

Propojení zdraví s procesy formování identity a subjektivity má v antropologii hluboké kořeny a nejde jen o antropologii „medicínskou“. Je to proto, že se dotýkají principiálních otázek sociálních a humanitních věd, jako je vliv vzdělání, moci nebo společenského postavení na kulturní a sociální diferenciaci, včetně vnímání sebe a druhých. Zjednodušeně řečeno jsou reflexí sociálního postavení, podobnosti a jinakosti mezi sebou sama a druhými. Jak mnozí autoři poukazují, nejsou to substantiva *identita* a *subjektivita*, ale verba *identifikovat (se s)* a *stávat se subjektem*, která činí identitu a subjektivitu děním odvíjejícím se mezi lidskými bytostmi, a otvírají tím fascinující prostor pro zkoumání. Jak tři ze statí předloženého čísla *Cargo* a zpráva z mezinárodního kolokvia ilustrují, klíčovým analytickým nástrojem tohoto zkoumání v antropologii je etnografie, včetně autoetnografie. Úvodní etnografie Susanny Trnkové přináší poutavou komparaci formování subjektivity v kontextu vnímání času v léčbě astmatu na Novém Zélandu a v českých lázních. Etnografický narativ Markéty Doležalové zachycuje transformaci postoje romské migrantky k závažnému onemocnění v důsledku konvertování k pentekostálnímu hnutí. Trojici etnografických statí propojující zdraví s formováním subjektivity doplňuje autoetnografie Alžběty Wolfové, která analyzuje procesy sebepoznání a sebedisciplíny skrze praktikování ájurvédy v české společnosti. Zpráva z mezinárodního kolokvia „Consequences of Ethnography: Knowing Violence via the Self and the Aftermath“ pak otevírá okno do světových etnografií: Veeny Dasové, která zde vystoupila s příspěvkem k tématům sociálního utrpení, subjektivity a každodenní zkušenosti v indickém slumu, Davida Mosseho přinášejícího až mrazivě podmaňující autoetnografii vyrovnávání se se sebevraždou syna a Jonathana Stilloa, který nabízí kombinaci etnografie a autoetnografie subjektivity na pozadí výzkumu efektivity léčby TB v Rumunsku.

Historicky významným autorem propojujícím tvorbu identity a subjektivity se zdravím byl od 60. let například Erving Goffman, který se ve své zásadní esejí *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity* (1963) jako jeden z prvních soustřeďoval na formativní efekt zdravotních problémů na lidskou identitu. O tři roky později vyšla práce *Being Mentally Ill: A Sociological Theory* (1966) a rok na to *Mental Illness and Social Processes* (1967) Thomase Scheffa, který je spolu s dalšími sociology považován za představitele tzv. *labeling theory*, rozvíjející se v 60. a 70. letech minulého století. Scheff předpokládal, že psychická nebo duševní choroba je nálepka, kterou si člověk vyslouží, přesahuje-li jeho chování hranice společenských konvencí a je chápáno jako deviantní. To, co je na jeho díle zásadní pro obecné principy *labeling theory*, je hypotéza, že s nálepkou nemoci, ať už somatické, nebo psychické, člověk dostává od svého okolí relativně uniformní řadu reakcí a chování, které ho tlačí k jednoznačnému přijetí „role nemocného“, kterou

dříve či později internalizuje a identifikuje se s ní. Nemoc je proto sociální role a hlavním determinantem jejího vzniku je reakce společnosti k jedinci se zdravotním problémem.

Je důležité podotknout, že Scheffova myšlenka a *labeling theory* jako celek staví na dílech dřívějších autorů, jako byl Émile Durkheim a jeho *Le suicide* (1897), Frank Tannenbaum a jeho studie *Crime and the Community* (1938) – jejímž centrálním empirickým zjištěním bylo, že čím důrazněji lpělo okolí mladého problémového člověka na nálepce delikventa, tím silněji se s ní identifikoval a recidivoval – a v neposlední řadě na odkazu George Herberta Meada, především jeho díle *Mind, Self, and Society* (1934). Ačkoliv vzděláním sociolog a klasický psycholog, Mead je právem považován za nepsaného zakladatele psychologické antropologie, když v rámci směru, který jeho žák Herbert Blumer pojmenoval „symbolický interakcionismus“, vytvořil prostředky sloužící (nejen antropologům) ke zkoumání subjektivity. Mead se soustředil na interní procesy, kterými lidská mysl formuje obraz sebe sama. Centrálním konceptem jeho bádání byla ta část lidského „já“, která je zodpovědná za vytváření vědomí sebe sama a představ o sobě sama (anglické *self-awareness* a *self-image*). Zdůraznil, že lidský sebeobraz je formován představami o tom, jak si myslíme, že nás vnímají ostatní. Lidské chování je pak výsledkem významu vytvářeného sociální interakcí, intersubjektivitou.

Mapujeme-li historii průniku tématu subjektivity a zdraví, je nezbytné zmínit odkaz Maurice Merleau-Pontyho, jehož zásadní dílo *Phénoménologie de la perception* (1945) a následné práce, včetně posmrtně vydané *Le visible et l'invisible* (1964), nejsou přímo spojovány s *labeling theory*, ale jeho fenomenologie tělesnosti a vnímání vytvořila koncepce, na kterých staví mnozí současní antropologové zabývající se zvědoměním zdraví a nemoci. Jeho teorie propojující tělesnost a subjektivitu přinesla nejenom možnost překonání karteziánského dualismu duše a těla, ale zároveň otevřela dveře humanitním vědám, jejich přístupům a metodám, do studia lidského zdraví. Podle Merleau-Pontyho duševní zdraví (dnes bychom řekli také psychosomatické zdraví) pramení ze smyslu, který v životě vytváří propojení vědomí člověka a světa, který jej obklopuje a který vnímá skrze tělesnost. Francouzský myslitel zdůraznil význam lidské tělesnosti jako něčeho, co není jen náhodnou okolností (předmětem v chemicko-fyzikálním světě), ale určující podmínkou lidského bytí, včetně formace identity, protože je naší perspektivou vůči světu a uskutečňuje v něm naše záměry. Člověk se ke svému okolí skrze své tělo a jeho schopnosti vnímání vztahuje jedinečným, tedy diferencujícím a zároveň selektivním způsobem.

Specificky antropologické výzkumy později navázaly a rozšířily výše zmiňované konceptualizace bádáním nad tématy jako *spirit possession*, náboženská léčba nebo přechodové rituály k iniciaci elévů do role léčitele, věstce či šamana. Společným jmenovatelem všech těchto studií je tvorba a transformace identity. Identifikace

s konkrétní skupinou, komunitou nebo společenstvím, včetně etnicity, národnosti, kmenové příslušnosti atp. umožňuje propojení příslušníka skupiny s konkrétním léčitelským nebo terapeutickým systémem a hodnotami a předpoklady, na kterých stojí. V západní společnosti pak vztažení se a loajalita k systémům jako homeopatie, ájurvéda, přírodní nebo domorodé tradiční léčby představují procesy, které označujeme jako medicínské kulturní politiky, vymezující člověka praktikujícího jeden systém vůči druhému (většinou dominantnímu) systému, jimž je zpravidla biomedicína a její chápání lidského zdraví.

První zařazený článek Susanny Trnkové argumentuje, že napříč liberálními společnostmi jsme svědky akcentování takového vnímání času, které klade důraz na řízení, kontrolu a transformaci subjektivity ve smyslu sebekontroly. Efektivní management času a z něj plynoucí produktivita se staly klíčovými v procesu sebepoznání, které jsou v neoliberální společnosti stále výrazněji považovány za předpoklad dosažení a udržení lidského zdraví skrze sebedisciplínu. Trnková vyzdvihuje roli farmaceutického průmyslu v produkci této neoliberální časové determinace, kdy průmysl tlačí na novozélandské lékaře, aby svou praxí vytvářeli systematickou, časově pravidelně strukturovanou spotřebu farmak u svých pacientů s astmatem. Do protikladu k těmto praktikám staví lázeňské pobyty pro astmatiky v Čechách, které, ačkoliv také staví na sebedisciplíně, cílí na snížení potřeby léků.

Fungující na principu „totální instituce“, který rozvinul Erving Goffman, české lázně vytváří pro matky (rodiče) astmatiků jedinečné, izolované prostředí s rigorózním programem a důsledně dodržovaným režimem, který klade vysoké nároky na *self-management*. Zároveň vytváří prostor oproštěný od každodenních povinností a běžného prožívání času. Pacienti jsou institucionalizováni do nových vzorců chování, rutin a perspektiv, které zahrnují transformace do jiného časového rozvrhu, tempa a jiného bytí ve svém těle. To je založeno na oddělení od běžné existence, na důrazu na řád a disciplínu, ale zároveň na prožitkových terapiích s akcentem na příjemný pocit (např. muzikoterapie, klimatoterapie). Prožitek příjemného, zejména ve spojitosti s trávením času venku při pohybových aktivitách, které jsou vnímány jako trénink disciplíny těla, je jedním z těžišť lázeňské terapie. Otužené tělo je například zdravější a soběstačnější (nepotřebuje léky). Autorka zmiňuje, že instituce očekává, že si nové prožívání svého těla a naučené strukturované režimy pacienti odvezou s sebou a budou je aplikovat po návratu domů v rámci reciprocity za investici do nich státem vloženou.

Trnková přináší řadu citací, které reflektují vysokou spokojenost až nadšení rodnin, zejména matek doprovázejících své děti, s pobytem v lázních. Přesto jsou lázeňské léčebné terapie řadou odborníků kritizovány pro nedostatek exaktních vědeckých dat prokazujících efektivitu léčby chronických onemocnění jako je astma. Kritika a privatizace mnoha lázeňských institucí vedla k výraznému poklesu návštěvnosti českých lázní, byť je v posledních letech znovu mírně na vzestupu.

Trnková poukazuje na fakt, že prožitek příjemného, disciplína nebo změna v rytmu a obsahu denních aktivit a jejich vnímání jsou proměnné, které jsou metodami jako RCT (*randomized control trial*) těžko měřitelné. Odtud plyne strategie ředitelů a zdravotníků hájit lázeňské léčebné metody na základě argumentu, že jsou efektivní jako balíček či komplex procedur. Ačkoliv z jejich strany jde především o strategii marketingovou, Trnková uzavírá, že v antropologické perspektivě rozhodně dává smysl. Odkazuje totiž na koncept nejednoznačnosti (*ambiguity*) ve vnímání času v interakci se změnou vnímání těla – proces, který není kvantifikovatelný a měřitelný metodami jako RCT, vyžadovanými západní EBM (*evidence-based medicine*). Do kontrastu staví formování času a vnímání časovosti farmaceutickými společnostmi a konvenčními zdravotníky léčícími astma na Novém Zélandu, kteří si stěžují na nedodržování léčebných postupů (*non-compliance*), jako je preventivní, pravidelné užívání kortikoidů a inhalátorů, až u 80 % pacientů. Autorka vysvětluje, že pacienti nejsou nezodpovědní, ale reagují na sociální faktory (ideologie), které jsou součástí biomedicínské diagnostiky chronických onemocnění. Mnozí lidé, které studovala, vnímají astma jako diskrétní epizody potíží, mezi kterými se cítí být zdravými. Naproti tomu farmaceutické společnosti a jejich lobby nastavují časovost ve zdravotnické péči tak, aby proměňovala lidská těla v permanentní výrobce nemoci, které je nutné infinitně léčit. Aby péče byla efektivní, je třeba je disciplinovat do pravidelných cyklů sebe-monitoringu a preventivní farmaceutické léčby.

Narativ romské migrantky ze Slovenska v Anglii, který přináší stať Markéty Doležalové, je reflexí medicínských kulturních politik vymezujících subjektivitu mladé ženy, Marty, v systémech západní medicíny a spirituální léčby pentekostální víry. Popisem doprovodné jízdy na hemodialýzu vykresluje autorka ponurou atmosféru nemocniční zástavby odrážející depresivní ekonomickou situaci, v důsledku které jsou postupně zavírány jednotlivé části objektu. Skrze provázení pacientky nehostinným nemocničním areálem a rutinními úkony, nezbytnými, aby hemodialýza mohla proběhnout, zachycuje její percepci dění. Momentem napojení na dialyzační přístroj vnímá Martina transformaci svého těla na objekt, který je třeba vyčistit, aby fungoval. Její mysl se odtělesní, vydělí z prožívání těla (*disembodiment*), a ona při četbě (většinou Bible) čeká na dokončení čištění krve, které vnímá jako nutnou, avšak zcela odosobněnou proceduru, při níž nejenže se vnímá mimo své tělo, ale i jako oddělenou od zdravotnického zařízení a jeho zaměstnanců.

Prožívání hemodialýzy kontrastuje se zkušeností uzdravování v systému křesťanské pentekostální víry, konkrétně Life and Light Church, ke které Martina konvertovala v Leeds. Jádrem víry hnutí vychází z biblického příběhu, v němž se klade důraz na Ježíšovo zmrtvýchvstání a život po smrti. Konvertité s ním a bohem mohou přímo komunikovat a interagovat v procesu „zpřítomnění“. Skrze zúčastněně

pozorování na pentekostálních shromážděních Doležalová ilustruje, jak konverzi dochází k přijetí Ježíše a nabytí nové sociální identity, která vytváří nové významy a vnímání. Sociální realita je vytvářena skrze interní světy, jejichž obsah v pentekostální víře významně utváří náboženská imaginace. Sugestivní kázání pastorů, nejednoznačnost jazykových výrazů, emocionální hudba, zpěv komunity, ale i meditace a osobní modlitba se řečeno s Luhrmannovou a Morgainovou (2012) stávají *tréninkem pozornosti* k interním stimulům, jako je „zpřítomnění“ vizualizací, a smyslovým vjemům interakce s Ježíšem v konkrétních situacích (především když uzdravuje), a zároveň přináší dovednosti upozadování vnějších stimulů.

Skrze čítankové následování Kleinmanových principiálních kategorií medicínské antropologie z klasického díla *The Illness Narratives* (1988), které rozlišují mezi subjektivně vnímanou nemocí (*illness*), diagnostikovanou chorobou (*disease*) a sociálně determinovaným onemocněním (*sickness*), Doležalová ilustruje jejich vymezení v žité realitě mladé ženy. Disfunkce ledvin se jako diagnostikovaná choroba přesouvá náboženskou konverzí do pozadí jako vnější stimul, méně důležitý než interní stimuly, které v ní zpřítomňují boha a přináší spirituální léčbu. Její prožitek vytváří novou realitu – nový fenomenologický svět, ve kterém se transformuje prožívání sebe sama, vztah k času a nemoci. Zatímco cílem západní léčby je uvedení těla do původního fyzického stavu nebo výchozí biologické funkcionality, záměrem náboženské léčby je rétorické posunutí identity člověka do nového (duchovního) stavu, který není totožný ani s časem před nemocí nebo chorobou, ani se současnou realitou nemoci nebo choroby (Csordas 2002). V závěru uvádí Doležalová tezi, která svým zobecňujícím charakterem působí poněkud problematičtěji. Píše, že evropští Romové mají k učení charismatických hnutí jako je Life and Light Church díky sdílené zkušenosti utrpení (jako je Ježíšovo ukřižování) blíže než jiné kulturní skupiny, protože mají extenzivní zkušenost s chudobou a sociálním vyloučením.

Článek Ivana Součka „Obraz indické medicíny“ kriticky rozkrývá historicko-sociální pozadí diskurzivního paradoxu, kdy na jedné straně západní kultury interpretují tradiční indickou medicínu jako postavenou na primitivních, nevědeckých představách o fungování lidského těla, protkaných náboženskými pověrami, zatímco na druhé straně ji vnímají jako klasické dědictví lidské moudrosti a důkaz existence mýtického zlatého věku humanity či jakéhosi společného prazákladu všech starověkých civilizací. Její jednotlivé praktiky jsou přejímány a v různých podobách reprodukovány ve většině západních zemí současného světa. Existující paradox vychází z absence pohledu, který by vnímal indické medicínské praktiky jako jakýkoliv jiný kulturní jev, jenž staví na heterogenních souborech idejí a vzhledů, vyvíjejících a transformujících se v čase a prostoru.

Úvodem autor zdůrazňuje, že se o indických tradičních medicínských praktikách jako ájurvéda a júnání-tibb hovořilo, a hovoří, jako o statických systémech

zakonzervovaných v historii dávnověku, kterých se moderní dějiny dotkly a ovlivnily je jen minimálně. Tzv. orientalistická (koloniální) literatura, zformovaná převážně v 18. století, vychází z předpokladu, že tradiční medicínské principy pochází ze starověku, který je vnímán jako nadčasová etapa, v níž byly zdroje poznání chápány transcendentně (jako dary bohů) a jsou jak nezpochybnitelné, tak zároveň uzavřené jakémukoliv vývoji. Tento pohled zásadním způsobem mění postkoloniální přístup bádání, který přináší kritickou analýzu prezentace tzv. Orientu západními společnostmi. V tomto rámci Souček podrobně vykresluje historické periody intenzivního sblížení a rozkolu evropských a indických praktik, ať to byla odkázanost prvních kolonistů hlavně na začátku 16. století na pomoc místních díky specifickým klimatickým podmínkám, nebo až obdivný postoj k indické astronomii, matematice a medicíně evropských badatelů v 18. století, který vyústil například v založení Asijské společnosti Williamem Jonesem, byť je tyto snahy důležité vnímat v širším kontextu politického záměru kolonistů poznat, ovládnout a následně transformovat indickou společnost. Díky tomu, že se evropská orientalistika vytvářela primárně jako lingvistická disciplína, důraz se (arbitrárně) kladl na interpretování archaických literárních pramenů indické civilizace. V tomto procesu museli kolonisté spolupracovat s místními vzdělanci. A protože jedněmi ze spolupracovníků byli hinduističtí duchovní, zažil se v západních společnostech redukcionistický pohled, že hinduismus je celohindické náboženství.

Autor uvádí, že zásadní obrat v relativně liberálním postoji Britů vůči různým projevům indické kultury přišel v 19. století, kdy britská koloniální správa zahájila intenzivní transformaci technologie, komunikace a legislativy s cílem vytvořit moderní indický stát. S tím souvisely i kritické postoje k místním medicínským postupům, které byly označeny za nevědecké, neúčinné a hodné vytlačení. Souček zdůrazňuje, že v tomto procesu sehrálo významnou roli i místní obyvatelstvo, kdy některé skupiny (např. tzv. nová indická intelektuální elita, indiští lékaři vzdělaní v západní medicíně) přebíraly koloniální postoje a vehementně se podílely na jejich aplikaci. S jejich přičiněním se západní medicína ukázala jako efektivní nástroj demonstrace nadřazenosti evropského intelektu a legitimacy koloniálního uspořádání, protože vykazovala signifikantní možnosti ovlivnit jak sociálně-kulturní, tak materiální stránku života v zemi. Souček uzavírá historický přehled společenských změn období po roce 1947, kdy Indie získala nezávislost a všechny místní formy medicíny našly širokou podporu politických představitelů usilujících o budování jednotné národní identity.

To vytvořilo poměrně komplikovanou situaci ve vztahu k dříve na vládní úrovni akceptované západní medicíně a roztržštěnosti místních medicínských praktik, jež byly koloniální vládou systematicky potlačovány. Výsledkem jsou pokračující snahy jak o revitalizaci tradičních medicínských praktik, tak o jejich syntézu a standardizaci vzdělávání. Produktem těchto snah je vznik moderní ájurvédské medicíny,

jejíž základ je interpretován jako vycházející z nejstarších existujících literárních útvarů v Indii. Naproti tomu větev, která se rozšířila a rozšiřuje za hranice Indie, především do Evropy a Spojených států (např. v rámci hnutí New Age), se označuje jako globální ájurvéda. Autor má za to, že svému masívnímu rozšíření vděčí jednak vzrůstající opozici vůči technologicky a empiricky orientované a odosobněné západní medicíně a jednak hnutím jako TM (transcendentální medicína). Jeho zakladatel Maharaši Mahéši Jógi jej definoval jako holistický přístup k lidskému bytí (zdraví) vedoucí mysl do nitra k podstatě přirozenosti. Podle Jógiho dokonce představuje základní stavební prvek pro všechny medicínské systémy, včetně medicíny rozvinuté ve starověkém Řecku, která dala základ západní medicíně. Autor však zdůrazňuje, že bez ohledu na popularitu (a s ní ruku v ruce jdoucí komercializaci) globální ájurvédy existuje jen několik málo západních vzdělávacích institucí, které integrovaly indickou medicínu do svého curricula, což znamená, že tyto léčebné praktiky nedosáhly signifikantní míry formálního společenského uznání a legitimacy za hranicemi jižní Asie.

Historicko-společenský diskurz do formování tradiční indické medicíny, její prezentace, interpretace a praktikování v západní společnosti vytváří metodologický kontext pro čtvrtou zařazenou stať. Jedná se o poutavou případovou studii Alžběty Wolfové, která v rámci antropologického bádání, ale i jako součást vlastního rozvoje, absolvovala dvě ájurvédské školy v českém prostředí (tzv. Ájurvédskou univerzitu Dhanvantri a Školu ájurvédské medicíny Pavola Hlůšky) – podle Součkova dělení tedy školy globální ájurvédy. Ve svém článku nejprve detailně mapuje nabídku vzdělávání v této oblasti včetně popisu center a jednotlivých lektorů v České republice a zasazuje svůj výzkum do vyčerpávajícího přehledu literatury věnující se jak studiu praktikování ájurvédy, tak tzv. KAM (komplementárních a alternativních medicín). Ze zmiňovaných dvou škol vzešla většina participantů autorčina dlouhodobého terénního výzkumu. V uvedeném textu se zaměřuje na dva z nich a doplňuje je autoetnografií praktikování ájurvédy, které reflektuje na pozadí svého teoretického vzdělání v oblasti KAM a pomyslných i reálných rozhovorů se spolužáky ájurvédy o svých zkušenostech. Prostřednictvím analýzy těchto tří narativů (včetně vlastního) studie detailním způsobem sleduje procesy uvědomění si sebe sama a zvědomění svého těla a jeho interakcí s okolním světem skrze učení se a praktikování ájurvédy. Zaměřuje se na důsledky vtažení poznání a praxe této metody do každodennosti praktikujících a polemizuje o tom, zda neustálá kontrola zacházení s vlastním tělem nevede v důsledku spíše ke znejišťování aktérů, kteří jsou nuceni vyrovnávat se s řadou dilemat.

Wolfová vychází z premisy, že mnoho lidí praktikuje KAM z jiných než čistě léčebných důvodů. Zajímá je rozvíjení dovednosti uvědomění si svého těla, propojenosti jednotlivých částí těla, podstaty interakcí těla s okolním (nejen přírodním) prostředím a následná schopnost kontroly těchto procesů. Pracuje přede-

vším s konceptem *poznávání*, které definuje jako proces, jenž začíná nabytím teoretických poznatků. Následuje jejich aplikace v každodenní praxi, která, jak dokládá autoetnografií, může být značně komplikovaná, protože ájurvédské postupy jsou v kontextu rytmu života západní společnosti náročné na soustředěnost a čas. Podle autorky neexistuje uniformní cesta poznávání, ale v důsledku skutečnosti, že tělo, jako systém sestávající ze soustav těl a myslí, je jedinečné, každý člověk poznává jinak. V procesu poznávání pak identifikuje jako klíčový moment *rozpoznání* podstaty vlastních pocitů a (nejen zdravotních) problémů, které předtím postrádaly smysl. Koncept poznávání (a rozpoznání) rozvíjí Wolfová od schopnosti chápání ájurvédských léčebných postupů k transformaci vlastního přemýšlení a zažívání těla, včetně „praktikování“ těla a jeho interakce s prostředím. Tím jsou těla osob praktikujících nově tvořena nebo, jak název napovídá, nově „dělána“. Slovy v úvodu citovaného Merleau-Pontyho (1945) autorka konceptualizuje tělo jako centrum, ve kterém se potkávají tři roviny lidské existence: zvědomění se a vnímání sebe sama, vnímání sebe a ostatních jako objektů interakce a vytváření významu a smyslu v životě.

Všechny uvedené statě, byť Součková studie tak činí nepřímou, staví na konceptu těla jako předmětu bádání, který je alternativou karteziánského „cogito“. Stojí tak v přímém střetu s redukcionismem, ať biologickým, sociálním nebo psychologickým, který na rozdíl od antropologického přístupu neumožňuje vnímat zdraví a léčení jako kulturně specifický proces, jehož součástí je společenská definice toho, co znamená být lidskou bytostí, zdravou či nemocnou. Etnografie formování identity a subjektivity v oblasti zdraví umožňuje vidět lidské bytosti nikoliv jako odtělesněné myslí nebo naopak komplexní biologické stroje, ale jako heterogenní soubor aktérů, jejichž subjektivita je aktualizována formou jejich fyzického, intelektuálního a emocionálního zapojení se do světa.

Daniela Mosaad Pěničková

BIBLIOGRAFIE

- Csordas, Thomas. 2002. *Body, Meaning, Healing*. New York: Palgrave.
- Durkheim, Émile. 1897. *Le suicide*. Paris: F. Alcam.
- Goffman, Erving. 1963. *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.
- Kleinman, Arthur. 1988. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*. New York: Basic Books.
- Luhrmann, Tanya M., a Rachel Morgain. 2012. „Prayer as Inner Sense Cultivation: An Attentional Learning Theory of Spiritual Experience.“ *Ethos* 40 (4): 359–389.

- Mead, George Herbert. 1934. *Mind, Self, and Society: From the Standpoint of a Social Behaviorist*. Chicago: University of Chicago Press.
- Merleau-Ponty, Maurice. 1945. *Phénoménologie de la perception*. Paris: Gallimard.
- _____. 1964. *Le visible et l'invisible*. Paris: Gallimard.
- Scheff, Thomas. 1966. *Being Mentally Ill: A Sociological Theory*. Chicago: Aldine Press.
- _____. 1967. *Mental Illness and Social Processes*. New York: Evanston.
- Tannenbaum, Frank. 1938. *Crime and the Community*. New York: Columbia University Press.