity, and queerness through the experience of Oskar, a young man raised in a devout Roman Catholic context. It examines how the normative pressures of Catholicism and Western biomedicine shaped Oskar's understanding of his body and sexuality. The study highlights the limitations of Cartesian dualism in explaining chronic pain and anxiety, particularly focusing on Irritable Bowel Syndrome (IBS) and health anxiety. By analysing Oskar's journey from catholic upbringing to *coming out*, the case study demonstrates how sociocultural factors influence the perception and expression of pain. The case underscores the need for a more holistic approach to health that considers the interconnectedness of mind, body, and social-cultural context, challenging the reductionist tendencies of both religious and biomedical discourse.

Keywords

biomedicine, *coming out*, humanism-enlightenment, chronic pain, faith, health anxiety, IBS, irritable bowel syndrome, normativeness, queerness, roman-catholicism

Kľúčové slová

biomedicína, *coming out*, humanizmus-osvietenstvo, chronická bolesť, IBS, normativita, queerness, rímskokatolícka cirkev, syndróm dráždivého čreva, viera, zdravotná úzkosť

Úvod

Zdanlivo nevysvetliteľná chronická bolesť a život-obmedzujúce obavy o vlastné zdravie sú fenomény, ktoré postihujú predovšetkým v euro-amerických spoločnostiach značnú časť populácie (Rachmann, 2012: 502; Nijs et al., 2011: 1087; Schep-Hughes & Lock, 1987: 9–10). Možná previazanosť kondícií tejto povahy so so-

cio-kultúrnym kontextom zasiahnutej osoby je však v biomedicínskom diskurze¹ často bagatelizovaná alebo úplne prehliadaná, pretože nezapadá do karteziánskej koncepcie duality mysle a tela², a popiera „zákon“ mechanistickej a lineárnej kauzality ochorenia. Kritické skúmanie týchto intersekcii a spochybňovanie zdanlivo nespochybniteľného tak môže nielen oslabiť biomedicínsky monopol na interpretáciu jazyku „tela v bolesti“, no aj dopomôcť postihnutým osobám na ceste k emancipácii od chronickej bolesti a úzkosti. V tejto súvislosti predstavím kritickú životnú epizódu Oskara, mladého queer muža vyrastajúceho v rímskokatolíckom prostredí, ktorú tvarovali chronická bolesť, úzkosť, viera a, v neposlednom rade, blížiaci sa *coming out*.

Napriek svojej partikularite vypovedá jeho skúsenosť s tzv. zdravotnou úzkosťou (Rachman, 2012: 502) a syndrómom dráždivého čreva (IBS) o mnohých problémoch Západnej biomedicíny a osvietenskej stratégie vysvetľovania bolesti. Oskarov príbeh tak presahuje jeho osobnú skúsenosť a vypovedá o širších súvislostiach útlaku rímskokatolíckeho „morálneho poriadku“ v intersekcii s normami humanizmu a osvietenstva. V tomto zmysle text predstavuje kritickú prípadovú štúdiu o jednom prípade (Hysa, 2022: 356), ktorý bol zvolený pre jeho explanačnú silu v odhaľovaní kultúrno-štrukturálneho pozadia chronickej bolesti a fenomenologických dôsledkov prieniku viacerých normatívnych mocenských systémov. Za týmto cieľom si kladiem nasledujúce rámcové otázky: (1) Ako karteziánsky dualizmus tela a duše a jeho biomedicínska reifikácia ovplyvňujú stratégie vysvetľovania a riešenia telesnej bolesti? (2) Ako môže medikalizácia tela a bolesti tvarovať rozsah a povahu tohto prežitku? (3) Ako interaguje biomedicínsky epistemologický model s rímskokatolíckou náboženskou identitou a vierou pri vysvetľovaní a riešení chronickej bolesti?

Dáta prezentované v nasledujúcej sekcii boli získané metódou hĺbkového polo-štruktúrovaného rozhovoru. Jeho prepis bol dôkladne anonymizovaný a následne autorizovaný komunikačným partnerom, ktorý vystupuje pod pseudonymom „Oskar“. Napriek výskumnému cieľu kriticky re-interpretovať jazyk bolesti – a spochybniť tak normativitu nie-len inštitúcií, no aj súvisiacich významov reprodukováných Oskarom samotným – vystupoval Oskar pri vzniku tejto štúdie v roli výskumného partnera a neskôr i v roli priateľa. Moje analytické zistenia a zhrnutie jeho životného príbehu sme dialogicky konzultovali s rešpektom k našim kapacitám, a na základe jeho spätnej väzby som moje formulácie upravovala tak, aby koincidovali s jeho žitou skúsenosťou. V tomto zmysle štúdiu metodologicky vzťahujem k dekoloniálnemu výskumnému dizajnu ukotvenom v princípoch nehierarchie, participatívnosti, vzájomnosti a destabilizácie štruktúry (Omodan & Nontyatambo, 2023: 1; Galien, 2020: 28).

¹ Biomedicínsky diskurz označuje spôsob, akým sa v medicíne a biológii hovorí o tele, zdraví a chorobe – z pohľadu prírodných vied, založený na merateľných a objektívnych údajoch (Foucault, 2003: xiii–xiv).

² Karteziánsky dualizmus označuje epistemologickú tradíciu ukotvenú v myšlienkach René Descarta (17. storočie), založenú na oddeľovaní mysle od tela, duše od hmoty, a reálneho (viditeľného, hmateľného) od nereálneho (Scheper-Hughes & Lock, 1987: 6–7).

Oskarov príbeh

Oskar vyrastal na dedine, v rímskokatolíckej rodine. Formatívnu časť svojho detstva však prežil v zahraničí – v prostredí, ktoré sám popisuje ako otvorené inakosti. „...Keď som prišiel späť na Slovensko, tak som nemal žiadnych kamošov, a tak som začal chodiť do rôznych kresťanských táborov.“ Svoje rané dospievanie preto trávil obklopený širokou sieťou rodín a jedincov, ktorých spájalo spoločné vierovyznanie, nedelné návštevy kostola, organizácia voľnočasových aktivít a predovšetkým nadpozemská *blízkosť*. Vzdelávacie prostredie, v ktorom existovala sexuálna výchova a vyučujúci študentstvo učil o normálnosti neheterosexuálnej orientácie však nahradilo katolícke gymnázium, kde bola inakosť explicitne odsudzovaná.

S postupným uvedomovaním si vlastnej queer romantickej túžby a neheteronormatívnej sexuality preto pocit patričnosti nahrádzalo popieranie a sklúčenosť. Práve tak započal aj Oskarov rozchod s organizovanou cirkvou. Ako sám opisuje, princípy akceptácie inakosti, ktoré nepovažoval za vylučujúce sa s jeho kresťanskou identitou, sa mu v hlave začali „zahmlievať“. Na jednej strane tak stála hana a na strane druhej sa objavovali pochyby:

...už sme aj chodili na strednú, už sme sa proste reálne začali učiť viac vedecké veci, filozofiu, neviem-čo, a začalo to byť také, že „OK, toto vlastne asi nie je jediný spôsob, ako sa ľudia pozerajú na život.“ A vtedy začalo to moje striezvenie v tom. Ale akože tá odluka bola taká dosť..., nie že bolestivá, ale že som sa musel dosť rozlúčiť s tými ľuďmi... (Oskar).

V dospelosti navyiac Oskara začali sužovať nevysvetliteľné problémy s tráviacou sústavou, sprevádzané pretrvávajúcou bolesťou v oblasti brucha:

Bol som mega nafúknutý, stále som myslel, že potrebujem ísť na véčko, aj keď som nepotreboval a stále som mal taký pocit v bruchu... Ja som reálne-, akože jedny z najsilnejších symptómov, ten najväčší *flare-up*,³ bolo, keď som sa prvýkrát stretol s [terajším partnerom]. Ja som jeden celý deň iba preležal a nemohol som sa hýbať – úplne to bolo strašné – tak extrémne ma bolelo brucho. Lebo som vedel-, možno v mojej hlave som bol taký, že „OK, ten *coming out* sa asi fakt blíži, fakt asi proste som priteplený, *it's a thing*.“⁴ (Oskar).

K týmto záverom však Oskar prišiel až neskôr. Ako sám hovorí, „dovtedy hľadal tú príčinu niekde inde“. Jedol probiotiká, predpísané lieky, opakovane navštevoval svoju všeobecnú lekárku, ktorá ho posielala k špecialistom, absolvoval niekoľko vyšetrení, medzi nimi traumatizujúcu gastrokopiu a kolonoskopiu.⁵

IBS, syndróm dráždivého čreva, je chronická gastrointestinálna porucha, ktorá postihuje 9–23% populácie sveta. Napriek tomu, že pacienti s IBS tvoria najväčšiu podskupinu navštevujúcu gastroenterologické kliniky je príčina tejto poruchy pre biomedicínu stále nejasná (Saha, 2014: 6759). I keď je asociácia s úzkosťou

³ Preklad: „zhoršenie choroby/symptómov“.

⁴ Preklad: „naozaj je to tak.“

⁵ Kolonoskopia a gastrokoplia sú diagnostické endoskopické vyšetrenia, pri ktorých sa skúma vnútro hrubého čreva (kolonoskopia) alebo horná časť tráviaceho traktu (gastrokoplia).

a depresiou naznačovaná stále častejšie, realita tohto prepojenia je adresovaná len zriedka (Fond et al., 2014: 658). V rámci podtypov IBS sa môže prejav symptómov medzi pacientmi líšiť a časom meniť. Medzi tie, ktoré pacientov najviac znepokojujú, patrí bolesť brucha, napínanie, svojvoľné svalové sťahy, nutkanie na WC, nadúvanie a pocity vážneho ochorenia (Saha, 2014: 6759).

Práve posledný zmieneny symptóm bol pre Oskara najnáročnejší. V neúspešnej snahe nájsť príčinu jeho bolesti, pri ktorej zlyhávali aj samotní medicínski experti a expertky, sa prehlbovalo jeho presvedčenie, že mu ide o život:

Ja keď som mal nejaký flare up, tak som hneď myslel na najhoršie veci a úplne som sa zacyklil. A skoro žiaden doktor ti nepovie, že aj toto je možnosť, že proste to môže byť psychologické. Proste sám musíš potom googliť a byť taký, že „aha, okej.“ (Oskar).

Zatiaľ čo sa bolesť zhoršovala, jeho úzkosť z vlastného ne/zdravia rástla a spolu s ňou aj posadnutosť hľadaním príčiny tejto „nevysvetliteľnej“ choroby:

Mne to robilo dobre, keď som si to pozeral. Že som sa tak ukludnil, že „OK, niečo pre to robím.“ Keď som to negooglil, tak som mal pocit, že sa mi tá úzkosť vynára, ale keď som googlil, tak som bol v štádiu riešenia a vtedy sa mi to ako-keby upokojilo. Ale potom som dal ten mobil preč a zase som hľadal symptómy, na základe toho, čo som si pred chvíľou prečítal. Takže *neverending cycle*⁶. (Oskar).

Ako ukážem v nasledujúcej sekcii, Oskarova existenciálna neistota úzko súvisela s rozpadom jeho náboženskej identity, a teda aj so stratou Boha ako ústrednej entity v jeho živote, zatiaľ čo potreba kauzálneho, vedeckého vysvetlenia začala postupne vystupovať do popredia ako nový rámec porozumenia sveta.

Interpretácie jazyka bolesti

Oskarov príbeh rámčuje hneď niekoľko normatívnych systémov a ideálov. Rímskokatolícku kresťanskú tradíciu, ktorá formovala jeho detstvo a dospievanie, charakterizovala mimo „lásky k blížnemu“ (Mt 22:39) a prijatia druhých bez ohľadu na ich status a pôvod (Lk 10:25–37) aj pravidelné hanobenie LGBTQI osôb a hanenie romantických/sexuálnych párov rovnakého rodu. Lahkovážne utrúsené homofóbne poznámky či nekompromisné výstupy duchovných o tom, ako má vyzerat štandardný, a teda „správny“ partnerský zväzok v Oskarovi umocňovali predstavu o heterosexuálnej norme a abnormálnosti homosexuality:

Všetko to bolo mega anti-gay... A ako som už vyrastal, tak som sa modlil, a bol som taký, že „OK, no, s týmto asi musím teraz žiť“ a len sem-tam som panikáril. A nejak akože do istého bodu sa to dalo-, nie že potlačiť, ale bol som taký, že „a to sa vyrieši, ešte rastiem, pohodička.“ Ale potom, ako to už začalo byť vážnejšie a vážnejšie, tak tam sa začal aj môj rozchod s cirkvou. (Oskar).

⁶ Nikdy nekončiaci cyklus.

Normatívny systém rímskokatolíckej cirkvi v otázkach sexuality a genderu legitimizuje svoj diskurz retro-aktívne a seba-referenčne. Inak povedané, ukotvuje ho v dlhodobej teologickej tradícii a oficiálnych cirkevných dokumentoch, ktoré v rôznych lokálnych kontextoch viac a menej ovplyvňujú jeho terajšiu podobu, neraz manipulujúcou interpretáciou (Conway, 2021: 3; Pavlík, 2023: 26–34). Prostredie, v ktorom sa Oskar pohyboval, bolo svojím interpretačným konzervativizmom notorické.

Historickosť a hlboká zakorenenosť rímskokatolíckych noriem genderu a „povinnej“ heterosexuality im navyiac v porovnaní s nepopierateľne pervazívnymi, no zdanlivo arbitrárnymi sekulárnymi verziami týchto noriem dodáva zdanie neotrastiteľnej autority (srov. Foucault, 1999; Spargo, 2001: 44–45). Inými slovami, hoci heteronormatívne a homofóbne postoje existujú aj v sekulárnej spoločnosti, katolícka cirkev im dodáva teologickú legitimitu. Veriaci tak môžu vnímať svoju neheterosexuálnu orientáciu a túžbu nielen v rozpore so spoločenskými očakávaniami, no aj v konflikte s ich kontextuálne situovanou náboženskou identitou a vierou.

Príkladom reifikácie heteronormatívnosti je katolícka „sexuálna etika“, ktorá vychádza z presvedčenia o komplementarite pohlaví a posvätnosti manželstva medzi mužom a ženou (viz John Paul II, 2006: xxiii–xxx). Toto učenie je explicitne vyjadrené napríklad v encyklike *Humanae Vitae* (Paul VI, 1968: par. 11–13) či v *Katechizme katolíckej cirkvi* (1994, par. 2357–2359), ktorý sa v danej problematike odkazuje na biblické pasáže, interpretované s rôznou mierou autorskej voľnosti (napr. Gn 19,1–29; Rim 1,24–27; 1 Kor 6,10; 1 Tim 1,10). Oskarova skúsenosť demonštruje, ako môže stelesnenie týchto noriem viesť k intenzívnemu utrpeniu, umocnenému vnímaním homosexuality nielen ako sociálnej deviácie, ale aj ako hriechu alebo morálneho zlyhania. Vedomie tejto deviácie bolo z týchto dôvodov pre Oskara spočiatku len „ťažko stráviteľné“.

Predpokladanou súčasťou biografii queer ľudí je však aj spomínaný *coming out*. Ten pre Oskarovu identitu predstavoval na jednej strane oslobodzujúci a transformatívny akt, na strane druhej bol poháňaný nutnosťou kresťansko-humanistickej spovede, cnosti a „života v pravde“ (Foucault, 1999: 61–87). V tomto zmysle je možné ho vnímať aj ako jeden z článkov v reťazci normatívnych tlakov. Nutnosť *coming outu* v zmysle katolíckej spovede a sekulárneho doznanja tak môžeme v Oskarovom príbehu vnímať ako súčasť *technológií moci* (inštitúcie rodiny, rímsko-katolíckej cirkevnej organizácie či západného vedeckého aj verejného diskurzu o sexualite), mobilizovaných ako súčasť *technológií seba samého*, za cieľom odhaliť vlastné autentické a zároveň „abnormálne“ vnútro rodine a komunite (Foucault, 1988: 18). V tomto procese je mocensky produkovaná pravda o „inherentnej“ deviácii ne-heteronormatívnej sexuality, čo vedie k reprodukcii samotnej konfigurácie ne/normálnosti. Psycho-sociálny stresor *coming outu* (Charbonnier & Graziani, 2016: 3–5), ktorý sa prejavoval úzkosťou z vlastnej abnormality a z neistoty reakcie druhých, tak začal trápiť nielen Oskarovu myseľ, ale aj jeho telo.

Ako je však možné, že jeho utrpenie trvalo až rok? Aká je rola medikalizácie tela a bolesti pri mystifikácii tohto individuálneho vnútorného prežitku? A ako sa na ňom spolupodieľa? Podľa antropologickej dvojice Schepher-Hughes a Lock (1987: 6–7) je nutné problematizovať teologicko-epistemologickú tradíciu karteziánskeho dualizmu, ktorý oddeľuje telo od mysle, ducha od hmoty, a reálne (viditeľné, hmatateľné, racionálne odôvodniteľné) od nereálneho. Descartesov materialistický

a mechanistický prístup k telu⁷ a myslí síce priniesol západnej biomedicíne obrovské úspechy, no opakovane zlyháva pri vysvetľovaní chronickej, „nevysvetliteľnej“ bolesti a stavov spojených so sociálne-kultúrnym prostredím (Nijs et al., 2011: 1087; Scheper-Hughes & Lock, 1987: 9–10). Napriek tejto nedostatočnosti si západná veda a klinická medicína udržujú monopol na vyšetrovanie, vysvetľovanie a liečenie „tela v bolesti“.

Kritická opozícia voči dominancii západnej biomedicíny však prichádza aj zo strany rímskokatolíckeho uvažovania. Katolícka kritika biomedicínskeho redukcionizmu zdôrazňuje holistický pohľad na človeka, ktorého utvárajú nielen fyzické, ale aj duchovné a sociálne aspekty, a dlhodobo odmieta jeho redukciu na súbor biologických procesov (Breen, 2020: 444). Na základe týchto myšlienok dokonca vznikajú iniciatívy, ktoré ponúkajú alternatívny prístup k zdravotnej starostlivosti s dôrazom na spirituálnu stránku liečby a pastoračnú starostlivosť (viz napr. Pontifical Council for Health Pastoral Care, 2003). Pre Oskarov príbeh je však mimoriadne paradoxné, že vplyvná *Teológia tela* Jána Pavla II (2006: 94–99) na jednej strane epistemologicky diktuje duálnu komplementaritu genderu ako súčasť prirodzeného božieho poriadku, a na strane druhej odmieta karteziánsky dualizmus tela a duše (mysle), nakoľko sa v ňom ľudská sexualita stáva predmetom manipulácie.

Kritiku je však možné uchopiť aj nenormatívne a produktívne. Koncept uvedomelých tiel (v ang. *mindful bodies*; Scheper-Hughes & Lock 1987: 6–8) zahŕňa tri vzájomne prepojené perspektívy: individuálne telo (prežívaná skúsenosť tela zjednoteného s myslou), sociálne telo (telo ako symbol pre uvažovanie o vzťahoch medzi prírodou, spoločnosťou a kultúrou) a politické telo (regulácia a kontrola tiel v spoločnosti či komunitě). Tento koncept zdôrazňuje, že naše telá nie sú len biologickými entitami, ale aj nositeľmi sociálne-kultúrnych významov a skúseností. Inak povedané, v tomto chápaní sú myseľ-a-telo vzájomne prepojené, pričom to, ako sa „v nich cítim“, úzko súvisí s (politickým) prostredím, v ktorom existujeme. O uvedomelosti jeho tela rozpráva aj sám Oskar v kontexte nutnosti blížiaceho sa *coming outu*: „A mám pocit, že ako si toto moje telo začalo *uvedomovať*, tak vtedy sa to ešte čoraz viac zhoršovalo.“

Naše uvedomelé telá odpovedajú na neistotu a vnímané ohrozenie rôznorodými spôsobmi. Medzi tieto automatické fyziologické odpovede patrí napr. diskomfort alebo bolesť, najmä v oblasti brucha a hrudníka či „rozutekané“, obsesívne alebo katastrofizujúce myšlienky. Už existujúce symptómy sú zvyčajne prežívané intenzívnejšie, zatiaľ čo naše telo udržuje v napätí pocit urgencie a všeobecnej nestability (Dar & Iqbal, 2015: 867; Hofmann, 2008: 7; Oliveira et al., 2022: 616). Tieto prejavy, ktoré možno nazvať aj symptómami úzkosti a strachu, sú súčasťou automatickej živočíšnej reakcie na potenciálne ohrozenie života (Hofmann, 2008: 4). Nato, aby ich uvedomelé telo spustilo, však nemusí naozaj „ísť o život“; stačí, aby sa nám zdanlivo rúcal pred očami. Inak povedané, ak sa zrútiť piliere, ktoré ho podopierajú, teda normy a s nimi spojené identity, ktoré náš každodenný život stabilizujú, cítim sa ako lovené zviera.

⁷ Descartesov mechanistický prístup k telu spočíva v chápaní tela ako stroja zloženého z častí, ktoré fungujú podľa fyzikálnych zákonov, podobne ako mechanizmus hodínok. Telo je tiež oddelené od mysle ako nemateriálnej substancie.

Podobným spôsobom „išlo o život“ aj Oskarovi. Jeho dovedty performovaná identita heterosexuálneho syna a „správneho“ kresťana sa mala čoskoro zrútiť, zatiaľ čo jeho každodenná skúsenosť nezodpovedala univerzálnym normám zdravia. Strach z neistej budúcnosti, vrátane reakcie jeho rodiny a komunity, ho dusil, a obavy z toho, že je nezdravý, zožierali väčšinu jeho myšlienok. Hoci sa Oskarova posadnutosť zdravím môže javiť ako čisto individuálna, odráža hlbšie historické socio-kultúrne mechanizmy formovania subjektivity. V tejto súvislosti zohráva medicína už od 18. storočia kľúčovú úlohu pri spolukonstruovaní jednotlivcov ako objektov vedeckého poznania – ako mysle a telá, ktoré možno pochopiť výlučne prostredníctvom uznávaných empiricko-rationálnych prístupov. Medicína je zároveň úzko prepojená so sekularizáciou etických režimov, v rámci ktorých sa jednotlivci začínajú opisovať jakýmkoli zdravím a choroby, a nazerajú na seba skrze kritéria normálnosti a patológie (Rose, 2007: 700):

Akože, ja si myslím, že kebyže doteraz tomu verím, tak mega veľa týchto mojich hypochondrických vecí proste neexistuje. Že som taký, že „*I tried my best, now I leave it up to God*“⁸, že čo sa stane ďalej. Ale tým, že viem, že existuje následok a príčina, a proste musím nájsť tú príčinu niekde, lebo niekde existuje, tak úplne ju zúfalo hľadám a potom sa v tom zacyklím. (Oskar).

Ako vysvetľuje samotný Oskar, viera v Boha mu umožňovala čeliť jeho strachu o zdravie s väčšou ľahkosťou. Vedomie, že za svoje zdravie nenesie osobnú zodpovednosť, jeho „agency“ je obmedzená, nemusí rozumieť všetkému, a, v konečnom dôsledku, je začiatkom i koncom jeho trápenia aj tak sám Boh, ho vždy upokojovalo. Oskarova viera tak bola dôležitou súčasťou jeho ontologického bezpečia⁹. Po rozpade jeho náboženskej identity sa však neistota choroby a nevysvetliteľnej bolesti stala len ťažko akceptovateľnou. Boha, v jeho pôvodnom význame všemocnej entity, nahradila alarmujúca neistota a nutnosť kauzálneho vedeckého vysvetlenia *všetkého* patologického. Oskar tak zostal v bolesti odkázaný sám na seba a na efektivitu diagnostiky karteziánskej biomedicíny.

IBS a tzv. zdravotná úzkosť (Rachman, 2012: 502) sa v kontexte sekularizácie a medikalizácie spoločnosti, teda premeny psycho-sociálnych ľudských kondícií na individuálne liečiteľné poruchy, stáva v Oskarovom prípade začarovaným kruhom. Neprijemné telesne-mentálne symptómy úzkosti a strachu mal tendenciu vnímať ako abnormálne, a v tradícií biomedicíny ako patologické (Conrad, 2007: 28).

„Proste som sa snažil si to nejak racionálne vysvetliť, ale v skutočnosti to spočívalo v [IBS] a zistil som to až potom.“ Tento výrok poukazuje na naviazanosť Oskarovho racionalizmu na „zákon“ lineárnej mechanistickej kauzality, a zvýrazňuje, ako diskurzívne náročné je pre Oskara integrovať ne-karteziánsku povahu bolesti IBS do sféry racionalizmu. Mechanistické premýšľanie o tele ako o komplexnom systéme orgánov, ktoré sú vzájomne závislé a spolu fungujú ako hodinový strojček ďalej upevňuje lineárne kauzálne vysvetľovanie, smerom od bunkovej organely k sústave orgánov, od telesnej patológie k telesnej bolesti (Scheper-Hughes & Lock, 1987: 9). Ak bolí brucho, problém treba hľadať v orgáne tráviaceho traktu:

⁸ Preklad: „Urobil som, čo som mohol, teraz to už zverím do rúk Boha.“

⁹ Pre viac o ontologickom bezpečí v podmienkach modernity, viz Giddens (2003: 85–92).

Ja si myslím, že je to istým spôsobom nejaká diagnóza, nejaký medicínsky stav, ktorý není úplne OK, a že tí doktori pre to nemajú úplne pochopenie, proste sú takí, že „na čo sem chodíš, keď ti nič není?“ Ani jedna doktorka mi nepovedala, že „chod' za psychológom“, boli len takí, že „fú, skús tohto experta, skús tohto“. A až potom som mojej praktickej povedal, že „nemôže to byť v mojej hlave?“ A ona že, „hm, možno.“ ...A akonáhle som si to uvedomil a proste urobil ten *coming out*, ktorý som sa úplne odtlačoval, nechcel som si ním prejsť, tak mi to úplne zmizlo. (Oskar).

Biomedicínska norma mechanistickej a lineárnej kauzality znemožňuje postihnúť psycho-sociálnu a cyklickú povahu bolesti spojenej s IBS a zdravotnou úzkosťou. Uniknutie z cyklického hľadania príčiny a zintenzívňujúcich sa symptómov tak v Oskarovom prípade spočívalo v akceptácii uvedomelosti jeho tela, teda spojitosti jeho „tela-a-mysle“ pri prejavoch bolesti, strachu a úzkosti, a v rozpoznaní ich externých zdrojov (*coming out*). Avšak, bez jazykového aparátu, ktorým by sme dokázali o našich „uvedomelých telách“ a nelineárnej kauzalite choroby rozprávať, znejú naše pomenovania týchto skúseností mnohokrát reduktívne či nejednoznačne. Oskar tak o svojej kondícii striedavo rozpráva medikalizujúcim jazykom („diagnóza, medicínsky stav“), v termínoch karteziánskeho dualizmu („nemôže to byť v mojej hlave?“), no aj mimo jeho rámcov („moje telo [si] začalo uvedomovať“).

Záver

Podľa Scheper-Hughes a Lock (1987: 31) „choroba nie je iba izolovaný a nešťastný stret s prírodou, ale spôsob komunikácie, ktorou kultúra, spoločnosť a príroda prehovárajú skrze orgány.“ Oskarov príbeh ukazuje, že jazykom bolesti dokáže uvedomelé telo rozprávať príbehy o spoločenských normách, očakávaníach a tlakoch, ktorým čelíme.

Jeho bolesť predstavuje stelesnený dôsledok intersekcie náboženskej normativity, epistemologického dedičstva západnej biomedicíny a absencie expertných sietí psychosociálnej podpory pre queer ľudí. Táto štúdia tak odhaľuje, že socio-kultúrne podmienená bolestivá realita queer *coming outu* sa neriadi biomedicínskou normou karteziánskeho dualizmu a lineárnej mechanistickej kauzality. Uznanie „uvedomelého tela“ a jeho nelineárneho jazyka bolesti sa tak stáva formou odporu voči epistemologickej slepote západnej biomedicíny. Rovnako však musí znamenať ochotu počúvať „telá-a-mysle“ v ich komplexnosti – a to i mimo normatívne rámce stávajúceho diskurzu.

Zoznam použitej literatúry

Pramene:

- Biblia: Slovenský ekumenický preklad.* (2008). Banská Bystrica: Slovenská biblická spoločnosť. Catholic Church. (1994). *Catechism of the Catholic Church* (2nd ed.). Vatican City: Libreria Editrice Vaticana.
- John Paul II. (2006). *Man and Woman He Created Them: A Theology of the Body* (M. Waldstein, Trans.; A new translation based on the John Paul II archives). Liverpool: Pauline Books & Media.

Pontifical Council for Health Pastoral Care. (2003). *Dolentium Hominum: Church and Health in the World*, 52. Vatican City: Libreria Editrice Vaticana. Nalezeno [21.9.2025] na https://www.humandevlopment.va/content/dam/sviluppoumano/publicazioni-documenti/archivio/salute/dolentium-hominum-en-1-72/DH_52_En.pdf.

Sekundárna literatúra:

- Breen, J. O. (2020). Health in Need of Healing: Church History as a Road Map for Future Evangelization in Medicine. *The Linacre Quarterly*, 87(4), pp. 444–450.
- Charbonnier, E., & Graziani, P. (2016). The stress associated with the coming out process in the young adult population. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, 20(4), pp. 319–328.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Dar, K. A., & Iqbal, N. (2015). Worry and Rumination in Generalized Anxiety Disorder and Obsessive Compulsive Disorder. *The Journal of Psychology*, 149(8), pp. 866–880.
- Fond, G. et al. (2014). Anxiety and depression comorbidities in irritable bowel syndrome (IBS): A systematic review and meta-analysis. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264(8), pp. 651–660.
- Foucault, M. (1988). *Technologies of the self: A seminar with Michel Foucault* (L. H. Martin, H. Gutman, & P. Hutton, Eds.). Amherst: University of Massachusetts Press.
- Foucault, M. (1999). *Dějiny sexuality I: Vůle k věděni*. Praha: Herrmann & Synové.
- Foucault, M. (2003). *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*. London: Routledge.
- Giddens, A. (2003). *Důsledky modernity*. Praha: Sociologické nakladatelství.
- Galien, C. (2020). A Decolonial Turn in the Humanities. *Alif: Journal of Comparative Poetics*, 40, pp. 28–59.
- Hofmann, S. (2008). Cognitive processes during fear acquisition and extinction in animals and humans: Implications for exposure therapy of anxiety disorders. *Clinical Psychology Review*, 28(2), pp. 199–210.
- Hysa, X. (2022). Critical case. In B. B. Frey (Ed.). *The SAGE Encyclopedia of Research Design* (pp. 356–356). Thousand Oaks, CA: SAGE Publications.
- Nijs, J. et al. (2011). Treatment of central sensitization in patients with ‘unexplained’ chronic pain: What options do we have? *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 12(7), pp. 1087–1098.
- Oliveira, L. et al. (2022). Depression and anxiety screening in emergency department patients with recurrent abdominal pain: An evidence synthesis for a clinical practice guideline. *Academic Emergency Medicine*, 29(5), pp. 615–629.
- Omodan, B. I., & Nontyatyambo, P. D. (2023). Analysis of Participatory Action Research as a Decolonial Research Methodology. *Social Sciences*, 12(9), 507.
- Pavlík, J. (2023). “Male and Female He Created Them”: The Roman Catholic Church’s Inconsistent Stance on Gender. *Gender a výzkum / Gender and Research*, 24(2), pp. 26–52.
- Rachman, S. (2012). Health anxiety disorders: A cognitive construal. *Behaviour Research and Therapy*, 50(7–8), pp. 502–512. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.001>.
- Rose, N. (2007). Beyond medicalisation. *The Lancet*, 369(9562), pp. 700–702.
- Saha, L. (2014). Irritable bowel syndrome: Pathogenesis, diagnosis, treatment, and evidence-based medicine. *World Journal of Gastroenterology*, 20(22), pp. 6759–6773. <https://dx.doi.org/10.3748/wjg.v20.i22.6759>.
- Scheper-Hughes, N., & Lock, M. M. (1987). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 1(1), pp. 6–41.
- Spargo, T. (2001). *Foucault and Queer Theory*. London: Icon, Totem Books.