

VIZUALITA TRANSNACIONÁLNÍCH PRAKTIK PÉČE / ZUZANA UHDE

Procesy komodifikace péče, které jsou průvodním jevem proměn současného ekonomického systému a intenzivního šíření kapitalismu, vedou k rozšíření trhu jako organizačního principu do vztahů péče, jehož prostřednictvím se tato oblast stává součástí procesu akumulace zisku, který je veden specifickými hodnotami efektivity a maximalizace výkonu. Negativní důsledky rozvoje soukromého pečovatelského sektoru jsou současně funkcí třídního postavení i „rasově“ etnických vztahů ve společnosti: na jedné straně jsou tržní služby péče finančně dostupné pouze pro vyšší a střední třídy, na druhé straně jsou tato místa se znevýhodněným a rizikovým statusem stereotypně konstruována pro ženy z minoritních skupin a nižších tříd. Tento trend je předmětem řady studií, které se věnují zaměstnávání marginalizovaných skupin žen (často migrantek) jako pečovatelek v soukromých institucích a jako nájemních pomocnic a pečovatelek v soukromých domácnostech. Tržní model péče v současných podmínkách zintenzivnění globálního propojení vztahů – ekonomických, společenských i kulturních – vytváří sektor druhořadého zaměstnání, pro který je charakteristické zaměstnávání migrantek a migrantů. Současná společenská forma péče v západní společnosti je tak vtažena do transnacionálních praktik péče.

Španělští kurátoři David Arlandis a Javier Marroquí toto téma prezentovali prostřednictvím uměleckých výpovědí na výstavě *Krise péče / Care crises*, která od března do května tohoto roku probíhala v galerii FUTURA.¹ K tomuto projektu uvádějí: „Výstava v Centru pro současné umění FUTURA je součástí širšího projektu, který usiluje o výzkumné angažmá spojující různá pole vědění, přičemž umění je jedním z nich.“ Výstava, kterou doprovázel rozbor transnacionálních praktik péče Zuzany Uhde, tak poskytla prostor, ve kterém se vizualita spojila se sociálněvědním výzkumem a feministickou kritikou.

Většina vystavujících umělekyn se zaměřila na každodennost globálních nerovností, která se odráží v žité zkušenosti nejen migrantek a jejich rodin, ale i rodin, pro které tyto ženy pracují, a která proměňuje společenskou atmosféru a prostor v zemi původu migrantek i v cílové zemi. Larisa Sitar z Rumunska ve svém projektu *Domácí palác* zachytila proměňující se urbánní prostor, ve kterém roste počet rozestavěných a prázdných domů, jež za peníze vydělané v zahraničí staví migranti a migrantky, pro které vize vlastního domu představuje vysněnou odměnu za těžkou práci v zahraničí, v nichž ale nemá kdo bydlet. Emocionální trauma migrace se stalo tématem pro Mieke Bal z Nizozemí, která na výstavě prezentovala projekt *Nic nechybí*, videoinstalaci v „obývacím“ pokoji, ve kterém sledujeme rozhovory žen s jejich nepřítomnými blízkými, kteří odešli za prací do ciziny. Každodennost migrace a skryté strategie žen pohybujících se na hranici mezi Španělskem a Marokem ve svém videoprojektu *Europlex* zviditelnila Ursula Biemann ze Švýcarska. Jednu z podob těchto přeshraničních pohybů představuje každodenní migrace marockých žen mezi dvěma světy, což je podtrženo dvouhodinovým rozdílem mezi časovými zónami, za prací do Španělska, kde se tyto ženy starají o domácnost, děti a starší ve španělských rodinách.

Ačkoli ne všechny domácí pomocnice a pečovatelky jsou nutně migrantky, migrantkám se bez ohledu na jejich vzdělání otevírají možnosti pracovního uplatnění v migraci zejména v tradičně femininně definované sféře úklidu či péče. Vzniká zde určitý paradox, zatímco západní společnosti procházejí zásadní proměnou genderových vzorců, na migrantky je silně uplatňováno genderově stereotypní vnímání. María Galindo z Bolívie ve svém projektu *Vyhnanství neoliberalismu* zachycuje příběhy bolívijských žen, které přijely do Španělska, kde pracují jako služky. Podobné osudy zachy-

kyň různých oborů zaznělo, že *genderová medicína se nezabývá ženskými právy a rovnostmi, ale je to prostě dobrá medicína. Zjevně to tedy politické téma je, ale nikdo to nechce přiznat. Když se v odpoledních sekcích prezentovaly různé způsoby zavádění genderové medicíny do praxe (organizace, asociace atd.), všechny byly bez výjimky definovány jako apolitické.*

Dalším obecným poznatkem je to, že genderové stereotypy a předsudky ve výzkumu různých onemocnění mají negativní dopad na léčbu mužů i žen, protože ovlivňují představivost, ochotu podstupovat screening atd. Jedna uvedená australská studie například zjistila, že doktoři muži měli problém diagnostikovat depresi u mužů v 60 % případů, zatímco lékařky, možná překvapivě, měly tento problém v 75 % případů. Předpokládá se, že deprese je zejména onemocněním žen, je ale také pravděpodobné, že značná část onemocnění depresí u mužů není jako taková diagnostikována. K tomu dochází jednak ze strany pacientů, neboť muži mají menší tendenci o depresi hovořit tak jako ženy, jednak proto, že diagnostické nástroje byly vyvinuty na základě ženské zkušenosti. Kritéria, která jsou nutná splnit pro diagnostiku deprese, tak muži nemusejí vůbec uvádět. Na stranu druhou potom lékaři a lékařky interpretují obtíže mužů jinak, často jako závislost na alkoholu nebo jiné onemocnění.

Panuje také poměrně obrovská nejistota v používání termínů pohlaví a gender, a to dokonce i u lidí, kteří jsou tématu genderové medicíny opravdu oddáni. Jeden ze zakladatelů Mezinárodní asociace genderové medicíny (International Association of Gender Medicine) Marek Glezerman z Univerzity v Tel Avivu v Izraeli, který je sám gynekologem a porodníkem, tak například publiku sdělil, že gynekologie a porodnictví nejsou genderová medicína, ale „pouze“ medicína založená na pohlaví (zřejmě proto, že se zde nemohou projevit genderové stereotypy, protože se tyto obory věnují pouze ženské reprodukci, totéž v jeho náhledu platí pro rakovinu prostaty nebo urologii). Další používají výraz gender pro prezentaci výsledků na základě pohlaví a naopak. Osobně

cuje Gülsün Karamustafa z Turecka ve svém projektu *Ne-doceněné performance*, který zachycuje osudy moldavských žen pracujících jako pečovatelky v bohatých istanbulských rodinách. Do třetice je toto téma předmětem projektu *Zaměstnankyně náklonnosti* Mau Monleón ze Španělska, která chce ukázat rozpor mezi tím, jakou hodnotu práce migrantek, které pečují o děti a starší, představuje pro španělskou společnost, v kontrastu k tomu, jak vysokou cenu jsou tyto ženy nuceny za život v migraci platit. Motivací řady migrujících žen je úsilí o finanční zabezpečení rodiny, zaplacení vzdělání pro jejich děti, splacení dluhů apod. Za zajištění těchto základních potřeb platí neustálým strachem ze života v ilegalitě, emocionálním strádáním, vyčerpáním z mnohahodinové těžké práce atd.

Ocenění péče bylo vždy zásadním feministickým tématem. Elżbieta Jabłonska z Polska na výstavě prezentovala svůj projekt *Supermatka* poukazující na heroické výkony žen v domácnosti, které ale zůstávají stranou pozornosti příběhů hrdinství. Služky v domácnosti jsou dvojitě zneviditelnovány, vykonávají nezbytnou práci, kterou společnost přehlídí, a současně musí zůstat v pozadí, aby nenarušovaly idylu rodinného života. Daniela Ortiz z Peru sestavila svoji výpověď na toto téma z rodinných fotografií peruánské vyšší třídy, na kterých je patrná „neviditelná“ přítomnost služby. Služky jsou součástí každodenního života těchto rodin, na fotkách z rodinného života jsou ale přítomny pouze jejich fragmenty či neostře kontury v pozadí. Fyzické úsilí domácích prací a jejich podřadné vnímání je tématem performance *Diaspora* Gabriely Golder z Argentiny, která se s očividným

fyzickým úsilím plazí po čtyřech po podlaze a čistí ji vlastním jazykem.

Celek výstavy je dovršen divadelní hrou na pětieurových bankovkách od Anetty Mony Chisa & Lucie Tkáčové v projektu s názvem *Důležitost děláni něčeho (a diskutování všeho)*. Jednotlivé bankovky, které jsou vypuštěny do oběhu, nesou výpověď o vyprázdněnosti naší jednostranně materiálně orientované kultury.

Výstava *Krise péče* představila narativní a vizuální výpověď transnacionálních praktik péče. Dnes je zřejmé, že feministické úsilí o uznání péče dosud nebylo naplněno. Současné globalizační procesy a vývoj globálního kapitalismu, které vedou k intenzivnějšímu propojení společenských a ekonomických vztahů v globálním rámci, toto úsilí zasazují do nového kontextu. Takto je třeba rozumět reformulovanému feministickému mottu z pera Arlie Hochschild, že „osobní je globální“.² Naše životy jsou zde vzájemně propojeny s druhými, což činí každého do určité míry odpovědným za důsledky svého jednání i přesto, že jsme se přímo nepodíleli na konkrétním špatném zacházení s konkrétními lidmi. Osudy migrantek by tak neměly být nikomu lhostejné.

Poznámky

1 K informacím o výstavě viz <http://www.futuraproject.cz/centrum-pro-soucasne-umeni-futura/vystavy/2012/care-crisis/>

2 Hochschild, A. R. 2008. „Láska a zlato. Globální řetězce péče.“ Pp. 107–128 in Hrubec, M. a kol. *Sociální kritika v éře globalizace. Odstraňování sociálně-ekonomických nerovností a konfliktů*. Praha: Filosofia, s. 126.

bych zejména v biomedicíně považovala za rozumné používat výraz *sex/gender based medicine* nebo *sex/gender medicine* s ložem, neboť v některých případech se zdá skutečně nemožné odlišit, co je *gender* a co *pohlaví*. Zajímavý příklad pochází opět z přednášky týkající se deprese. U žen může docházet k nižší produkci serotoninu a dopaminu, je u nich tedy vysoce účinná terapie, která tyto hladiny zvyšuje. Na druhou stranu ale *gen*, který vede k nižší expresi dopaminu, má vliv na to, že ženy jsou empatičtější, což přednášející spojila s ochotou žen mít a vychovávat děti. Bylo by tedy možné se ptát, zda téma „deprimovaných matek“ nemá oporu nejen v osobních a socioekonomických podmínkách, ve kterých se mnoho matek ocitá, ale také biologickou oporu, která sice může vést k depresi, ale vede také k vyšší empatii a ochotě se „obětovat“ dětem... Ostatně, spadalo by toto zjištění do *genderové*, nebo *pohlavní medicíny*?

Gender také bývá používán víceméně jako individuální charakteristika a zůstává na osobnostní úrovni (např. *genderové* role, nižší sebevědomí u žen). Proto ostatně může Paul Enck uvést, že *gynekologie* a *porodnictví*, což je *genderově* podmíněný obor *par excellence*, nemá *genderovou* dimenzi, není oblastí *genderové medicíny*. To se např. projevilo i u přednášky týkající se deprese, kde bych kromě úrovně osobnostní, obav a chování očekávala i úroveň *sociální* nebo *sociálně-ekonomickou*.

Jako největší problém se ukazuje převádění výsledků výzkumu do praxe. Lékaři jsou totiž nuceni dodržovat diagnostické směrnice a pravidla, která se mění velice pomalu. Jedna z přednášejících uvedla příklad výzkumu, který prováděla a publikovala před deseti lety, a až v loňském roce se podařilo tyto výsledky promítnout do diagnostických procedur závazných pro lékaře a lékařky, kteří ošetřují pacienty a pacientky. Marek Glezerman lékaře a lékařky ostatně nazval *avantgardními konzervativci*: jsou sice na špičce výzkumu, ke změnám jsou ale velice skeptičtí a neochotní.