



177

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

**Studia Sociologica VII (2015)
vol. 1**

177

**Annales
Universitatis
Paedagogicae
Cracoviensis**

**Studia Sociologica VII (2015)
vol. 1**

**Ciało w przestrzeni społecznej.
Współczesne problemy i wyzwania
socjologii medycyny**

**pod redakcją
Teresy Zbyrad**

Recenzenci/Reviewers

prof. dr hab. Zofia Kawczyńska-Butrym
prof. dr hab. Włodzimierz Piątkowski
prof. dr hab. Sławomir Kaprański
prof. dr hab. Jacek Kurczewski
dr hab. Krzysztof Czekał
dr hab. Michał Skrzypek
dr hab. Iwona Taranowicz
dr Zofia Stońska

Redaktor naczelny/Editor-in-chief

Janusz A. Majcherek

Sekretarz redakcji/Assistant editor

Aldona Guzik

Redaktor prowadzący/Executive editor

Teresa Zbyrad

Kolegium redakcyjne/Editorial Board

Anna Rębowska-Sowa, Halina Sekuła-Kwaśniewicz, Piotr Stawiński

Rada naukowa/Advisory board

Michael Daxner (University of Oldenburg, Freie Universität Berlin)
Stefan Garsztecki (Technische Universität Chemnitz)
Stina Jeffner (Dalarna University, Falun)
Hieronim Kubiak (Uniwersytet Jagielloński, Kraków)
Agamali K. Mamiedow (Uniwersytet im. Łomonosowa, Moskwa)
Halina Mielicka-Pawłowska (Uniwersytet Jana Kochanowskiego, Kielce)
Judith Narrowe
Jan Pakulski (University of Tasmania)
Anna Peck (University of North Carolina)
Beata Szluz (Uniwersytet Rzeszowski)
Miroslaw J. Szymański (Uniwersytet Pedagogiczny, Kraków)
Nina Witoszek (University of Oslo)

Strona internetowa czasopisma/Journal website:

www.ifis.up.krakow.pl/studia_sociologica

© Copyright by Wydawnictwo Naukowe UP, Kraków 2015

ISSN 2081-6642

Zapraszamy na stronę internetową:

<http://www.wydawnictwoup.pl>

druk i oprawa Zespół Poligraficzny UP, zam. 62/15

Spis treści/Contents

Wstęp/Preface (<i>Teresa Zbyrad</i>)	5
Katarzyna Gurczyńska-Sady Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie Groźba zezwierzęcenia z wnętrza cywilizacji Threat of Animalism from within Civilization	9
Hanna Dębska Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie Somatyzacja dominacji. Ciało w teorii socjologicznej Pierre'a Bourdieu Somatization of Domination. The Body in Pierre Bourdieu's theory	18
Jarosław Barański Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu Ciało i jego medioplastia. Uwagi wstępne na temat obrazowości ciała The Body and its Media Plasticity. Preliminary remarks on the pictoriality of the body	39
Radosław Łazarz Ewangelikalna Wyższa Szkoła Teologiczna we Wrocławiu Ukryte piękno ciała. Wybrane aspekty konstrukcji ciała jako przedmiotu społecznego Hidden Beauty of Body and Hairs. The chosen aspects of the construct of the body, as a social matter	54
Teresa Zbyrad Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie Przekształcanie ciała – tatuaż i piercing. Motywy osobiste i znaczenie społeczne Body transformation: tattoo and piercing. The personal motive and social significance	67
Beata Tobiasz-Adamczyk Collegium Medicum w Krakowie Uniwersytet Jagielloński Wybrane aspekty relacji pomiędzy socjologią medycyny a socjologią choroby Selected aspects of the relation between the sociology of medicine and the sociology of illness	78
Antonina Ostrowska Instytut Filozofii i Socjologii PAN Kobiety 50+ w Polsce. Między wyzwaniem społecznym a możliwościami zdrowotnymi 50+ women in Poland. Between social challenges and health capabilities	97
Justyna Przybyło-Szlachta Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II Psychospołeczne uwarunkowania i konsekwencje otyłości i zaburzeń obrazu siebie Psychosocial determinants and consequences of obesity and self-image disorders	115

RECENZJE/REVIEWS

Katarzyna Gurczyńska-Sady, <i>Człowiek jako słowo i ciało. W poszukiwaniu nowej koncepcji podmiotu</i> , Universitas, Kraków 2013 (Ireneusz Ziemiński)	123
Barbara Józefik, <i>Kultura, ciało, (nie)jedzenie. Terapia. Perspektywa narracyjno-konstrukcjonistyczna w zaburzeniach odżywiania</i> , Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2014 (Ewa Czerwińska-Jakimiuk)	136
<i>Religion long forgotten. The importance of religion in education towards civil society</i> , red. Dariusz Stępkowski, Andrzej Murzyn, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2014 (Piotr Stawiński)	139
Antonina Sebesta, <i>Etyka i ethos „ludzi gór”</i> , Fundacja im. Zofii i Witolda Paryskich, Zakopane 2014 (Janusz A. Majcherek)	143
Autorzy/Authors	146

Wstęp

Prawomocność zajmowania się przez socjologów ciałem zatwierdził m.in. Anthony Giddens, wskazując na ciało jako integralny element życia człowieka, które podlega regułom społecznego życia. Potwierdzają to następujące słowa: „jako ludzie jesteśmy cielesni – wszyscy posiadamy ciało. Ale ciało to nie tylko coś co mamy i nie tylko coś fizycznego, co istnieje niezależnie od społeczeństwa. Nasze doświadczenie społeczne oraz normy i wartości grup, do których należymy, wywierają silny wpływ na nasze ciało” (Giddens, s. 164). Trudno nie oprzeć się refleksji, na ile nasze ciało jest konstruowane przez nas samych, a na ile stanowi efekt społecznej konstrukcji?

Nasze ciało podlega kontroli społecznej bardziej, niż przypuszczamy. Znamiennym przykładem jest sterowanie masą ciała. Są zawody, gdzie waga ciała przekraczająca odpowiednie normy może dyskwalifikować. Tak jest w przypadku modelek, od których wymaga się niemal „anorektycznego” wizerunku. Wiele przykładów sterowania wagą ciała znajdziemy u sportowców, np. skoczków czy lekkoatletów. Choć odnajdujemy też wiele przykładów w drugą stronę, gdzie odpowiednia waga ciała („nadwaga”) jest preferowana (np. boks czy zapasy). Kontrola wagi ciała wkracza coraz bardziej do rodzin. Nagłaśnia się zasady żywienia dzieci i młodzieży. Wprowadza się odpowiednie zasady sprzedaży produktów w sklepikach szkolnych. „Zagląda” się do stołówek szkolnych. Wreszcie, stosuje się pewne sankcje wobec rodzin, które nie przestrzegają zasad żywienia i doprowadzają do nadwagi dzieci. Kontrola społeczna nie ogranicza się jedynie do wagi ciała, ale też obejmuje wygląd człowieka (np. tzw. rzeźbienie ciała), jego zdolności, talenty. Człowiek przychodzi na świat z określonym kapitałem biologicznym. Wymagania, jakie stawia społeczeństwo wobec naszego ciała, nie zawsze są możliwe do osiągnięcia z uwagi na posiadany określony kapitał, co też może prowadzić do licznych napięć pomiędzy naturą a społeczną kontrolą. Istnieje zasadnicza różnica pomiędzy cielesnością zastaną, tj. naturalną, a przekształcaną, konstruowaną do standardów społecznych. Kontrola społeczna niejako zmusza ludzi do przekształcania ciała naturalnego zgodnie ze społecznymi oczekiwaniami. Wszelkie ingerencje w ciało człowieka niekoniecznie dokonują się dlatego, że ludzie „chcą”, ale raczej, że „muszą” pod wpływem kreowanych przez społeczeństwo symboli atrakcyjności, piękna bądź też dyskryminacji.

Wygląd ciała zaczął dominować nad talentami i zdolnościami ludzi. Ciało stało się oznaką ludzkiej tożsamości, co sygnalizują badacze problematyki: „tożsamość coraz mniej łączy się z wnętrzem człowieka, z jego duszą i umysłem, lecz stopniowo wydostaje się na «powierzchnię» i zaczyna być odgrywana poprzez ciało” (cyt.

za: Jakubowska 2009, s. 154). Zatem mamy do czynienia ze swoistym przerostem formy nad treścią. Nastąpiło pewne przewartościowanie w zakresie ludzkiej tożsamości. Przez wieki podtrzymywano przekonanie, że tak naprawdę liczy się wnętrze człowieka, jego dusza, to co nieśmiertelne, a nie jego materia, czyli śmiertelne ciało, które ulega zużyciu, uszkodzeniu, unicestwieniu.

Współczesne możliwości, jakie daje medycyna, również utwierdzają ludzi w przekonaniu, iż tożsamość można sprowadzić do formy ciała. Troska o ciało została powierzona medycynie, która oprócz zadań związanych z ratowaniem życia i zdrowia także dba o „cielesne reklamy” (zob. Silling 2010, s. 65). Dzięki medycynie ciała zostały uwolnione od biologicznego determinizmu i oddzielone od natury. W owym postępie Ulrich Beck upatruje pewne ryzyko, twierdząc, iż: „opanowanie natury staje się po kryjomu przez swoją generalizację – w najprawdziwszym tego słowa znaczeniu – technicznym opanowaniem podmiotu” (Beck 2004, s. 309). Człowiek coraz bardziej staje się zależny od medycyny, jej podporządkowany, niemal „poddany”. Wpływ medycyny na życie człowieka jest ogromny, przejmując ona najbardziej intymne obszary ludzkiej egzystencji.

Współczesna medycyna dostarcza człowiekowi niespotykanych w historii dziejów ludzkości możliwości przekształcania własnego ciała. Informacje o coraz to nowszych metodach modyfikacji własnego ciała są odbierane entuzjastycznie. Istnieje swoisty *boom* w sferze zarówno popytu, jak i podaży w odniesieniu do medycyny kosmetycznej. Ciało stało się towarem, ale też kapitałem, w który ludzie są gotowi inwestować jak najwięcej, by w przyszłości móc osiągać zamierzone zyski. Na ile jednak owe dążenia ludzi są efektem ich wewnętrznego przymusu i wolnej woli, a na ile wynikają z nacisków zewnętrznych podsycanych przez reklamy i oczekiwania społeczne? Oto jest pytanie, na które każdy z nas powinien sobie odpowiedzieć.

Prezentowany tom „*Studia Socjologica*” podejmuje problemy i dylematy współczesnej socjologii medycyny związane z obecnością ciała w przestrzeni społecznej. Ciało człowieka podlega naciskom zewnętrznym, z których być może nie do końca zdajemy sobie sprawę. Staje się ono w dużej mierze konstruowane społecznie poprzez trendy, modę, reklamy, formy kontroli, kręgi społeczne czy przynależność klasową. Współczesny człowiek coraz chętniej modyfikuje swoje ciało, zmienia, przekształca, wykorzystując możliwości medycyny. Równocześnie ciało człowieka nie jest wolne od chorób, z którymi nieustannie zmagają się medycyna, a obok znanych schorzeń pojawiają się coraz to nowe, w tym tzw. choroby cywilizacyjne. Nasze ciało zmienia się wraz z upływem lat. Wydłużony wiek życia człowieka skutkuje wzrastającą liczbą ludzi starszych, stawiając przed społeczeństwem kolejne wyzwania związane z zabezpieczeniem potrzeb tej części populacji.

Tom otwiera artykuł Katarzyny Gurczyńskiej-Sady *Groźba zezwierzecenia z wnętrza cywilizacji*. Tekst wyrastający z antropologii filozoficznej stanowi próbę odpowiedzi na pytanie, kim jest człowiek/co jest jego istotą? Autorka wskazuje na skutki, jakie miało dla człowieka „wyłonienie się” społeczeństwa. Sięga do genezy pojawienia się człowieka na ziemi, do historii ludzkości, ukazując jednocześnie

różnice pomiędzy człowiekiem „dzikim” a człowiekiem współczesnym. Wskazuje na pewną walkę, jaką nieustannie toczy człowiek pomiędzy tym co indywidualne a tym co społeczne. W oparciu o myśl Nietzschego, Schelera i Arendt przedstawia koncepcję podmiotowości, w odniesieniu do której groźba zezwierzecenia staje się realna.

Z kolei próbę wyjaśnienia znaczenia ciała w perspektywie socjologicznej podejmuje Hanna Dębska w artykule *Somatyżacja dominacji. Ciało w teorii socjologicznej Pierre'a Bourdieu*. Autorka skupia się na teorii Pierre'a Bourdieu, dowodząc, iż ciało jest zarówno nośnikiem symbolicznych znaczeń, jak i w pełni materialnym bytem. Jest więc także wyznacznikiem klasy społecznej oraz stanowi rodzaj zasobu, zwanego kapitałem fizycznym, który można wykorzystać dla zdobycia i utrzymania znaczącej pozycji w przestrzeni społecznej. W artykule odnajdujemy dwa rodzaje dominacji: tej spowodowanej przez *habitus* klasowy oraz tej spowodowanej przez *habitus* płciowy.

Zawarte w tomie trzy kolejne artykuły podejmują temat obrazowości ciała, przekształcania i jego modyfikacji. Ten obszar tematyczny otwiera interesujący artykuł Jarosława Barańskiego *Ciało i jego medioplastia. Uwagi wstępne na temat obrazowości ciała*. Autor podejmuje problem obrazowości ludzkiego ciała we współczesnej kulturze wizualnej w kontekście wpływu kształtowanych w niej obrazów ciała i sposobów ich percepcji na sposób doświadczania ciała przez współczesnego człowieka. Artykuł jest teoretyczną próbą wyjaśnienia tego wpływu jako obrazowego uplastycznienia ciała i jego percepcji – medioplastii. W artykule odnajdujemy bardzo interesujące analizy ideoplastii i medioplastii.

W następnym artykule: *Ukryte piękno ciała. Wybrane aspekty konstrukcji ciała, jako przedmiotu społecznego*, Radosław Łazarz ukazuje nam cielesność koncentrując się na owłosieniu. Autor podkreśla, iż włosy stanowią wizualny atrybut piękna ciała. Jednym z rozwijanych wątków jest zmiana w postrzeganiu włosów jako obiektu erotycznego. Przemiany te dokonywały się na przestrzeni wieków pod wpływem norm moralnych czy religijnych. I tak np. w normach religijnych nakazuje się kobietom zakrywanie włosów, ale też w celu nadania ciału atrakcyjności eliminuje się pokazywanie pewnych rodzajów włosów w miejscach publicznych.

Zagadnieniom przekształcania, modyfikacji ciała poświęcony został artykuł redaktorki tomu *Przekształcanie ciała – tatuaż i piercing. Motywy osobiste i znaczenie społeczne*. Historia dowodzi, iż przekształcanie ciała nie jest wynalazkiem współczesności, gdyż już od najdawniejszych czasów ludzie stosowali różne metody przyozdabiania swojego ciała. Artykuł został oparty na badaniach przeprowadzonych wśród osób, które poddały swoje ciało modyfikacji, decydując się na tatuaż bądź piercing. Treść artykułu skupia się na motywach przekształcania ciała, wpływu środowiska społecznego oraz znaczenia ozdabiania ciała w życiu społecznym i zawodowym.

Zagadnieniom z obszaru socjologii medycyny oraz zdrowia i choroby poświęcone zostały kolejne artykuły zamykające całość prezentowanego tomu. Wprowadzeniem do podejmowanej tematyki jest bardzo interesujący artykuł Beaty

Tobiasz-Adamczyk *Wybrane aspekty relacji pomiędzy socjologią medycyny a socjologią choroby*. Artykuł prezentuje obszary badań socjologii medycyny, stanowiąc swoiste studium socjomedycznej literatury przedmiotowej, przede wszystkim anglosaskiej, a także uwzględnia wybrane pozycje z obszaru polskiej socjologii medycyny. Autorka zwraca szczególną uwagę na ewolucję socjologii choroby i niepełnosprawności, podkreślając jednocześnie fenomen socjologii choroby, która z uwagi na pojawiające się wciąż nowe zagadnienia zdrowotne nie traci na aktualności.

Mocnym akcentem w tomie jest artykuł Antoniny Ostrowskiej *Kobiety 50+ w Polsce. Między wyzwaniem społecznym a możliwościami zdrowotnymi*. Podejmowana problematyka wpisuje się w procesy starzejących się społeczeństw ze szczególnym uwzględnieniem kobiet. Autorka wskazuje także na pewne odmienności tego procesu w stosunku do starzenia się mężczyzn. Przedmiotem szczegółowych rozważań jest sytuacja kobiet z grupy wiekowej, 51–60 lat, a więc – jak przekonuje autorka – będących w okresie, gdy z kobiet „dojrzałych” zaczynają się przekształcać w „kobiety stare”. Artykuł podejmuje ważny i aktualny problem zarówno zdrowotny, jak i społeczny. Odnajdujemy liczne porównania polityki społecznej w Polsce do polityki innych krajów, zwłaszcza Unii Europejskiej.

Problematykę zdrowia i choroby zamyka artykuł Justyny Przybyło-Szlachty *Psychospołeczne uwarunkowania i konsekwencje otyłości i zaburzeń obrazu siebie*. Autorka omawia problemy, które dotyczą coraz większej liczby osób na świecie, zwłaszcza w krajach cywilizacji zachodniej. Artykuł zwraca uwagę na społeczno-kulturowe podłoże tych zaburzeń, zwłaszcza rolę środowiska społecznego oraz mediów, kreujących obowiązujące ideały piękna. Kreowane ideały piękna – jak dowodzi autorka – budzą frustrację i bezsilność, powodują obniżenie samooceny i spadek zadowolenia z życia.

Teresa Zbyrad

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Sociologica VII (2015), vol. 1, p. 9–17

Katarzyna Gurczyńska-Sady

Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

Groźba zezwierzęcenia z wnętrza cywilizacji

Streszczenie

Pytanie, które formułuję w artykule i na które usiłuję znaleźć odpowiedź, dotyczy kwestii zwierzęcości jako zjawiska, które zagraża społeczeństwu. W oparciu o myśl Nietzschego, Schelera i Arendt przedstawiam koncepcję podmiotowości, w odniesieniu do której groźba ta staje się realna. „Dialog” owych filozofów daje podstawy, aby sformułować ostrzeżenie przed zwierzęcością, która nie zrealizuje się w bestialstwie i okrucieństwie, ale w bezwolności i bezmyślności. Do nakreślenia tego ostatniego wniosku wykorzystuję rozważania Agambena.

Słowa kluczowe: człowiek, zezwierzęcenie, cywilizacja, Nietzsche, Scheler, Arendt, Agamben

Złożenie człowieka z tego, co zwierzęce, i tego, co ludzkie, należy do najstarszych pomysłów rozwiązania zagadki, jaką ten stanowi od wieków. Mimo różnic pomiędzy stanowiskami bazującymi na owym rozróżnieniu, część zwierzęca pojmowana jest często jako rodzaj „opakowania”, podstawy lub zbrojenia dla „późniejszej” (w sensie chronologicznym i logicznym), ludzkiej już konstrukcji. Zestawienie koncepcji, które odpowiadałyby temu rozróżnieniu znacznie przekraczają „pojemność” jednego artykułu. Ciekawą, a mniej akcentowaną stroną takiej historycznej prezentacji jest kwestia wartościowania tego, co zwierzęce i ludzkie w człowieku. Chwaląc lub ganiąc to, co w nim cielesno-zwierzęce, wyznacza się jego moralne zadania, wyraża sens jego egzystencji oraz przepowiada przyszłość, wypowiadając równocześnie obawę przed ponownym zezwierzęceniem. I właśnie ten ostatni wątek będzie przedmiotem niniejszego artykułu. Zapytam w nim o jego sens. Jak miałyby ono wyglądać? Dlaczego nam grozi? Skąd pochodzi taka groźba?

Aby *zezwierzęcenie* rozumieć jako ponowne, trzeba przede wszystkim założyć zwierzęcą prehistorię człowieka. Należy tu od razu dodać, że teza tego rodzaju nie musi mieć koniecznie charakteru twierdzenia naukowego. Tego, iż człowiek był niegdyś zwierzęciem, nie trzeba traktować jako faktu o charakterze historycznym. Wystarczy, że twierdzenie to przyjmuje się na zasadzie figury narracyjnej, za pomocą której tworzy się pewną opowieść o człowieku. Ta staje się wówczas mitem, użytecznym, bo pozwalającym zrozumieć, dlaczego człowiek jest taki, a nie inny. W rezultacie pojawia się opowieść o niegdysiejszym zwierzęciu, które pod wpływem

określonych czynników (lub bez nich) stało się ludzkie, tracąc (w mniejszym lub większym stopniu) swą pierwotną dzikość. Czy przy takim wstępnym założeniu miałyby być ponowne zezwierzczenie człowieka?

Najprostsza odpowiedź brzmiałaby: na *powrocie* do stanu, który tak czy inaczej by porzucił. W tej postaci jest ona jednak nie do przyjęcia i nikogo o tym długo nie trzeba przekonywać. Zezwierzczenie człowieka, określanego jako ponowne, nie można rozumieć jako *powrotu* do stanu pierwotnego. Ucywilizowanie, uspołecznienie, do którego dochodzi, zmienia zwierzę w sposób, który trudno uznać za odwracalny. Więc mimo że ponowne zezwierzczenie niejako z *rozpędu* daje się rozumieć jako odtworzenie tego, co było, należy je rozumieć jako nowy, nigdy jeszcze nie osiągnięty stan człowieka. I choć powrót do czegoś nowego jest sam w sobie paradoksem, w omawianej kwestii to on nam pozostaje, czyniąc ją tym ciekawszą. A zatem zapytajmy raz jeszcze: jeśli zwierzęcość nie w swej wyjściowej postaci nam grozi, to w jakiej? W odpowiedzi przeanalizujemy kilka najbardziej wyrazistych w tym zakresie koncepcji.

Z tego, że powrót do zwierzęcości jako stanu, z którego człowiek wyszedł, jest niemożliwy, zdawał sobie sprawę już Nietzsche, którego w historii filozofii wyróżnia skandal afirmatywnego stosunku do zwierzęcej „części” w człowieku. Myśliciel ów służyć może za modelowy przykład tego, u którego namysł nad człowiekiem przyjmuje formę historii naturalnej opowiedanej za Darwinem: historii istoty posiadającej swoją czysto zwierzęcą pre-historię. Jak ją przedstawia?

Człowiek pojawia się jako pierwotnie dzikie zwierzę, które cieszy się swobodą w przyrodzie, dopóki nie zostaje schwytane w „ciasną klatkę społeczeństwa”. Jego życie jako zwierzęcia zostaje uznane za „weselsze”, jako że nie jest poddane żadnym ograniczeniom (tresurze, która ma potem miejsce). Stanowi niczym niezakłóconą walkę o przetrwanie. Dopóki zwierzęcia nie odrze się z naturalnych dla niego popędów i nie przymusi do bycia człowiekiem, pozostaje silne i witalne. Stając się istotą ludzką, pozbywa się swej pierwotnej mocy, słabnie. Jako nowy twór w przyrodzie jest nieudany. Nie takiego, jak mówi Nietzsche, chciała go natura. W odniesieniu do tego obrazu odrzucona możliwość powrotu do stanu przed ucłowieczeniem może nie wydawać się słuszna. Jeśli nasze poczucie „wyższości” wobec zwierząt jest złudzeniem, dlaczego do stanu zwierzęcego się nie cofnąć?

Cóż wywołuje dziś naszą niechęć ku „człowiekowi”? – bo człowiek nam dolega, to niewątpliwe. – Nie obawa; raczej to, że nie mamy już czego bać się w człowieku [...]; że „człowiek obłaskawiony”, ten nieuleczalnie mierny i niepokrzepiający, nauczył się już czuć siebie celem i szczytem, myślą dziejów, „człowiekiem wyższym” (Nietzsche 1913, s. 38).

Afirmacja zwierzęcości w człowieku, choć szokuje, jest do przyjęcia tylko wtedy, gdy zwierzęcości nada się sens, który nie jest pejoratywny. I tak czyni Nietzsche, znajdując go w pojęciu mocy. Mimo że chwali również okrucieństwo, bezwzględność, amoralność zwierząt, to cechą, którą je wyróżnia nad wszystkie inne, jest siła,

moc w działaniu. Naturalna historia ludzkości, którą opowiada, jest historią stopniowego jej wytracania. Z tej perspektywy stan pierwotny, zwierzęca preegzystencja, musi się jawić niczym raj utracony. Nietzsche jednakże uznaje drogę powrotną do niego za zamkniętą dla nas.

Człowiek zbyt długo złem spojrzeniem obserwował swoje przyrodzone skłonności, tak, że ostatecznie zawarły w nim siostrzany związek z „nieczystym sumieniem”. Usiłowanie odwrotne byłoby samo w sobie możliwe – lecz któż jest dość silny na to? [...] (Nietzsche 1913, s. 108).

Brama za wygonionym z rajy zwierzęciem zamyka się raz na zawsze. Dlaczego? Odpowiedź znajdujemy w nietzscheańskiej koncepcji popędu. Pojęcie to należy uznać za podstawowe w jego antropologii. Popęd jest tym, co wiąże człowieka ze zwierzęciem, niejako wspólną częścią obu tych istot. Rozumieć go należy jako rodzaj energii, która je napędza, gna, sprawia, że podejmują się tej czy innej aktywności. Ktoś inny, co warto podkreślić, zamiast słowa „popęd” użyłby w tym miejscu słowa „dusza”, ale Nietzsche tego uczynić nie może. Narodziny duszy w człowieku uznaje za główne źródło osłabienia człowieka. Dusza pomyślana jest jako antyteza popędu, szczególnie szkodliwy pasożyt, o którym człowiek, ku swojej zgubie, nauczył się myśleć jako o właściwym źródle swego poznania. Tymczasem, by nie błądzić w świecie, wystarczyłby nam sam popęd. Nie tylko bowiem „porusza” on każdą istotą żywą, ale czyni to w sposób ukierunkowany. Orientuje zwierzę w taki sposób, by dawało sobie radę w przyrodzie. Moment ucłowieczenia to moment, w którym orientacja ta zostaje zaburzona. Zmieniają się warunki życia, człowiek uspołecznia się i popęd, by tak rzec, zmienia swój dotychczasowy kurs. Jego trajektorie odkształcają się. A tym samym droga powrotna do poprzedniego stanu zamyka się raz na zawsze.

Odkształcenia popędu Nietzsche nie uznaje za fakt neutralny. Wartościuje go: określa jako zwyrodnienie. Zmiana ta skutkuje tym, że człowiek staje się cieniem tej istoty, którą był. Porównany zostaje do zwierzęcia domowego, czyli tego, które w stosunku do żyjącego na wolności pozostaje ułomne, niepełnosprawne.

Na drodze do anioła [...] wyhodował sobie człowiek ów zepsuty żołądek i ów obłożony język, z których powodu nie tylko wstrętną mu każda radość i niewinność zwierzęcia, lecz i życie pełne niesmaku [...] (Nietzsche 1913, s. 70).

Mimo więc tego, że z obranej przez siebie drogi nie ma powrotu, Nietzsche postuluje, by z niej zejść. Przypomnijmy jednak, że ponowne zezwierżenie człowieka, o które pytamy w tym artykule, pojęte ma być jako groźne a nie pożądane. Dlatego też, aby pójść o krok dalej w tych rozważaniach, myśl Nietzschego nie tyle trzeba porzucić, co odwrócić o 180 stopni. Musimy pomyśleć człowieka w *przeciwieństwie do sposobu*, w jaki pojmuje go Nietzsche, by zezwierżenie odstłoniło się od swojej pejoratywnej strony.

Filozofem, który podejmuje się polemiki z myślą autora *Poza dobrem i złem*, pragnącym ocalić ideał człowieka jako tego, który wyrasta ponad zwierzę, jest Max

Scheler. Przywołanie jego nazwiska jest tym bardziej zasadne, że jego rozważania, choć pozostają w kontraście z koncepcją podmiotowości u Nietzschego, przez pewien czas biegną równolegle. Scheler przyjmuje za swoim wielkim poprzednikiem tezę, iż istota ludzka w swojej witalności pozostaje słabsza niż zwierzę. Podobnie też jak Nietzsche szokuje, dostrzegając w intelekcie organ nieudany, pojawiający się jako rekompensata naszego nieradzenia sobie w świecie przyrody. Bo jeśli nawet człowiekowi wydaje się, że podbija przyrodę, czyni to nie z władzy nad nią, ale z bezszy. Wynalazcze kroki, jakie przedsięwziął, świadczą tylko na jego niekorzyść – to nie o własnych siłach, nie z własnej mocy człowiek osiągnął to, co osiągnął. Dlatego też intelekt, to, czym się szczyli, jest tylko „protezą witalną” wstawioną tam, gdzie zabrakło organu naturalnego.

Jeśli instynkt przeciwstawi się intelektowi i myśleniu, to można je właśnie określić jako surogat konstytutywnego *braku* „dobrych pomysłów”, który pojawia się u jakiegoś gatunku wraz z rosnącą niepewnością instynktu. Intelekt nie jest pierwotną cnotą, lecz tylko taką cnotą, którą powoduje pierwotny brak. Jest cnotą błędu! (Scheler 1987, s. 24).

Powtórzenie za Nietzschem kilku tez to jednak tylko wstęp do tego, by się z nim więcej nie zgodzić. A wszystko po to, by człowieka wywyższyć i ocalić jednocześnie. Kim zatem jesteśmy według Schelera? Pytanie to w odniesieniu do jego rozważań przyjmuje postać pytania o nasze pochodzenie. Skąd jesteśmy? Odpowiedź brzmi niemal ewangelicznie: nie z tego świata...

Scheler wzorem wielu chrześcijańskich poprzedników postrzega człowieka jako istotę dualną: działającą w świecie przyrody, ale zarazem odniesioną do porządku spoza niego. Tym, co sprawia, że człowiek wyniesiony jest poza zwierzęcość, jest obecność ducha. Ten pojawia się bez przyczyny. A pochodząc spoza przyrody, nie podlega jej prawom. Wzbogaca istotę żywą, wynosząc ją ponad porządek naturalny w taki sposób, że ta „częściowo” znajduje się poza nim. Tworzy, wraz z innymi duchami, świat czysto ludzki, ustanowiony ponad światem zwierząt. Świat ów nie ma żadnych związków ze zwierzyńcem poza tym, że stanowi jego antytezę. Przypomnijmy, że z taką postacią ludzkiej duchowości kategorycznie nie zgadzał się Nietzsche.

W każdym silnym i niewynaturzonym gatunku człowieku miłość i nienawiść, wdzięczność i zemsta, dobroć i gniew, czynienie „tak” i czynienie „nie” są nierozłączne. Jest się dobrym za tę cenę, iż umie się także być złym; jest się złym ponieważ nie umiałoby się nie być dobrym (Nietzsche 1910–1911, s. 242).

A zatem tym, co zasadniczo różni obu myślicieli, jest pogląd dotyczący źródła tego, co w człowieku „wyższe”. Nietzsche wpisuje się w formułę, która każe widzieć je jako wywodzące się z „niższego”. Jego zdaniem to, co miałyby nas od zwierząt odróżniać, ma swoje korzenie w ich świecie. Typowo ludzkie zachowania to przecież też zachowania popędowe (bo innych być nie może), tyle że przekształcone. Znakiem firmowym tego filozofa pozostaje, iż owo przekształcenie wartościuje

ujemnie, nazywa je zwyrodnieniem. Wszelkie wyższe emocje, doznania, uczucia, które Scheler wyniósłby ponad świat zwierzęcy, u Nietzschego widziane są jako zdeformowane popędy zwierzęce. Wzniosłe uczucia, bezinteresowne czyny, altruistyczne odruchy zostają *podejrzone* i znajdują swój odpowiednik i pochodzenie w świecie niższym, zwierząt. Dla Schelera tymczasem świat ducha jest nieredukowalny do świata zwierząt, oddzielony od niego granicą nieprzekraczalną.

Między człowiekiem „odrodzonym” a „grzesznikiem Adamem”, między „dzieckiem Bożym” a wykonawcą narzędzi i maszyn (*homo faber*) zachodzi nieprzekraczalna różnica istotowa (Scheler 1987, s. 33).

Schelerowska figura człowieka „złożonego” ze zwierzęcia i ducha, choć z wielu względów trudna do akceptacji, z punktu widzenia omawianej kwestii ponownego zezwierżenia ma duże znaczenie. Z zarysowanej perspektywy człowiek nie może ponownie stać się zwierzęciem, gdyż nigdy nim być nie przestaje. Jako zwierzę nigdy nie opuszcza świata przyrody, zaś jako duch (przynależąc innej sferze) uczynić tego nie może. Mówiąc krótko, człowiek może przestać być osobą, ale nie może porzucić stanu zwierzęcego. Dlatego o ponownym zezwierżeniu nie może być mowy. Człowiek zatem albo żyje w światach zwierzęcym i ludzkim równolegle, albo tylko w zwierzęcym. Kwestią dla nas interesującą pozostaje: jak wygląda jego życie w tym drugim? Człowiek bez ducha to istota na wskroś interesowna. Żyje przeciwko innym. Walczy z nimi o sytość, bezpieczeństwo. Chodzi mu o maksymalnie przyjemne i długie trwanie. Czego w jego życiu brak? Można by rzec jakości, czyli tego, co sprawia, że jego egzystencja jest nie tylko przeżyta, ale również zrealizowana pod względem wartości etycznych. Dlatego też życie zwierzęce ma swoją antytezę. Przetrawanie, by tak rzec, może nie wystarczać. Człowiek to ten, który odwraca się od celów, jakie stawia sobie zwierzę. Poszukując celów wyższych, traci dłoń na znaczeniu smaczne pożywienie, człowiek zaczyna przywiązywać mniejszą wagę do smacznego pożywienia, wygody, a nawet bezpieczeństwa. Człowiek w swojej zwierzęcości umie zdobyć się na dystans. Umie dystans ów utrzymać. A gdy tego nie potrafi, popada w zwierzęcość.

Opis ten pokrywa się z najbardziej ogólnymi intuicjami na temat tego, czym jest zezwierżenie. Kiedy się o nich myśli, w sposób najprostszy dokonuje się charakterystycznego dla Schelerowskiej koncepcji *odjęcia* życia duchowego od zwierzęcego (nie redukcji, jak chciałby Nietzsche). Od zachowań, dla których daje się znaleźć prostą analogię w świecie zwierzęcym, odejmuje się pozostałe. Jaki jest status tego *odjęcia*? Jak trzeba je pomyśleć, by się go lękać? Kiedy do niego dochodzi?

Odrzućmy najpierw najbardziej oczywistą odpowiedź. *Odjęcie* owo nie jest działaniem arytmetycznym, nie polega na tym, że w jego wyniku pozostaje wyłącznie jeden z wymienionych członów. Gdyby tak było, w jego wyniku musiałby móc pozostać również duch (nie tylko zwierzę). Tymczasem jesteśmy w stanie wyobrazić sobie człowieka zachowującego się jak zwierzę – człowieka niskich potrzeb

i przyziemnych celów – lecz nie takiego, który byłby tylko duchem. Jak zatem odciecie owo rozumieć?

Pomysł podziału na to, co niższe i wyższe w człowieku, należy, by tak rzec, do klasyki gatunku i tak często pojawia się w antropologicznym opisie, że już przez to samo wydaje się być adekwatnym. Jest, jak się zdaje, coś niezwykle przekonującego w dualistycznym obrazie istoty ludzkiej, coś zgodnego z najgłębszymi intuicjami, jakie o sobie mamy. A jednak odgraniczenie jednej sfery od drugiej jest krokiem zbyt radykalnym. Człowieka nie można ujmować tylko jako ducha, z drugiej strony myślenie o nim jako o zwierzęciu też nam przeszkadza. Co zatem pozostaje, jeśli nie chcemy odrzucić obrazu Schelera?

Pozostaje zgoda na kohabitację. Zgodzić się trzeba na istnienie obok siebie tego, co różne w sposób nieprzekraczalny. Ilustracją dla takiej postaci człowieka z łatwością daje się znaleźć wśród jego dualistycznych koncepcji. Jest nim chociażby obraz człowieka w wizji Hannah Arendt. Uznając konieczność separacji tego, co wyższe, od tego, co niższe w człowieku, myślicielka zauważa konieczność ich współistnienia.

Budując obraz życia ludzkiego, autorka *Kondycji ludzkiej* tworzy portret istoty, która by żyć, musi spłacić dług wobec przyrody i jej wymagań, ale równocześnie swoje człowieczeństwo zawdzięcza temu, iż jej życie polega na czymś innym niż owa „spłata”. Owo „coś więcej”, inaczej niż u Schelera, nie jest przeciwstawione życiu biologicznemu, ale je istotnie wzbogaca. Człowiek bowiem, by żyć, musi pracować na rzecz swojego biologicznego trwania, ale też czyni coś ponad to. Odrywając się od potrzeb czysto zwierzęcych, buduje świat ludzki – nie tylko pracuje, ale też tworzy. W taki sposób życie ludzkie utrzymuje się w obrębie dwóch sfer: domowej i publicznej. Jedna odpowiada celom przetrwalnym, druga wyższym. Wkładem Arendt w ów dosyć oczywisty schemat jest teza, iż życie ludzkie kwitnie wtedy, gdy sfery te pozostają w oddzieleniu, kiedy zaś mieszają się – człowieczeństwo nasze traci na jakości. Jak rozumieć owo przemieszanie?

Wyłonienie się społeczeństwa – wyłonienie się sfery zarządzania gospodarką, związanych z tym czynności, problemów i rozwiązań organizacyjnych – z cieniściego wnętrza gospodarstwa domowego na światło sfery publicznej nie tylko zatarło dawną linię graniczną między prywatnym a publicznym, ale także zmieniło niemal nie do poznania sens obu tych terminów i ich znaczenie dla życia jednostki i obywatela (Arendt 2010, s. 58).

Podział na sferę prywatną i publiczną dokonany jest ze względu na odrębność celów, jakie człowiek może osiągnąć. W domowej zaspokajają cele życia zwierzęcego, hołdując wartościom takim jak sytość, bezpieczeństwo, wygoda. W publicznej zaś zaspokajają cele ludzkie, służąc wartościom piękna, trwałości, sławy. Historia ludzkości to historia stosunku owych sfer do siebie. W przeszłości (czasach starożytnych) sfery te były od siebie oddzielone, wraz z nastaniem epoki nowożytnej nastąpiła intruzja sfery domowej w obszar publiczny. Ów moment w koncepcji Arendt to pierwszy znaczący krok ludzkości na drodze do zezwierzęcenia. Co się w związku z nim zmienia?

Przemieszaniu ulegają wartości. Cele życia zwierzęcego i towarzyszące im wartości zaczynają panoszyć się w sferze publicznej, co ją znacznie zuboża. Trwałość i piękno wyrobów zostają wyparte na rzecz konsumpcji. Twórczość oddana zostaje pod dyktando zasady pochodzącej ze sfery zwierzęcej. Liczy się zaspokajanie przyjemności i redukcja bólu. Człowiek staje się tym, który z budowniczego świata przekształca się w jego eksploratora. Jest istotą inteligentną, zmyślną i chytrą, ale zwierzęcą.

Ważnym elementem opisu zezwierżenia u Arendt jest to, że wskazanym przez nią warunkiem są zmiany o charakterze ideologicznym, czyli te dokonujące się w sferze tego, co człowiek uznaje za ważne dla siebie. I to pociąga za sobą dwa ważne dla tych rozważań wnioski.

Pierwszy wiąże się z faktem, że zboczyliśmy z właściwego kursu. Fakt, że osiągnąwszy tak wiele, tworząc kulturę antyczną, zaprzepaściliśmy to w okresie późniejszym, świadczy o tym, że człowieczeństwo jest stanem kruchym, stale zagrożonym, stale wystawionym na niebezpieczeństwo osunięcia się w zezwierżenie. To ostatnie jawi się jako groźba, która towarzyszy nam stale, niezależnie od naszych zdobytych już osiągnięć. Trwanie biologiczne, życie nie-ludzkie jest dryfem, któremu możemy ulec zarówno jako pewna kultura, dana wspólnota, jak i pewne indywidualium. Dlatego też troska o zachowanie granicy pomiędzy tym, co ludzkie w człowieku, i tym, co zwierzęce, jest troską o zachowanie człowieczeństwa na każdym poziomie zbiorowości ludzkiej. W tym sensie myśl Arendt można wyrazić w postaci apelu o to, by miasto (świat ludzki) nigdy nie stało się obozem przetrwania. By człowiek nadbudowywał swój świat na świecie przyrody, dbając mniej o własną wygodę, a więcej o piękno miejsca, w którym żyje. Bo fakt, że kiedyś wszedł na drogę właściwą, nie oznacza, że nie może z niej zboczyć.

Niebezpieczeństwo polega na tym, że globalna, uniwersalnie powiązana cywilizacja może wytworzyć barbarzyńców z samej siebie, zmuszając miliony ludzi do życia w warunkach, które wbrew wszelkim pozorom są warunkami życia dzikich (Arendt 2008, s. 421).

Drugi wniosek dotyczy kwestii uchronienia się przed zboczeniem z drogi właściwej człowiekowi. Pójście drogą niewłaściwych priorytetów, trwanie już tylko, jest rodzajem pułapki, w którą wpadający nie uświadamiają sobie jako krzywdy dla siebie. Przed tym ostrzega Arendt, kreśląc obraz społeczeństw nowoczesnych nieświadomych czyhających nań zagrożeń. Znaleźliśmy się w sytuacji dla siebie tragicznej, choć większość z nas pozostaje dumna z osiągnięć naszego czasu. To, że zaprzepaściliśmy własne człowieczeństwo w imię ideałów, wygody i sytości, większości z nas nie przeszkadza. Nie odczuwamy ani lęku, ani krzywdy, ciesząc się z możliwości korzystania z wynalazków, które ułatwiają (zwierzęce) trwanie.

Oba wnioski: kruchość stanu zwanego człowieczeństwem (rozumiana jako łatwość osunięcia się w zezwierżenie poprzez wybór niewłaściwych priorytetów), jak i nieświadomość krzywdy, jaka w związku z tym nas spotyka (niemożność

zaświadczenia o niej), należą do zagadnień, które podejmuje w swojej filozofii włoski myśliciel Giorgio Agamben. Przyjrzyjmy się obu tym wątkom nieco dokładniej.

Człowieka w jego ujęciu różni od zwierzęcia możliwość odniesienia się do swego życia. Istota ludzka to ta, która wie, co się z nią dzieje, dlaczego robi to, co robi, a przede wszystkim umie o tym mówić. W ten sposób sprawuje władzę nad swym życiem i dopóki to czyni, jest człowiekiem. Gdy przekracza granice swego człowieczeństwa, traci je, choć nie oznacza to, że traci życie, ginie. Tym twierdzeniem, że można żyć, nie będąc człowiekiem, Agamben, jak się zdaje, najmocniej wyraża obawę przed zezwierzczeniem.

Człowiek jest zawsze przed i poza człowiekiem, jest granicą przekraczaną nieustannie przez prądy tego, co ludzkie, i tego, co nieludzkie, upodmiotowienia i odpodmiotowienia, przyswajania mowy przez istotę żywą, i ożywiania logosu (Agamben 2008, s. 137)

Istota ludzka pozostaje stale zagrożona przekroczeniem własnych granic. Groźba ta jest stała, gdyż człowieczeństwo nie jest stanem osiągniętym raz na zawsze. Dopóki o owym zagrożeniu się mówi, upadek jest odwracalny. Dopiero przekroczenie granic człowieczeństwa skutkuje niemożliwością konstatacji faktu własnego zezwierżenia: nie-mową. Kiedy robimy się nieludzy – tracimy to, co nas jako ludzi wyróżnia: dystans do życia. A wraz z nim możliwość refleksji. Choć żywi i człekokształtni, stajemy się, jak mówi Agamben, resztą – pozostałością po człowieku.

Człowiek może przeżyć człowieka, człowiek jest tym, co zostaje, jako reszta po unicestwieniu człowieka, nie dlatego, że istnieje jakaś istota człowieczeństwa, którą można by zniszczyć albo ocalić, lecz dlatego, że miejsce człowieka jest wewnątrznie pęknięte, ponieważ człowiek zamieszkuje odstęp między istotą żyjącą a mówiącą, między człowiekiem a istotą nieludzką (Agamben 2008, s. 137).

A zatem zezwierzczenie, o którym mówi Agamben, to nie to, które dokonuje się w taki sposób, że człowiek (świadomie) zaczyna ignorować istniejący kodeks moralny lub z istoty łagodnej przekształca się w okrutną i bezwzględną. Popadnięcie w zezwierzczenie jest stanem, w który się przechodzi bez udziału świadomości i woli. Jest groźne, bo nad tym przejściem człowiek nie ma kontroli. Przekroczenie granicy czyni nas bezwolnymi. Odczłowieczona istota ludzka nie posiada woli, a zatem również i woli wyjścia z tego, w co popadła. Ani jej dobrze, ani źle, ani żyje, ani jest martwa. Jest ludzką istotą niemożliwą: żywym trupem człowieka.

Postać zezwierżenia, do której docieramy, zyskuje w ten sposób poszukiwaną przez nas postać. Jest wynikiem utraty tego, co w nas ludzkie, choć to, w czym łądujemy, nie jest nagą przyrodą. Tracimy wszelkie wyróżniki bycia człowiekiem: zdolność do refleksji nad własnym losem i możliwość kierowania życiem, a jednocześnie nie wracamy do pierwotnej zwierzęcości. Zwierzęcość, w którą popadamy, pochodzi, jak zgodnie podkreślają Arendt i Agamben, z wnętrza cywilizacji. I jako taka przybiera postać wyrafinowaną.

Nie-bycie, nie-istnienie, bez-czucie i bez-czynienie – oto fatum, które zawisło nad człowiekiem. W wyniku zezwierżenia, w owym nowym kształcie, nie wrócimy do świata niczym nieograniczonych swobód. Nie staniemy się wolni, co nieznaczy, że będziemy zniewoleni. Grozi nam to, że będziemy bezwolni. Tego powinniśmy się lękać, a nie lękamy się. Niebezpieczeństwo polega na tym, że zwierzęcość, ta pochodząca z wnętrza cywilizacji, jest dla człowieka pokusą, choć kusi negatywnie. Nie jako stan, w którym zyskujemy coś, czego nie mamy, ale jako trwanie bez przeszkód. Nie jako atrakcja, lecz jako jej antonim właśnie – nuda.

Bibliografia

- Agamben G. (2008). *Co zostaje z Auschwitz. Archiwum i świadek. (Homo sacer III)*, przeł. S. Królak. Warszawa: Wydawnictwo Sic!
- Arendt H. (2008). *Korzenie totalitaryzmu*, przeł. D. Grinberg, M. Szawiel. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.
- Arendt H. (2010). *Kondycja ludzka*, przeł. A. Łagodzka. Warszawa: Wydawnictwo Aletheia.
- Nietzsche F. (1910–1911). *Wola mocy*, przeł. S. Frycz, K. Drzewiecki. Warszawa: Nakład Jakuba Mortkowicza.
- Nietzsche F. (1913). *Z genealogii moralności*, przeł. L. Staff. Warszawa: Nakład Jakuba Mortkowicza.
- Scheler M. (1987). *Pisma z antropologii i teorii wiedzy*, przeł. S. Czerniak, A. Węgrzecki. Warszawa: PWN.

Threat of Animalism from within Civilization

Abstract

The question I formulate in the paper and to which I try to find an answer concerns animalism understood as a phenomenon that threatens society. Based on the thought of Nietzsche, Scheler, and Arendt I formulate a conception of subjectivity to which the threat becomes real. "Dialogue" of these philosophers provides a basis to express a warning against animalism, which does not manifests in inhumanity, cruelty or immorality, but in being passive and thoughtless. To draw the latter conclusion I adopt Agamben's considerations.

Key words: human, animalism, civilization, Nietzsche, Scheler, Arendt, Agamben

Hanna Dębska

Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie

Somatyzacja dominacji.

Ciało w teorii socjologicznej Pierre'a Bourdieu

Streszczenie

We współczesnej socjologii studia nad ciałem zajmują doniosłe miejsce, stanowiąc bez wątpienia jedną z dynamiczniej rozwijających się subdyscyplin. W artykule dowodzi się, że władzę sprawuje się przede wszystkim poprzez praktyki cielesne. Punktem wyjścia dla tak postawionego zagadnienia jest teoria społeczna Pierre'a Bourdieu – zdolna przewyciężyć ugruntowaną w socjologii opozycję między, jednostką a strukturą, a także między ciałem a umysłem. Francuski socjolog analizując fenomen władzy, koncentruje się na jej symbolicznym aspekcie, zdolności do bycia jednocześnie arbitralną i nierozpoznaną (*ergo* ukrytą i społecznie uznaną) nawet przez podmioty jej podlegające. Dowodzi, że ciało, przyswajając arbitralne właściwości, internalizuje dominację i właśnie fenomen somatyzacji władzy jest przyczyną jej nierozpoznania. Proces ten najdobitniej pokazać można na przykładzie relacji między płciami, analizując warunki prowadzące do podporządkowania się ciała kobiecego, a także wyjaśniając trudności wyzwolenia się spod jarzma męskiej dominacji. Co ważne, w teorii Bourdieu ciało jest zarówno nośnikiem symbolicznych znaczeń, jak i w pełni materialnym bytem. Jest więc także wyznacznikiem klasy społecznej oraz stanowi rodzaj zasobu, zwanego kapitałem fizycznym, który można wykorzystać dla zdobycia i utrzymania znaczącej pozycji w przestrzeni społecznej. A zatem w niniejszym artykule władza symboliczna jest również zdolnością narzucenia przez klasy dominujące sposobu definiowania i wyglądu ciała. W artykule teoria socjologiczna Pierre'a Bourdieu jest uzupełniana poprzez liczne odniesienia do innych badaczy społecznych.

Słowa kluczowe: męska dominacja, Pierre Bourdieu, władza symboliczna, hexis, kapitał fizyczny, somatyzacja dominacji

Wprowadzenie

Studia nad ciałem zajmują we współczesnej socjologii doniosłe miejsce, stanowiąc bez wątpienia jedną z dynamiczniej rozwijających się subdyscyplin. Formalne wyodrębnienie tego pola badawczego nastąpiło stosunkowo niedawno, co, jak dowodzi Bryan Turner (1992), było przede wszystkim wynikiem „skażenia” klasycznych socjologów kartezjańską myślą filozoficzną. Ulegając dualizmowi ciało/umysł, a więc oddzielając naturę od kultury, koncentrowali się oni na umyśle, jako tym, który w rzeczywistości czyni z człowieka istotę społeczną, w ten sposób ustanawiając barierę dla ukonstytuowania się odrębnej dziedziny zajmującej się praktykami cielesnymi. Chris Shilling (2010, s. 23–24, 33–54), jeden z badaczy problematyki ciała

o kluczowym obecnie znaczeniu, nie zgadza się z tak jednostronną interpretacją. Podkreśla, że prace klasyczne, nawet jeśli nie odnosiły się do wcielenia wprost i były znacząco niesystematyczne, dotyczyły pewnych selektywnych problemów ciała, choćby związku ciała z maszynami i technologią kapitalistyczną (Karol Marks), racjonalizacji ciała i etyki protestanckiej, odrzucającej sferę zmysłowej konsumpcji (Max Weber), czy ciała tworzącego podstawy porządku moralnego, a więc źródła i lokalizacji *sacrum* (Émile Durkheim).

Również perspektywa, w jakiej w socjologii badano ciało, ulegała przeobrażeniom. Dynamika ta podyktowana była przede wszystkim dwoma głównymi nurtami analiz, naturalizmem i konstruktywizmem, w ramach których rozwijało się to pole badawcze. Początkowo redukowano ciało wyłącznie do aspektu biologicznego. Traktowano je jako fenomen przedspołeczny, „naturalną” podstawę, miejsce, w którym lokuje się aktywny umysł. Nierówności społeczne legitymizowano zaś, odnosząc się do władzy biologicznego ciała, w szczególności podkreślając obiektywizm naturalnych różnic między ciałem męskim i kobiecym.

Konstruktywizm wprowadził zainteresowanie ciałem jako wytworem, a nawet produktem społecznym, kwestionując badanie go wyłącznie z biologicznego punktu widzenia. Innymi słowy, przyjęto, że ranga ciała wynika wyłącznie z uznania go przez ważne systemy społeczne (Shilling 2010, s. 111). Jednakże i ta perspektywa nie uniknęła popadnięcia w pewną pułapkę. Włączając ciało w strukturę społeczną, konstruktywizm sprowadził jego znaczenie wyłącznie do odbiorcy społecznych znaczeń (Mary Douglas), elastycznego bytu podlegającego konstytuowaniu przez dyskurs (Michel Foucault), możliwości zarządzania nim w przestrzeni publicznej (Erving Goffman), stylów jego używania (Arthur Frank), czy podtrzymania reprodukcji struktury społecznej (Bryan Turner).

Współcześnie podkreśla się, że oba główne paradygmaty badawcze są dziś niewystarczające, gdyż „[l]udzkie ciała, żyjąc w społeczeństwie, są przez nie naznaczone i przekształcane, ale wciąż pozostają materialnymi, fizycznymi i biologicznymi bytami” (Shilling 2010, s. 25). Chociaż konstruktywizm wyjaśnia rolę społeczeństwa w kształtowaniu ludzkiego ciała, w rzeczywistości reprodukuje dualizm między ciałem biologicznym a społecznym, pomijając korporalność ciała, czyli zdolności człowieka wynikające z jego gatunkowości.

Poszukując teorii mogącej przekroczyć rozbieżności między naturalizmem a konstruktywizmem, niniejszy tekst koncentruje się na zagadnieniu dominacji wpisanej w ciało. Podstawę rozważań stanowi założenie, że władzę sprawuje się poprzez praktyki cielesne, zaś właściwym punktem wyjścia dla tak postawionego zagadnienia wydaje się teoria społeczna Pierre'a Bourdieu, która zdolna jest przezwyciężyć ugruntowaną w socjologii opozycję między jednostką a strukturą, także między ciałem a umysłem (Bourdieu, Wacquant 2001). Francuski socjolog analizując fenomen władzy, koncentruje się na jej symbolicznym aspekcie, zdolności do bycia jednocześnie arbitralną i nierozpoznaną (*ergo* ukrytą i społecznie uznaną) nawet przez podmioty jej podlegające. Dowodzi, że ciało, przyswajając arbitralne

właściwości, internalizuje dominację i właśnie fenomen somatyzacji władzy jest przyczyną jej nierozpoznania. W teorii Bourdieu ciało jest więc zarówno nośnikiem symbolicznych znaczeń, jak i w pełni materialnym bytem.

Znaczącą rolę w procesie dyscyplinowania ciała odgrywa państwo, które w najwyższym stopniu zdolne jest narzucać legitymizowane wizje świata oraz uczyć praktyk cielesnych, choćby „kształtując umysły” i ciała w procesie edukacyjnym. W ten sposób dochodzi do wcielenia dominacji, a potem reprodukcji stosunków społecznych i nierówności.

Wydaje się, że proces ten można najdobitniej pokazać na przykładzie relacji między płciami, analizując warunki prowadzące do podporządkowania się ciała kobiecego, a także wyjaśniając trudności wyzwolenia się spod jarzma męskiej dominacji. Okazuje się, że właśnie socjologia Bourdieu zdolna jest ukazać, dlaczego męska dominacja jest podtrzymywana przy nieświadomym udziale kobiet, w których ciało wpisana jest szczególna dyspozycja do podporządkowania, cielesna *hexis*, warunkująca określoną postawę ciała, sposób poruszania się itp. Bourdieu nie ogranicza się jednak, jak większość badaczy, do stwierdzenia, że płeć kształtowana jest społecznie. Podkreślona przez niego relacja przenikania, dokonująca się poprzez „uspołecznienie tego, co biologiczne i biologizacji tego, co uspołecznione”, wymaga uhistorycznienia dominacji – tego, co wydaje się naturalne – poprzez dokonanie „socjoanalizy androcentrycznej nieświadomości” (Bourdieu 2004, s. 10–13), czyli rozpoznania wzajemnie warunkujących się kodów, które prowadzą do „przekształcenia się arbitaryzmu społecznego w *nomos*, konieczność płynącą z samej natury” (Bourdieu 2004, s. 24).

Co ważne, w projekcie Bourdieu ciało jest również wyznacznikiem klasy społecznej oraz stanowi rodzaj zasobu, zwanego kapitałem fizycznym, który można wykorzystać dla zdobycia i utrzymania znaczącej pozycji w przestrzeni społecznej. A zatem w prezentowanym tu kontekście władza symboliczna będzie również zdolnością narzucenia przez klasy dominujące sposobu definiowania i wyglądu ciała.

Ciało i działanie w koncepcji Pierre’a Bourdieu

W swojej teorii praktyk społecznych Pierre Bourdieu proponuje wyjście poza dominującą w naukach społecznych dychotomiczną strukturę jednostka/społeczeństwo (Bourdieu 2006). Dla wyjaśnienia schematów myślenia i działania człowieka w świecie wprowadza pojęcia zmysłu praktycznego (*habitus*). *Habitus* ma charakter ściśle społeczny, jest nabytym w procesie socjalizacji systemem percepcji, wytworzącym struktury poznawcze (określające, jak „widzieć” i rozumieć sytuację) oraz schematy działania jednostki. Jest ramą nadającą kierunek jej wyborom, która w zetknięciu z konkretną sytuacją niemal automatycznie „podpowiada”, jak się zachować i co jest „właściwą rzeczą do zrobienia” (Bourdieu 2005, 2007, 2008, 2009). Zmysł praktyczny jest jednocześnie systemem preferencji jednostki, determinującym jej sposób życia, gust, podejmowane wybory itp. „*Habitus* jest ucieleśnioną

koniecznością, przemienioną w dyspozycję generującą praktyki i percepcję zdolną nadać sens praktykom tak wytworzonym” (Bourdieu 2005, s. 216).

Bourdieu dowodzi, że rozumienie i uczenie się świata dokonuje się w znacznej mierze cieleśnie, ma więc charakter praktyczny, a nie wolny, intencjonalny i świadomy. Ludzkie ciało posiada zdolność poddawania się warunkowaniu, przyswaja bowiem narzucone społecznie właściwości. Innymi słowy, człowiek poznaje świat przez swoje uspołecznione ciało (Bourdieu 2006, s. 194). Kiedy zaś struktury społeczne w postaci dyspozycji habitusu stają się stałym elementem praktyk ciała, umykają w pewnym stopniu świadomej kontroli jednostek, co jest przyczyną złudzenia, że są wrodzone, a nie nabyte (Bourdieu 2008). To „niemal cielesne nastawienie na świat, które nie zakłada żadnego wyobrażenia ciała, ani świata, a w jeszcze mniejszym stopniu ich wzajemną relację [...]” (Bourdieu 2008, s. 91). W tym znaczeniu schematy poznania i działania są subiektywnym aspektem struktury społecznej i nawet jeśli zostaną rozpoznane, są wyjątkowo trudne do przekształcenia, gdyż „ciało wierzy w to, w co gra: płacze naśladując smutek, [a] [t]o, czego się uczymy przez ciało, nie jest czymś, co się ma – jak wiedza, którą można trzymać przed sobą – ale czymś, czym się jest” (Bourdieu 2008, s. 99)¹. Jak dodaje Bourdieu: „Habitус będąc strukturą strukturującą, która organizuje praktyki oraz postrzeganie tych praktyk, stanowi także strukturę ustrukturalizowaną” (Bourdieu 2005, s. 217), co oznacza, że może być zrozumiała wyłącznie w relacji z przestrzenią społeczną, a więc z polem, w którym działa jednostka. Podmioty społeczne są zawsze *topos* – posiadają konkretne położenie w materialnej strukturze, która powstała przed ich pojawieniem się w niej i która pozostaje ich „pierwszą i ostatnią rzeczywistością” (Bourdieu 2009b, s. 22). Sposób widzenia świata pozostaje więc zrelatywizowany do zajmowanej przez jednostkę pozycji w strukturze społecznej, wzajemnie warunkującego się ciała i umysłu. Z powyższych powodów narzucone z zewnątrz kategorie postrzegania świata i wyobrażenia o nim stają się dla jednostek matrycą działań, prowadząc do tego, że pewne praktyki, ze względu na wpisanie obiektywnych możliwości w habitus, zostają wykluczone jako nieprzystające do obiektywnych warunków (Bourdieu 2008, s. 76), „[...] albo jeszcze przed jakąkolwiek analizą jako będące *nie do pomyślenia*, albo za cenę podwójnego zanegowania, które najczęściej konieczność przedstawia jako cnotę, czyli odrzuca to, co już odrzucone, i akceptuje nieuniknione” (Bourdieu 2007, s. 195). Tym samym Bourdieu dowodzi, że zarówno teorie ekonomiczne, uznające za racjonalne wyłącznie te działania podmiotów, które są świadomie ukierunkowane na osiągnięcie określonych celów, jak i koncepcje deterministyczne, w których człowiek musi podporządkować się strukturom wobec niego zewnętrznym, są błędne. Nie dają bowiem możliwości zrozumienia tych

¹ W myśli tej widać bezpośrednią inspirację Bourdieu filozofią Maurice'a Merleau-Ponty'ego (2001), który pisał o tym, że „[c]iało jest naszym ogólnym sposobem posiadania świata; przestrzeń zakorzenia się w egzystencji. [...]” (s. 166) a każde przyzwyczajenie percepcyjne jest zarazem nawykiem motorycznym, albowiem „[...] chwytanie znaczenia dokonuje się przez ciało” (s. 174).

wszystkich działań, które są spójne i zrozumiałe, mimo iż ich fundamentem nie jest żaden projekt, plan, czy rozmyślnie podjęta decyzja (Bourdieu 2008).

Zatem choć jednostki są twórcami własnych działań, to jednocześnie pozostają ograniczone przez „[...] określone możliwości i nie-możliwości narzucone przez strukturę, w której się znajdują, i przez pozycje, które w tej strukturze zajmują” (Bourdieu 2009a, s. 86). Uspołecznione ciało, wytwór konkretnej struktury nie jest więc bierne w zetknięciu z nią. Mimo iż nierzadko jest znacząco przez nią ograniczone, może na nią skutecznie oddziaływać, gdyż w każdym podmiocie społecznym występują ponadindywidualne dyspozycje, np. te skłaniające dominujących do utrzymania istniejącej struktury społecznej (Bourdieu 2006). Co więcej, habitus działając w przestrzeni społecznej, poszukuje „swego miejsca”, próbuje odnaleźć warunki, które najpełniej sprzyjać będą temu, czym jest. W ten sposób dopasowuje się do obiektywnie stworzonych dla niego pozycji i warunków, w jakich historycznie się ukształtował (Bourdieu 1996, 2004), co jest na przykład przyczyną złudzenia biograficznego, polegającego na przekonaniu, że trajektoria życia jest uporządkowaną, chronologiczną, spójną i linearną historią, mającą swój początek i cel (Bourdieu 2009b).

Podmioty działające w danym polu i zajmujące zbliżone pozycje wykształcają podobne schematy mentalne i praktyki działania – przez co wzajemnie rozumieją się i tworzą względnie spójną klasę społeczną (Bourdieu 2005). W ten sposób możliwe jest porozumienie między podmiotami znajdującymi się w tym samym położeniu, a przestrzeń społeczna jest właściwie ukształtowana, zarówno materialnie, jak i symbolicznie. Jeśli więc jednostka znajduje się na pozycji zdominowanej, działa zgodnie z wytworzonymi przez przestrzeń społeczną dyspozycjami. Podkreślmy raz jeszcze – nie oznacza to, iż jest całkowicie bezwolna – jednak to zajmowana pozycja w znacznym stopniu wyznacza przestrzeń możliwości jej działań.

W teorii praktyk społecznych Bourdieu ciało zajmuje więc znaczące miejsce, gdyż staje się narzędziem, dzięki któremu władza symboliczna jest efektywnie realizowana. W ten sposób w ciele zapisuje się porządek społeczny, co pozwala wyjaśnić, dlaczego władza dokonywać się może przy współdziałaniu podporządkowanych. Rozpatrzmy zatem ten szczególnie ucieleśniony i zapoznany rodzaj władzy na przykładzie habitusu płciowego.

Kontekst władzy – męska dominacja

Relacja dominacji – zwana w koncepcji Bourdieu władzą (przemocą) symboliczną – to możliwość narzucenia prawomocnych sposobów widzenia i podziałów świata („właściwych”, „prawdziwych”, „rzeczywistych”), jak i uczestnictwa w nim. Jest to władza legitymizowana, nierozpoznawalna jako władza, której „[...] udaje się narzucić znaczenia, i to narzucić je jako uprawnione, ukrywając układy sił leżące u podstaw tej mocy [...]” (Bourdieu, Passeron 2006, s. 73). Przemoc ta nie ujawnia swej natury i dokonuje się przede wszystkim za pomocą symbolicznych kanałów komunikacji (np. za pośrednictwem języka, ciała i uczuć), dlatego jest niewyczuwalna

i niewidoczna przez podmioty, które jej podlegają (Bourdieu 1991, 2004). Jak była o tym mowa, ciało zdolne jest przyswoić (zinternalizować) arbitralne właściwości, a fenomen somatyzacji władzy jest przyczyną złudzenia, że to, co jest w rzeczywistości społeczne, wydaje się wrodzone. Władza symboliczna jest więc w pewnym stopniu wzmacniana przez zdominowanych, gdyż przeszłe doświadczenia (zajmowana przez jednostki pozycja w przestrzeni społecznej) wpisały dominację w ciało, stając się cielesną *hexis*.

Ponadto władza osadzona jest w językowych praktykach społecznych, które ustanawiają schematy percepcji i oceny. Nierozpoznawalność przemocy symbolicznej wynika w szczególności ze wspólnoty posługiwania się tym samym językiem, w którym zawarte są podstawowe opozycje (kody) klasyfikujące świat na to, co czarne/białe, niskie/wysokie, prawe/lewe, dobre/złe czy męskie/kobiece itp. Schematy te, mimo iż są wytworzone w interesie dominujących (są w rzeczywistości ich partykularnym punktem widzenia przedstawionym jako uniwersalny), zostają wpisane w obiektywność zdrowego rozsądku, doksycyny (a więc niepodważalny, bo oczywisty) konsensus i wykorzystywane są do opisu rzeczywistości (Bourdieu 1989, 2004). Zatem podmioty zdominowane posługują się schematami i kategoriami oceny, będącymi produktem dominacji i sprzyjającymi dominującym, co czyni je niezdolnymi do ich podważenia. Uległość wywodzi się więc z samego aktu władzy – „wytworzenia dyspozycji służących do podziwiania, szanowania, czy kochania” (Bourdieu 2006, s. 243).

Stąd uchwycenie logiki męskiej dominacji konstruującej się wokół tego, co męskie i kobiece, staje się możliwe wyłącznie poprzez obiektywizację wcielonych przez kobiety i mężczyzn schematów mentalnych (percepcji i oceny), konstytuujących się w szczególności wokół kodów binarnych wiązanych z kobiecością i męskością, które, mimo iż wydają się oczywiste i neutralne, są w rzeczywistości narzucone i ściśle historyczne. Męskość i kobiecość współwytwarza się zrozumiale wyłącznie w relacji, we wzajemnym przeciwstawieniu, gdzie mężczyzna ma być wszystkim tym, czym nie jest kobieta. Tym samym Bourdieu odnosi durkheimowski podział świata na sferę *sacrum* i *profanum*, do obecnego we współczesnym świecie podziału na sferę publiczną i prywatną. Pierwsza wiąże się z władzą, ekonomią i polityką, druga z ogniskiem domowym i rodziną. Podczas gdy sfera prywatna przypisana jest kobietom – przede wszystkim ze względu na role związane z macierzyństwem – sfera publiczna pozostaje męska. Podział ten konotuje dalsze elementy, opozycję, silne (racjonalne, samowystarczalne) vs słabe (emocjonalne, sentymentalne). Taki porządek świata: męskie – publiczne, prywatne – kobiece jest ściśle hierarchiczny. To, co prywatne, jest mniej istotne, społecznie niższe. Działania, które wykonują w sferze publicznej mężczyźni, są aktywne, niebezpieczne, ryzykowne, trudne. Te zaś, które wykonują kobiety – łatwe, zwyczajne, powtarzalne i monotonne, nieznaczące, nawet jeśli przenoszą się ze sfery prywatnej do publicznej (Bourdieu 2004, 2007).

Podobne uwagi formułuje Sherry B. Ortner (1982), która zauważa, że we wszystkich znanych kulturach kobietom, wytworom i ich środowisku społecznemu

przypisuje się niższy status w porównaniu do mężczyzn. Ortner wyjaśnia to zjawisko fizjologią ciała kobiecego, a więc powiązaniem kobiety z naturą. Kobieta nie może zaprzeczyć prokreacyjnym funkcjom własnego ciała i w pełni się z nich wyzwolić, jest niejako „ofiarą własnego gatunku” (Ortner 1982, s. 117). Ponieważ zaś potęga człowieka polega na panowaniu nad przyrodą, zatem i naturą, kobiety w sposób oczywisty są z tego panowania wykluczone – będąc częścią natury, nie mogą tego czynić. Przeciwnie zaś mężczyźni, widziani w opozycji do kobiet – jako twórcy kultury – z władzą nad poddaną im naturą (także więc i kobietą) którą udało im się przekroczyć. Inaczej mówiąc, kobieta reprodukuje życie i służy gatunkowi, mężczyzna zaś tworzy świat transcendentny (Ortner 1982, s. 118). Podobne spostrzeżenia odnaleźć możemy u Georges’a Bataille’a. Według niego człowiek nie tylko odczuwa przerażenie wobec natury, której w pełni nie jest zdolny okiełznać, ale również wstydy się swego pochodzenia z niej, dlatego swoje uczłowieczenie uzależnia od oddalenia się od niej, m.in. wyparcia się procesu przychodzenia na świat i tego, co się z nim wiąże, np. wydzielin, które uznaje za obrzydliwe, czego dowodem jest mycie noworodka tuż po urodzeniu i ubranie go, symboliczne oddalające go od natury (Bataille 2008, s. 75–76). Wydaje się, że wnioski Bataille’a nie są bezpodstawne. Warto zauważyć, że choć przez wiele epok kontakt ciała z wodą uznawano za niebezpieczny (woda mogła deformować, prowadzić do chorób itp.), kluczowym momentem, w którym dokonywano obrzędu mycia, była chwila tuż po urodzeniu (Vigarello 2012a).

„Mit skażenia” (określający kobiety jako nieczyste, gdyż menstruują), jak i sposób, w jaki traktuje się poród i towarzyszące mu wydzielin, pozwalają na odczytanie kolejnego dychotomicznego kodu konstruowanego wokół kobiecości i męskości. To podział na to, co czyste (mężczyzna, który nie menstruuje) i nieczyste (kobieta, która menstruuje, a więc pozostaje czysta jedynie w niektórych momentach swego życia). Skoro zaś sposób przychodzenia na świat jest dla człowieka wstydlivy, a wiążące się z nim wydzielin plugawe i zwierzęce, to tym samym kobiece ciało staje się plugawe ze względu na to, co się w nim dokonuje.

Zaś od nieczystości cielesnej już tylko krok dzieli ją od nieczystości moralnej. Powiązanie kobiety z naturą ma więc jeszcze jedną konsekwencję, przekonanie o niemożności zapanowania przez nią nad swoją seksualnością, ujarzmania popędów. Nie tylko w społeczeństwie kabyjskim odnaleźć możemy mit fundujący męską dominację, dowodzący, że „[d]om jest miejscem, w którym natura zostaje opanowana, miejscem uprawomocnienia dominacji zasady męskiej nad zasadą kobiecą” (Bourdieu 2004, s. 29). Narodzona w epoce wiktoriańskiej ideologia czystości seksualnej, według której kobiety miały czekać do małżeństwa z rozpoczęciem współżycia seksualnego – legitymizowała męską dominację, promując kontrolę pożądania wyłącznie w przestrzeni domu i małżeństwa.

Innymi słowy, skoro w ciele kobiety to, co fizyczne, spotyka się z tym, co moralne, tresura ciała kobiecego jest jednocześnie tresurą zachowania moralnego, nauką „dobrego prowadzenia się” – trzymania złączonych kolan, wyprostowanej postawy

i wciągniętego brzucha (znamionującego dyscyplinę, silną wolę) (Bourdieu 2004, s. 40 i n.). Symboliczną granicą czystości moralnej u kobiet kabylskich jest opaska, u współczesnych – szczególnie skrzyżowane nogi. Współczesne kobiety uczone są niechęci wobec wszelkiej „wulgarności”, której symbolem są krzykliwe i „wyuzdane” stroje, krótkie spódniczki, zbyt duże dekolty i przesadny makijaż (Haug 1999). Postawa ciała („trzymanie się”), kształt twarzy, ust, nawet barwa i kolor szminki mogą być odczytywane w kategoriach moralnych (Bourdieu 2005, s. 243).

Jak widzimy, w sferze dotyczącej seksualności możemy rozpoznać wiele znamion patriarchy. Przypomnijmy, że do XVIII wieku nie tylko nie odróżniano kobiecych organów wewnętrznych, ale najczęściej uważano waginę za odwróconego penisa (Laqueur 1990). Wyobrażenie to wspierało męską dominację – ciało męskie traktowano jako normę, ciało kobiece zaś pozostawało jego mniej doskonałą wersją². Dlatego prawomocny stosunek seksualny mógł przybierać wyłącznie postać, gdy mężczyzna znajdował się na kobiecie, a kobieta kładła się pod nim. Tak opisany akt seksualny utrwała więc kolejne hierarchiczne klasyfikacje: góra (męskie, wyższe) vs dół (kobiece, niższe); aktywność vs pasywność, co erotyzuje dominację, której kobieta uczy się w praktyce cielesnej. Praktyka ta zostaje wzmocniona na poziomie dyskursu, w którym to mężczyzna zdobywa, posiada kobietę, nawet wykorzystuje wbrew jej woli, podczas gdy ona, będąc bierną, wyłącznie mu podlega, godzi się na jego działanie. Co więcej, to mężczyzna jest właśnie tym, który zaspokaja, daje rozkosz kobiecie (Bourdieu 2004). W ten sposób właśnie relacja dominacji „wdrukowuje” się w ciało, stając się neutralną, obiektywną i pożądaną. Innymi słowy, „uprawomocnienie relacji dominacji [dokonuje się] przez wpisanie jej w naturę biologiczną, która sama z siebie jest już zneutralizowaną konstrukcją społeczną” (Bourdieu 2004, s. 33).

Androcentryczne nastawienie do aktu seksualnego wpływało i często nadal wpływa na możliwość odczuwania przyjemności i zaspokojenia płynącego z aktu seksualnego. Badania historyczne dowodzą, że do XIX wieku wierzono, że kobiety nie pragną orgazmu, a wyłącznie macierzyństwa. Jeszcze w latach 70. XX wieku w przekonaniu, iż penetracja to wyłączny sposób osiągania satysfakcji seksualnej, lekarze nie dostrzegali omyłki, mimo faktu, że zdecydowana większość kobiet była niezadowolona z życia seksualnego, a histeria wciąż należała do częściej diagnozowanych w historii chorób (Maines 2011, s. 30–39). Co więcej, okazuje się, że mimo iż współcześnie kobiety mają prawo do wyrażania swych potrzeb, także seksualnych, potrzeby te są często skrywane, co znajduje wyraz w symulowaniu orgazmu (Bourdieu 2004).

² Warto zwrócić uwagę na jeszcze jedną rzecz. Jak zauważa Bourdieu (2004, 2007), ciało posiada miejsce różnicy płciowej – przód (front, miejsce honoru, kojarzone z męskością) i miejsce niezróżnicowane – tył – pasywny, podległy, a więc kobiecy. Podstawową normą jest więc heteroseksualizm, gdyż najgorszym upokorzeniem jest przekształcenie mężczyzny w kobietę, co dzieje się podczas homoseksualnego stosunku. O konstruowaniu seksualności, w szczególności w kwestii heteroseksualności jako normy, zob. S. Seidman (2012, s. 85 i n.) i M. Foucault (2010).

Wróćmy jeszcze do potrzeby macierzyństwa. Elisabeth Badinter (1998) zwraca uwagę, że „idea macierzyństwa” we współcześnie znanym sensie, jak i pojęcie „instynkt macierzyński”, pojawiły się, ze względu na ideologię religijną, dopiero w epoce wiktoriańskiej i wtedy zaczęły być wzmacniane jako właściwe i pożądane. Harriet Bradley zaś, opierając się na ustaleniach Ann Oakley, opisuje rdzeń ideologii „macierzyństwa jako przeznaczenia”, sprowadzając go do kilku twierdzeń: kobieta jest stworzona do macierzyństwa; wszystkie kobiety pragną być matkami; te, które nimi nie są, w późniejszym czasie tego żałują – są nieszczęśliwe i niespełnione; te, które są matkami, mają instynkt macierzyński, który pozwala wyżej stawiać dobro dziecka niż swoje własne; tym które nie mają instynktu, taką postawę poświęcenia wymusi presja moralna (Bradley 2008, s. 150–151).

Tak skonstruowane społecznie macierzyństwo, będące „naturalną” konsekwencją funkcji biologicznych, staje się podstawową społeczną rolą definiującą kobietę jako rodzicielkę. W ten sposób ta zbudowana na dychotomicznych kodach wizja, której ideologia zostaje społecznie zapoznana, wpisuje się w rzeczywistość porządku społecznego – w podział przestrzeni (publiczne/prywatne) i wiążący się z nią społeczny podział pracy. Ortner argumentuje, że nawet współczesne kobiety postrzega się przez pryzmat ich fizjologii, co prowadzi do uważania ich za istoty bardziej wrażliwe, sentymentalne itp. W ten sposób konstruuje się koncept kobiecej psychiki (posiadającej takie komponenty jak: emocjonalność, podwyższona wrażliwość, uczuciowość, irracjonalizm, intuicja³), odrębnej od męskiej (w której dominuje praktyka, pragmatyzm, racjonalność), a dalej określa jej predyspozycje (personalizm, partykularyzm, subiektywizm), również zawodowe (umiejętność skupienia na detalach, drobiazgowość, podwyższona uwaga, skrupulatność). Skutkiem powyższego jest wykluczenie kobiet z udziału w sferach związanych w danej wspólnocie ze sprawowaniem czy udziałem we władzy, począwszy od rytuału sakralnego, a skończywszy na politycznych obradach (Ortner 1982, s. 117–131).

Wiarę w odmienne cechy charakteru i osobowości płci bezpośrednio odzwierciedla hierarchiczny podział na zawody, prestiżowe – męskie i mniej prestiżowe, najczęściej będące niejako przedłużeniem sfery domowej – kobiece. Kobiety pozostają nadal niedoreprezentowane w niektórych zawodach uznawanych za męskie, tj. więziennictwo, policja, zawody techniczne (Curran, Renzetti 2005, s. 369), prawne i medyczne i nawet jeśli w nich uczestniczą, to na tzw. poziomie niższego szczebla (sędzia sądu niższej instancji) lub w „gorszych” specjalnościach (kobieta pediatra, ale nie chirurg) (Bourdieu 2004). Uzasadnieniem dla takiego podziału jest rzekoma słabość, wrażliwość, emocjonalność kobiet, ich nadmierna dobroć czy naiwność (podatność na manipulacje). Nierzadko postrzega się je jako niegodne zaufania (jednoznacznie moralnie – „złe” lub „dobre”) czy wymagające szczególnego traktowania (Curran, Renzetti 2005). Nie trzeba dodawać, że takie spojrzenie na kobiety nie

³ Bourdieu dowodzi, że grupy podporządkowane (kobiety, czarni) przejawiają wyższą wrażliwość na sygnały niewerbalne, przez co uważa się, że mają szczególną świadomość, zw. kobiecą intuicją (Bourdieu 2004, s. 43).

tylko je dyskryminuje czy wyklucza, ale prowadzić może do patologii warunków pracy, molestowania seksualnego czy mobbingu. Z badań wynika również, że im bardziej sfeminizowany staje się dany zawód, tym cieszy się mniejszym prestiżem, co szczególnie widoczne jest w przypadku resegregacji zawodowej, gdy z danego zawodu, początkowo zdominowanego przez płęć męską, odchodzą mężczyźni, co zaobserwować można w zawodzie sekretarza, sprzedawcy czy psychologa (Curran, Renzetti 2005). Z podobną sytuacją mamy do czynienia w Polsce w przypadku zawodu sędziego, który coraz częściej wykonują kobiety, jednakże zdecydowanie rzadziej zajmują stanowiska władzy, na przykład te w Sądzie Najwyższym⁴ (Dębska 2014).

Opisywanie kobiet jako słabszych psychicznie i fizycznie, bazujące na założeniu o wrodzonych różnicach między płciami, implikuje kolejne skutki. Cechy kojarzone z kobiecością związane są często w zawodach typowo męskich z brakiem kompetencji a powiedzenie kobiecie zajmującej męskie stanowisko, że jest „kobieca”, pozostaje „[...] jedną z najsubtelniejszych form zanegowania jej prawa do dysponowania tak męskim atrybutem, jakim jest władza” (Bourdieu 2004, s. 117). Ponadto charakterystyczne zjawisko, jakim jest formułowanie sprzecznych oczekiwań wobec kobiet wykonujących męskie zawody – jednocześnie wymagające od nich zachowania swej kobiecej „natury” i wyzbycia się jej – powoduje ich podwójne zdominowanie.

Podobny fenomen zaobserwować można w przestrzeni domowej. I w tym przypadku relacje podporządkowania mają tendencję, jak cały porządek społeczny, do reprodukcji się. Badania Myry Ferree dowodzą bowiem, że jedną z głównych przeszkód w wykonywaniu prac domowych przez mężczyznę stanowi przekonanie kobiet, że „prawdziwy mężczyzna” nie powinien ich wykonywać (Ferree 1984). Nawet jeśli kobieta wykonuje pracę poza domem, w niewypowiedzianej warstwie społecznego komunikatu pojawia się przekonanie o konieczności połączenia przez nią kariery z macierzyństwem. Do podobnych wniosków dochodzi Roland Barthes, analizując fotografie przedstawiające siedemdziesiąt pisarek. Uwagę badacza przykuwają podpisy, z których dowiedzieć się można o liczbie posiadanych przez nie dzieci. Barthes tłumaczy to następująco: „Kobiety są na ziemi po to, aby dawać dzieci mężczyznom; dajmy im pisać tyle, ile zapragną, pozwólmy im ubarwiać własne życia, ale ponad wszystko nie pozwólmy im uciec od tego” (Barthes 1973, s. 56).

⁴ Liczba kobiet zwiększa się zarówno na studiach, jak i w profesjach prawniczych – nie tylko w sądownictwie, ale też w zawodach niezetatyzowanych – radca prawny, adwokat. Jednakże proporcje te ulegają zmianie wraz ze szczeblem hierarchii sądowniczej (w Sądzie Najwyższym kobiet jest niecałe 38%), jak i reprezentacji w organach władzy. Przykład dotyczący Sądu Najwyższego jest interesujący, gdyż zdaje się sugerować, że społecznie akceptowane stereotypy dotyczące tzw. ról kobiecych są nadal bardzo silne w zawodach prawniczych – niemal wszystkie kobiety w SN zasiadają w Izbie Cywilnej i Izbie Pracy (70,5%) oraz Ubezpieczeń Społecznych (80%), a nie Izbie Karnej (11,5%) czy Wojskowej. W tej ostatniej w ogóle nie ma kobiet. Podobnie jest we władzach samorządów zawodowych, w Krajowej Radzie Radców Prawnych na 33 mężczyzn przypada 20 kobiet, w gronie 49 adwokatów Naczelnej Rady Adwokackiej jest tylko 8 kobiet. Niedoreprezentowane jest również widoczne wśród prawniczej kadry naukowej na uniwersytetach (Dębska 2014, s. 87–107).

Mężczyzna-ojciec nie jest postrzegany w kategoriach powyższego dylematu. Więcej nawet, jeśli nawet odczuwałby dyskomfort spowodowany niemożnością jednoczesnej realizacji zawodowej i domowej, byłby i tak poniekąd z całego dyskursu wykluczony, gdyż wiadomym jest, że wyborem właściwym (społecznie wymaganym) jest wybór kariery zawodowej, co jednocześnie oznacza utrzymanie domu, żony, dzieci itd. W tym kontekście warto zauważyć podniesiony przez Bourdieu problem zdominowania mężczyzn własną dominacją, konieczności potwierdzania swej męskości w opozycji do kobiecości (Bourdieu 2004), a więc często niemożność spełnienia się w rolach, które uznane są za kobiece (zawód pielęgniarki, przedszkolanki) (Bradley 2008).

Nauczenie ciała, czym jest męskość i kobiecość, to długotrwały proces polegający na wpojeniu (wdrukowaniu) arbitralnych klasyfikacji społecznych i znaturalizowaniu ich. Bourdieu dowodzi, nawiązując do Michela Foucaulta (2009), że asymetria między płciami wpisana w porządek społeczny w znacznym stopniu dokonuje się przez dyscyplinowanie instytucjonalne, czyli poprzez instytucje silnie związane z państwem, takie jak Kościół, szkoła czy system prawny. Bourdieu dowodzi również, że realizacja ultrakonserwatywnych celów przez państwo nie oznacza, że działa ono według paternalistyczno-autorytarnego wzorca – wystarczy, że działa poprzez instytucje, które narzucają podstawowe klasyfikacje, tworząc, a następnie wzmacniając trwałe tradycyjne dyspozycje, które przyczyniają się do tworzenia uniwersalnego obrazu płci męskiej i żeńskiej (Bourdieu 2004, 2012). W Kościele może to być polityka wymuszania przyzwoitości u kobiet, walka z ich „ułomnościami”, czy przedstawianie w tekstach biblijnych jako prawomocnego patriarchalnego systemu społecznego (Bourdieu 2004, 2009b). A w przepisach prawa propagowanie rodziny nuklearnej jako rodziny prawomocnej (Lenoir 2008) czy konstruowanie konserwatywnego wizerunku kobiet w orzeczeniach Trybunału Konstytucyjnego (Dębska, Warczok 2016). Przyjrzyjmy się zatem bliżej szkole, instytucji, która wydaje się działać w pełni merytokratycznie, choćby zapewniając powszechny do niej dostęp czy stosując obiektywne kryteria oceny itp.

Szkoła socjalizuje kobiety do podporządkowania, budując w uczennicach wyuczoną bezradność (podkreślając wrażliwość, uczuciowość i delikatność dziewczynek w stosunku do zaradności i siły chłopców), wskazując różnice między przedmiotami (języki dla dziewczynek, bo ładniej piszą i formułują myśli; matematyka dla chłopców, bo wymaga logicznego myślenia), czy ucząc ich uprawiania innych sportów (dziewczynki np. gimnastyki; chłopców sportów zespołowych, opartych na solidarności i współpracy, ale także wymagających współzawodnictwa, nieraz związanego z rozwiązaniami siłowymi, tj. piłki nożnej, koszykówki, gry „w dwa ognie”, w których mają możliwość nauczenia się polegania na sobie i rozwijania umiejętności rywalizacji, konkurencji i dyspozycji do działań siłowych).

Ponadto, bazując na „naturalnych” predyspozycjach, które w rzeczywistości są wcielonym „zdrowym rozsądkiem” nauczycieli, wdrukowuje w kolejne pokolenia określone dyspozycje cielesne. W ten sposób wyklucza kobiety najpierw z pewnych

praktyk i przestrzeni, tworząc w nich znaturalizowane predyspozycje, które powodują, że one same – z własnej nieprzymuszonej woli – będą potwierdzać swoje podporządkowanie, w przyszłości wykluczając się z męskich zawodów („to nie dla mnie”, „nie mam do tego głowy”, „do tego trzeba mieć techniczny umysł”) i gier o władzę („nie lubię polityki, jest brudna”; „to jest zbyt brutalne”; „to nie przystoi kobietom” itp.)⁵.

Co więcej, szkoła wzmacnia dystynkcję między klasami, prowadząc do dyskryminacji klas nieuprzywilejowanych, niewyposażonych w kapitał kulturowy (Bourdieu, Passeron 2006). Kapitał kulturowy jest dyspozycją ciała i umysłu, dokonującą się w procesie samodoskonalenia podmiotu. Proces samodoskonalenia zachodzić może jedynie w czasie wolnym jednostki, zatem dotyczy przede wszystkim tych, których nie ograniczają konieczności ekonomiczne. Bourdieu (1979, s. 3) zauważa, że: „[w]iększość własności kapitału kulturowego może być wydedukowana z faktu, że w swej fundamentalnej postaci *jest on związany z ciałem i zakłada ucieleśnienie*. Akumulacja kapitału kulturowego wymaga *ucieleśnienia*, które o tyle, o ile implikuje wysiłek wpajania i asymilacji, *kosztuje czas, czas*, jaki musi zostać zainwestowany *osobiście* przez tego, kto inwestuje (kursywa oryginalna)”. Przykładem tego może być nauczanie się gry na instrumencie, poznanie obcego języka czy opanowanie sportu walki. Bourdieu zauważa, że ułomnością teorii ekonomicznych jest niedostrzeżenie, że szkolny efekt edukacyjny w znacznej mierze zależy od tzw. dziedziczenia kulturowego, czyli inwestowania przez rodziców kapitału kulturowego w dziecko (co często jest procesem niezauważonym, nieuświadomionym nawet przez samych zainteresowanych). Co bardziej doniosłe, pominięcie tego zjawiska powoduje niezauważenie wkładu systemu edukacyjnego w reprodukcję struktury społecznej (Bourdieu 1996). Liczne badania empiryczne potwierdzają, że transmisja kapitału kulturowego jest znacznie bardziej niejawna w porównaniu do kapitału ekonomicznego (Bourdieu; Passeron 2006; DiMaggio 1982). Wydawać by się mogło, że system szkolny ocenia według uniwersalnych reguł (oceny, dyplomy itp.), które dają równe szanse wszystkim uczniom. Bourdieu dowodzi, że jednak już „na starcie” daje on przewagę dzieciom z rodzin posiadających kapitał kulturowy (np. z rodzin inteligenckich), co sprawia, że akty szkolnej selekcji w rzeczywistości mierzą „[...] do podtrzymania istniejących wcześniej różnic społecznych” (Bourdieu 2009 s. 30). Dzieciom o odziedziczonym kapitale kulturowym łatwiej jest podporządkować się regułom klasy szkolnej i całemu systemowi szkolnictwa. Wymagana przez szkołę kompetencja językowa, która w znacznej mierze jest zależna od praktycznego opanowania języka, jest ściśle związana z przynależnością klasową, co potwierdził w swych badaniach Basil Bernstein, opisując dwa rodzaje kodów – ograniczony, którym posługują się osoby z klas niższych, i rozbudowany, z którego korzystają

⁵ Kobiety kabylskie przebywając niemal wyłącznie w sferze domowej, w miejscach publicznych nauczone są postawy ugiętej, pochylonej, niepatrzenia w oczy, niezabierania głosu (jedyne co mogą wypowiedzieć, to słowo „nie wiem”, które jest zaprzeczeniem męskiego zdecydowania czy refleksyjności). To umniejszanie się i podległość wydaje się znajdować naturalne wytłumaczenie w ich późniejszych skłonnościach (Bourdieu 2007).

klasy wyższe (Bernstein 1980, s. 83–119). Oznacza to, że dziecko o pochodzeniu inteligentnym czuje się w szkole jak u siebie (prezentuje np. lepsze maniery), rozumie polecenia nauczycieli, znacznie chętniej zabiera głos, lepiej formułuje wypowiedzi ze względu na rozbudowany słownik i wypracowany styl, wykazuje się większą poprawnością językową niż dziecko o pochodzeniu robotniczym (Bernstein 1980, s. 83–119; Bourdieu, Passeron 2006, s. 205–217). Nauczyciel wywołuje więc do odpowiedzi i nagradza symbolicznie (pochwałą, ocenami itp.) dziecko lepiej przygotowane do reguł obowiązujących w strukturze szkoły. Takimi działaniami nieświadomie utrwała i pogłębia różnice między tymi „lepszymi” uczniami, którzy mają przewagę już na początku, a tymi „gorszymi”, których słabość nie wynika z rzekomo wrodzonych predyspozycji intelektualnych, ale obiektywnych struktur świata społecznego. Na poziomie makrospołecznym szkoła przyczynia się do reprodukcji nierówności i odtworzenia struktury społecznej, w której podmioty dominujące utrzymują swoje uprzywilejowane pozycje. Ciało zaś uczestniczy w opresji ze względu na zdeponowane w nim wcześniej predyspozycje.

Skrajnym przykładem sprawowania władzy nad ciałem jest jego tresura narzucona przez formalistyczne ćwiczenia i rytuały, gdzie każde z ciał ucieleśnia grupę, jak w opisanym przez Foucaulta wojsku czy więzieniu (2009). W formacjach tych jednostki uczą się samodyscypliny. Władza ta jest silna i niewidoczna, gdyż rozproszona, u Bourdieu w polach społecznych i frakcjach tych pól, u Foucaulta w formacjach dyskursywnych. Jednakże tam, gdzie Foucault widzi dyscyplinę, Bourdieu dopatruje się nierozpoznania – władza dokonuje się bowiem poprzez nieświadome dopasowanie struktur subiektywnych do obiektywnych (czyli ciała do struktury), podczas gdy u Foucaulta (2009) ciało poddaje się tresurze, jest raczej bierne⁶.

Ciało i klasy społeczne – habitus klasowy

Podmioty społeczne posiadające określony habitus, czyli wcielone praktyki, działają w określonej przestrzeni społecznej, która wyznacza ich przynależność klasową. Zatem to, jak wygląda i zachowuje się ciało, wynika z tej przynależności i jest wypadkową wielkości posiadanego przez jednostkę kapitału (zasobów, jakie udało jej się zgromadzić), struktury tego kapitału (stąd podział na frakcje bliższe kapitałowi ekonomicznemu bądź kulturowemu), jak i jego przemian w czasie (Bourdieu 2005). Dla uchwycenia takiego położenia jednostki, a tym samym określenia jej habitusu klasowego, kluczowe jest ustalenie, czy może ona zdystansować się od konieczności ekonomicznych (Bourdieu 1985). Oznacza to, że cielesna *hexis* pozostaje znacząco zdeterminowana sytuacją materialną jednostki. Rozpatrzmy to na przykładzie czystości. Jak zauważa Bataille, w sprawach jej dotyczących różnice między klasami są znaczące, gdyż „[d]elikatność jest w rzeczy samej jednym z najistotniejszych czynników w dynamice klasyfikacji społecznych. Przestrzeganie zakazów to

⁶ W późniejszych pracach Foucaulta (2011) zmianie ulega jego koncepcja władzy, również w odniesieniu do podmiotowości jednostki. Uważa on, iż w reżimie neoliberalnym jednostka jest niejako zmuszona do podmiotowości, a nawet samej wolności.

w pewnej mierze kwestia zasobów materialnych. Potrzeba dużo pieniędzy, żeby być delikatnym”, gdyż ten, kto chroni się najlepiej przed skalaniem, cieszy się największym prestiżem (Bataille 2008, s. 83–84). Badania historyczne potwierdzają, że przez długi czas szeroko rozumiana czystość (silnie zależna od konkretnej epoki) była luksusem, na który mogli pozwolić sobie wyłącznie nieliczni (Vigarello 2012a).

Podkreślić też należy, że w różnych frakcjach poszczególnych klas odmienne proporcje kapitału będą odgrywać kluczową rolę przy formowaniu ciała. Wśród artystów i profesorów będzie to kapitał kulturowy, a wśród przedsiębiorców – kapitał ekonomiczny (Bourdieu 1986, 2005). Czynniki proporcji kapitału wpływać będzie na sposób traktowania ciała, szczególnie że, jak była o tym mowa, *habitus* to również sposób życia i gust (np. walory smakowe, styl ubierania, makijaż, maniere, sposób poruszania się i mówienia), co bezpośrednio kształtuje ciało, które samo w sobie staje się nośnikiem znaczeń i formą kapitału – kapitałem fizycznym. Ciało może być szczupłe albo otyłe, czyste albo brudne, zdrowe albo chore, zadbane albo niezadbane, naturalne albo upiękzone, dostojne albo zwyczajne i jako takie rozpoznane klasowo.

Taka identyfikacja ciała i sposobu jego traktowania poprzez okulary klasowe jest ściśle historyczna, czego dowodzi choćby uznany za modelowy kształt sylwetki. O ile w poprzednich epokach „obfite” ciało było symbolem wyższej pozycji społecznej – siły i władzy (dowodziło dostępu do pożywienia), o tyle obecnie mamy do czynienia z odwróceniem tego trendu, prowadzącym do dyskryminacji i stygmatyzacji osób otyłych, którymi są zazwyczaj osoby z klas niższych (mające dostęp do taniego, tłustego jedzenia) (Vigarello 2012b). Współcześnie ideałem jest ciało szczupłe i zdrowe; wysportowane, ale nie przesadnie umięśnione; zadbane, ale z pozoru całkowicie naturalne. Bycie szczupłym to jednak nie tylko mniejsze prawdopodobieństwo zapadnięcia na choroby związane z układem krążenia czy osiągnięcie starszego wieku w dobrej kondycji fizycznej, to znacznie więcej. To cała filozofia, moralny styl życia, dowód na panowanie nad zwierzęcą naturą, umiejętne kontrolowanie własnego ciała i popędów.

Popatrzmy zatem, jak poszczególne klasy odmiennie kształtują swoje ciała w odniesieniu do praktyk jedzenia (co i jak się je), dbania o ciało (sport) i jego reprezentacji (sposób ubierania, makijaż, strój). Uprawianie konkretnego rodzaju sportu zależy od schematu cielesnego, cielesnej *hexis* ukształtowanej we wcześniejszych praktykach wpajających określony stosunek do ciała, „całą filozofią osoby” (Bourdieu 2005, s. 271). Zaczniemy nasze rozważania od „smaku z luksusu” i „smaku zrodzonego z konieczności”. „Pojęcie gustu, specyficznie mieszczańskie, ponieważ zakłada absolutną wolność wyboru, tak ściśle wiąże się z pojęciem wolności, że trudno dostrzec paradoksy smaku z konieczności. [...] Gust to *amor fati*, wybór losu, lecz wybór wymuszony, wytworzony przez warunki życia, który wykluczając jako zwykłe mrzonki wszelką inną możliwość, nie zostawiają innego wyboru poza smakiem z konieczności” (Bourdieu 2005, s. 225–226).

Dla klas niższych, ludowych, jedzenie spełnia wyłącznie funkcje dostarczania energii potrzebnej do wykonywania najczęściej fizycznej pracy. W diecie dominują więc potrawy wysokokaloryczne i pospolite (chleb, ziemniaki, fasola i tłuste potrawy). Kobiety z klasy niższej poświęcają swoje zdrowie i własny wypoczynek dla rodziny, której mają zapewnić zaplecze dla pracy (przygotowanie solidnych posiłków). Jeśli zaś pracują poza domem, to zazwyczaj fizycznie, co kształtuje w nich negatywną postawę wobec pracy zawodowej. Ten niedobór materialny klasy ludowej wiąże się bezpośrednio z innymi sferami życia, choćby autoprezentacją. W przypadku klas ludowych będzie to relatywnie słabe przywiązywanie wagi do pielęgnacji ciała, co w przypadku kobiet z tej klasy będzie szczególnie widoczne po ślubie. Kobiety z klas niższych nie dbają przesadnie o ubiór w domu, gdyż ma on być wyłącznie użyteczny, wychodząc zaś z domu w odczuciu klas wyższych reprezentują niski poziom estetyki, ubierając się krzykliwie (jaskrawe, wyraziste kolory), wyzywająco, sztucznie (ciało opalone w solarium, tipsy). Są niejako przerysowane, zmuszone osiągnąć „duży efekt za małą cenę” (błyszczące elementy stroju), co znów bezpośrednio przekłada się na ich możliwości zawodowe. Są one znacznie ograniczone zwłaszcza w tych zawodach, w których obowiązują określone standardy i normy związane z wyglądem ciała (Bourdieu 2005).

Stosunek do ciała klas niższych jest instrumentalny – ciało ma dostarczyć siły, budować przewagę (mięśnie), stąd wybierany przez klasy niższe sport wiąże się z wysiłkiem, trudem, czy wręcz ryzykiem i niebezpieczeństwem (boks, piłka nożna, sporty walki, akrobacje). Klasy robotnicze nie odczuwają też silnie odrębności swego indywidualnego ciała, stąd predylekcja do sportów silnie „ucieleśnionych”, takich, w których ciała się ze sobą stykają (Bourdieu 1978, s. 828 i n., Bourdieu 2005, s. 265).

Klasa wyższa inaczej posługuje się ciałem, inne są jej maniery, również te odnoszące się do spożywania posiłków. Wolność od konieczności ekonomicznych sprawia, że jedzenie jest w znacznym stopniu przyjemnością. Jest estetyczne – pięknie podane, w menu dominują potrawy wykwiłtne, wyrafinowane i lekkie (niskokaloryczne). Ważny jest sposób jedzenia – subtelny, drobnymi kęsami, powolny, niezdradzający uczucia głodu, co doskonale zaobserwować można w różnicy między jedzeniem mięsa (klasy niższe) a spożywaniem ryb i owoców morza (klasy wyższe) (Bourdieu 2005, s. 239). W tym zestawieniu szczególnie ciekawie wypadają profesorowie wyższych uczelni, zdecydowanie bardziej zasobni w kapitał kulturowy niż ekonomiczny. Poszukując oryginalnych potraw niskim kosztem, mają upodobanie do dań egzotycznych lub pospolitych (Bourdieu 2005, s. 235).

Jednostki z klasy wyższej mają dużo czasu wolnego i inwestują go w kształtowanie ciała uprawiając sporty. Kapitał ekonomiczny daje im dostęp zarówno do sportów ekskluzywnych, które go wymagają (pływanie jachtem, polo), jak i indywidualnych (golf, balet). Preferują te pozbawione dotyku cielesnego, „zdistansowane”, gdyż dystans wobec konieczności ekonomicznych przekłada się na manifestację generalnego dystansu do świata. Sporty, które wybierają, kształtują sylwetkę, ale nie

wytwarzają mięśnie, a ich dodatkowy atut wiąże się ze zdobywaniem kapitału społecznego (taniec towarzyski, strzelanie, polo) (Bourdieu 1978, s. 838–840, Bourdieu 2005). Kobiety z klas wyższych zazwyczaj nie gotują, a jeśli to robią, przeciwnie do klas niższych oszczędzają czas, mogąc poświęcić go własnemu rozwojowi lub przekazywaniu kapitału kulturowego dzieciom (Bourdieu 2005, s. 236). Inaczej też traktują pracę zawodową. Mając dostęp do wysokich stanowisk czy wolnych zawodów, postrzegają ją jako wybór, a nie konieczność. Kobiety z klasy dominującej czerpią także podwójną pewność ze swej urody, łącząc wartość estetyczną z wartością moralną. „Uroda zatem może być zarówno darem natury, zasługą lub łaską natury, uprawomocnioną przez nią samą, jak i nabytkiem cnoty, w dwójnasób uprawomocnionym, który przeciwstawia się tyleż zaniedbania i pospolitości, co brzydocie” (Bourdieu 2005, s. 258). Kobiety z klasy wyższej mogą pozwolić sobie na minimalizm, posiadać mniej lub bardziej ekskluzywne produkty, nosić się z pewną nonszalancją i swobodą w ubiorze („bawić się modą”), wyglądać bardziej naturalnie. Doskonałym przykładem jest obecnie modny wśród klas wyższych tzw. minimalizm propagujący posiadanie ograniczonej liczby produktów, na przykład wyłącznie stu przedmiotów codziennego użytku.

W tym kontekście najciekawszą socjologicznie pozycję zajmują kobiety z klasy średniej. W tej klasie bowiem najsilniej uwidocznione są starania o osiągnięcie prawnocnego wyglądu, uniknięcie nieortodoksyjnego gustu i pospolitości (Bourdieu 2005, s. 257). Co jest powodem rozmachu i zdwojonego wysiłku, na który decyduje się drobne mieszczaństwo, często nieudolnie próbujące naśladować klasę wyższą? Jest nią niestabilna pozycja tej klasy, życie w ciągłym napięciu między lękiem przed degradacją do klasy niższej a aspiracją, by dorównać klasie wyższej. Klasa średnia jest wciąż narażona na potencjalną porażkę, gdyż brakuje jej ucieleśnionego kapitału kulturowego, który społecznie postrzegany jest jako „naturalny” gust, wycucie smaku, dostojeństwo. Ma w sobie wyłącznie głębokie pragnienie poznania go, dlatego uczy się na przykład rozróżniać style malarskie z albumów dotyczących sztuki. Ta woła kulturowa, jak ją nazywa Bourdieu, skazuje ją na ciągłą niepewność. Klasa średnia w ćwiczeniach fizycznych (jogging, fitness, pilates) odnajduje przepustkę do lepszego świata. Innymi słowy, sport jest wyrzeczeniem, które w przyszłości ma być odpłacone dostępem do tego, co obecnie nieosiągalne (Bourdieu 1978; Bourdieu 2005).

Kobiety z klasy średniej znajdują się w najtrudniejszej sytuacji ze względu na swe podwójne zdominowanie – pozycją całej klasy (habitusem klasowym) i tą wynikającą z bycia kobietą (habitusem płciowym). Było tak już w poprzednich epokach. Bryan Turner dowodzi, że agorafobia zdiagnozowana jako jednostka chorobowa, będąca wynikiem XVIII-wiecznej polityki bezpiecznego zarządzania przestrzenią miejską, m.in. poprzez eliminację niebezpiecznego włóczęgostwa, pojawiła się przede wszystkim u kobiet z klas średnich, które uznane były za najbardziej narażone na niebezpieczeństwa (również seksualne) związane z miastem i w związku z tym najsilniej kontrolowane. Według Turnera kobieca agorafobia uprawomocniła

władzę męża nad żoną, by w okresie dalszej urbanizacji zostać zastąpioną przez lęk przed właściwą prezentacją swojego ciała w przestrzeni publicznej (Turner 2008).

Obecnie kobiety z klas średnich odczuwają niską pewność swojego ciała i urody (a w tym tożsamości), porównywalną z klasami niższymi, jednak częściej niż one decydują się na więcej poświęceń i inwestycji (diety, wysiłkowe sporty, nawet drastyczne zabiegi chirurgiczne), by sprostać kanonowi piękna (Bourdieu 2005; Wolf 2002). Dlatego kobiety z klas średnich „można określić mianem uprzywilejowanych ofiar dominacji symbolicznej, gdyż ich uwaga poświęcona pielęgnacji ciała i makijażowi przybiera postać nieskazitelności etycznej i estetycznej” (Bourdieu 2004, s. 120). Naomi Wolf (2002) podkreśla, że współczesne kobiety w ogóle, szczególnie zaś te z klasy średniej, wierzą w stworzony przez patriariat „mit piękności”, przekonujący, że istnieje uniwersalny i obiektywny kanon piękna, za którym muszą podążać, jeśli chcą zdobyć wartościowego mężczyznę. To właśnie kobiety z klas średnich są najbardziej narażone na męską dominację, która stwarza je jako obiekty estetyczne, widziane wyłącznie w męskich spojrzeniach, podległe tym spojrzeniom i w pełni od nich zależne. Bourdieu dowodzi, że nawet pozornie wyzwolone ciała podporządkowane są spojrzeniu mężczyzny, a doświadczenie kobiety to „bycie widzianą”, co sprowadza się nie tylko do patrzenia na siebie z dystansu, oceniania według męskich kategorii, ale także ciągłego poczucia dysonansu między ciałem realnym (posiadany) a idealnym (Bourdieu 2004). Wśród kobiet dominuje przekonanie, że muszą być młode (nie mogą się starzeć), piękne (nie mogą się przejadać), muszą ciągle kontrolować swoje ciało (dyscyplinować je, utrzymać w ryzach). Nie mogąc dogonić ideału, czują się winne i mniej warte, umniejszone, co jeszcze wzmacnia ich podległą pozycję (Wolf 2002).

Prócz powyższego, kobiety z klasy średniej są przygotowane do uczestnictwa w świecie *per procura*. Nie mając możliwości, jak kobiety z klasy wyższej, udziału we władzy, czy dostępu do najwyższych pozycji zawodowych, wspierają w tych działalnościach swoich mężczyzn. Co więcej, właśnie w klasie średniej najczęściej kobieta wykonuje obie prace, tę w domu i tę zawodową, jednak ta pierwsza najczęściej nie jest uważana za pracę, a dochody z tej drugiej są traktowane jako dodatek do zarobku męża, nawet w sytuacji, gdy są porównywalne. Kobiety z klas średnich uczestniczą również w prozaicznych pasjach mężów, w tym sportowych (Bourdieu 2004).

Podsumowując wątek kapitału fizycznego, zauważyć możemy, że niewątpliwie we wszystkich klasach społecznych ciało ma wartość symboliczną – w klasie niższej mięśnie są warunkiem znalezienia pracy zabezpieczającej byt, w klasie wyższej ciało jest symbolem zdrowia i statusu, w klasie średniej zaś środkiem do osiągnięcia wysokiej pozycji. Bourdieu dowodzi, że kapitał fizyczny klasy wyższej (jak każdy zasób będący stawką w grach społecznych) może być łatwo przekształcony w inne formy kapitałów. Elitarne sporty poszerzają bowiem kapitał społeczny, pozwalając rozpoznać się cielesnej *hexis* i pomóc w wyborze właściwego partnera, wywodzącego się z podobnej klasy. Klasy ludowe mogą konwertować kapitał fizyczny, jednak

mogą to czynić zaledwie w niewielkim zakresie, w dodatku ponosząc znaczne koszty. Z kolei klasy średnie, o czym była mowa, gotowe są na ogromne poświęcenia, by osiągnąć społecznie uznaną wizję ciała (Bourdieu 1986). Jak widzimy więc, władza symboliczna działa również na poziomie praktyk cielesnych, a prawomocna wizja ciała jest w rzeczywistości partykularna i narzucona przez klasę wyższą.

To, że we współczesnym dyskursie naukowym nieco mniej uwagi poświęca się klasom, nie oznacza, iż ustalenia Bourdieu są nieaktualne. W przestrzeni społecznej funkcjonuje prawomocny obraz ciała i praktyk odnoszących się do niego – dbanie o zdrowie, uprawianie sportu. Nadal możemy też mówić o uprzywilejowaniach bądź nieuprzywilejowaniach klasowych wpływających na sukces szkolny, którego przejawami jest nie tylko wybór określonej szkoły (prywatna vs publiczna), jej profilu (liceum vs szkoła zawodowa), następnie podjęcie decyzji o dalszym kształceniu (uniwersytet vs prywatna szkoła wyższa; tryb i kierunek studiów), co przekłada się bezpośrednio na szanse na rynku pracy i standard życia. Co więcej, klasowe kapitały cielesne nadal stanowią nieformalny sposób poznawania się ludzi, odgrywając ważną rolę w doborze partnera czy znajdowaniu zatrudnienia (Bennett, Savage, Silva, Warde, Gayo-Cal, Wrigh 2009; Atkinson 2010).

Zakończenie

Mimo iż wydaje się, że współcześnie męska dominacja straciła wiele ze swej oczywistości, wymaga ochrony i uzasadnienia, Bourdieu dowodzi, że jej główne elementy nadal wpisane są w ciała, zarówno mężczyzn, jak i kobiet. Cielesna *hexis*, odrębna mężczyznom i kobietom, wyraża się w innym sposobie posługiwania się ciałem, co w szczególności można zaobserwować w odmiennej postawie (swobodna/wyprostowana z wciągniętym brzuchem), sposobie chodzenia (buty płaskie/ buty na obcasie wymuszające stałą kontrolę i koncentrację), sposobie noszenia ubrań (niekrępujące ruchów, dopasowane, ciasne, krępujące ruchy), wreszcie mówienia (nisko/wysoko).

Różnica między płciami staje się wpisana „w porządek rzeczy”, obiektywna, naturalna i nieunikniona, a kobieta zapoznając sytuację poddaństwa, akceptuje ją. Uczestnicząc we własnej opresji ze względu na wytworzone w jej ciele dyspozycje skłaniające ku podległości, zdolna jej przeżywać swe zdominowanie w pełnym szczęściu – następuje u niej bowiem, opisane wyżej, spotkanie pola i habitusu (Bourdieu 1996, 2004, 2005, 2006).

Teoria Bourdieu daje jednak nadzieję na przekroczenie patriarchy, który jest wyłącznie znaturalizowaną konstrukcją społeczną. Zdominowani mają możliwość oporu wobec własnego podporządkowania, ze względu na to, że pewna część świata jest zawsze niezdeteminowana i otwiera możliwości wyzwolenia (Bourdieu 2004). Do osiągnięcia tego celu nie wystarczy jednak zwykły wysiłek woli, czy też marksowskie przebudzenie świadomości, gdyż „[n]ajważniejsze zakazy nie są skierowane do intelektu, lecz do ciała [...]” (Bourdieu 2006, s. 201). Przemoc symboliczna działa poza świadomością i wolą, dlatego „[p]rzekonywanie, że można [ją] przezwyciężyć

orężem świadomości, jest złudne, ponieważ warunki jej skuteczności zostały głęboko wpisane w ciało jak trwałe dyspozycje” (Bourdieu 2004, s. 52). By przekroczyć cielesną *hexis*, skrojoną według społecznych struktur, potrzebna jest ich przebudowa, kontrpraca przypominająca ćwiczenia atlety, polegająca na jej przekształceniu (Bourdieu 2006, s. 244). Habitus nie jest przeznaczeniem, jednakże praktyki cielesne są najtrudniejsze do wyeliminowania, gdyż to, co społeczne, jest podwójnie znaturalizowane – zapisane w ciałach i instytucjach (Bourdieu 2004, 2006, s. 256–257).

Należy też pamiętać, że władza symboliczna wywiera realne skutki. Ta w odniesieniu do kobiet prowadzi do ich eksploracji, bicia, gwałtów itp., a nawet więcej: rozgrzeszenia mężczyzn dokonujących tych czynów (Bourdieu 2004, s. 46). Tym bardziej więc powinna być przezwyciężona wspólnym wysiłkiem mężczyzn i kobiet zmieniających istniejące instytucje społeczne.

Bibliografia

- Atkinson W. (2010). *Class, Individualisation and Late Modernity. In Search of the Reflexive Worker (Identity Studies in the Social Sciences)*. New York: Palgrave Macmillan.
- Badinter E. (1998). *Historia miłości macierzyńskiej*. Warszawa: Volumen.
- Barthes R. (1973). *Mythologies*. London: Paladin Books.
- Bataille G. (2008). *Historia erotyzmu*. Warszawa: Aletheia.
- Bennett T., Savage M., Silva E., Warde A., Gayo-Cal M., Wright D. (2009). *Culture, Class, Distinction (Culture, Economy, and the Social)*. New York: Routledge.
- Bernstein B. (1980). *Socjolingwistyka a społeczne problemy kształcenia*. W: M. Głowiński (red.), *Język i społeczeństwo*. Warszawa: Czytelnik, s. 83–119.
- Bourdieu P. (1977). *Sur le pouvairsymbolique*. *Annales*, 32/2, s. 405–411.
- Bourdieu P. (1978). *Sport and Social Class*. *Social Science Information*, 17, s. 819–840.
- Bourdieu P. (1979). *Les Trois états du capital culturel*. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 30, s. 3–6.
- Bourdieu P. (1985). *The Social Space and Genesis of the Groups*. *Theory and Society*, 14/6, s. 723–744.
- Bourdieu P. (1986). *The Forms of Capital*. W: J.C. Richardson (red.), *Handbook of Theory and Research for Sociology of Education, Education*. New York: Greenwood Press New York, s. 241–158.
- Bourdieu P. (1989). *Social Space and Symbolic Power*. *Sociological Theory*, 7(1), s. 14–25.
- Bourdieu P. (1991). *Language and Symbolic Power*. Cambridge: Polity Press.
- Bourdieu P. (1996). *The State Nobility. Elite Schools in the Field of Power*. Stanford, California: Stanford University Press.
- Bourdieu P. (2002). *Męska dominacja*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza.
- Bourdieu P. (2005). *Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy sądzona*. Warszawa: SCHOLAR.
- Bourdieu P. (2006). *Medytacje Pascaliańskie*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Bourdieu P. (2007). *Szkic teorii praktyki poprzedzony trzema studiami na temat etnologii Kabylów*. Kęty: Wydawnictwo Marek Druwniecki.
- Bourdieu P. (2008). *Zmysł praktyczny*. Kraków: WUJ.

- Bourdieu P. (2009a). *O telewizji. Panowanie dziennikarstwa*. Warszawa: PWN.
- Bourdieu P. (2009b). *Rozum praktyczny. O teorii działania*. Kraków: WUJ.
- Bourdieu P. (2012). *Sur l'État. Cours au Collège de France (1989–1992)*. Paris: Seuil.
- Bourdieu P., Passeron J.C. (2006). *Reprodukcja. Elementy teorii systemu nauczania*. Warszawa: PWN.
- Bourdieu P., Wacquant L.J.D. (2001). *Zaproszenie do socjologii refleksyjnej*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Bradley H. (2008). *Płeć*. Warszawa: Wydawnictwo Sic!
- Dębska H. (2014). *Płeć i władza. Kobiety w Trybunale Konstytucyjnym*. Studia Podlaskie, 22, s. 97–111.
- Dębska H., Warczok T. (2016). *The Social Construction of Femininity in the Discourse of the Polish Constitutional Tribunal*. W: R. Mańko, C. Carcel, A. Sulikowski (red.). *Questioning the Past, Resisting the Present: Law and Critique in Central Europe*. The Counterpress (w druku).
- DiMaggio P. (1982). *Cultural Capital and School Success: The Impact of Status Culture Participation on the Grades of the U.S. High School Students*. American Sociological Review, 47/2, s. 189–201.
- Ferree M. (1984). *Sacrifice, Satisfaction and Social Change: Women's employment and the family*. W: K. Sacks, D. Remy (red.), *My Troubles Are Going To Have Trouble With Me*. New York: Rutgers University Press, s. 61–79.
- Foucault M. (2009). *Nadzorować i karać*. Warszawa: Aletheia 2009.
- Foucault M. (2010). *Historia seksualności*. Gdańsk: słowo/obraz terytoria.
- Foucault M. (2011). *Narodziny biopolityki. Wykłady z Collège de France 1978/1979*. Warszawa: PWN.
- Haug F. in al. (1999). *Female Sexualization: A Collective Work of Memory*, Verso Classics.
- Laqueur T. (1990). *Making Sex. Body and Gender from the Greeks to Freud*. Cambridge: Harvard University Press.
- Lenoir R. (2008). *The Family as a Social Institution: Struggles Over Legitimate Representations of Reality*. W: J. Houtsonen, A. Antikainen (red.), *Symbolic Power in Cultural Contexts*. Rotterdam: Sense Publishers, s. 23–33.
- Maines R.P. (2011). *Technologia orgazmu. „Histeria”, wibrator i zaspokojenie seksualne kobiet*. Warszawa: Aletheia.
- Merleau-Ponty M. (2001). *Fenomenologia percepcji*. Warszawa: Aletheia.
- Ortner S.B. (1982). *Czy kobieta ma się tak do mężczyzny jak „natura” do „kultury”?* W: T. Hołówna (red.), *Nikt nie rodzi się kobietą*. Warszawa: Czytelnik.
- Seidman S. (2012). *Społeczne konstruowanie seksualności*. Warszawa: PWN.
- Shilling Ch. (2010). *Socjologia ciała*. Warszawa: PWN.
- Turner B. (1992). *Regulating bodies. Essays in Medical Sociology*, London: Routledge.
- Turner B. (2008). *The body and society*. London, Thousand, Oaks, New Delhi: SAGE.
- Vigarello G. (2012a). *Historia czystości i brudu*. Warszawa: Aletheia.
- Vigarello G. (2012b). *Historia otyłości od średniowiecza do XX wieku*. Warszawa: Aletheia.
- Wolf N. (2002). *The Beauty Myth. How Images of Beauty Are Used Against Women*. New York: Harpercollins.

Somatization of Domination. The Body in Pierre Bourdieu's theory

Abstract

In contemporary sociology researching the body is undoubtedly one of the most prominent and growing research areas. This paper discusses power relations executed through bodily practices. Therefore Pierre Bourdieu's social theory is an appropriate starting point for an enquiry into this subject because of its ability to overcome the sociologically grounded opposition between an individual and structure, and between the mind and the body. When analysing the phenomenon of power the French sociologist focuses on its symbolic aspect – the ability to remain both arbitrary and misrecognised (*ergo*, hidden and socially accepted) even by the ones subjected to it. Bourdieu proves that by assimilating arbitrary qualities the body internalises domination, and it is this phenomenon of somatization of power that causes its unrecognizability. This process may be best exemplified by relations between sexes, through the analysis of conditions leading to the submission of female body and explanations of difficulties in liberation from male domination. Importantly, in Bourdieu's theory, the body is both the carrier of symbolic meanings and a fully material being. That means that body is also an indicator of social class, while being a type of resource called physical capital, which may be used to gain and maintain social status. Therefore, the paper depicts symbolic power as the ability to enforce the way of defining the body and its appearance by dominant classes. Pierre Bourdieu's theory is widely illustrated by the findings of other social scientists.

Key words: masculine domination, Pierre Bourdieu, symbolic power, women, hexis, physical capital, somatization of domination

Jarosław Barański

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

Ciało i jego medioplastia. Uwagi wstępne na temat obrazowości ciała

Streszczenie

Artykuł podejmuje problem obrazowości ludzkiego ciała we współczesnej kulturze wizualnej w kontekście wpływu kształtowanych w niej obrazów ciała i sposobów ich percepcji na sposób doświadczania ciała przez współczesnego człowieka. Artykuł jest teoretyczną próbą wyjaśnienia tego wpływu jako obrazowego uplastycznienia ciała i jego percepcji – medioplastii. Część pierwsza artykułu jest uzasadnieniem perspektywy teoretycznej; część druga – wyjaśnieniem kategorii medioplastii; trzecia – opisaniem jej szczególnej postaci w praktyce medycznej.

Słowa kluczowe: ciało, obraz ciała, obrazowość ciała, medioplastia, filozofia i socjologia ciała

Postawienie problemu

Rezultatem współczesnego zwrotu ikonicznego czy też obrazowego, jak określają dominującą dziś obrazowość kultury Gottfried Boehm i W.J.T. Mitchell (2012, s. 94–117), wydaje się pragnienie duszy – choć brzmi to nader paradoksalnie – aby się zobaczyła. Obraz tego, co duchowe i psychiczne, pożąda medium, materialnego nośnika, który sprawi, że to, co bezcielesne, przejrzy się w sobie dzięki zmysłom. Sprzyja temu współczesna obrazowość kultury, czyli powszechność i powszedniość medialnych luster, w których człowiek się przegląda w narzucanych lub pożądanych obrazowych (re)prezentacjach własnej cielesności. Realność wytworzonego w nich obrazu przekonuje o możliwości zaspokojenia pragnienia, aby upostaciwić wewnętrzny obraz samego siebie. I tym medium, którym to, co duchowe, czyni obrazem dla samego siebie, jest właśnie ciało.

Medializacja ciała nie polega jednak na tym, że jest ono prezentowane poprzez media, lecz na tym, że samo – jako medium ucieleśniające wartości, pragnienia, nadzieje, poczucie tożsamości jednostki – jest nosicielem obrazów. W tym sensie ciało wypełnione jest obrazami i samo doświadcza obrazów: „Cokolwiek może we mnie doznawać obrazy, jest to ciało” (Seneka 2000, s. 206). Ciało doznaje tych obrazów, które wyobraża, i tych, które percypuje jako zewnętrzne wobec siebie, dlatego też duchowość ucieleśnia się w tym podwojonym medium – czyni się widzialnością, która staje się zewnętrznym obrazem. A będąc takim, dzięki technikom medialnym, poddaje się plastycznym modyfikacjom.

Powierzchnia ciała nie jest dziś jedynym przedmiotem, jedyną cielesną przestrzenią medializacji. Kolejnym krokiem jest uwewnętrznienie tych obrazów jako przedmiotu percepcji własnego ciała w jego stanach fizjologicznych, siebie jako cielesności doświadczającej własnego ciała. To ukształtowana już potrzeba odczuwania zdolności ciała na podobieństwo obrazów przenikających kulturę wizualną, którą ująć można jako nowoczesną skłonność „do obrazowania lub wizualizowania egzystencji” (Mirzoeffe 2012, s. 162). W ten proces wizualizacji wprzęgnięte jest ciało, z pewnością jego wygląd, ale nadto sposób doświadczania jego dyspozycji. To wydaje się cechą charakterystyczną współczesnego wizualizowania ciała – właśnie dążenie do przenikania się wyglądu ciała (jego obrazu zewnętrznego) i sposobu doświadczania (doznawania, wyobrażania) przez indywidualium stanów fizjologicznych ciała (obrazy wewnętrzne); dążenie do ustanowienia swoistej ekwiwalentności tych obrazów, jako pożądanego odczuwania własnej cielesności.

Obrazy wewnętrzne to „obrazy endogeniczne lub obrazy należące do ciała; natomiast obrazy zewnętrzne, by ukazać się naszemu wzrokowi, zawsze potrzebują technicznego ciała obrazu” (Belting 2012, s. 26), tutaj w tym sensie: materialnego nośnika (także organicznego), czyli medium. Wewnętrzny obraz ciała odnajduje to medium w czynnościach ciała, ucieleśniając się tym samym i czyniąc się zwizualizowanym aspektem wyglądu ciała. Nie jest to „czysta” wizualność, lecz obraz, który jest jednostką symboliczną, będącą rezultatem indywidualnej lub kolektywnej symbolizacji (Belting 2012, s. 12). Ten wewnętrzny obraz ciała jest nadto „złożonym kompleksem stanów intencjonalnych – percepcji, reprezentacji mentalnych, przekonań i postaw – w których przedmiotem intencjonalnym takich stanów jest własne ciało” (Gallagher, Cole 1998, s. 132). „Ramą” wizualności tych stanów jest powierzchnia ciała, funkcją natomiast zwizualizowanych stanów intencjonalnych w wyglądzie jest utrwalenie dyspozycji ciała oraz sposobu ich doświadczania. Obraz wewnętrzny zatem nie jest jedynie wyobrażonym portretem własnej cielesności, lecz dynamiczną figurą złożoną z oczekiwań wobec własnego ciała.

Ciało staje się wtedy medium obrazów cielesności, o którym można mówić jako o ciele obrazowanym, a przez tę zdolność do przyjmowania obrazów – obrazowością ciała. Obrazowość ciała buduje nie tylko wizualność, systemy percepcji (postawy percepcyjne i kody), ale nadto zmedializowane rytuały wizualizacji ciała, tak w kontekście funkcji jego prezentacji i reprezentacji, jak i w kontekście kroczącej za tym jego modyfikacji. Toteż słusznie konkluduje Hans Belting, pisząc: „z perspektywy antropologicznej człowiek jawi się „jako «miejsce obrazów», które okupują jego ciało” (Belting 2012, s. 13).

Wizualizacja wyglądu ciała kulturowo warunkująca jego obrazowość wymusza podejmowanie przez indywidualium działań, które czyni ciało podatnym na obrazowanie, stając się medialnym obrazem ciała oraz obrazem medialnie zobrazowywanego ciała. Przymus wizualizacji i uczynienia go medium obrazów jest rezultatem

presji społecznej wiążącej powodzenie życiowe z wyglądem ciała¹ i jego pożądanymi dyspozycjami. Powodzenie to zależy od zdolności do efektywnego zarządzania sobą tymi narzędziami, które stanowią wyuczane i przyswajane umiejętności interpersonalne: „zarządzanie obrazem i wytwarzanie obrazu staje się decydujące nie tylko dla przebiegu politycznej kariery, ale także w organizowaniu codziennego życia. I dalej, udane obrazy wymagają udanych ciał, które zostały wyćwiczone, zdyscyplinowane i zaaranżowane, aby wzmocnić naszą osobistą wartość” (Turner 2008, s. 98). Obrazy ciała są szczególną postacią narzucanej indywidualum kolektywnej reprezentacji ciała i – w istocie rzeczy – są potężnym narzędziem władzy zarządzającym ludzką biologią za pomocą kapitału symbolicznego ukrytego w sferze estetycznej ludzkiej cielesności. Jego utrata, choćby w późnym wieku, jest jednocześnie utratą nie tylko obrazu ciała, ale nadto społecznego znaczenia (Featherstone 1995) oraz jest źródłem osobistej tragedii osób w podeszłym wieku (Turner 1995).

Ciało wydaje się zatem, względnie: staje się, mozaiką obrazów, żyjącym spletem portretów, które konstytuują przedmiot portretowany. Pytanie ontologiczne, które w sposób oczywisty narzuca się, a dotyczy rzeczywistości ciała, znajduje odpowiedź poza postmodernistyczną retoryką: dla jednostki ciało przejawia się jako możliwe doświadczanie obrazu własnego ciała, z którego to wyłaniają się pożądane i oczekiwane działania oraz zdolności ciała. Wszelki opór ciała (dla ucieleśnienia jakiegoś obrazu ciała) jest doświadczany jako dyskomfort skłaniający do przyjęcia indywidualnej strategii modyfikacji ciała.

Przeглядanie się ciału w obrazach, wchłanianie ich poprzez społeczne praktyki dyscyplinujące ciało, czynienie ciała podatnym na przyjmowanie tych obrazów, swoiste uplastycznianie ciała zgodnie z potrzebami indywidualum (niezależnie od tego, czy owe potrzeby aktywności cielesnej są inicjowane przez jednostkę, czy też są wynikiem presji społecznej) jest budowaniem nowej podmiotowości człowieka, również jako konsekwencji procesu indywidualizowania się człowieka, procesu z nieznanym dotychczasowym społeczeństwem zasięgiem i dynamiką: dzięki wysokiemu standardowi życia i społecznemu bezpieczeństwu „ludzie w rozbiciu historycznego kontinuum wyzwolili się z tradycyjnych uwarunkowań klasowych i związków rodzinnej opieki, wzmocnili się natomiast w sobie i odwołują się do swojego losu na rynku pracy z całym ryzykiem, szansami i sprzecznościami” (Beck 1986, s. 116). Za sprawą procesu indywidualizacji pozbawiani są symbolicznej szaty, która nie tylko lokalizowała ich społecznie, ale nadto określała ich scenariusze biograficzne (Foucault 1995, Giddens 2002). Pozostali więc nadzy i względnie niezależni, także bez emblematów społecznych – pozostali wyłącznie ciałami o określonym wyglądzie i określonych zdolnościach (wydajności) jako narzędzia produkcji i reprodukcji społecznej.

Uczynienie ciała przedmiotem wizualizowanym jest więc nadawaniem mu nowych społecznych wygląarów i znaczeń, estetyzowaniem, które ma ponownie

¹ Prawie 72% badanych Polaków twierdzi, że wygląd ciała decyduje o powodzeniu życiowym i zawodowym; *Jak cię widzą, tak cię piszą*. Raport z badań, CBOS, BS/112/2009.

zaczarować bezpośrednio ludzkiej egzystencji, wprowadzając nową grę społeczną, tym bardziej intensywną, im bardziej ustępują tradycyjne uwarunkowania klasowe i rodzinne. Proces historycznego wykorzenia jednostki powoduje, że ta coraz silniej zakorzenia się w tym, co jej pozostało – właśnie w ciele. Ta utrata społecznego zakorzenia kompensowana jest procesem estetyzacji ciała. O ile w społeczeństwie przednowoczesnym szata symboliczna okrywała ciało, nadawała mu społeczne znaczenie jednostki, o tyle w społeczeństwie nowoczesnym szata symboliczna jest własnością ciała – jego kapitałem symbolicznym. Ten moment historyczny wyśpiewał literacko Hermann Broch w *Lunatykach*: „Joachim przeważnie sięgał do guzików własnej kurtki i czuł się bezpiecznie dopiero wtedy, gdy się upewnił, że wszystkie były zapięte. Pragnął wręcz, żeby mundur był niejako bezpośrednią emanacją skóry, i nieraz myślał też, że jest to dla munduru właściwe zadanie, albo że z pomocą odznak i dystynkcji należałoby przynajmniej uczynić bieliznę częścią munduru” (Broch 1997, s. 26).

Estetyzowanie ciała w kulturze medialnej, jego wizualne (re)prezentacje przenoszące w obrazach społeczne normy jego aktywności i wyglądu, dostarczają owej estetyzującej ciało symboliki obrazowej (jako zestawu znaków ciała), którą uzyskuje indywiduum dzięki praktykom dbałości o ciało bądź dzięki interwencjom medycznym lub farmakologicznym to ciało lub czynności jego modyfikujące. M. Featherstone wiele lat temu dostrzegł ów proces, pisząc, iż obecne w kulturze konsumpcyjnej obrazy „czynią indywidua bardziej świadomymi zewnętrznej powierzchowności, cielesnej prezentacji «wyglądu» (*the look*)” (Featherstone 1999, s. 179). Czynią ich zaś takimi dlatego, iż jednocześnie wyposażają jednostki w zdolności percepcji tych obrazów: „Media sterują naszym doświadczeniem ciała przez akt oglądu w takim stopniu, w jakim model kształtuje naszą własną percepcję, jak i sposób uzewnętrzniania naszego ciała” (Belting 2012, s. 16), eksponując obrazy ciała (ciało medialne) w reklamach, programach rozrywkowych czy poświęconych modzie, programach poradniczych (także z problematyką dotyczącą korzystania z zabiegów kosmetycznych, chirurgii estetycznej), w filmach itd. To potężna narracja obrazów kształtuje przede wszystkim zdolność do przyjmowania postawy estetycznej wobec ciała (re)prezentowanego, własnego lub innych. Nicholas Fox argumentuje więc, że doświadczenie obrazowości ciała w życiu codziennym jest dziś czymś zgoła fundamentalnym: „Nasza wycieczka na zakupy wzdłuż głównej ulicy wskazuje na to, jak ważna stała się na Zachodzie powierzchnia ciała, jak ona jest *widzialna*, jak wiele kompetencji wytworzyła do ustanowienia tego, co *widzialne*” (Fox 1993, s. 26). Ta współczesna świadomość ciała inicjuje pragnienie zarządzania nim, czyli uczynienia go podatnym na przyjmowanie obrazów, uplastycznienia go jako zdolnego do modyfikacji na podobieństwo tych obrazów. W obrębie stylu życia najczęściej wiąże się to z modyfikacją kształtu ciała, jego wielkości i sprawności. Kształt, wielkość i sprawność stają się wtedy nie tylko miarą zdrowia, ale nadto „konkretną manifestacją tożsamości jednostki” (Kirk, Colquhoun 1989, s. 419). Chris Shilling konkluduje zaś, iż właśnie dlatego „wygląd i wzrok stały się tymi mediami, za pomocą których

konstruowane, konsolidowane i reprodukowane są nowoczesne relacje społeczne (Shilling 2010, s. 232) – i to dlatego ciało „staje się miejscem interakcji, uzyskiwania i przejmowania kontroli, w którym spotykają się refleksyjnie zorganizowane procesy i systematycznie uporządkowana wiedza specjalistyczna. Samo ciało wyzwoliło się, a ta emancypacja umożliwia jego refleksyjne formowanie” (Giddens 2002, s. 296–297).

Procesowi indywidualizacji (w tym również ciała) uposażającemu jednostkę w kompetencje wizualne (zdolność do percypowania cielesności jako obrazu), koncentrującemu reżymy ciała na kształtowaniu pożądanых, oczekiwanych, wymaganych i oferowanych obrazów ciała, towarzyszy proces jego estetyzacji – bądź wnikliwiej: proces indywidualizacji przebiega poprzez proces estetyzacji ciała. Jest on pochodną estetyzacji codzienności, która dzięki estetycznemu uformowaniu elementów codzienności jawi się „jako estetyczny konstrukt” (Welsch 1996, s. 10), co wymaga specyficznej formy percepcyjnej i postawy estetycznej. Ciało jako estetyczny konstrukt przeobraża społecznie regulowany projekt egzystencjalny ciała w projekt pięknego ciała i pięknego życia, który niesiony jest zamiarem, „aby manipulować okolicznościami, aby w taki sposób reagować, by samemu sobie przedstawiać się jako pięknym” (Schulze 2000, s. 35). Odczuwanie własnej cielesności jako pięknej jest utrwaleniem stanu satysfakcji wynikającej z percepcji własnego wyglądu i z doznawania czynności ciała.

Wydaje się, że bliską medializowanemu ciału w kulturze konsumpcyjnej (która przecież czyni towarem także obraz ciała) jest koncepcja ciała lustrzanego Arthur W. Franka. Jest ona jednak odległa od fenomenologicznego ujęcia, ponieważ zdolności percepcyjne ciała muskają jedynie powierzchnię ciała. Lustrzane ciało jest bierne, na podobieństwo ciała dyscyplinowanego: „Dyscyplinowane ciało osiąga pewien stopień przewidywalności poprzez praktykowanie reżymów; jego przewidywalność jest rezultatem jego wysiłku. Lustrzane ciało staje się przewidywalne jako odbicie tego, co jest wokół niego. Medium lustrzanego ciała jest konsumpcją; dzięki konsumpcji ciało staje się tak przewidywalne, jak obiekty jemu dostępne” (Frank 1992, s. 61). Różnica między ciałem dyscyplinowanym a lustrzanym jest następująca: ciało dyscyplinowane jest zamknięte w obszarze swych praktyk, lustrzane zaś otwarte na świat zewnętrzny, co umożliwia indywidualnemu kształtowaniu celów jako rezultatu samorefleksji. Dla ciała lustrzanego, dążącego do powierzchni, „wnętrze” jest zjawiskiem ukrytym, dostępnym wyłącznie specjalistycznemu «autoryzowanemu personelowi»” (Shilling 2010, s. 109), co oznacza, że doświadczana przez indywidualność cielesność budowana jest wyłącznie w oparciu o stany intencjonalne, których przedmiotem jest jedynie wizerunek ciała. Dlatego, pomimo heurystycznych własności, koncepcja ciała lustrzanego nie wychodzi poza ramy myśli Goffmana, zgodnie z którą proces uświadamiania własnego ciała odnosi się wyłącznie do wiedzy o jego powierzchowności i możliwości posłużenia się wizerunkiem (obrazem) ciała dla realizacji partykularnych celów poprzez wpływ na otoczenie społeczne (Goffman 2000). Spożytkowanie zaś metafory lustra sugeruje jednak, że

to konsumpcja przegląda się w ciele, co czyni koncept ciała lustrzanego wariacją na temat ciała dyscyplinowanego – „służy raczej kontroli społecznej” (Belting 2012, s. 49).

Ciało wymyka się perspektywom teoretycznym, a trafniej: teorie wykluczają ciało ogniskując wyjaśnienia wokół tego typu kategorii, jak zachowania społeczne albo system społeczny (Turner 2008, s. 35; Jakubowska 2012). Wymyka się nie dlatego, że jest płocze, lecz przede wszystkim z powodu osadzenia cielesności w intencjonalności indywiduum: trwałość ciała „nie jest trwałością w świecie, ale trwałością po mojej stronie. Mówiąc, że jest ono zawsze przy mnie, że zawsze dla mnie istnieje, że nigdy nie jest naprawdę przede mną, że nie mogę go rozwinąć przed swoim spojrzeniem, że pozostaje na marginesie wszystkich spostrzeżeń, że jest ze mną” (Merlau-Ponty 2001, s. 109). Dlatego, jeśli uwzględnia się proces indywidualizacji, musi on dosięgać wnętrza ciała, stanów intencjonalnych odnoszących się do zdolności ciała, których osadzenie w funkcjach organicznych jest przedmiotem wiedzy jednostki. Organiczność rozumiana jako wnętrze pozostaje przesłonięta. Dla uchwycenia tego problemu istotne rozróżnienie formułuje Anton Leist: funkcje organiczne są podstawą aktywności i działania ciała – choroba więc „jest pojmowana jako zaburzenie osadzonych w funkcjach zdolności” (Leist 2003, s. 194). Zdolność do działania jest limitowana przez funkcje, ale funkcje nie pokrywają się z dyspozycjami ciała. Zdrowie nie może być więc stanem, w którym jedynie funkcje organiczne przebiegają prawidłowo, lecz stanem, w którym ciało przynależy potencjał działania w jego dyspozycjach (Leist 2003, s. 198). Choroba zaś jest nieobecnością tego potencjału, który należy w chorym ciele wytworzyć dzięki działaniom terapeutycznym. Zdolność widzenia lub słyszenia może być pojmowana jako organiczna funkcja oraz jako zdolność do aktywnego i świadomego słyszenia lub widzenia czegoś – jednym słowem: „Zdolność do działania może być klasyfikowana jako funkcja, lecz nie *vice versa*” (Leist 2003, s. 190). Dla zrozumienia współczesnej obrazowości ciała, tego więc, że ciało jest traktowane jako medium obrazów wytwarzanych na poziomie doświadczania jego zdolności do działania, istotne staje się więc odróżnienie doświadczenia wyglądu młodego, sprawnego, atrakcyjnego, zdrowego ciała od odczuwania ciała jako zdolnego do aktywności właściwej młodym, atrakcyjnym, sprawnym i zdrowym ludziom. Tu chodzi już o doświadczany w dyspozycji indywiduum obraz wewnętrzny potencjału zdolności do działania.

Wizualizacja wewnętrznego obrazu ciała sprzyja traktowaniu go jako tworzywa plastycznego, który można modyfikować dla usprawnienia lub nabycia określonych zdolności, aby dzięki temu doznawać ciała w oczekiwany przez siebie sposób. Tę intencję zarządzania przez indywiduum wyobrażeniem doświadczania własnego ciała przekładającą się na zarządzanie samym ciałem, jego zdolnościami i wyglądem, nazywam, inspirować się myślą J. Ochorowicza, medioplastii. Autor *Psychologii i medycyny* skreślił zarys koncepcji ideoplastii, owej wyobrażeniowości, z którą ma się do czynienia, jak pisał, „wszędzie tam, gdzie samo wyobrażenie jakiejś zmiany funkcjonalnej wystarczy do wywołania tej zmiany” (Ochorowicz 1916, s. 374).

Może ona mieć charakter ideoplastii wrażeń, ruchów bądź – najistotniejszej – ideoplastii troficznej: „Nie chodzi w niej już o zmianę czuciowo-ruchową, lecz o zmianę istotną, przedmiotową, w funkcjach życiowych, a w szczególności wegetatywnych” (Ochorowicz 1916, s. 376). Jeśli więc ideoplastia to urzeczywistnienie na poziomie fizjologii określonego wyobrażenia, to medioplastia jest urzeczywistnieniem medialnie wytworzonego obrazu ciała, jako potencjału zdolności do działania, czyli urzeczywistnienie wyobrażeniowego, opartego na obrazowości, doświadczania tych zdolności.

Koncepcja medioplastii, poza kontekstem przedmiotowym, nie ma nic wspólnego z ideą ciała plastikowego (*plastic body*) Susan Bordo, dla której współczesna kultura preferuje postrzeganie ciała jako przedmiotu technologicznie transformowanego, zastępując jego materialność kulturowym plastikiem, co jest rezultatem „postmodernistycznej iluzji ludzkiej wolności od cielesnej determinacji” (Bordo 1998, s. 45). Koncepcja medioplastii nawiązuje do filozofii Karola Libelta i jego refleksji nad plastycznością ciała, zgodnie z którą „Materią jest cała natura, a jako taka jest plastycznością w rozmaitym stopniu tego przymiotu; – tak jak cała jest ożywiona, ale w różnym stopniu tej żywotności. Gdzie wypowiada najmniej swojej treści przez formy, a zatem gdzie najmniej jest objawu jej życia, tam jest najelastyczniejszą. Dla tego nieorganiczna natura ma więcej plastyki, niżeli organiczna, a w organicznej roślina ma jej więcej, niż zwierzę, człowiek natury ma jej więcej, niżeli człowiek oświaty” (Libelt 1854, s. 43). Plastyczność jako forma materii organicznej i nieorganicznej (rozmiary przestrzenne) w różnym stopniu podlega przeobrażeniu dla przyjęcia określonego kształtu (uorganizowanie rozmiaru) i wyrazu (forma wewnętrzności kształtu, czyli idealność). I z tego powodu ludzka plastyczność ciała poprzez osiągnięty wyraz jest mniej podatna na przeobrażenie, a każde jej możliwe uplastycznienie zmienia wyraz, rozumiany poniżej jako stany intencjonalne.

Medioplastia

Kształtowany lub wywoływany wewnętrzny obraz ciała w jego stanach fizjologicznych jest doświadczaniem określonego obrazu zdolności ciała, czyli potencjału dyspozycji indywidualum do realnych i oczekiwanych form aktywności. Oferta tych obrazów zawiera się w strategii medialnej obrazowości ciała z symbolicznie zakodowanym społecznym, medycznym lub biotechnologicznym projektem, z którym ciało musi się mierzyć z własną cielesnością w (re)prezentacji społecznie pożądanego wyglądu i zdolnościach. Eksponowany wizerunek ciała zdrowego, młodego, sprawnego i atrakcyjnego zaszczepiany jest w ludzkiej wyobraźni, sprawiając (dzięki odwołaniu się do praktyk dbałości o ciało bądź do interwencji medycznej lub farmakologicznej), że indywidualum ma możliwość doświadczania ciała w jego pożądanym zdolnościach. Jednak wizualizacja ciała (i krocząca za nim estetyzacja) sprzyja zanikaniu doświadczanego dotąd wewnętrznego obrazu ciała. Pod naporem obrazowości wizualnej kształtowany jest taki sposób doznawania własnego ciała, którego określone stany fizjologiczne, w zdrowiu lub w chorobie, mogą być

nierozpoznawalne. Obrazowość medialna uwalnia więc anestetyczny charakter, czego najprostszym wyrazem jest tłumienie dolegliwości bólowych jako niepożądanych: nie są one rozpoznawane jako jeden z możliwych objawów choroby, jako doznanie ograniczenia wydolności fizycznej, jako doznanie niebezpieczeństwa zewnętrznego bodźca, a jedynie jako fizyczna bariera krępująca jednostkę w zdolności do wyrażania własnych psychofizycznych dyspozycji.

Ból jest tym odczuwaniem ciała, które niweczy nie tylko oczekiwany obraz wewnętrzny ciała (doznanie bolesnej niesprawności, dezintegracja poczucia własnej cielesności, brak poczucia kontroli nad ciałem), ale czyni rysy na obrazie zewnętrznym ciała (grymas mimiczny, jęk, bladość, kurczenie się, matowe spojrzenie itd.). Ból jest ciałem „doświadczanym w bolesny sposób”, a jego obecność odnosi się do części ciała będącego „boleśnie doznawaną formą, która się wyodrębnia na tle egzystującego ciała” (Sartre 2007, s. 447). Tłumienie bólu przez środki przeciwbólowe przywraca pożądane obrazy ciała, pożądane odczuwanie własnej cielesności, któremu towarzyszy dobre samopoczucie. Ból w postaci bolesnej cielesności jawi się zatem także jako obraz ciała, zewnętrzny i wewnętrzny – jest niepożądaną plastycznością ciała, która oferuje odmienny kształt ciała (wygląd) i jego wyraz dyspozycji (stany intencjonalne). Odrzucenie bólu, zaprzeczenie jego alienującemu cielesności charakterowi, jest intencją zmodyfikowania ciała, wypracowania strategii postępowania, które usunie zdolność percepcji bólu.

Farmakologiczna interwencja dotyczy również tych stanów intencjonalnych, które inicjują niepożądane przez indywidualum lub społeczne otoczenie emocje, zachowania, postawy, lub są obrazem deficytów zdolności: niepokoje i lęki, wstydlivość i nieśmiałość, problemy z pamięcią i brak uwagi czy nadpobudliwość, jak również smutek i skłonność do irytacji. Zażycie leków psychotropowych ma spowodować sprawne myślenie, entuzjazm, pewność siebie, podniesienie poziomu samooceny, poprawę jakości snu, poprawę zdolności podejmowania decyzji, przyjazne nastawienie wobec innych (Barański 2013, s. 140–143). Intencją ich stosowania jest nie tylko przywrócenie właściwych, oczekiwanych przez indywidualum, stanów psychofizycznych i nadbudowanych nad nimi zachowań oraz postaw, ale także wytworzenie ich jako dotąd nieobecnego u indywidualum obrazu ciała.

Percepcja własnego ciała mierzy się z wyobrażeniem ciała medialnego, które – z oczywistych powodów – nigdy nie odczuwa bólu, zmęczenia, a także ograniczeń w sprawności albo w wydolności fizycznej. Medialne ciało (ciało wizualizowane w mediach) przenikające wyobraźnię oferuje (jako wyraz kształtowanej postawy estetycznej) obraz ciała „milczącego” w dolegliwościach. Obrazowość medialnego świata zawiera więc, jak pisze Welsch, drastyczny potencjał anestetyzacji, która czyni ludzi niezdolnymi do odbierania doznań – „w sensie pewnej straty, paraliżu lub też niemożności wrażliwości, a także na tych wszystkich poziomach: od fizycznego otępienia aż po duchową ślepotę” (Welsch 1996, s. 10).

Psychofizyczny stan, jaki oferowany jest przez medialne ciało, gwarantuje najpełniejszy sposób doświadczania przyjemności i rozkoszy – jest ono optymalne dla

aktywności indywiduum. Dlatego praktyki dbałości o ciało nakierowane są na strategię wzmacniania jego zdolności. Istota wzmacniania ciała, która jest pochodną rozumienia ciała jako projektu egzystencjalnego, polega na uczynieniu go plastycznym wobec interwencji modyfikującej je. Nie chodzi już nawet o zdrowie, ale o coś więcej, co może być lepsze od zdrowia. Wzmocnienie (*enhancement*) nie sprawia, że człowiek jest zdrowy, lecz że jest w stanie lepszym niż zdrowie (Peters 2006, s. 17). Praktyki dbałości o ciało odwołujące się do interwencji medycznej wyposażone są w techniki wytwarzania zdrowia i doskonalenia ciała, nie są zaś metodą li tylko przywracania zdrowia: wzmocnienie jest bowiem interwencją medyczną mającą „na celu poprawę ludzkiej formy lub funkcji ponad to, co jest konieczne, aby utrzymać lub przywrócić zdrowie” (Juengst 1998, s. 29). W strategii tej uzyskuje się tak wzmocnienie zdolności ciała, jak i modyfikację percepcji, sposobu odczuwania i doznawania ciała. Ciało dzięki tym interwencjom uzyskuje własność plastyczności.

Medioplastia jednak, co należy zaznaczyć, nie jest jednak argumentem za konstruktywistycznym ujęciem ciała „jako opcji” – to jego stany mogą (choć nie zawsze, bo zależy to od funkcji organicznych) być opcjonalne. Konstruktywizm ignoruje to warunkowanie, co słusznie wypomina Paul Higgs: konstruktywizm zainteresowany jest bardziej na tym, „jak zdrowie i choroba (*illness*) są wytwarzane i rozumiane przez społeczeństwo i proces społeczny, niż dążeniem do odnalezienia dla nich biologicznych podstaw” (Higgs 2003, s. 184).

Medioplastia zakwiera w sobie swoistą dialektykę ciała i jego portretu, której literacką wersję skreślił Oscar Wilde. Dorian Gray, bohater powieści Wilde’a, wypowiada pragnienie, przeglądając się we własnym portrecie: „Jakie to smutne! Ja się zestarzeję i będę brzydki i odpychający. Ale portret ten na zawsze pozostanie młody. Nigdy nie będzie starszy niż w dzisiejszym czerwcowym dniu. Gdybyż mogło być przeciwnie! Gdybym ja pozostał wiecznie młody, a obraz się zestarzał! Wszystko bym za to oddał, wszystko! Tak, nie ma nic na świecie, czego bym za to nie oddał. Oddałbym duszę własną” (Wilde 1996, s. 35). Pragnienie Doriana jest zapowiedzią nowej ikonografii kultury, w której portrety – coraz mniej podobne do oryginału, lecz za to piękniejsze – zyskują realność, a oddanie duszy jawi się jako jej właśnie ucieleśnienie w obrazie medialnym. Medioplastia staje się tym „alchemicznym” impulsem do odwrócenia relacji między ciałem a jego portretem. Dzięki niej indywiduum ucieleśnia obrazy cielesności, a ciało staje się kalejdoskopem portretów bez oryginału.

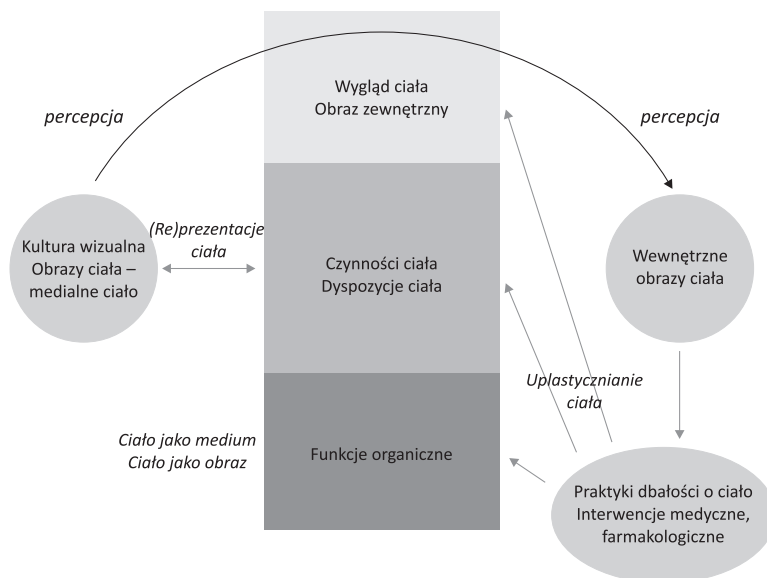
Z pewnością w tej perspektywie tkwi utopijna intencja, ponieważ praktyki dbałości o ciało zmierzające do „portretowania” ciała w jego stanach fizjologicznych warunkujących jego zdolności zawsze są przeciwko ciału, podobnie jak każda utopia jest, zdaniem Michel Foucaulta, przeciwko ciału, prowadząc do jego zaniku (Foucault 2005, s. 26). Jak zaś zauważa Hans Belting, także w utopii ciała można wyodrębnić dwa sposoby obchodzenia się z nim: jako ucieczkę w ciało i jako ucieczkę z ciała – „albo określając siebie poprzez ciało, albo przeciwko niemu” (Belting 2012, s. 32). Medioplastia zawiera w sobie tę dwoistość: to także ucieczka od ciała

nieprzewidywalnego, ułomnego, niesprawnego, podatnego na choroby, niezdolnego do odczuwania przyjemności itd. w ciało zmedializowane. Dzięki medioplastii przeobrażana jest percepcja własnego ciała – staje się ona również plastyczna na wizualne kody, dzięki którym rezultaty percepcji mogą być zarządzane przez indywiduum. Medioplastia kolonizuje więc wyobraźnię na poziomie percepcji ciała – ucieleśnia jej treści w uduchowionym ciele. Sprawia, że indywiduum zarządza własnym ciałem (obrazami stanów fizjologicznych), jak również sposobami jego doświadczania. Dzieje się to dlatego, że percepcja i kontrola nad efektami percepcji są podstawowym narzędziem, dzięki któremu indywiduum odnajduje tę jedyną egzystencjalną podstawę w sobie, w swej „cielesnej przestrzeni”. Wydaje się więc, że najbardziej cennym dla jednostki inicjowanym doświadczeniem jest stałe pobudzanie własnych stanów psychicznych i fizjologicznych poprzez zaspokojenie przyjemności, rozkoszowanie się zmysłowością oraz doznawanie przeżyć. Dlatego indywiduum odwołuje się do praktyk dbałości o ciało (reżymy i interwencje), aby sprofilować pożądane doświadczanie własnego ciała, aby uczynić je treścią stanów intencjonalnych. Specyfiką tych praktyk dyscyplinujących jest to, przekonuje Chris Shilling, że „sprawiają nam dobre samopoczucie oraz to, jak widzimy siebie i jak inni widzą nas” (Shilling 2003, s. 5). Przyjemność z odczuwania swojego ciała, rozkosz, brak bólu oraz satysfakcja czerpana z rezultatów percepcji innych zapewnić ma komfort psychiczny jako rezultat strategii estetyzującej ciało. Gerhard Schulze pisze: „Estetyka przeszywa ciało; piękno i brzydota są, przy całym powiązaniu z myśleniem, obrazami, wspomnieniami, skojarzeniami, przy całym intelektualnym charakterze percepcji formalnych wzorów, zakotwiczone w cielesnym doświadczeniu, nawet wtedy, gdy nie jesteśmy tego świadomi. Przeżywanie świata jest zawsze cielesnym odczuciem [...]. To, że ból, napięcie mięśni, skrępowany oddech, mdłości albo cielesne symptomy stresu są nieprzyjemne, a odprężenie zaś, swobodny ruch albo różne formy cielesnego podniecenia są przyjemne, odczuwają ludzie na całym świecie w ten sam wyraźny sposób [...]. Co jest dla nas obojętne, pozostaje zawsze poza fizycznym oddziaływaniem na nas” (Schulze 2000, s. 106). Dzięki medioplastii człowiek współczesny nie tylko staje się zarządcą własnego ciała, ale i sposobami jego doświadczania. W istocie rzeczy jest podmiotem kalkulującym swoje doświadczenia i instrumentalnie modyfikującym własne otoczenie. Jak konkluduje autor *Die Erlebnis-Gesellschaft*, „człowiek staje się menedżerem swojej własnej subiektywności, manipulatorem swojego wewnętrznego życia” (Schulze 2000, s. 40).

To doświadczanie własnego ciała jako efektu zarządzania doznawaniem go i rezultatu zarządzania własnymi stanami psychicznymi wypowiedza się poprzez intencję obrazowania ciała:

1. indywiduum pragnie, aby jego ciało było postrzegane przez innych jako zdrowe, sprawne, budzące pożądanie, atrakcyjne, młode, niepodatne na procesy starcze itp. – obraz zewnętrzny;

2. indywiduum pragnie, aby ciało zapewniło mu przyjemne i pożądane doznania jako rezultat zaktywizowanych zdolności ciała (dające przyjemność i rozkosz, bezbolesne, wolne od dyskomfortu fizycznego itp.) – obraz wewnętrzny;
3. indywiduum pragnie, aby ciało gwarantowało określone przeżycie odczuwania jego ciała przez innych – obraz poprzednich obrazów.



Ryc. Uproszczony schemat medioplastii

Źródło: opracowanie własne

Medioplastia nie jest więc efektem technik obrazowych, lecz efektem procesu indywidualizacji ciała, w który są zaangażowane te techniki jako narzędzia praktyk dyscyplinujących i transformujących ciało oraz dostarczających wizualne kody, które stanowią treść przeżyć indywiduum poszukującego trwałego obrazu własnej cielesności. Jedynym bowiem lustrem ciała jest ono samo – ciało, idąc tropem słów Seneki, doznaje obrazów, ale i je wytwarza.

Medioplastia medyczna

Szczegółową postacią medioplastii ciała jest medioplastia medyczna. To splot praktyk opartych na uzyskiwaniu obrazowości diagnostycznej ciała i modyfikacji go ze względu na sposób jego obrazowej prezentacji. Rozszczepienie ciała na mozaikę obrazów właściwe jest współczesnemu szpitalowi – miejscu (re)prezentacji na wszystkich poziomach cielesności – uzewnętrzniając przestrzeń wewnętrzną ciała poprzez ultrasonografię, tomografię komputerową, rezonans magnetyczny, rentgen; kodując w wykresach i ilustracjach procesy i funkcje ciała; symulując w wizualizacjach te poziomy i funkcje ciała.

Obrazowanie ciała we współczesnej medycynie bez wątpienia przesłania realnego pacjenta w akcie samoreferencji obrazów diagnostycznych. Arthur W. Frank konstatuje, że realny pacjent zostaje „odrealniony”, ponieważ staje się wytworem dyskursu medycznego o „wielokrotnionych obrazach i systemach kodowania” (Frank 1992, s. 83). W tej narracji i praktyce obrazowości cielesność pacjenta jest rzeczywistością, która traci swoją spoistość i integralność (rozciągłość) na rzecz „formy «wirtualnej» medycyny, w której ciało «zanika» w końcowych ogniwach łańcuszka samoreferencji obrazów czy symulaków” (Williams, Calnan 1996, s. 1615) – staje się obrazem obrazów ciała. Warto zwrócić uwagę na to, że obrazowanie ciała ujawnia się także podczas symulacji działań operacyjnych dzięki zastosowaniu wirtualnej rzeczywistości (Computer Assisted Surgery – komputerowo wspomagana chirurgia; Virtual Interface Environment Workstation – planowanie operacji i ćwiczenie za pomocą elektronicznego skalpela; wirtualna endoskopia – symulacja percepcji obrazów organów uzyskiwanych w drodze standardowej endoskopii). Obrazem ciała jest wtedy symboliczny porządek komputerowo generowanej wizualności, który imituje i symuluje „nie realność, lecz sposób, w jaki my doświadczamy realności jako splotu fenomenów” (Krämer 1998, s. 33). Symbolizacja poprzez „obrazy” odtwarza rzeczywiste, prawidłowe i patologiczne stany fizjologiczne organów, konfrontując się nie tyle z realnym ciałem, lecz z innymi obrazowymi jego przedstawieniami (Barański 2013), ponieważ w tej wizualnej reprezentacji to, co realne, jest „organizowane, transformowane i zawłaszczane przez symboliczność” (Zwart 1998, s. 112) – to przykładowy, symboliczny wyraz absorpcji promieni bądź nukleonów w detektorze przekładający się na obraz, w którym skala absorpcji odpowiada rozkładowi pikseli na ekranie. Medycyna wytwarza obrazy ciała, czyli transformowane serie znaków symbolicznych, będące rezultatem technologii obrazowania (Atkinson 1995, s. 62, Barański 2011a, s. 54–55), która konstruuje ciało w praktyce klinicznej, jako przedmiot interwencji terapeutycznej (Pasveer 1989).

Wizualizacja ciała, choćby w kontekście *Visible Human Project*, zaciera jednak granice nie tylko między tym, co realne i nierealne, tym, co prywatne a publiczne, ale powoduje, że realne ciało przeobraża się w jakąś „cyfrową substancję” (Nettelton 2006, s. 121), budzi też liczne kontrowersje (Nettelton 2006, s. 104–105), choćby w kontekście plastynatów Gunther von Hagen – również o charakterze etyczno-moralnym (Wieczorkiewicz 2000, s. 210–216). Ciało wizualizowane przez media technologiczne we współczesnej medycynie staje się zatem medium obrazów diagnostycznych jako rezultat praktyk terapeutycznych. Dzięki tej medycznej obrazowości ciało uzyskuje cechę plastyczności – bycia podatnym na ekwiwalentność i transformację – jest podatne na programowanie (genetyczne). Ta medyczna medioplastia, jako działanie będące skutkiem duplikowanych wizualnych reprezentacji ciała (Stafford 1994, s. 175), uplastycznia je jako żywy obraz obrazów diagnostycznych. Plastyczność ciała polega na tym, że dzięki owej medycznej obrazowości poszerzane są limity jego przebudowy i transformacji (Barański 2011b), dotyczące tego właśnie, „jak ciało może być projektowane, kształtowane lub odbudowywane”

(Williams 1997, s. 1042). W tej medycznej medioplastii „Ciało nie jest już postrzegane jako względnie statyczne, niezmiennie i jako centrum kontroli, lecz jako elastyczne, zdolne do bycia rekonfigurowanym i transformowanym” (Clark i in. 2003, s. 180), zdolne do przyjmowania własnych – odwołując się do tej trwale obecnej metafory w historii medycyny – portretów, stawiając jednocześnie kluczowe pytanie o cielesną tożsamość, czyli choćby o to, w jaki sposób tożsamość osobniczą można odnieść do cielesnej tożsamości; co decyduje o tożsamości części ciała, względnie wszczepionych artefaktów technicznych (Wartofsky 2000, s. 37).

Ciało uzyskuje dzięki medycznemu obrazowaniu swoistą przejrzystość i przenikliwość – widzialność. Ta widzialność ciała jako obrazu i jako medium obrazów, jest ostatecznie, „konstruktem kulturowym zapośredniczonym przez medyczne instrumenty, media technologiczne, artystyczne konwencje i społeczne normy” (Dick 2005, s. 5). W medioplastii medycznej obraz ciała ulega rozszczepieniu: nie są to obrazy części ciała, będących nimi o tyle, o ile odsyłają do całości, lecz funkcjonalne fragmenty, wyizolowane z obrazów ciała, a następnie rekonstruowane w jego obrazie diagnostycznym pod kątem określonej (dys)funkcji organicznej. Obraz fragmentu funkcjonalnego pociąga za sobą modyfikującą ciało terapię. Obrazowość diagnostyczna jako przesłanka terapii czyni ciało plastycznym: podatnym na interwencję medyczną oraz na lecznicze skutki. Końcowym zatem rezultatem medioplastii jest widzialność podatna na plastyczną modyfikację.

Bibliografia

- Atkinson P. (1995). *Medical Talk and Medical Work and Medical Work: The Liturgy of the Clinic*, London: Sage.
- Barański J. (2011a). *Ciało i sztuka leczenia. Wprowadzenie do estetyki lekarskiej*. Wrocław: Akademia Medyczna.
- Barański J. (2011b). *The plastic body as an epistemological figure of biotechnological utopia*. *Studia Philosophiae Christianae* 3, s. 5–18.
- Barański J. (2013). *Utopia zmedykalizowana*. Wrocław: Uniwersytet Medyczny.
- Beck U. (1986). *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Belting H. (2012). *Antropologia obrazu. Szkice do nauki o obrazie*, tłum. M. Bryl. Kraków: Universitas.
- Boehm G., Mitchell W.J.T. (2012). *Zwrot obrazowy a zwrot ikoniczny: dwa listy*. W: M. Bogunia-Borowska, P. Sztompka (red.), *Fotospołeczeństwo. Antologia tekstów z socjologii wizualnej*. Kraków: Znak, s. 94–117.
- Bordo S. (1998). „Material Girl”: *The Effacements of Postmodern Culture*. W: D. Welton (red.), *Body and Flesh. A philosophical Reader*. Oxford: Blackwell Publishers, s. 45–60.
- Broch H. (1997). *Lunacy*, tłum. S. Błaut. Wrocław: Wydawnictwo Dolnośląskie.
- CBOS, BS/112/2009, *Jak cię widzą, tak cię piszą. Raport z badań*.
- Clark A.E., Shim J.K., Mamo L., Fosket J.R., Fishman J.R. (2003), *Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine*, *American Sociological Review* 62(2), s. 161–164.

- Dick van J. (2005). *The Transparent Body. A Cultural Analysis of Medical Imaging*. Washington: University of Washington Press.
- Featherstone M. (1995). *Post-bodies, Aging and Virtual Reality*. W: M. Featherstone, A. Wernick (red.), *Images of Aging. Cultural Representations of Later Life*. London: Routledge, s. 231–248.
- Featherstone M. (1999). *The body in consumer culture*. W: M. Featherstone, M. Hepworth, B.S. Turner (red.), *The Body. Social Process and Cultural Theory*, London: Sage Publication, s. 170–196.
- Foucault M. (1995). *Historia seksualności*, tłum. B. Banasiak i in. Warszawa: Czytelnik.
- Foucault M. (2005). *Die Heterotopien. Der utopische Körper*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Fox N. (1993). *Postmodernism, Sociology and Health*. Buckingham: Open University Press.
- Frank A.W. (1992). *Twin nightmares of the medical simulacrum. Jean Baudrillard and David Cronenberg*. W: W. Stearns, W. Chalouplea (red.), *Jean Baudrillard: The Disappearance of Art and Politics*. London: St. Martin Press, s. 82–97.
- Frank A.W. (1999). *The Body. An Analytical Review*. W: M. Featherstone, M. Hepworth, B.S. Turner (red.), *The Body. Social Process and Cultural Theory*. London: Sage Publication, s. 36–102.
- Gallagher S., Cole J. (1998). *Body Image and Body Schema in a Deafferent Subject*. W: D. Welton (red.), *Body and Flesh. A philosophical Reader*. Oxford: Blackwell Publishers.
- Giddens A. (2002). *Nowoczesność i tożsamość*, tłum. A. Szulżycka. Warszawa: PWN.
- Goffman E. (2000). *Człowiek w teatrze życia codziennego*, tłum. H. Datner-Śpiewak, P. Śpiewak. Warszawa: KR.
- Higgs P. (2003). *The limits and boundaries to medical knowledge*. W: G. Scambler (red.), *Sociology as applied to medicine*. London: Saunders, s. 181–191.
- Jakubowska H. (2012). *Ciało jako przedmiot badań socjologicznych – dylematy, pominięcia, możliwości*. Przegląd Socjologii Jakościowej 8(2), s. 12–31.
- Juengst E.T. (1998). *What Does 'Enhancement' Mean?*. W: E. Parens (red.), *Enhancing Human Traits. Ethical and Social Implications*. Washington: Georgetown University Press, s. 29–47.
- Kirk D., Colquhoun D. (1989). *Healthism and Physical Education*. British Journal of Sociology of Education 10(4), s. 417–434.
- Krämer S. (1998). *Zentralperspektive, Kalkül, virtuelle Realität*. W: G. Vattimo, W. Welsch (red.), *Medien-Welten Wirklichkeiten*. München: Wilhelm Fink Verlag.
- Leist A. (2003). *What Makes Bodies Beautiful*. Journal of Medicine and Philosophy 28(2), s. 187–219.
- Libelt K. (1854). *Estetyka, czyli umnictwo piękne*. Część I, t. 2. Wilno: B.M. Wolf.
- Merleau-Ponty M. (2001). *Fenomenologia percepcji*, tłum. M. Kowalska, J. Migasiński. Warszawa: Aletheia.
- Mirzoeffe N. (2012). *Czym jest kultura wizualna?*. W: M. Bogunia-Borowska, P. Sztompka (red.), *Fotospołeczeństwo. Antologia tekstów z socjologii wizualnej*. Kraków: Znak, s. 158–192.
- Nettleton S. (2006). *The Sociology of Health and Illness*. Oxford: Polity Press.
- Ochorowicz J. (1916). *Psychologia i medycyna*. Gebethner i Wolff: Warszawa.
- Pasveer B. (1989). *Knowledge of Shadows: the introduction of X-ray image in medicine*. Sociology of Health and Illness 11(4), s. 360–381.
- Peters T. (2006). *Perfect Humans or Trans-Humans?*. W: C. Deane-Drummond, P.M. Scott (red.), *Perfect? God, Medicine and Human Identity*. London: T&T Clark, s. 15–32.

- Sartre J.-P. (2007). *Byt i nicość. Zarys ontologii fenomenologicznej*, tłum. J. Kiełbasa i in. Kraków: Zielona Sowa.
- Schulze G. (2000). *Die Erlebnis-Gesellschaft. Kultursoziologie der Gegenwart*. Frankfurt am Main: Campus Verlag.
- Seneka (2010). *Listy moralne do Lucylusza*, tłum. W. Kornatowski. Warszawa: PWN.
- Shilling C. (2003). *The Body and Social Theory*. London: Sage.
- Shilling C. (2010). *Socjologia ciała*, tłum. M. Skowrońska. Warszawa: PWN.
- Stafford B.M. (1994). *Medical Ethics as Postmodern Aesthetics: Reflections on a Biotechnological Utopia*. W: T. Siebers (red.), *Heterotopia. Postmodern Utopia and the Body Politic*. Michigan: The University of Michigan Press, s. 174–198.
- Turner B.S. (1995). *Ageing and Identity. Some Reflections on the Somatization of the Self*. W: M. Featherstone, A. Wernick (red.), *Images of Ageing. Cultural Representations of Later Life*. London: Routledge. 249–62.
- Turner B.S. (2008). *The Body and Society*. London: Sage.
- Wartofsky M.W. (2000). *Bodies, body parts, and body language: reflections on ontology and personal identity in medical practice*. W: H.T. Engelhardt, jr (red.), *The Philosophy of Medicine*, Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, s. 37–56.
- Welsch W. (1996). *Grenzgänge der Ästhetik*. Stuttgart: Reclam.
- Wieczorkiewicz A. (2000). *Muzeum ludzkich ciał. Anatomia spojrzenia*. Gdańsk: słowo/obraz terytoria.
- Wilde O. (1996). *Portret Doriany Graya*, tłum. M. Feldmanowa. Wrocław: Wydawnictwo Dolnośląskie.
- Williams S.J. (1997). *Modern medicine and the "uncertain body": from corporeality to hyperreality?*. *Social Science and Medicine* 45(7), s. 1041–1049.
- Williams S.J., Calnan M. (1996). *The „limits” of medicalization?: modern medicine and the lay populace in „late” modernity*. *Social Science and Medicine* 42(12), s. 1609–1620.
- Zwart H. (1998). *Medicine, symbolization and the „real” body Lacan’s understanding of medical science*. *Medicine, Health Care and Philosophy* 1, s. 107–117.

The Body and its Media Plasticity. Preliminary remarks on the pictoriality of the body

Abstract

The article addresses the issue of the pictoriality of the human body in contemporary visual culture in the context of the influence of the images of the body created by it and the manner of its perception on the way the body is experienced by a modern man. The article is a theoretical attempt to explain the aforementioned influence in terms of a pictorial plasticity of the body and its perception – media plasticity. The first part of the article is a reasoned theoretical perspective; the second part – an explanation of the category of media plasticity; the third one – a description of its particular form in medical practice.

Key words: body, body image, body pictoriality, media plasticity, body philosophy and sociology

Radostaw Łazarz

Ewangelikalna Wyższa Szkoła Teologiczna we Wrocławiu

Ukryte piękno ciała. Wybrane aspekty konstrukcji ciała jako przedmiotu społecznego

Streszczenie

Podstawowym problemem poruszonym w artykule jest refleksja nad zmianami postrzegania ludzkiego ciała. Przedstawiono tutaj zmiany związane z dwoma problemami, każdy z nich zilustrowano dwoma przykładami. Pierwszym jest ciało ludzkie postrzegane jako obrzydliwe i nieczyste. W epoce średniowiecza ukazywanie go w takich kategoriach sprzyjało przekonywaniu ludzi do odrazy wobec seksu, ale już w naszej współczesności te same środki służą walce z otyłością. Drugim wątkiem jest natomiast zmiana w postrzeganiu włosów jako obiektu erotycznego. Normy religijne nakazują kobietom zakrywanie włosów, ale też w celu nadania ciału atrakcyjności eliminuje się pokazywanie pewnych rodzajów włosów w miejscach publicznych. W kontekście otyłości ciało jest pozbawiane skóry lub wypełniane śliskimi, brudnymi substancjami. W kontekście włosów jako pierwszorzędnego atrybutu wizualnego zaleca się natomiast ich zakrywanie lub całkowite usuwanie.

Słowa kluczowe: cielesność, kontrola społeczna, human hair studies

Co stanowi ciało? Jakie elementy tworzą opis naszego ciała i naszej cielesności? Czy możliwe jest w ogóle mówienie/myślenie o ludzkim ciele? Uniwersalnym czymś posiadanym przez każdego żyjącego człowieka, elementem w trakcie istnienia tak niezbywalnym, że wręcz niezauważalnym. Na fenomen ciała nakłada się fenomen gatunku. Wszyscy ludzie żyjący współcześnie należą do jednego gatunku. Istnieje oczywiście cały szereg poszczególnych wariantów przystosowawczych do zmieniających się środowisk geograficznych itd., ale żadne z nich nie wpływa na podstawowe dla potrzeb niniejszego artykułu założenie: ciało ludzkie rozumiane jako byt czysto biologiczny na przestrzeni czasu pozostało niezmiennie. Pomiędzy ciałami osób, których czas życia oddziela kilka czy kilkanaście tysięcy lat, nie istnieje zasadnicza różnica. Czy w obrębie owej biologicznie istniejącej ciągłości opisywane przez ludzi ciało jest również niezmiennie?

Ciało, wraz z nierozzerwalnie związanymi z nim procesami wzrostu, jest bytem biologicznym. Równocześnie jednak jest konstrukcją społeczną złożoną z sensów nadawanych mu przez poszczególne epoki, prądy estetyczne czy systemy religijne. W obrębie nich funkcjonują elementy, w których opisuje się rozmaite sposoby i przyczyny kontrolowania ciała. Dostosowywania go do pożądanego w danym kontekście obrazu. W niniejszym artykule pragnę przyjrzeć się dwóm parom, odległym

ideowo od siebie. W przypadku pierwszej pary podstawą doboru jest technika, a nie efekt. Kwestia w niej poruszona dotyczy bowiem sposobów używanych do zohydzenia ciała, co ma służyć, w zależności od intencji i epoki historycznej, do kontroli pożądania seksualnego lub wagi. W przypadku drugiej pary elementem tym są włosy. Wprawdzie za każdym razem ujmowane są w charakterze bodźca seksualnego i jako takie poddawane kontroli, jednak jej uzasadnienia są diametralnie różne.

Ciało, czyli to, co jest pod skórą

Zdrowy rozsądek, jak mogłoby się wydawać, lub obowiązek nakazują odżywiać się w sposób uznawany za zdrowy lub niezbyt szkodliwy¹. Rzeszom lekarzy, dietetyków pomagają w tej dziedzinie poradniki, rozmaite rodzaje prasy oraz programy telewizyjne. Odpowiednie jedzenie, zdrowe jedzenie staje się wartością godną medialnej reprezentacji i wielorakich starań. Ukazanie jego zalet staje się łatwiejsze poprzez kontrast. Na tej zasadzie bazują programy z pozytywnym przesłaniem dietetycznym, jak choćby *Agentka do zadań specjalnych*, *Rozmiar w dół*, *Fat Killers*. *Zabójcy tłuszczu czy Jesteś tym, co jesz*. W programie polskiej produkcji, *Agentce do zadań specjalnych*, prowadząca przedstawia uczestnikom, częściej uczestniczkom, obraz ich codziennej diety. W całym bogactwie prezentują się więc na stole kanapki, dania obiadowe, przekąski i kolacje ochoczo lub bezrefleksyjnie spożywane przez bohaterki/bohaterów programu. Dania nie są sobie równe. Ascetyczna prostota kanapki z wędliną, bez jakichkolwiek warzyw – co szybko wychwytuje prowadząca program „Agentka” – przeciwstawiona jest bogatej zawartości talerzyka na przekąski. Pyszni się na nim kilka rodzajów czekolady oraz ciasteczek. Bogaty, ale i paradoksalnie monotony „stół nieprzemysłanej diety” szybko zostaje przeciwstawiony „stołowi racjonalnego odżywiania się”. Wygląd tego drugiego jest równie imponujący, a bogactwo, dzięki obfitości barw warzyw, jeszcze lepiej widoczne. Przed widzem roztacza się urokliwy stół przyporządkowany lepszemu, zdrowszemu trybowi życia i właściwej/pożądaney sylwetce. Agonistyczny aspekt programu dotyczy wyłącznie samej bohaterki/bohatera. Widz obserwuje starcie i zmagania uczestnika z jego niewłaściwymi nawykami. Zmieniający się bohater chce walczyć o pożądaną sylwetkę i pragnie wyrobienia w sobie nowych, poświadanych nawyków. Zmiana, jaka dokonuje się na oczach widza, stanowi istotę programów spod znaku *makeover show*².

W przedstawionej formule mieści się również brytyjski program *Supersize versus Superskinny*. Jego podstawowym celem jest oczywiście transformacja uczestników, przy czym, zgodnie z tytułem, mierzą się w nim osoby otyłe z nadmiernie chudymi. Dramaturgia programu zaczyna się od przedstawienia uczestników

¹ Jakkolwiek określenia takie mogą być normatywne oraz wieloznaczne, w tym kontekście oznaczają przede wszystkim żywność, która nie wygląda na zepsutą, trującą lub w jakikolwiek inny sposób, uwzględniając również normy kulturowe, uznawaną za niezdatną do spożycia.

² Szerzej o konwencji programów tego rodzaju oraz ich wpływie na postrzeganie ciała pisze Małgorzata Lisowska-Magdziarz (2012).

i ceremonialnego ważenia. Po nim następuje prawdziwa inicjacja. Uczestniczki/uczestnicy wchodzi do pokoju, w którym znajdują się dwie szklane rury podłączone do pojemników w innym pomieszczeniu. Pod nadzorem prowadzącego program dietetyka do owych rur wsypywane są dania stanowiące tygodniową dietę każdej z osób. Do rury trafia grzanka, po czym kolejna i jeszcze pięć następnych, kilka garści chipsów i orzeszków ziemnych, żółtawy płyn, który według komentarza jest zupą, kilka garści sałaty. Przegląd diety z całego tygodnia jest zamknięty. Przychodzi kolej na osobę otyłą i jej dietę. Druga rura zapełnia się daniami i zazwyczaj niemal się wypełnia. Potem następuje podsumowanie kalorii, które dana osoba dostarcza sobie w ciągu tygodnia. Zazwyczaj osoby nadmiernie szczupłe zjadają 600–700 kcal poniżej normy, co skrupulatnie jest odnotowane poprzez podanie bilansu tygodniowego uczestniczki/uczestnika. W tym przypadku widzom przedstawiany jest przelicznik, na podstawie którego mogą się zorientować, że suma spożywanych kalorii zaspokaja potrzeby energetyczne na pięć dni. Dana uczestniczka/dany uczestnik przez dwa dni w tygodniu nic nie je. Analogiczny zabieg widać w przypadku osób otyłych, przy czym tutaj częściej przejadają one w ciągu tygodnia dodatkowe siedem, dziesięć lub więcej dni. Bilans energetyczny wprawdzie szokuje, ale głównym elementem sceny inicjacyjnej jest widok zebranych w rurze posiłków z całego tygodnia. Apetyczne z początku dania zmieniły się stopniowo w wielobarwną, bezkształtną masę, która w najmniejszym nawet stopniu nie zachęca do jedzenia.

Tysiąc lat przed powstaniem któregośkolwiek z telewizyjnych programów poświęconych odchudzaniu i/lub zdrowemu stylowi życia posłużono się również obrazem śluzu i tłuszczu dla zbudowania metafory mającej na celu wytworzenie niechęci. Autorstwo takiego porównania przypisywane jest św. Odonowi z Cluny: „Gdyby ludzie mogli dostrzec to, co kryje się pod skórą... oglądanie kobiety powodowałoby tylko wymioty. Skoro sami nawet koniuszkami palców nie chcemy dotykać śluzu i łaźnia, dlaczego tak gorliwie pożądamy objęcia naczynia z nieczystościami”. W przywołanym fragmencie, niezależnie od jego prawdziwości, na pierwszy plan wysuwa się aspekt obrzydzenia spowodowany dominująco silnym przywołaniem obecności substancji uznawanych za nieczyste. Podstawową funkcją fragmentu jest wzbudzenie wstrętu, które z kolei powinno przynieść pozbycie się seksualnego pożądania. Wniosek, który pragnie za pomocą obrazu przedstawić św. Odo, jest w istocie trywialny. Kobieta jako taka nie jest warta bycia przedmiotem seksualnych pożądań, jak też i obiektem miłosnych deklaracji, gdyż w istocie nie jest niczym więcej niż tylko estetycznie wątpliwym zbiorem substancji. Wszystko, co uznawane jest w akcie pragnienia za piękne, skrywa/maskuje wszelkiego rodzaju nieczystości. Moralna nauka płynąca z owej lekcji jest nadzwyczaj prosta: aktywność seksualna jest czynem podejrzanym. *Ex definitione* jest bowiem skierowana ku kobiecie³, ta jednak okazuje się w rzeczywistości pułapką. Nie jest bowiem pięknym i adorowanym stworzeniem, ale jedynie sumą rozmaitego rodzaju elementów, z których każdy z osobna napawa potencjalnego adoratora wstrętem.

³ Autor, czyli św. Odo, zakłada tu oczywiście ściśle heteroseksualny obraz pożądania.

Niezależnie od ukierunkowania, w obu przypadkach lęk upostaciowiony został w masie pełnej czegoś oślizgłego i bliżej nieokreślonego. Szczególnie ważnym jest jednak przedmiot lęku, dopiero potem zajmuje nas narzędzie. Mężczyźnie X-wiecznemu nakazuje się unikać zbliżeń fizycznych z kobietami, a usiłuje się osiągnąć to poprzez budowanie wyobrażenia, które ma odślaniać prawdziwą, całkowicie nieatrakcyjną, wręcz obrzydliwą naturę fizyczną kobiet. Człowiek X- lub XX-wieczny powinien natomiast bać się otyłości/nadwagi, podobnie jak i niedowagi, lub szerzej: niewłaściwego odżywiania się. Metodą do osiągnięcia tak określonego celu jest zobrazowanie, tym razem już wizualne, a nie werbalne, pochłanianego przez organizm pożywienia i ukazanie go w jak najmniej smakowitym świetle. W każdej z sytuacji dychotomiczny podział powiązany jest z voyeurystyczną ciekawością. Ciało grube zostaje przeciwstawione ciału chudemu w oku kamery. Mężczyźnie przeciwstawia się kobietę i zarazem wyjawia się prawdę o niej na widok męskiej ciekawości. Przedstawione sytuacje oddziela ponad tysiąc lat, ale łączy lęk skoncentrowany wokół ciała i konsekwencji cielesności.

Fragment przypisywany św. Odonowi mówi wiele o upostaciowionym lęku. Znacznie więcej jednak mówi o tym, co usytuowane jest za granicą przedstawianych obaw. Plan pierwszy to jednoznaczne powiązanie kobiety z wilgotnością.

W planie drugim możliwe jest zaś nawiązanie do platonizmu, lub bardziej prawdopodobnie do chrześcijańskiego przetworzenia platonizmu przez św. Augustyna. Platoński jest sam pomysł konstruowania wiedzy poprzez zdobywanie kolejnych stopni wtajemniczenia w naturę świata. Na końcu tej drogi znajduje się prawda o świecie Idei, które rzeczywiście są, jedne i niepodzielne, w przeciwieństwie do świata, w którym żyje człowiek. Schemat ten umieszcza Platon już w *Fajdrosie*, ale wraca jeszcze do niego w *Państwie* i *Prawach*. Zdjęcie skóry i ukazanie w ten sposób prawdziwej konstrukcji ludzkiego ciała wydaje się posiadać jednoznaczne konotacje anatomiczne. Przywołuje na myśl ryciny wykonane przez Jana van Calcara do dzieła Andrei Vesaliusa *De humani corporis fabrica* z roku 1543. Autor grafik dla pierwszej nowożytnej rozprawy poświęconej anatomii kilkakrotnie aranżuje w niej ludzkie ciało, które ma służyć pokazaniu budowy umięśnienia. Widoczny jest na nich człowiek, „taki, jakiego widzimy codziennie”, który przybiera rozmaite pozy. Zazwyczaj widać osobę wykonującą gesty błagalne lub usprawiedliwiające (dłoń wzniesiona ku niebu oraz druga skierowana ku ziemi z wyraźnie zaznaczonym palcem wskazującym (ryc. 1), czy ręce rozłożone i dłonie wyeksponowane na zewnątrz, ku widzowi (ryc. 2). Jediną różnicą między postaciami ukazanymi na rycinach a ludźmi, którzy je oglądają, jest skóra. Widzowie ją posiadają, postaci z rycin nie. Calcar pokazuje nam, oglądającym, specyficznego modela, który w kolejnych odsłonach dzieła podlega postępującemu obnażaniu. Wpierw odejmuje mu warstwy całkowicie zewnętrzne, ale wkrótce zdejmie też mięśnie i zaczyna ukazywać narządy wewnętrzne lub szkielet. W ten sposób zapoczątkowuje szkołę nowożytnej ilustracji anatomicznej⁴.

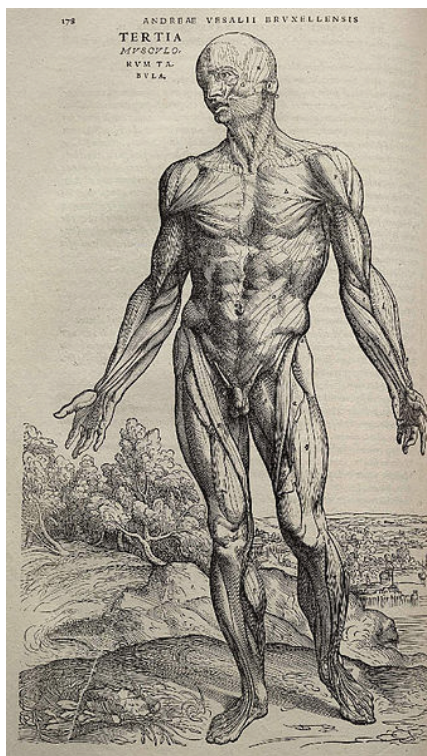
⁴ W interesujący sposób problem wzmiankowanych tutaj modeli rycin anatomicznych przedstawiła Anna Wieczorkiewicz (2007, s. 275–290).

Różnica sześciu stuleci pozwala jedynie na wysunięcie analogii, ale nie uprawnia do myślenia o *Fabryce* Wesaliusza jako o źródle inspiracji dla omawianej metafory.

Pod względem czasowym znacznie bliższa pomysłowi św. Odo jest postać męczennika św. Bartłomieja Apostoła. Według tradycji hagiograficznej poniósł on śmierć przez powieszenie głową w dół, obdarcie ze skóry a ostatecznie ścięcie głowy. W ikonografii przedstawiany jest zazwyczaj w tunice, przerzuconej przez ramię szacie, z Biblią i nożem, symbolem swojego męczeństwa. Szata, którą ma na ramieniu, symbolizuje jego własną skórę, ale pojawia się też w jej miejscu jego własna skóra. W takich przypadkach przedstawiona jest postać męska z widocznym układem mięśni, naga i trzymająca zdartą skórę na rękę, niczym płaszcz. Tradycja kultu św. Bartłomieja, zwanego apostołem Armenii, sięga V w., można więc przyjąć, że św. Odo z Cluny mógł się z nim zetknąć. Ikonografia tej postaci może stanowić wyjaśnienie pochodzenia konstrukcji obrazu „kobiety prawdziwej”. Jedne z najstarszych przedstawień św. Bartłomieja w konwencji anatomicznej pochodzi dopiero z XV w., a jego autorem jest Matteo di Giovanni. Późniejsze o pięć

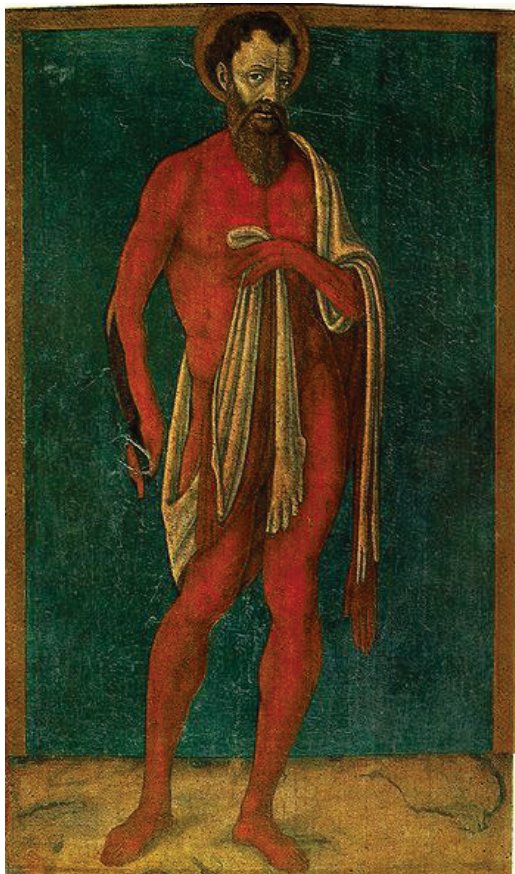


Ryc. 1. *Fabrica*, s. 174 (http://en.wikipedia.org/wiki/File:Vesalius_Fabrica_p174.jpg)



Ryc. 2. *Fabrica*, s. 178 (http://en.wikipedia.org/wiki/File:Vesalius_Fabrica_p178.jpg)

wieków w stosunku do św. Odona przedstawienie nie odznacza się anatomiczną skrupulatnością. Stanowi raczej aluzję, wysoce subtelną, odnośnie wiedzy autora obrazu, pośrednio zapewne także widza, na temat budowy struktury ludzkich mięśni (por. ryc. 3). Równie dobrze bowiem można uznać stojącą na nim męską postać za ubraną w płaszcz niedbale przerzucony przez ramię.



Ryc. 3. Matteo di Giovanni, *Św. Bartłomiej*, ok. 1480 r., Muzeum Sztuk Pięknych, Budapeszt (<http://www.wga.hu/frames-e.html?html/m/matteo/index.html>)

Najmniejsze nawet rysy czy gry konturów nie zdradzają tutaj możliwego przebiegu odsłoniętych mięśni. Należy uwzględnić więc inne, nieznanne lub niemożliwe do ustalenia źródło wiedzy odnośnie wyglądu ciała pod powierzchnią skóry. W takim zakresie szczególnie interesująca staje się delikatna sugestia Zbigniewa Mikołajki o „Marsjaszu-Bartłomieju”, który idzie, „demonstracyjnie jakby taszczyący własną skórę i trzymający w dłoni nóż, którym jakoby zapewniając alibi anatomom, dokonał oskórowania samego siebie” (Mikołajko 2012, s. 245). Zdanie odnosi się do jednej z rycin umieszczonych w *Fabryce*, ale dla naszych potrzeb cenna jest sugestia połączenia motywu i przerzucenia mostu między greckim bóstwem Marsjaszem a chrześcijańskim męczennikiem Bartłomiejem. To wielowiekowy obraz ofiary, ale

równocześnie i sugestia w poszukiwaniach źródeł wiedzy św. Odona. Możliwe więc, że opat klasztoru w Cluny powołał się na doświadczenie własne lub wiedzę pośrednio uzyskaną⁵.

Negatywna ocena nadana w obu przypadkach wybranym aspektom ciała dokonana jest przez wzgląd na pewne dobro wyższe. W przypadku seksualności jest nim zbawienie i droga do niego, umożliwiana poprzez szeroko rozumianą ascezę, w tym również seksualną. Drugi z przedstawianych tematów odnosi się do wartości, jaką programowo stanowić ma zdrowe życie i umożliwiająca je szczupła sylwetka. W przypadku dążenia do tak określonego celu zalecane są również praktyki ascetyczne, odnoszące się jednak do pokarmu i ciała. Wyzbywa się tutaj myślenia o transcendencji i koncentruje uwagę na życiu doczesnym. Raj jest możliwy i osiągalny, przy czym jego cena mierzona jest w kilogramach prawidłowej wagi i właściwie dostarczanych kaloriach odpowiedniego pochodzenia⁶.

Zdumiewa naszkicowana różnica w ocenie skutków działania ciała. Wyobrażenie średniowieczne ukazujące raj zakłada we wszystkich wersjach interpretacyjnych krainę szczęśliwości. Dla teologów to przestrzeń bezustannej adoracji Boga, nic bowiem więcej lub ponad to istnieć nie może. W wyobrażeniach ludowych natomiast raj nabiera znaczenia jako obszar zanegowania doczesności. W tym również i wszelkiego rodzaju bolączek doświadczanych w tym życiu. Ludowa wyobraźnia średniowiecza podpowiada więc świat beztroski, w którym dominuje wizja braku ciężkiej pracy, lub wręcz lenistwo, oraz możliwość stałego zaspokajania głodu. Dodatkowo nie jest ono, w związku z założeniem wcześniejszym, okupione trudem zdobycia pokarmu. Oczywiście, w tym prostym szkicu można domniemywać pośrednie nawiązanie do przełamania losów Adama i Ewy wygnanych z pierwotnego rajy i zdjęcie kłątwy, która wówczas spadła na cały rodzaj ludzki.

Ozdoba ciała – włosy

Postrzeżenie ciała może zaznaczać się również w mniej istotnych obiektach, ale nieporównywalnie ważniejszych pod względem symbolicznym. Fragmentem ciała, który pełni taką rolę, są włosy. Ciężar znaczeń, jaki im nadano, widoczny jest choćby u św. Pawła, w liście korygującym różnice praktyk religijnych w obrębie zboru

⁵ Gra skojarzeń dotycząca poszczególnych obrazów układa się w natrętny ikonograficzny ciąg. Zależność pomiędzy nimi staje się właściwie oczywista, czemu wyraz daje Anna Wiczorkiewicz: „Na kartach Vesaliańskiej *De humani corporis fabrica* szkielety załamują ręce, przypominając o kruchości ludzkiego życia, a przedstawienie układu mięśniowego oparto na ikonografii Marsjasza bądź świętego Bartłomieja” (Wiczorkiewicz 2009, s. 122).

⁶ Problematykę relacji między ideałem szczupłości, w dodatku społecznie konstruowanym, a poziomem zamożności szerzej omawia Katarzyna Łeńska-Bąk (2008, s. 113–127).

korynckiego⁷. Tradycja chrześcijańska wszystkich wyznań, powołując się na autorytet apostoła Pawła, chętnie więc przyjmowała, że kobieta powinna zakrywać swoje włosy. Zwyczaj ten jest nie tylko oznaką podporządkowania się kobiety mężowi, ale równocześnie stanowi ukrycie obiektu o silnym ładunku erotycznym. Zakrywanie włosów podczas uroczystości religijnych jest krokiem ograniczającym publiczne manifestowanie przejawów kobiecej atrakcyjności. Ostatecznym celem jest pozostawienie jej w sferze ściśle prywatnej. Ograniczenia tego typu pozostają silne choćby we współczesnych ortodoksyjnych społecznościach funkcjonujących we wszystkich religiach monoteistycznych. Najjaskrawszym przykładem jest zakrywanie całej kobiecej postaci, praktykowane przez wyznawców islamu. Na gruncie innych religii można spotkać się z podobnymi ograniczeniami. Charakterystyczny pod tym względem jest informacyjny tekst dostępny na stronach chasydzkiej wspólnoty Chabad Lubawicz⁸: „Zakrywanie włosów stwarza psychologiczną barierę, dystans poznawczy pomiędzy kobietą i obcym mężczyzną. Jej piękno pozostaje widoczne, ale jest trudniej zauważalne, jest atrakcyjna, ale niedostępna”.

„Peruka (szaitel), zakrywając całkowicie naturalne włosy kobiety, pozostawia ją jednak atrakcyjną wizualnie. Pozwala kobiecie cieszyć się publicznie swoim pięknem bez naruszania jej strefy prywatności. I nawet jeśli peruka jest tak piękna, że można ją pomylić z naturalnymi włosami, kobieta wie, że nikt obcy nie widzi jej prawdziwych włosów. Są one ukryte w zamkniętej przestrzeni kobiety i tylko ona

⁷ „Chciałbym, żebyście wiedzieli, że głową każdego mężczyzny jest Chrystus, mężczyzna zaś jest głową kobiety, a głową Chrystusa – Bóg. Każdy mężczyzna, modląc się lub prorokując z nakrytą głową, hańbi swoją głowę. Każda zaś kobieta, modląc się lub prorokując z odkrytą głową, hańbi swoją głowę; wygląda bowiem tak, jakby była ogolona. Jeżeli więc jakaś kobieta nie nakrywa głowy, niechże ostrzyże swe włosy! Jeśli natomiast hańbi kobietę to, że jest ostrzyżona lub ogolona, niechże nakrywa głowę! Mężczyzna zaś nie powinien nakrywać głowy, bo jest obrazem i chwałą Boga, a kobieta jest chwałą mężczyzny. To nie mężczyzna powstał z kobiety, lecz kobieta z mężczyzny. Podobnie też mężczyzna nie został stworzony dla kobiety, lecz kobieta dla mężczyzny. Oto dlaczego kobieta winna mieć na głowie znak poddania, ze względu na aniołów. Zresztą u Pana ani mężczyzna nie jest bez kobiety, ani kobieta nie jest bez mężczyzny. Jak bowiem kobieta powstała z mężczyzny, tak mężczyzna rodzi się przez kobietę. Wszystko zaś pochodzi od Boga. Osądźcie zresztą sami! Czy wypada, aby kobieta z odkrytą głową modliła się do Boga? Czyż sama natura nie poucza nas, że hańbą jest dla mężczyzny nosić długie włosy, podczas gdy dla kobiety jest właśnie chwałą? Włosy bowiem zostały jej dane za okrycie. Może ktoś uważa za właściwe spierać się nadal, my jednak nie jesteśmy takiego zdania, ani my, ani Kościoły Boże” (1 Kor, 11, 4–16).

⁸ Chabad Lubawicz powstała w połowie XVIII w. jako grupa uczniów skupionych, zgodnie z chasydzkim zwyczajem, wokół osoby nauczyciela i duchowego przewodnika, cadyka Sznuera Zalmana Baruchowicza. Funkcjonowanie wspólnoty wyznaniowej skupionej wokół mistrza i jego bezpośrednich następców, najczęściej potomków, zakończyło się ze śmiercią ostatniego cadyka z dynastii Menachema Mendela Schneersona w 1994 r. Od tego czasu społeczność Chabad Lubawicz pozbawiona jest głównego rabina, co nie przeszkadza jej w działalności edukacyjnej i religijnej. Obecnie wspólnota jest prawdopodobnie najliczniejszą grupą chasydzką i liczy około 200 000 członków.

decyduje, kogo zaprosić do wewnątrz”⁹. Działania motywowane religijnie zmierzają więc wyraźnie do ograniczonego postrzegania kobiecej atrakcyjności przez świat zewnętrzny, sytuujący się poza obrębem rodziny, a przede wszystkim męża.

Znacznie odbiegają one od współczesnych, większościowych praktyk. Ukaazywanie atrakcyjności włosów jest praktyką powszechną i całkowicie codzienną. W ramach przyzwyczajenia wszelkie sposoby eksponowania włosów na głowie są dopuszczalne i nie spotykają się z ograniczeniami, a podkreślanie ich atrakcyjności przyjmowane jest jako całkowicie naturalne. Czy to równocześnie jednak oznacza przyznanie włosom wolności? Czy swoboda w eksponowaniu pięknie utrzymanych i ustylizowanych włosów, jaką cieszy się część kobiet od blisko stu lat, równoznaczna jest z przyznaniem włosom całkowitej wolności? Za symboliczną granicę „wolności kobiecych włosów” można przyjąć lata 20. ubiegłego wieku i zaistniały wówczas trend skracania fryzur. Georges Vigarello przedstawia ten proces i interpretuje gest skrócenia w następujący sposób: „Zmieniał prastarą tradycję: tajemnicza moc włosów, ich sekret, ukryte działanie. W latach dwudziestych księżna Bibesco wyjaśnia swe zaskoczenie, ale i niewytłumaczalną satysfakcję: „Jakiegoż to nienazanego zagrożenia posłuchały kobiety naszych czasów, kiedy z pełną swobodą, bez żadnej kary, bez żadnego wezwania i niemal jednocześnie odrzuciły tę starą broń najpewniejszego uwodzenia, tak dobrze sprawdzoną od zarania dziejów” (Vigarello 2011, s. 192). Akcent położony jest tutaj na zewnętrznej, erotycznie kodowanej atrakcyjności. Musiało być to szczególnie wyczuwalne w okresie po I wojnie światowej. Cięcie, jakie nastąpiło w latach dwudziestych, dotknęło przecież długich włosów, upiętych szpilami i najczęściej dodatkowo schowanych pod kapeluszem. Cięcie oznaczało więc skrócenie, ale zarazem i większe wyeksponowanie włosów. Moment przyznania włosom wolności połączony jest tutaj z negacją dotychczasowego kryterium piękna. Jest zniesieniem przypisywanej im wcześniej roli erotycznego atrybutu kobiet. Swobodne i krótkie włosy kobiece stały się jednym z elementów nowoczesnego wyglądu, ale połączone to zostało ze stygmatyzacją odejścia od dotychczasowych kanonów kobiecej urody. Zwolenniczki stosowania podobnej procedury zyskały sobie miano „chłopczyc”¹⁰, również dlatego że zmiana długości włosów często towarzyszył strój nadający figurze smukłą sylwetkę i maskujący cechy płci biologicznej, jak wcięcie w tali.

⁹ Chabad Polska, <http://www.chabad.org.pl/index.php/ciekawe-pytania/zakrywanie-wlosow> (dostęp: 11.03.2014).

¹⁰ Sam termin pochodzi od tytułu powieści francuskiego pisarza Wiktora Margueritte’a *La Garçonne* (*Chłopczyca*) wydanej w 1922 r. (wydanie polskie w tłumaczeniu Leopolda Staffa ukazało się już w 1922 roku i do wybuchu wojny było kilkakrotnie wznawiane, po wojnie zaś ponowne wydanie opublikowano dopiero 1991 roku). Zakorzenie tego terminu na gruncie polszczyzny jest dobrym świadectwem znajdowania się ówczesnej Polski we francuskiej strefie wpływów kulturowych. Pierwszy termin, „flapper”, pojawił się bowiem w obszarze anglosaskim i związany był z komedią pod tym samym tytułem w reżyserii Alana Croslanda, por. D. Lowe (2005, s. 526).

Oswobodzenie włosów postępowało, z różnym nasileniem, od lat 20. ubiegłego wieku. Od tego czasu odsłonięciu włosów częstokroć towarzyszy ich skracanie. Zależność taka występuje całkowicie obocznie wobec mód na mini i maxi, jakie pojawiają się w kolejnych dekadach. Wyzwolenie włosów oznaczało więc poddanie ich rygorowi cięcia. Przyznanie włosom wolności doprowadziło, paradoksalnie, do ich ponownego podporządkowania praktykom ukrywającym.

Nowy model dyskryminacji i ukrywania włosów dotyczy już nie tylko głowy ale i obejmuje pozostałe partie ciała. Istotne w nim jest, przede wszystkim na macierzystym gruncie anglosaskim, znoszenie podziałów. Istotne w nim jest również, przede wszystkim na macierzystym gruncie anglosaskim, znoszenie podziałów niezwiązanych bezpośrednio z cielesnością. Włosy ludzkie stanowią w tej perspektywie uniwersalny czynnik jednoczący całą światową populację, a ich motywowana względami estetycznymi lub ideowymi kontrola jawi się jako jedno z najważniejszych wyróżnień między ludźmi a zwierzętami. Jak zauważają badaczki, w Stanach Zjednoczonych techniki kontroli owłosienia na różną skalę stosuje od 80% do 90% kobiecej populacji (Hildebrandt 2003, s. 59). Przy takiej liczbie można już mówić o kanonie wydepilowanego piękna. W zgodzie z nim obowiązuje więc przekonanie o konieczności depilowania poszczególnych partii ciała i niemal aksjomatyczne utożsamienie kobiecej urody z wydepilowanym ciałem. Wprawdzie zasięg regulacji włosów jest rozmaicie postrzegany, to jednak dotyczy on przede wszystkim wyeksponowanych części ciała. Christine Hope potwierdza tę tezę o zależności między modą a ekspozycją kobiecych włosów. Przeprowadzane w kręgu kultury euroatlantyckiej badania wskazują również na związek pomiędzy depilacją a seksualną atrakcyjnością i samopoczuciem badanych¹¹. Być może szczególnie godna uwagi jest proporcja między wskazanymi czynnikami a wiekiem respondentek. Starsze spośród badanych wykazywały mniejszą zależność od praktyk depilacyjnych, co może być tłumaczone choćby zwiększonym poczuciem własnej wartości i mniejszą podatnością na opinie zewnętrzne.

Wśród partii ciała poddanych rygorowi depilacji, poza nogami, należy przede wszystkim rozumieć owłosienie pod pachami, które, szczególnie latem, może być

¹¹ Reprezentatywny dla badań nad owłosieniem ciała w kulturze amerykańskiej tekst pochodzi z 1991 r. Susan A. Basow zastanawia się w nim nad granicami społecznego nakazu depilowania kobiecego ciała, przede wszystkim części widocznych i kształtowaniem się owej normy w latach 1915–1945, zob. S.A. Basow (1991, s. 83–96). Badaczka powraca do owego wątku jeszcze kilkukrotnie, między innymi w badaniach przeprowadzonych w 1997 r. wspólnie z Amie C. Braman. Przedstawiły w nich eksperyment, w którym studenci oglądali nagrania kobiet zarówno z wydepilowanymi nogami i pachami, jak i z niewydepilowanymi. Zgodnie z założeniem okazało się, że kobiety, które poddały się depilacji postrzegane są jako atrakcyjniejsze. Ciekawostką jest to, że większe przyzwolenie na posiadanie widocznego owłosienia wyrażały studentki, por. S. Basow, A. Braman (1998, s. 637–645). W australijskich badaniach na grupie 235 studentek okazało się, że 96% spośród nich regularnie depiluje nogi i pachy, a prawie połowa również i okolice intymne, por. M. Tiggemann, S. Hodgson (2008, s. 889–897). Wyniki badań nad podobnym założeniem na gruncie brytyjskim prowadziły M. Toerien, S. Wilkinson i P.Y.L. Choi (2005, s. 399–406).

bardziej eksponowane poza samą głowę. W przeciwieństwie jednak do włosów rąk i nóg nie jest ono stale widoczne¹². Stąd również silny manifestacyjny charakter depilowanych/niedepilowanych pach oraz związany z nimi aspekt zaskoczenia lub niepewności. Ta część ciała pozostaje naturalnie ukryta przed wzrokiem, a jej ujawnienie może być aktem świadomego odsłonięcia lub przypadkowego ukazania¹³. Wątek ten podjął w swojej pracy Ben Hopper. Zrealizował sesję zdjęciową zatytułowaną *Naturalne piękno*, w której modelki pozują z uniesionymi do góry ramionami. Zgodnie z zamierzeniem twórcy ich pachy jednak nie są wygolone, dzięki czemu udało się osiągnąć efekt zbliżony do planowego¹⁴.

Kanon wydepilowanego piękna usiłuje podważać również przywoływana już badaczka z Uniwersytetu Stanowego Arizony Breanne Fahs. Zaprosiła ona do współpracy grupę 34 studentek, których zadaniem było nieusuwanie owłosienia z nóg i pach przez okres 10 tygodni. W tym czasie miały też prowadzić obserwacje odnośnie reakcji otoczenia. Potwierdziły one początkową tezę o związku kanonu wydepilowanego piękna ze współczesnym ideałem kobiecego wyglądu. Studentki doświadczały bowiem komentarzy o treści zdecydowanie seksistowskiej, w heteronormatywnym ujęciu, jak i homofobicznej, gdy klasyfikowane były jako lesbijki¹⁵.

Zakończenie

Ciało istnieje jako byt biologiczny. Wszystkie przywoływane w powyższym artykule stwierdzenia, opinie oraz działania odnoszą się do takiego właśnie ciała. Dotyczą rozmaitego rodzaju praktyk regulacyjnych/kontrolnych związanych z ciałem. Skomponowanie ich w układzie binarnym miało na celu wydobywanie kontrastu pomiędzy poszczególnymi zwyczajami związanymi z cielesnością. Pierwsza

¹² Widoczność/jawność jest jednym z głównych elementów towarzyszących regulacji owłosienia ciała. Zauważa to Christine Hope w swoim artykule z 1982 poświęconym owłosieniu ciała kobiet rasy kaukaskiej w Stanach Zjednoczonych. Stwierdza w nim choćby, że o ile do roku 1919 modelki obecne na zdjęciach wyglądały na pozbawione części owłosienia, to już po w okresie 1920–1940 wyraźnie pojawiają się reklamy środków depilacyjnych, szczególnie nóg. Depilacja może być postrzegana jako współtowarzyszka modzie. Zob. C. Hope (1982, s. 93–99). Ze względu na kryterium widoczności w niniejszym artykule pominięto również kwestie związane z depilacją łonową.

¹³ W popularnej, eseistycznej formie rozterki towarzyszące szczególnie młodym kobietom związane z depilowaniem poszczególnych partii ciała przedstawia Paloma Goñi, por. P.Goñi, „Nie golę się”, <http://codziennikfeministyczny.pl/nie-gole-sie/> (dostęp 10.04.2014).

¹⁴ Artysta twierdzi, że jego zamiarem było wywołanie debaty na temat współczesnego kanonu piękna. Seria zdjęć miała być medium, w którym wyraźnie widoczne staje się zderzenie obowiązującego kanonu z „surowym, niekonwencjonalnym wizerunkiem z włosami”, por. *Naturalne jest piękne*, <http://codziennikfeministyczny.pl/naturalne-jest-piekne/> [dostęp 12.04.2014]. Dokumentacja projektu dostępna jest na stronie Bena Hoppera, por. <http://the-realbenhopper.com/Projects/Natural-Beauty/1/thumbs/> (dostęp 12.04.2014).

¹⁵ Por. B. Fahs (2011, s. 451–472). Badania przy pomocy rozszerzonej grupy uczestniczącej w nich osób, już 87, zostały przedstawione w kolejnym roku, por. B. Fahs (2012, s. 482–506).

para dotyczy więc kulturowego wyobrażania rzeczy wstrętnych, które powiązane są z ciałem. Wczesnośredniowieczne ukazanie wnętrzości ma na celu obrzydzenie seksu, współcześnie zaś służyć ma zdobyciu/utrzymaniu właściwej sylwetki i zmotywowaniu do właściwego stylu odżywiania się. Druga para dotyczy kontroli włosów, szczególnie kobiecych. Dawniejsze (jak i współczesne religijnie ortodoksyjne) praktyki sprowadzają włosy do sfery prywatnej, małżeńsko-rodzinnej, nakazując kobietom zakrywanie ich w miejscach publicznych. Praktyki te występują równolegle z działaniami represyjnymi wobec włosów, które tym razem polegają nie na zasłanianiu, ale na depilowaniu i pozbywaniu się owłosienia. Działaniami wykonywanym w celu podkreślenia seksualnej atrakcyjności właścicielek (ale również i właścicieli) włosów. W tym przypadku działania kontrolne również służą przeciwnym sobie celom. W każdej z przywoływanych sytuacji mamy do czynienia z ciałem. Nawet jeśli podejmowane są wobec niego praktyki regulacyjne, to za każdym razem ich cel ma odpowiadać poglądom utrzymywanym w danej epoce. Każdorazowo również ciału nadawane są inne znaczenia. Można więc domniemywać, że ciało jako takie nie istnieje. Człowiek ma do czynienia wyłącznie z własnym ciałem i jest to doświadczenie ściśle zindywidualizowane. Wszelkie próby opisywania ciała w ogólności odnoszą się już nie do biologicznego bytu, ale do pewnego konstruktu kulturowego, który znany jest nam i opisywany przez nas samych jako „ciało”. Prawdopodobnie jednak należy go uznawać bardziej za sumę wypowiedzi, przekonań, koncepcji i norm, które badane osoby przyjmują w danym momencie za „ciało”, niż za przedstawienie opisów odnoszących się do ciała własnego.

Bibliografia

- Basow S.A. (1991). *The Hairless Ideal: Women and Their Body Hair*. Psychology of Women Quarterly, vol. 15, nr 1.
- Basow S.A., Braman A.C. (1998). *Women and Body Hair Social Perceptions and Attitudes*. Psychology of Women Quarterly, vol. 22, nr 4.
- Biblia Tysiąclecia. Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu*. (1983). Poznań: Wydawnictwo Pallottinum.
- Fahs B., Delgado A. (2011). *The Specter of Excess. Race, Class and Gender in Women's Body Hair Narratives*. W: C. Bobeli S. Kwan (red.), *Embodied Resistance: Challenging the Norms, Breaking the Rules*. Nashville: Vanderbilt University Press.
- Fahs B. (2011). *Dreaded „Otherness”: Heteronormative patrolling in Women's Body Hair Rebellions*. Gender & Society, vol. 25, nr 4.
- Fahs B. (2012). *Breaking body hair boundaries: Classroom exercises for challenging social constructions of the body and sexuality*. Feminism Psychology, vol. 22, nr 4.
- Hildebrandt S. (2003). *The Last Frontier: Body Norms and Hair Removal Practices in Contemporary American Culture*. W: H. Tschachler, M. Devine i M. Draxlbauer (red.), *The Embodiment of American Culture (American Studies in Austria)*. Wien.
- Hope C. (1982). *Caucasian Female Body Hair and American Culture*. Journal of American Culture, nr 5.

- Łeńska-Bąk K. (2008). *Grubą być czy chudą? Między kanonem piękna a kulturowym dystansem*. Postscriptum polonistyczne, nr 2.
- Lisowska-Magdziarz M. (2012). *Feniks, łabędzie, motyle. Media i kultura transformacji*. Kraków.
- Lowe D. (2005). *The Flapper. W: An Encyclopedic Dictionary of Women in Early American Films, 1895–1930*. Philadelphia, s. 526.
- Mikołajko Z. (2012). *We władzy wisielca*, tom I. Gdańsk: słowo/obraz terytoria.
- Tiggemann M., Hodgson S. (2008). *The Hairlessness Norm Extended: Reasons for and Predictors of Women's Body Hair Removal at Different Body Sites*. *Sex Roles*, vol. 59, nr 11–12.
- Toerien M., Wilkinson S., Choi P.Y.L. (2005). *Body Hair Removal: The 'Mundane' Production of Normative Femininity*. W: *Sex Roles*, vol. 52-, nr 5–6.
- Vigarello G. (2011). *Historia urody*, tłum. M. Falski. Warszawa: Aletheia.
- Wieczorkiewicz A. (2007). *Skrócona anatomia serca fantastyki. O interpretacji dawnych ilustracji anatomicznych*. W: A. Wieczorkiewicz, J. Bator (red.), *Ucieleśnienia. Ciało w zwierciadle współczesnej humanistyki*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN.

Źródła internetowe

- Goñi P. *Nie golę się*, <http://codziennikfeministyczny.pl/nie-gole-sie/> (dostęp 10.04.2014).
- Naturalne jest piękne*, <http://codziennikfeministyczny.pl/naturalne-jest-piekne/> (dostęp 12.04.2014).
- Zakrywanie włosów*, <http://www.chabad.org.pl/index.php/ciekawe-pytania/zakrywanie-wlosow> (dostęp 11.03.2014).

Hidden Beauty of Body and Hairs. The chosen aspects of the construct of the body, as a social matter

Abstract

The main aim of the article is to reflect on the changing perception of the human body. The changes are shown through two topics, each illustrated by two examples. The first topic is the body shown as disgusting and obnoxious. While in the Middle Ages such representation helped to convince people that sex was disgusting and obnoxious, for our contemporaries it is obesity that is synonymous to obnoxiousity and monstrosity. The second topic relates to changing perception of hair: it is seen as an erotic object. It is an element of religious norms and rules, which tell women to cover their hair, but also they are removed from view in public areas in order to make the body more attractive. In the context of obesity, the body is skinned and filled with slimy, filthy substances. In the context of hair, the priority is invisibility – achieved either by covering one's hair or by removing it completely.

Key words: corporality, social control, human hair studies

Teresa Zbyrad

Uniwersytet Pedagogiczny im. KEN w Krakowie

Przekształcanie ciała – tatuaż i piercing. Motywy osobiste i znaczenie społeczne

Streszczenie

Artykuł podejmuje nasilający się współcześnie problem przekształcania ciała poprzez tatuaż i piercing. Stanowi on prezentację wyników badań przeprowadzonych wśród osób stosujących wskazane metody przekształcania ciała. Problemy badawcze koncentrują się wokół motywów przekształcania ciała, wpływu środowiska społecznego oraz znaczenia ozdabiania ciała w życiu społecznym i zawodowym.

Słowa kluczowe: przekształcanie ciała, modyfikacja ciała, tatuaż, piercing

Wprowadzenie

Od najdawniejszych czasów ludzie stosowali różne metody przyozdabiania swojego ciała. Począwszy od wykorzystywania organów pochodzenia zwierzęcego, jak np. skóry, kły, rogi, poprzez stosowanie różnych farb do smarowania ciała, a skończywszy na nakłuciach. Sposoby przyozdabiania ciała różniły się w zależności od epok, kultur, społeczeństw, ale też statusów i ról społecznych poszczególnych jednostek oraz rozwoju techniki. Współczesne sposoby ozdabiania ciała, choć wydają się zupełnie inne od tych z przeszłości, zachowały pewne tradycyjne elementy, zmienił się jednak materiał wykorzystywany do ozdobień, jak i terminologia. I tak np. farby zostały zastąpione przez kosmetyki, skóry zwierzęce (choć nadal stosowane do ubrania po gruntownych zabiegach doskonalących ich przydatność) zostały wyparte przez odzież wytwarzaną w większości z materiałów sztucznych, a noszenie kłów czy rogów wyparły kamienie szlachetne i sztuczna biżuteria. Jedno nie ulega wątpliwości, że człowiek zawsze pragnął wyróżnić się spośród innych w sposób wizualny, zatem zmieniał coś na swoim ciele, aby dostępnymi sposobami podkreślić swoją inność, swoją indywidualność, swoje „ja”.

Ozdabianie ciała mieści się w szerokiej kategorii modyfikacji (przekształcania) ciała. Honorata Jakubowska podkreśla, iż modyfikacja ciała ma znaczenie węższe i szersze: „W pierwszym przypadku określenie to odnosiłoby się do takich praktyk, jak tatuowanie, piercing, przypalanie, cięcia czy stosowanie implantów, czyli praktyk podejmowanych po to, by zmienić wygląd i kształt ciała. W drugim przypadku

listę tę można rozszerzyć, dodając do niej takie praktyki, jak gimnastyka, *bodybuilding* czy dieta, których stosowanie również ma na celu zmianę wyglądu, lecz efekty w tym przypadku widoczne są w dłuższej perspektywie czasu” (Jakubowska 2009, s. 155–156). Współczesny człowiek ma nieograniczone możliwości przekształcania i ozdabiania swojego ciała. Sprzyja temu rozwój współczesnej medycyny umożliwiający korektę ciała poprzez operacje plastyczne, ale też gruntowne zmiany jak np. zmiana płci czy nawet rasy (przykład Michaela Jacksona: zmiana koloru skóry). Są to nowe sposoby przekształcania ciała, doniosłe dla społeczeństwa, którymi zajmuje się m.in. socjologia ciała.

We współczesnym świecie ogromne znaczenie przypisuje się ciału człowieka. Bywa ono traktowane jako swoisty kapitał, stąd ludzie coraz chętniej i więcej inwestują środków w jego konserwację czy modyfikację. Ludzie inwestują w ciało z różnych powodów. Pierre Bourdieu jako przyczynę wskazuje troskę o samego siebie. Kreowanie wizerunku człowieka zadbanego staje się powinnością, co argumentuje następująco: „Zostawienie ciała jego wyglądu „naturalnego” postrzegane jest jako wskaźnik *zaniedbania*, karygodnego zapomnienia się w *tatwości*” (Bourdieu 2000, s. 243). Ogromnego znaczenia nabiera zatem kontrola społeczna, dysponując różnego rodzaju sankcjami (np. izolacja, ośmieszanie, plotka itp.) za niestosowanie się do norm sterujących wyglądem naszego ciała. Ciało stało się także oznaką ludzkiej tożsamości, co sygnalizują badacze problematyki: „tożsamość coraz mniej łączy się z wnętrzem człowieka, z jego duszą i umysłem, lecz stopniowo wydostaje się na «powierzchnię» i zaczyna być odgrywana poprzez ciało” (Jakubowska 2009, s. 154). Postawienie znaku równości pomiędzy tożsamością a ciałem zaowocowało nazbyt przesadną troską o ciało. Wreszcie motywem inwestowania w ciało może być zwiększenie swoich szans na rynku matrymonialnym. Jak zauważa Chris Shilling, ciało staje się swoistą reklamą: „Te cielesne reklamy, jeżeli są skuteczne, mogą zwiększyć szanse kobiet na znalezienie partnera, a ich genom umożliwić kontynuację swojego istnienia w innym ciele” (Shilling 2010, s. 65).

Na przestrzeni dziejów tatuaż miał znaczenie symboliczne: „określał on przynależność do grup społecznych, wyznaczał stosunki pokrewieństwa, pozycję społeczną czy był świadectwem popełniania bohaterskich lub, wręcz przeciwnie, nagannych czynów. Współczesne funkcje tatuażu odnoszą się do aspektów religijnych, kosmetycznych, erotycznych i kontestatorskich; jest on też dowodem przejścia różnego rodzaju obrzędów inicjacyjnych” (Jakubowska 2009, s. 159). Ponadto tatuaż zawsze stanowił symbol niezmienności. Na przykład bardzo często mężczyźni tatuowali imię swojej wybranki dla podkreślenia trwałości i niezmienności w sferze uczuć. Jeśli chodzi zaś o piercing, nie jest on wynalazkiem współczesności. Z danych źródłowych (Phoenix 2013) wynika, iż praktykowali go już starożytni Grecy i Rzymianie. Początkowo był przywilejem mężczyzn. Ponadto piercing stanowił symbol wysokiego statusu społecznego. Rodzaj noszonych kolczyków świadczył o przynależności do klasy społecznej. Przedstawiciele klas wyższych nosili złote kolczyki, na które nie stać było ludzi ubogich. Ci zaś zadowalali się kolczykami

zrobionymi z drewna, kości bądź gliny. Przez wiele lat tatuaż i piercing były kojarzone głównie pejoratywnie i do dziś funkcjonuje w świadomości społecznej wiele stereotypów i uprzedzeń związanych z nimi (Paluch, Phoenix 2014). Nade wszystko te sposoby ozdabiania ciała wiązały się z przynależnością do pewnych grup społecznych, głównie półświatka więziennego i zorganizowanych grup gangsterskich. Stąd trudno pozbyć się tych bardzo mocno zakorzenionych w społeczeństwie przekonań.

Prezentacja wyników badań

a) tatuaż i piercing – ich znaczenie i motywy wyboru

Artykuł został przygotowany na podstawie badań przeprowadzonych na terenie miasta Krakowa w 2014 roku wśród selektywnie wybranych 100 osób, które dokonały modyfikacji swojego ciała poprzez tatuaż i piercing. Narzędziem badawczym był kwestionariusz ankiety, który zawierał 53 pytania: 17 zamkniętych, 7 otwartych i 29 półotwartych. Badania zostały zrealizowane za pomocą studentów II roku socjologii stacjonarnej w ramach zajęć *Projekt badawczy i jego realizacja*. Studenci zaangażowani w badania to: Aleksandra Biela, Paulina Ciupek, Robert Lasek, Katarzyna Okrzesik, Roksana Śmiłek i Sebastian Wesołowski.

Uczestnikami badań w większości (88%) były osoby młode w wieku 19–29 lat, nieco starsi w wieku 30–52 lat stanowili nieliczną grupę (12%). Większość badanych (85%) zamieszkiwało miasto (wieś: 15%). Z uwagi na ruchliwość przestrzenną zwłaszcza ludzi młodych i tendencje migracyjne zapytaliśmy o stałe miejsce zameldowania: miasto podało 77%, a wieś 23%. Zdecydowaną większość badanych stanowiły kobiety, tj. 71%, mężczyźni należeli do mniejszości (29%). Uczestnicy badań różnili się pod względem wykształcenia. Ponad połowa (62%) posiadała wykształcenie średnie, 26% wykształcenie wyższe, 11% zawodowe, a 1% gimnazjalne. Sytuacja na rynku pracy respondentów przedstawiała się następująco: 59% to osoby czynne zawodowo, 19% poszukiwało pracy, a 22% stanowiły osoby bezrobotne. Biorąc pod uwagę sferę sacrum, 28% badanych deklaroowało się jako ateści, a 22% jako osoby głęboko wierzące.

W naszych badaniach uwaga została skupiona na ozdabianiu ciała poprzez tatuaż i piercing. Istotą badań było ujawnienie motywów i znaczenia przekształcania ciała. Treść artykułu koncentruje się na problemach badawczych związanych zarówno z przyczynami modyfikacji ciała, jak i skutkami. Artykuł odpowiada na następujące pytania: Jakie są motywy i znaczenie przekształcania ciała? Czy środowisko społeczne wywiera wpływ na modyfikację ciała? Jakie są granice tolerancji? Czy ozdabianie ciała przekłada się na szanse znalezienia pracy?

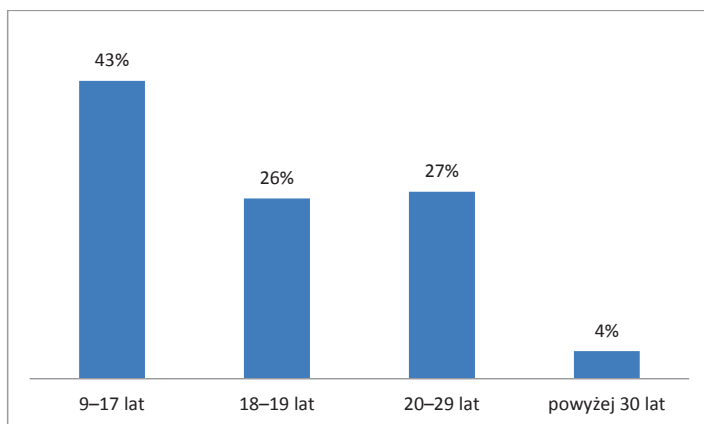
Z materiału badawczego wynika, iż ludzie w dość młodym wieku dokonują modyfikacji ciała, bardzo często (43%) przed 18. rokiem życia, a najniższy wiek to 9 lat. Jednak osiągnięcie wieku dorosłości nie sprzyja już tak bardzo modyfikacji ciała, gdyż w wieku 18 lat na tatuaż i piercing zdecydowało się 17% badanych, a w wieku 19 lat już tylko 9%. Pomiędzy 20. a 30. rokiem życia przekształcenia ciała

dokonała dość liczna grupa, tj. 27% respondentów, a powyżej 30. roku życia takiej modyfikacji poddało swoje ciało już tylko 4% badanych.

Dla większości badanych (63%) decyzja o modyfikacji ciała była przemyślana, a co czwarty respondent (26%) podjął ją w sposób spontaniczny. Co dziewiąty badany (11%) zdecydował się na modyfikację swojego ciała pod wpływem innych osób, najczęściej rówieśnika, znajomego, przyjaciela czy partnera. Zatem materiał badawczy dowodzi, iż przekształcenie ciała jest raczej sprawą wyboru osobistego, aniżeli nacisków zewnętrznych czy wpływu otoczenia.

Ludzie decydujący się na modyfikację swojego ciała zazwyczaj pragną osiągnąć jakiś cel. Respondenci najczęściej przypisują zarówno kolczykom (90%), jak i tatuażom (68%) znaczenie estetyczne (upiększające). Dla ponad połowy badanych (60%) tatuaż ma znaczenie pamiątkowe, a co dziewiąty (11%) przypisuje mu znaczenie religijne. Piercing nie ma dla nikogo znaczenia religijnego, zaś co piąty respondent (21%) nadaje mu znaczenie pamiątkowe. Nieliczni badani (4%) przypisują tatuażowi znaczenie symboliczne, emocjonalne, przyznają, iż stanowi on: „ekspresję siebie”, „jest moim mottem życiowym”.

Wyk. 1. Prezentacja uzyskanych odpowiedzi na pytanie: *W jakim wieku zdecydowałeś (-aś) się na dokonanie pierwszej modyfikacji ciała?*

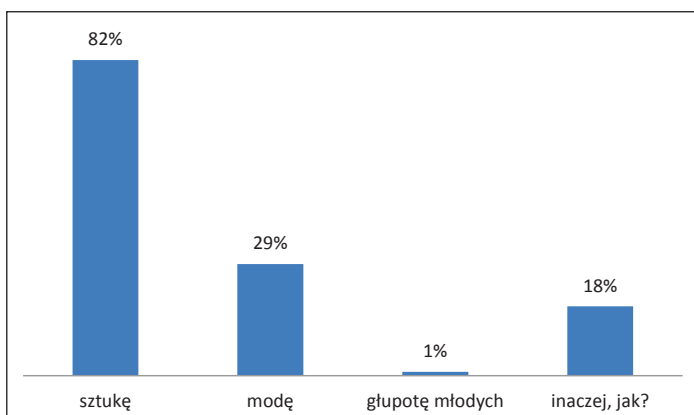


Źródło: opracowanie własne

Zdecydowana większość badanych (82%) traktuje tatuaż jako sztukę, a prawie co trzeci (29%) jako modę. Dla 18% respondentów tatuaż ma inne znaczenie, jak np. „sposób wyrażenia siebie”; „pokazanie siebie”; „ekspresja siebie”; „wyrażanie pewnych emocji”; „wyrażanie czegoś”; „symbolika”; „zabawa”. Tatuaże zazwyczaj coś symbolizują, np. kwiaty, zwierzęta, narządy są symbolem wierności bądź wyrażają pewne idee. U naszych respondentów były to: „róża – niebezpieczne piękno”; „lilia”; „kwiaty”; „drzewo”; „ptaki”; „motyl”; „mucha”; „jaskółka”; „kot”; „oczy kota”; „zdechły pies”; „portret wilka”; „feniks”; „serce”; „czaszka”; „gwiazdy”; „księżyc”; „krzyż celtycki”, „miecz”, ale też: „imię chłopaka”; „motto życiowe”; „portret muzyka”; „cytat

wiersza”; „tytuł piosenki”. Symbolika tatuaży jest bardzo bogata; w zależności od wizerunku badani wskazywali na: „trzy gwiazdki: ja, siostra i brat”; „moich synów”; „własną interpretacją 7 cudów świata”; „wkroczenie w wiek dorosły, usamodzielnienie”; „dobry okres w życiu”; „że życie nie jest piękne i kolorowe”; „przemijanie i upływający czas”; „ważne momenty z życia”; „poszczególne etapy i zmiany w moim życiu”; „związek z partnerem”; „wiarę, nadzieję, miłość”; „wierność i oddanie”; „taliżman”; „szczęście”; „miłość”; „śmierć”.

Wyk. 2. Prezentacja uzyskanych odpowiedzi na pytanie: *Tatuaż traktujesz jako?*



(wyniki nie sumują się do 100% z uwagi na pytanie wielokrotnego wyboru)

Źródło: opracowanie własne

Osoby decydujące się na tatuaż przypisują mu znaczenie symboliczne. Być może wynika to z jego cechy trwałości. Świadomość trwałości niejako zmusza ludzi do zastanowienia się nad jego symboliką i grafiką. Dlatego tatuaże najczęściej upamiętniają jakieś ważne wydarzenie z życia danej osoby bądź też mają na celu nieustanne przypominanie o czymś istotnym w życiu. Nie wszyscy oczywiście, jak pokazały badania, wpisują się w ten schemat. Wśród osób posiadających tatuaż są i tacy (6%), dla których nie ma on większego znaczenia. Potwierdzają to odpowiedzi na pytanie o symbolikę tatuażu, jak np. „nic” bądź „nic szczególnego”. Pomimo że wśród osób posiadających tatuaż są osoby, dla których nie ma on większego znaczenia, nikt z badanych nigdy nie zdecydował się na usuwanie tatuażu. Prawie wszyscy badani (96%) twierdzą, że nie żałują, że wykonali sobie tatuaż.

Badania dowodzą, iż większość osób (55%) posiadających tatuaż w ogóle nie interesuje się sztuką tatuażu. Zainteresowani zaś sztuką tatuażu stanowią 39% wszystkich badanych. Informacji na ten temat poszukują najczęściej w Internecie. Ponadto z badań wynika, iż osoby decydujące się na tatuaż zachowują daleką ostrożność przy jego wykonaniu i w większości (65%) udają się do profesjonalisty. Pozostali korzystali z usług: osoby polecanej (12%), znajomego (13%) lub innych osób (10%), takich jak: kuzyn, brat.

Większość osób (61%), które posiadają tatuaż, nie pozwoliłaby na tatuaż swojemu dziecku przed 18. rokiem życia. Analiza materiału empirycznego dowodzi, iż bardziej tolerancyjne są osoby, które same zrobiły sobie tatuaż przed 18. rokiem życia. Spośród nich (ogółem 43%) większość (26%) nie ma nic przeciwko, aby ich dziecko również przed okresem pełnoletniości zrobiło sobie tatuaż. Przeciwnego zdania jest 17% badanych. Z kolei jeśli chodzi o pozwolenie dziecku na kolczyk w innym miejscu niż ucho przed 18. rokiem życia, zdania respondentów rozkładają się mniej więcej równo z większą tolerancją na tę modyfikację ciała (odpowiedzi tak – 51%, nie – 49%). Być może takie postawy respondentów wynikają z przekonania, iż piercing nie świadczy o przekształceniu ciała. Na pytanie: *Co zaliczasz do przekształcenia ciała?* ponad połowa badanych wskazała na tatuaże (71%), nieco mniej na operacje plastyczne (68%), a na trzecim dopiero miejscu wskazano na piercing (39%). Tego typu przekonanie może tłumaczyć większe przyzwolenie na piercing, nawet przed 18. rokiem życia, aniżeli na tatuaż, który postrzegany jest jako bardziej trwała modyfikacja ciała. Operacje plastyczne, która postrzegane są jako mniejsza ingerencja w organizm aniżeli tatuaż (być może z uwagi na cechę trwałości), zajmują drugie miejsce, tj. są tuż po tatuażu, który traktowany jest jako najbardziej istotny symbol przekształcenia ciała.

b) wpływ środowiska społecznego i granice tolerancji

Ludzie najczęściej decydują się na modyfikację ciała pod wpływem innych osób, takich jak rówieśnicy, partnerzy życiowi czy znajomi. Wpływ środowiska rodzinnego na posiadanie tatuażu bądź jego brak może być ogromny. Fakt, że członkowie naszych rodzin posiadają tatuaż, może stanowić czynnik dopingujący do tego typu modyfikacji ciała i zachęcać do naśladownictwa. Badania wykazały, iż ponad połowa respondentów (60%) ma w najbliższej rodzinie osoby, które posiadają tatuaż. W niektórych przypadkach można mówić nawet o tradycji rodzinnej (22%), zwłaszcza gdy osobą posiadającą tatuaż jest dziadek, mama czy tata. Respondenci wskazywali na następujących członków rodziny posiadających tatuaż: dziadek, mama, tata, siostra, brat, wujek, ciocia, kuzyn, mąż siostry, partner matki.

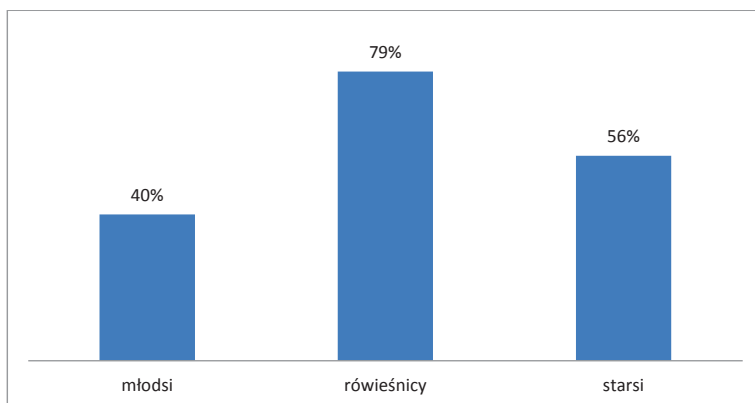
Tab. 1. Reakcja otoczenia na modyfikację ciała

Jaka była reakcja na modyfikację Twojego ciała?			
Kogo?	Pozytywna	Negatywna	Obojętna
partnera/partnerki	77%	6%	17%
rodziców	35%	31%	34%
rodzeństwa	62%	5%	33%
dziadków	23%	44%	33%
przyjaciół	89%	0	11%
środowiska społecznego	53%	1%	46%

Tatuaż czy piercing mogą być testem tolerancji społecznej. Badania wykazały, iż reakcja otoczenia na modyfikację ciała jest zazwyczaj pozytywna (tab. 1). Najbardziej tolerancyjni są przyjaciele (89%), partnerzy (77%) i rodzeństwo (62%). Reakcje negatywne wyrażają najczęściej dziadkowie (44%) i rodzice (31%). Co trzeci badany spotyka się z obojętnością, zwłaszcza ze strony rodziców, rodzeństwa i dziadków. Przyjaciele respondentów nigdy nie zareagowali negatywnie na dokonaną modyfikację ciała.

Badania dowodzą, iż respondenci nie są skłonni do poświęceń dla swoich partnerów życiowych, jeśli chodzi o zrobienie sobie bądź usuwanie tatuażu czy piercingu. Prawie wszyscy badani (92%) nie usunęliby sobie tatuażu na życzenie partnera (zrobiłoby to zaledwie 8%). Jeśli chodzi o poddanie się takiej modyfikacji ciała, życzenie partnera spełniłoby 40% badanych. Analiza materiału badawczego potwierdza, że ludzie dokonujący przekształceń własnego ciała wchodzą w związki z osobami podobnymi sobie (tzw. homogamia związku). Prawie połowa badanych (43%) przyznaje, że ich partner (partnerka) ma tatuaż czy piercing, a nawet planuje zrobić sobie kolejny. Co trzeci respondent (34%) przyznaje, iż partner (partnerka) nie ma żadnej modyfikacji ciała. Występuje więc przewaga partnerów, którzy dokonali modyfikacji ciała.

Wyk. 3. Prezentacja uzyskanych odpowiedzi na pytanie: *W jakim wieku są Twoi znajomi, którzy mają zmodyfikowane ciało?*



Źródło: opracowanie własne

W otoczeniu respondentów najczęściej ich rówieśników poddało swoje ciało modyfikacji (79%). Ponad połowa badanych (56%) wskazuje na starszych od siebie znajomych, którzy zmodyfikowali swoje ciała, a niespełna połowa (40%) wskazuje na osoby młodsze od siebie. Zatem można zaryzykować stwierdzenie, iż najbardziej ku modyfikacji skłaniają się rówieśnicy, którzy zastosowali już tego typu praktyki. Świadomość, że znajomi równi wiekiem przekształcają swoje ciała, może działać mobilizująco na tych, którzy wahają się z podjęciem takiej decyzji.

Modyfikacja ciała ma znaczenie zarówno osobiste, jak i społeczne. Potwierdzają to niniejsze badania, gdzie na pytanie: *Co zyskałeś (-aś) dzięki modyfikacji swojego ciała?* uzyskano następujące odpowiedzi: „indywidualność”; „pewność siebie”; „poprawę samooceny”; „wyraziłem siebie”; „spokój”; „radość”; „szczęście”; „satisfakcję”; „osobiste spełnienie”; „spełnienie marzeń”; „uwagę”; „pieniądze”; „pracę w studio tatuaży”; „poczucie samodzielności i dorosłości”; „poczucie niezależności”; „poczucie kontroli nad swoim ciałem”; „więcej znajomych, nowe środowisko”; „estetyczny wygląd”; „poprawę swojego wizerunku”; „wzbogacenie mojego wizerunku”; „wyróżniam się”; „mam coś oryginalnego”; „polepszenie życia seksualnego”; „poczucie większej głębi z partnerem”. Niewielu badanych (8%) nie odniosło żadnych korzyści z modyfikacji swojego ciała. Świadczą o tym odpowiedzi typu: „nic”; „raczej nie”; „nie wiem, po prostu chciałem go mieć”.

Granice tolerancji dla osób modyfikujących swoje ciało są szeroko zakrojone. Potwierdzają to odpowiedzi na pytanie: *Czy spotkałeś (-aś) się z ostrą krytyką Twojego tatuażu/kolczyka?* Najlichnieszka grupa badanych (86%) twierdzi, że „nie”. Wśród opinii krytycznych (14%) znalazły się te, które odnoszą się do przyszłości, samego wyglądu bądź reakcji członków rodziny i osób starszych. Są one następujące: „ponoć przesadzam”, „że mogę żałować”; „wzór nie spodobał się mojemu znajomemu”; „krytyka ze strony członków rodziny”; „jak ty będziesz wyglądać na starość”; „starsi ludzie raczej tego nie popierają (poza moją babcią)”; „starsza Pani stwierdziła, że opętał mnie szatan”. Przyzwolenie społeczne na modyfikację ciała jest dość duże. Najmniej przekonani są ludzie starsi, ich krytyka pojawia się częściej aniżeli krytyka członków najbliższej rodziny.

Badania dowodzą, iż ludzie przekształcają ciała nie tylko dla siebie, ale i dla innych. I nie chodzi tu o spełnianie życzeń osób postronnych, ale raczej o pokazanie się w nieco innym świetle, o zaznaczenie swojej osoby, podkreślenie własnej indywidualności czy niezależności, a także o wyróżnienie się w tłumie innych ludzi. Ponadto ten materiał dowodzi, iż ludzie wstępują w związki z osobami o podobnych preferencjach życiowych. Świadczy o tym chociażby przewaga związków z partnerami o dokonanej modyfikacji ciała. Nie ulega wątpliwości, iż Ci, którzy sami posiadają tatuaż czy piercing, okażą się bardziej tolerancyjni od osób niedokonujących żadnej modyfikacji ciała. Choć i takie związki wśród naszych badanych występują. Badania utwierdzają nas w przekonaniu, iż przekształcaniu ciała sprzyja przyzwolenie społeczne, zwłaszcza w rodzinie, oraz naśladownictwo najbliższych członków rodziny, którzy zastosowali tego typu praktyki. Pewną zachętą do przekształcania ciała są nasilające się w społeczeństwie trendy zwłaszcza wśród rówieśników, którzy zawsze stanowili pewien punkt odniesienia dla młodych ludzi.

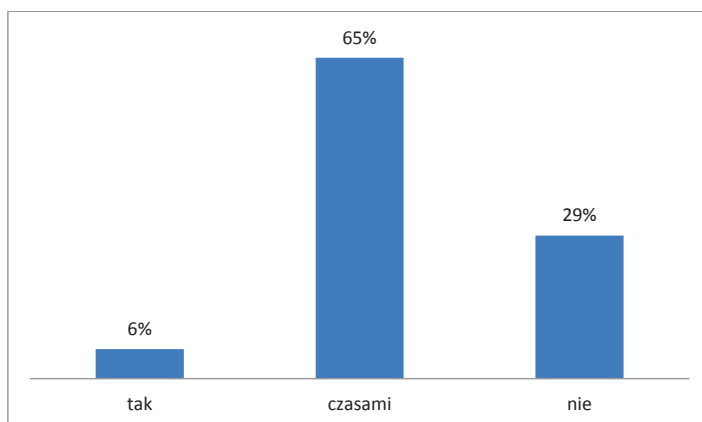
c) wartość przekształconego ciała na rynku pracy

Nasze ciało podlega kontroli społecznej i może być narażone na różnego rodzaju sankcje formalne bądź nieformalne. Modyfikacja ciała może wywołać różne

reakcje społeczne począwszy od akceptacji poprzez obojętność, aż do krytyki czy nawet ostracyzmu. Zatem są pewne granice, których przekroczenie staje się bardzo niebezpieczne. Określone granice występują chociażby na rynku pracy. Są zawody, gdzie nasze ciało podlega ścisłej kontroli społecznej, a uzyskanie pracy wymaga spełnienia określonych warunków. Tak jest w przypadku modelek, od których wymaga się niemal „anorektycznego” wizerunku, a waga ciała przekraczająca odpowiednie normy może dyskwalifikować. Rynkiem pracy sterują różne mechanizmy kontrolne. Mogą one obejmować nie tylko wagę ciała (np. modelki), ale też wzrost (np. ochrona, policja), płeć (np. przedszkolanka), wygląd człowieka (np. stewardessa), sprawność fizyczną (np. strażak) czy talenty (np. aktor). Widoczne symbole przekształconego ciała mogą ułatwiać bądź utrudniać znalezienie pracy. I tak np. posiadanie w miejscu widocznym tatuażu przez artystę nie budzi zdziwienia, jednak w przypadku osób pełniących ważne funkcje społeczne, np. prezydenta jako reprezentanta narodu – mogłoby wywołać falę kontestacji.

Z zebranego materiału nie wynika jednoznacznie (wykres 4), aby tatuaż (piercing) stanowił przeszkodę w znalezieniu pracy, choć zauważyć można pewną niekonsekwencję badanych. Ponad połowa z nich (65%) stwierdza, że tylko „czasami” przekształcenie ciała stanowić może przeszkodę na rynku pracy. Niemal co trzeci badany (29%) twierdzi, iż tatuaż bądź piercing nie stanowią przeszkody w pozyskaniu pracy. Przy czym respondenci wykazują pewną niespójność, a mianowicie połowa z nich (51%) zakrywa przed potencjalnym pracodawcą tatuaż, idąc na rozmowę kwalifikacyjną.

Wyk. 4. Prezentacja uzyskanych odpowiedzi na pytanie: *Czy Twoim zdaniem przekształcanie ciała (tatuaż, piercing) przeszkadza w znalezieniu pracy?*



Źródło: opracowanie własne

Wśród osób wyrażających pogląd, iż przekształcone ciało nie stanowi przeszkody w pozyskaniu pracy (29%), są tacy (8%), którzy idąc na rozmowę kwalifikacyjną, ukrywają tatuaż przed pracodawcą. Jeżeli tatuaż jest w niewidocznym miejscu, to

przypuszczać należy, iż dla pracodawcy nie ma on żadnego znaczenia. Jednak trudno przewidzieć reakcje pracodawcy wobec osoby, która posiada tatuaż w widocznym miejscu, np. na ramieniu, jednak udając się na spotkanie, celowo ukrywa się ten fakt. Zatem twierdzenie osób, które skutecznie ukrywają tatuaż, że nie przeszkadza on w poszukiwaniu pracy, należałoby traktować z pewnym dystansem.

Nie wszyscy pracodawcy tolerują tatuaż czy piercing w miejscu pracy. Na pytanie: *Czy Twój szef wymaga lub wymagał od Ciebie zakrycia tatuaży lub kolczyków w miejscu pracy?* co dziesiąty badany (10%) udziela odpowiedzi twierdzącej. Ponadto co trzeci badany (35%) obawia się wpływu posiadanego tatuażu na przyszłą pracę. Co piąty respondent (20%) decydując się na kolejny tatuaż, bierze pod uwagę czynniki zawodowe, a niemal co drugi (46%) czynniki ekonomiczne. Jeśli chodzi o te ostatnie, trudno przewidzieć, czy badani brali pod uwagę koszty związane z wykonaniem kolejnego tatuażu, czy też ewentualne straty ekonomiczne związane z ograniczonym dostępem do intratnych miejsc pracy. Jednak tego typu dylematy nie pozostawiają wątpliwości, iż tatuaż w widocznym miejscu może okazać się ryzykowny w poszukiwaniu pracy.

Na podstawie prezentowanego tu materiału badawczego można wysunąć tezę, iż wartość ciała przekształconego (w wyniku tatuażu bądź piercingu) raczej maleje aniżeli rośnie na rynku pracy. Tezę tę potwierdzają zarówno prezentowane wyżej odpowiedzi, jak i te, które uzyskano na pytanie: *Co straciłeś (-aś) przez wykonanie swojej modyfikacji ciała?* Mówiąc o stratach, respondenci wskazywali te związane z własnym ciałem, np. „kawałek ciała”; „miejsce na lepszy tatuaż”. Wśród strat występują także te odnoszące się do pracy zawodowej, jak np. „dobra praca”; „możliwość pracy jako kelnerka”; „możliwość zostania stewardessą”. Wiele zależy od preferencji zawodowych. W jednych zawodach tatuaż czy piercing nie będą miały żadnego znaczenia, w innych zaś należy się liczyć z ewentualnym ryzykiem odmowy przyjęcia do pracy.

Zakończenie

Przekształcenie ciała, którego symbolem jest tatuaż i piercing, ma ogromne znaczenie zarówno osobiste, jak i społeczne. Zaprezentowane wyżej badania dowodzą, iż ludzie decydujący się na przekształcanie ciała, mają określone ku temu powody. Wykonują je nie tylko dla siebie, ale i dla innych. Motywy osobiste łączą się ze społecznym znaczeniem, jakie nadaje jednostce „nowy” wygląd. Szczególne znaczenie dla badanych ma tatuaż, którego symbolika jest bardzo bogata. Ponadto, jak wykazały badania, tatuaż staje się oznaką ludzkiej tożsamości. Świadczą o tym motywy osobiste i spodziewane korzyści, jakimi kierowali się respondenci, podejmując decyzję o tej formie przekształcenia ciała. Przykładem jest osiągnięcie poprzez tatuaż własnej niezależności czy podkreślenie indywidualności. Ludzie pragną ukazać te wartości poprzez mowę ciała. Tymczasem są to wartości świadczące o ludzkiej tożsamości, będące oznaką wnętrza człowieka, a nie jego ciała. Nastąpiło pewne przewartościowanie, gdzie „ja” indywidualne zostało sprowadzone do kategorii ciała.

Zredukowanie tożsamości do ciała przyczyniło się do jej rozpadu, co podkreśla H.L. Moore: „traktowanie ciała jako siebie jest raczej dramatycznym przykładem rozpadu formy tożsamości i jej przekształcenia się w formę ciała” (2004, s. 413). Badania ukazują, iż słabną mechanizmy kontroli społecznej. Reakcje najbliższego otoczenia na przekształcanie ciała są najczęściej pozytywne (zwłaszcza partnerów życiowych, przyjaciół) bądź obojętne (rodziców). Najbardziej restrykcyjni okazują się dziadkowie, którzy raczej negatywnie reagują na przekształcenie ciała. Zatem granice tolerancji społecznej są zakreślone dość szeroko, co stanowi pewne przyzwolenie społeczne. Widoczna modyfikacja ciała niesie pewne ryzyko zwłaszcza na rynku pracy. Niektóre zawody są nadal zamknięte dla osób posiadających tatuaż w widocznym miejscu. Przypuszczać należy, iż trend w kierunku modyfikacji ciała będzie narastał, rozszerzając tym samym horyzont badawczy nie tylko dla socjologów, zajmujących się ciałem, ale też dla psychologów czy filozofów.

Bibliografia

- Bourdieu P. (2000). *Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy sądenia*. Warszawa: Scholar.
- Jakubowska H. (2009). *Socjologia ciała*. Poznań: UAM.
- Moore H.L. (2004). *Co się stało kobietom i mężczyznom? Płeć kulturowa i inne kryzysy w antropologii*. W: M. Kempny, E. Nowicka (red.), *Badanie kultury. Elementy teorii antropologicznej. Kontynuacje*. Warszawa: PWN.
- Paluch A., Phoenix A.M. *Tatuaż i piercing: stereotypy oraz uprzedzenia*: www.portalpolska.pl (dostęp 27.02.2014).
- Phoenix A.M. *Dzieje piercingu i jego znaczenie*: www.twierdzawyobrazni.pl (dostęp 06.08. 2013).
- Shilling Ch. (2010). *Socjologia ciała*. Warszawa: PWN.

Body transformation: tattoo and piercing. The personal motive and social significance

Abstract

The article presents an escalating problem of contemporary transformation of body through tattoos and body piercing. It is a presentation of the results of research carried out among people using appropriate methods for body transformation. Research problems revolve around the themes of body transformation, the impact of the social environment and the importance of decorating the body in social and professional life.

Key words: body transformation, body modification, tattoo, piercing

Beata Tobiasz-Adamczyk

Collegium Medicum w Krakowie
Uniwersytet Jagielloński

Wybrane aspekty relacji pomiędzy socjologią medycyny a socjologią choroby

Streszczenie

Śledząc rozwój socjologii medycyny jako subdyscypliny socjologii ogólnej w relacji do obserwowanych zmian w perspektywach teoretycznych i obszarach badań socjomedycznych, zwrócono szczególną uwagę na ewolucję socjologii choroby i niepełnosprawności. Szczegółowo zostało omówione znaczenie uwarunkowań wynikających z chorowania na choroby przewlekłe dla jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia. Poruszono temat relacji pomiędzy socjologią chorób psychicznych a trendami obserwowanymi w socjologii ogólnej.

Słowa kluczowe: ewolucja socjologii medycyny, socjologia choroby i rehabilitacji, socjologia chorób psychicznych

Socjologia medycyny należy do jednej z niewielu subdyscyplin, która wyodrębniwszy się z socjologii ogólnej, ale bazując na jej podstawach teoretycznych i założeniach metodologicznych, znajdujących zastosowanie w coraz silniej rozwijających się badaniach empirycznych, osiągnęła tak wiele w stosunkowo krótkim czasie. Zaznaczyła swoją ugruntowaną pozycję nie tylko we współczesnej myśli socjologicznej, ale – co równie ważne – w naukach medycznych, czy szeroko rozumianych naukach o zdrowiu.

Interdyscyplinarny charakter socjologii medycyny, która przez samą nazwę spaja obie odmienne dziedziny nauk, oznacza z jednej strony – w porównaniu do medycyny – wyraźne jej ulokowanie w pozornie odległych perspektywach postrzegania rzeczywistości i tworzonych dla celów badawczych paradygmatach. Z drugiej strony spoiwem łączącym obie dyscypliny (jak sama nazwa wskazuje) jest fakt, że zarówno w socjologii medycyny, jak i w samej medycynie nitią przewodnią są dwie podstawowe i niezwykle ważne wartości, tj. zdrowie i życie ludzkie.

Ten drugi „człon”, wskazujący na „charakter i jakość wymiaru medycznego a ściślej zdrowotnego”, określa w znaczący sposób socjologiczną interpretację zaistniałego zjawiska zdrowotnego, a tym samym perspektywę teoretyczną i paradygmaty stosowane głównie na użytek podejmowanych badań socjomedycznych.

Według ujęcia Williama C. Cockerhama (2004), „celem socjologii medycyny, ważnej subdyscypliny w obrębie socjologii ogólnej, jest opisanie i rozpoznanie znaczących wielorakich relacji pomiędzy czynnikami społecznymi a różnymi wskaźnikami stanu zdrowia poszczególnych jednostek, grup społecznych lub całych społeczeństw”. Jako dyscyplina akademicka, socjologia medycyny skupia się na społecznych przyczynach i konsekwencjach ludzkich zachowań, koncentrując się na celu będącym przedmiotem jej zainteresowań, tj. społecznych przyczynach zmian w stanie zdrowia, jak również konsekwencjach społecznych wynikających z występujących chorób.

Socjologia medycyny na przestrzeni lat uległa znacznej ewolucji, która objęła nie tylko oficjalną nazwę, gdyż coraz częściej obok swej tradycyjnej postaci określana jest jako socjologia choroby, zdrowia i leczenia. Uszczegółowienie obszarów w obrębie tej dyscypliny jest symbolem jej dynamicznego rozwoju – pewne obszary usamodzielniały się, wydzieliły lub pojawiły się nowe pola zainteresowań badawczych. Stały się one wyrazem kolejnych wyzwań, które pojawiły się zarówno w perspektywach myślenia socjologicznego, jak i wywołane zostały przez nierozpoznane lub nieznanne dotąd problemy zdrowotne. Zaowocowało to rozwojem w ramach socjologii medycyny nowych gałęzi, takich jak np. socjologii diagnozy (Jutel, Nettleton 2011), socjologii starzenia się (Marshall, Bengtson 2011), socjologii niepełnosprawności (Scambler 2010) czy socjologii żywienia, ściśle związanej z socjologią zdrowia (Germov, Williams 2008; Tobiasz-Adamczyk 2013b).

Szczególnie w socjologii choroby i niepełnosprawności, a także w socjologii starzenia się, początkowa ogólna orientacja uległa zmianie i socjologiczne aspekty zaczęto szczegółowo rozpatrywać w powiązaniu zarówno z sytuacją chorych, cierpiących na wiele schorzeń somatycznych, stanowiących obecnie ważne problemy społeczne (choroby układu krążenia, choroby nowotworowe, choroby układu oddechowego), jak i chorych na zaburzenia psychiczne (socjologia chorób psychicznych), a także z sytuacją nosicieli nowych chorób zakaźnych (HIV, AIDS) lub osób borykających się z konsekwencjami społecznymi rzadkich chorób, zwykle o podłożu genetycznym (np. mukowiscydozy), czy też osób niepełnosprawnych w wyniku wad wrodzonych lub nabytej niepełnosprawności na skutek zdarzeń życiowych (np. wypadków). Podobnych związków można poszukiwać w odniesieniu do konsekwencji społecznych (w wymiarze mikro- i makrospołecznym) przebytych chorób, w powiązaniu ich z nabytą niepełnosprawnością lub procesem starzenia się w odniesieniu do kondycji fizycznej, psychicznej i społecznej.

Ewolucja socjologii medycyny

Jakkolwiek „prawdziwie socjologiczny” rozwój tej subdyscypliny datuje się przede wszystkim od czasów Parsonsa (1951), z racji rozważań nad znaczeniem stanu zdrowia dla sprawnego funkcjonowania społeczeństwa jako systemu społecznego, to wiele źródeł zwraca uwagę, że termin ten pojawiał się w znaczeniu zgodnym z definicją tej subdyscypliny już w latach 40. XX wieku, natomiast w nieco innym

kontekście posługiwano się nim w XIX wieku i na początku XX wieku. Wcześniejsze określenia socjologii medycyny można utożsamiać przede wszystkim z medycyną społeczną. Scambler (2005) zauważa, że nawet jeśli na początku XX wieku ukazywały się prace operujące terminem „socjologia medycyny”, to termin ten był używany przez lekarzy. Jakkolwiek te wcześniejsze odwołania można wiązać z genezą powstania socjologii medycyny, to dopiero późniejszy okres (2. połowa XX wieku) przyniósł rzeczywisty wkład socjologów w rozwój tej subdyscypliny, dzięki stworzeniu silnych jej zrębów w trzech krajach, tj. w USA (Parsons, Straus, Freidson, Hollingshead i Redlich), Wielkiej Brytanii (Susser, Watson, Jefferys, Brown) i w Niemczech (Siegrist). Scambler nie odnotowuje faktu (co podaje Cockerham, 2000), że w tym samym czasie również w Polsce, dzięki prof. Magdalenie Sokołowskiej, powstała socjologia medycyny (Sokołowska 1969; Sokołowska, Hałówka, Ostrowska 1976; Sokołowska 1986; Sokołowska 1990) i zawdzięcza jej swój systematyczny rozwój, tworząc „polską szkołę socjologów medycyny”, dla których stała się ona głównym obszarem zainteresowań i uprawiania działalności badawczej.

Podobnie Samuel Bloom (2002), śledząc korzenie socjologii medycyny, powołuje się na jej związki z koncepcjami określającymi „medycynę jako naukę społeczną”, a także na traktowanie jej na równi z medycyną społeczną i umownie nazwaną „socjologią medycyny” w jej XIX-wiecznym znaczeniu; wszystkie te przywołane tu dyscypliny poszukiwały relacji pomiędzy warunkami społecznymi a problemami zdrowotnymi.

Panuje jednak całkowita zgoda, że to w połowie XX wieku nastąpiły rzeczywiste działania na rzecz budowania odrębności tej subdyscypliny i definiowania przedmiotu badań.

Klasyczny podział dokonany w 1955 roku przez Roberta Strausa na *sociology in medicine* i *sociology of medicine* przez długie lata wywierał znamieny wpływ na kierunki podejmowanych rozważań i badań. Równocześnie najmocniej zaznaczające się różnice w podchodzeniu do jej zadań i celów ukazane zostały w socjologii medycyny uprawianej z pozycji teoretycznych oraz w socjologii medycyny uprawianej na użytek medycyny, czy też socjologii stosowanej w medycynie (Scambler 2005, s. 1–11; 2008).

Zatem obserwowany rozwój socjologii medycyny przebiegał na dwóch, często niezależnych od siebie płaszczyznach: na jednej – w bliskiej współpracy z samą medycyną, wykorzystując socjologiczną wiedzę i metody badawcze, poprzez badania naukowe i działania instytucjonalne, związane z codzienną praktyką instytucji medycznych; zadecydowało o tym ulokowanie jednostek skupiających zespoły socjologów medycyny w uczelniach medycznych. Na tej drugiej płaszczyźnie zainteresowanie zjawiskiem choroby, stanu zdrowia, instytucji medycznych, czy też profesji medycznych od dawna było obecne w różnych nurtach przedstawicieli socjologii ogólnej; potwierdzenie tej tendencji można znaleźć we wspomnianych już studiach Talcotta Parsonsa, rozważaniach Anthony’ego Giddensa, a także Piotra Sztompki, który w swoim studium o roli zaufania w relacjach pacjent-lekarz, wskazał na

zaufanie powiernicze jako podstawowe spoiwo kontaktów z przedstawicielami instytucji medycznych (Sztompka 2007; Giddens 2012).

Margaret Gold w opublikowanej w roku 1977 pracy, na podstawie przeglądu teorii i koncepcji, które powstały do 1976 roku, podjęła krytykę socjologii medycyny. Z krytyki tej wynika, że w konsekwencji definiowania w owym czasie choroby jako dewiacji, a instytucji medycznych jako uprawomocnionego mechanizmu kontroli społecznej, socjologowie medycyny bezkrytycznie ujmowali chorobę zgodnie z koncepcją specyficznej roli społecznej, utożsamiając ją z okresową dewiacją, bez zwracania uwagi na różny sposób pełnienia tej roli w zależności od odmiennych uwarunkowań zdrowotnych.

Główny zarzut Margaret Gold wobec socjologii medycyny dotyczy utraty jej tożsamości i odwoływania się do modeli medycznych. Rozpatrując postawy i zachowania wobec zdrowia, choroby i systemu opieki zdrowotnej opierano się na modelach medycznych; dowodem takiego podejścia okazały się badania nad skargami pacjentów, wyrażającymi sprzeciw wobec norm medycznych, rutynowych praktyk medycznych i reżimów narzucanych przez medycynę. Podobnie krytycznie Gold odniosła się do przeniesienia na grunt socjologii medycyny medycznej definicji „problemu”, przywołując stwierdzenie M. Pflaza (1975), że socjologia medycyny podporządkowała się „zadaniom wyznaczonym przez medycynę” – tj. działaniom podejmowanym przez lekarzy, aby zwalczać „wroga”, jakim była choroba. Służące tej medycznej ideologii podejmowane badania socjomedyczne uznawały słuszność norm i wartości narzucanych przez medycynę, jako przydatnych dla całego społeczeństwa. Trudności w komunikacji w relacjach lekarz – pacjent, badane przez socjologów medycyny, postrzegane były jako „błędy pacjentów”.

Pisząc o rozwoju socjologii medycyny, Scambler skonstatował, że złoty wiek tej dyscypliny przypadł na lata 1956–1970 – dzięki pracom Talcotta Parsonsa, a także olbrzymiemu wkładowi, jaki wnieśli Robert Merton, Howard Becker i Erving Goffman (Scambler 2005).

Jakkolwiek przez kilka dekad socjologia medycyny była zdominowana przez podejście funkcjonalistyczne, to jednak wprowadzenie do niej interakcjonizmu symbolicznego nie tylko spowodowało znaczącą zmianę w perspektywie teoretycznej, ale także doprowadziło do ostrego ścierania się poglądów reprezentowanych przez zwolenników obu tych orientacji teoretycznych.

W latach 80. XX wieku na gruncie socjologii medycyny pojawiła się nowa, ale bardzo znacząca problematyka badawcza, dotycząca zdrowia kobiet; próbowano nie tylko pokazać różnice w stanie zdrowia pomiędzy kobietami i mężczyznami, ale także wyjaśnić społeczne przyczyny tych różnic. W tym samym czasie obok studiów nad rolą nierówności społecznych w stanie zdrowia podejmowano badania na poziomie mikrostruktury społecznej, odnoszące się do różnych aspektów opieki zdrowotnej, w tym przekonań i wierzeń laików na temat zdrowia, a także próbowano analizować doświadczenia wynikające z przeżywania choroby.

Cockerham (2000) podkreśla, że w latach 90. XX wieku socjologia medycyny, podobnie jak i inne nauki społeczne, doświadczyła zmian wynikających z nowego porządku społecznego, m.in. z upadku dawnego systemu politycznego w krajach Europy Wschodniej w latach 1989–1991. Dokonujące się równocześnie przemiany w stratyfikacji społecznej obserwowane w wielu krajach, a także zwiększona mobilność społeczna, doprowadziły do jeszcze mocniej zarysowujących się społecznych, ekonomicznych i zdrowotnych nierówności, przyczyniając się do wzrostu grup społecznych najniżej ulokowanych na drabinie społecznej i zwiększenia się liczby osób bezdomnych.

Lata 90. XX wieku przyniosły dodatkową „dominację medycyny”, przede wszystkim poprzez trwający od kilku dekad dyktat związany z medykacją życia społecznego, co zwróciło uwagę socjologów (nie tylko medycyny) na kontekst społeczno-kulturowy tego zjawiska, a później ruch kontestujący medykację życia społecznego.

Począwszy od lat 90. XX wieku np. w USA rozpoczęły się bardzo intensywne badania naukowe nastawione na różnorodne problemy, wśród których wymienić należy: AIDS, proces starzenia się i stan zdrowia osób starszych, zdrowie psychiczne, zdrowie kobiet i związane z tym różnice w stanie zdrowia pomiędzy kobietami a mężczyznami, nierówności społeczne w etnicznych grupach mniejszościowych, wzorce korzystania z opieki medycznej, przemiany w zawodach medycznych, politykę społeczną i reformy obowiązujących systemów opieki zdrowotnej. Podobnie w Wielkiej Brytanii badania, które umacniały pozycję socjologii medycyny, koncentrowały się na nierównościach zdrowotnych, wynikających z nierówności społecznych, relacjach pomiędzy stylem życia a stanem zdrowia, zagrożeniach wynikających z AIDS, konsekwencjach chorób przewlekłych, w tym w powiązaniu z socjologią ciała.

W tym okresie zwiększyło się zainteresowanie problematyką społecznych konsekwencji starzenia się, zarówno całych społeczeństw, jak i w wymiarze indywidualnym, sprzyjając rozwojowi socjologii starzenia się, stanowiącej przeciwwagę dla gerontologii społecznej.

Spoglądając na rozwój socjologii medycyny w Polsce w ostatniej dekadzie XX wieku można zauważyć, że nie odbiegała ona zakresem prowadzonych badań socjomedycznych i rozważań teoretycznych od tendencji ogólnoświatowych, przy czym może większa uwaga badaczy skierowana została na problematykę zdrowia, przede wszystkim promocję zdrowia (Słońska 2008; Słońska 2009).

Na początku nowego milenium Cockerham (2000) podjął dyskusję nad ogólną kondycją socjologii medycyny, czy też socjologii zdrowia, zaznaczając, że jest to szczególnie ważny okres dla tej specjalizacji, w obliczu wielkich społecznych, ekonomicznych i politycznych procesów transformacji w społeczeństwach, istotnie wpływających na politykę zdrowotną, system zabezpieczeń społecznych, zdrowie całych populacji, a w konsekwencji na zakres działań socjologów medycyny. Cockerham podkreślał siłę oddziaływania socjologii medycyny poprzez jej zdolność

odkrywania i formułowania odpowiedzi na ważne pytania dotyczące znaczących związków pomiędzy zdrowiem a zmieniającym się społeczeństwem.

Cockerham (2000), analizując naturę postmodernistycznej rzeczywistości, przywołał ocenę tej epoki jako „historycznie nowej, tworzącej odmienne kulturowe wytwory i nowy typ teoretycznych rozważań o społecznym świecie, co oznacza, że pojawia się coś nowego w społeczeństwie i wypiera lub znacząco modyfikuje rzeczywistość społeczną wykreowaną w dobie industrializacji” (2000, s. 55). Nowe społeczne uwarunkowania, zachodzące w nowoczesnych społeczeństwach, wyznaczają ściśle relacje pomiędzy zdrowiem a społeczeństwem. Według Cockerhama socjologia medycyny musi dostosować się do nowych wyzwań społecznych, związanych z kulturą postmodernistyczną, tym bardziej, że obecnie ta subdyscyplina należy do najbardziej aktywnych socjologicznych „specjalizacji” – i obejmuje swym zasięgiem już nie tylko Europę i USA, ale także kraje Afryki, Azji i Ameryki Południowej (2000, s. 56).

Przekonanie, że u progu nowego milenium socjologia medycyny stała się globalną subdyscypliną, potwierdza fakt, że na jej rozwoju wyraźnie zaznaczył się proces globalizacji – zarówno w wymiarze ekonomicznym, politycznym, jak i kulturowym. Drugim procesem, który wyraźnie wpłynął na pozycję tej subdyscypliny, jest „mcdonaldyzacja” społeczeństw. Kolejnym istotnym procesem jest wskazany tutaj przez Cockerhama, a według Scamblera „domniemany”, wpływ kultury postmodernistycznej, która poprzez bardziej liberalne podejście przypisuje socjologom medycyny przede wszystkim rolę „interpretatorów”, a nie, jak poprzednio, rolę profesjonalnych ekspertów (Cockerham 2000).

Odnosząc się do roli socjologii medycyny we współczesnym społeczeństwie, Bernice Pescosolido (2011a, 2011b) podkreśla, że jednym z dominujących obszarów zainteresowań i przedmiotem badań były zawsze i są nadal kwestie związane z nierównościami społecznymi, znacząco warunkującymi stan zdrowia i zróżnicowane ryzyko występowania chorób. Zwykle do klasycznych przyczyn nierówności zaliczano zróżnicowany status społeczno-ekonomiczny, różnice w pozycjach w strukturze społecznej wynikające z płci i wieku, a także wpływ ważnych wydarzeń życiowych, stresu społecznego, przejawów dyskryminacji i wykluczenia społecznego w konsekwencji ubóstwa, bezrobocia czy bezdomności.

W połowie lat 90. XX wieku koncentracja zainteresowań badawczych przesunęła się w kierunku innego typu społecznych nierówności warunkujących stan zdrowia w różnych grupach społecznych i wiekowych, tj. w stronę znaczenia sieci społecznych, wsparcia społecznego i zasobów psychospołecznych, w postaci kapitału społecznego tak na poziomie jednostkowym, jak i społecznościowym (Due i in. 1999; Ell 1996).

Ostatnie dekady przyniosły badania nad wpływem postmodernistycznych zmian społecznych związanych ze stresem społecznym, jak też stylów życia warunkujących ryzyko chorób przenoszonych drogą aktywności seksualnej. Do nowych obszarów badawczych zaliczyć należy rozważania dotyczące jakości życia,

gwałtownie wzrastającej proporcji osób starszych w społeczeństwach. Wzrosło zainteresowanie socjologii medycyny samoleczeniem i sięganiem po metody stosowane w medycynie alternatywnej (Piątkowski 2008). Wiele badań prowadzonych przez socjologów medycyny nastawionych było i jest na krytykę działalności zarówno profesjonalistów medycznych, jak i systemu funkcjonowania opieki zdrowotnej.

Socjologia medycyny, zataczając coraz szersze kręgi w poszukiwaniu swych zainteresowań i wkraczając na coraz bardziej skomplikowane obszary w odkrywaniu nowych powiązań pomiędzy naukami społecznymi i medycznymi, na trwałe wpięła się nie tylko w działalność naukową, ale także w programy nauczania przede wszystkim w uczelniach medycznych, a w ostatnich latach również w programy studiów socjologicznych.

Osiągnięciem socjologii medycyny stało się wskazanie na ograniczenia tradycyjnego biomedycznego podejścia do zdrowia i choroby oraz rozpowszechnienie biopsychospołecznego modelu zdrowia i choroby; model ten znajduje również szerokie zastosowanie w odniesieniu do zachowań w procesie leczenia (*illness behaviour*). Jak wskazuje Giddens (2012), wypracowany przez ostatnie wieki biomedyczny model choroby zakładał, że: 1) przez chorobę rozumie się usterkę fizyczną, która uniemożliwia „normalne funkcjonowanie organizmu”; 2) umysł i ciało można traktować oddzielnie – pacjent traktowany jako chore ciało, jako patologia, a nie kompletna jednostka ludzka. Nie trzeba zajmować się samopoczuciem pacjenta – trzeba się zająć zwalczaniem choroby. Chore ciało można poddawać zabiegom, badać, leczyć osobno, bez uwzględniania innych czynników; 3) jedynymi ekspertami powinni być ludzie wyspecjalizowani w tej dziedzinie. Choroby należy leczyć wyłącznie w szpitalu. Profesjonaliści medyczni są jedynymi osobami uprawnionymi do leczenia, w medycynie nie ma miejsca na „nienaukowe” praktyki medyczne (Giddens 2012, s. 394). Odwołując się do krytyki biomedycznego modelu choroby, i opierając się na różnych źródłach, Giddens dowodzi, że: „choroba jest konstruktem społecznym, którego nie można uchwycić w kategoriach „prawdy naukowej”; opinie pacjentów i ich doświadczanie choroby mają podstawowe znaczenie dla terapii; lekarze nie są jednym źródłem wiedzy na temat zdrowia i choroby; powrót do zdrowia nie musi odbywać się w szpitalu. Leczenie z zastosowaniami techniki, chirurgii i środków farmakologicznych niekoniecznie przewyższa inne formy terapii” (Giddens 2012, s. 369).

Dostrzeżenie znaczenia jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, niepełnosprawnością czy procesem starzenia się, a niejednokrotnie również konsekwencjami interwencji medycznej – ratującej życie i przywracającej w różnym stopniu zdrowie somatyczne, ale prowadzącej do ograniczeń w społecznej aktywności – stało się podstawą rozwinięcia całej gamy badań nad społecznym wymiarem jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia, budując od lat siedemdziesiątych powszechnie rozpowszechnioną koncepcję, która stała się podstawą dla wzrastającej gwałtownie liczby badań socjomedycznych.

We współczesnym ujęciu socjologii medycyny coraz silniej zaznacza się integracja tej subdyscypliny z innymi naukami społecznymi, takimi jak psychologia zdrowia i psychologia kliniczna, oraz epidemiologia społeczna (Berkman, Kawachi 2000), które poruszają się w obrębie podobnych problemów badawczych wiążących zdrowie z uwarunkowaniami psychospołecznymi. Szczególnie gwałtowny rozwój epidemiologii społecznej, również uprawianej najczęściej przez socjologów (przede wszystkim amerykańskich), można postrzegać jako pewną „konkurencję” dla samej socjologii medycyny. Obie dyscypliny łączy wspólny przedmiot zainteresowań, np. nierówności a stan zdrowia, rola sieci relacji w samoocenie zdrowia, konsekwencje utraty pracy, przejścia na emeryturę, stres zawodowy itd., podobnie jak odwołanie się do tych samych orientacji teoretycznych. Natomiast to, co różni socjologię medycyny od epidemiologii społecznej, to odmienne metody badań: w epidemiologii społecznej przeważają badania ilościowe z zaawansowanymi metodami statystycznymi stosowanymi przy analizowaniu wyników, podczas gdy w socjologii medycyny obserwuje się od kilku dekad tendencje badawcze o charakterze jakościowym.

Docenianie roli socjologii medycyny na gruncie nauk o zdrowiu wynika z faktu, że ma ona coraz większe znaczenie w rozwiązywaniu problemów zdrowia publicznego czy wyzwań wynikających z problemów epidemiologicznych. Z drugiej strony jej wkład w takie nauki kliniczne jak psychiatria, geriatria, kardiologia, onkologia czy toksykologia (leczenie uzależnień, poszukiwanie społecznych uwarunkowań samobójstw i prób samobójczych oraz innych autodestrukcyjnych zachowań) jest nie do przecenienia. Trudno nie podkreślić faktu poszukiwania przez samą medycynę wsparcia ze strony socjologii medycyny, jakkolwiek zrozumienie roli tej dyscypliny nie przyszło tak łatwo przedstawicielom profesji medycznych, jak miało to miejsce w przypadku psychologii, a przede wszystkim psychologii klinicznej. Niemniej zwrócenie się w stronę socjologii medycyny wiąże się przede wszystkim z faktem ogólnej akceptacji szerokiej definicji zdrowia, wypracowanej przez WHO (1948), jako „dobrostanu w wymiarze biologicznym, psychologicznym i społecznym”. Społeczny wymiar zdrowia, oznaczający zdolność realizacji aspiracji i zadań przez jednostkę lub grupę zgodnie z oczekiwaniami społecznymi, a także umiejętność adaptacji do zmian w środowisku społecznym, umiejętność sprostania nowym wyzwaniom, budowanie zasobów psychospołecznych, wymaga odniesienia do teorii ról społecznych i teorii interakcji, przede wszystkim interakcji symbolicznych. Sięganie do doświadczeń wypracowanych przez socjologię medycyny okazało się szczególnie przydatne w sytuacji znaczących zmian w obrazie chorób, które nastąpiły w 2. połowie XX wieku, i zmusiło do docenienia znaczenia uwarunkowań społecznych nie tylko w samej zwykle wieloczynnikowej etiologii, ale także w procesie leczenia, a przede wszystkim w ocenach jakości życia osób chorych. To nowe spojrzenie odnosi się do dominujących współcześnie chorób przewlekłych, które wraz z rozwojem postępu cywilizacyjnego i osiągnięciami medycyny stały się nieodzownym elementem towarzyszącym wydłużaniu się życia ludzkiego, a tym samym stworzyły nowe wyzwania dla scenariuszy życia społecznego poprzez dążenie do *healthy*

aging, utożsamianego z *active ageing*, oznaczającego m.in. w wieku starszym, mimo zmagania się z przewlekłymi dolegliwościami chorobowymi, aktywną partycypację w życiu społecznym.

Socjologia medycyny szybko zareagowała na zmiany, które dokonały się w filozofii medycyny w 2. połowie XX wieku, ukierunkowane na profilaktykę zdrowotną. Wpłynęły one na orientację socjologii medycyny w kierunku tematyki zdrowia, zachowań promujących zdrowie, co w konsekwencji doprowadziło do wyodrębnienia się nowej subdyscypliny – socjologii zdrowia. Kulturowy i społeczny kontekst zachowań zdrowotnych, ściśle powiązanych z wpływami społecznymi i kulturowymi, zaznaczył się wyraźnie w różnych wyborach stylu życia, czego wskaźnikiem jest palenie papierosów, konsumpcja alkoholu, sięganie po środki psychoaktywne, określone zwyczaje żywieniowe, wzory spędzania wolnego czasu, bezpieczna jazda samochodem, przestrzeganie badań kontrolnych. Nowe zasady prozdrowotnego stylu życia wymagały i wymagają zmiany postaw i zachowań, niejednokrotnie odrzucenia dawnych zwyczajów i adaptacji do nowych – zgodnie z hasłem: „Twoje zdrowie w Twoich rękach”. Oznaczało to budowanie modeli promocji zdrowia w oparciu o założenia socjologii zdrowia (Ostrowska 1999; Słońska 2008; Słońska 2009), a tym samym wprowadzenie nowej strategii wzmacniania zdrowia na różnych poziomach społecznego funkcjonowania. Adele E. Clarke i Janet Shim (2011) dowodzą, że teoria dotycząca medykalizacji okazała się „sercem” nie tylko socjologii medycyny, ale także socjologii zdrowia i choroby. Nowe wyzwania stojące przed socjologią zdrowia, wymagały zajęcia stanowiska wobec zjawiska medykalizacji – „dyktatu medycyny” w kwestii, jak żyć, dokonując podziału na „dobrych i złych” obywateli – i po pewnym czasie budząc sprzeciw co do tego dyktatu (Lupton 1997).

Ostatnie lata przyniosły nowe spojrzenie na zdrowie i chorobę z perspektywy wielowymiarowych uwarunkowań, wynikających z kontekstu społeczno-kulturowego jednostki na przestrzeni całego życia poprzez wiele powiązań – od urodzenia (a nawet wcześniej, bo już w okresie prenatalnym), okres dzieciństwa, wiek adolescencji, różne etapy wieku dorosłego, poszczególne okresy wieku starszego, aż do kresu życia, rzutujących na zajmowane pozycje społeczne w różnych fazach życia, odmienne doświadczenia życiowe, style życia, pełnione role, a w konsekwencji bilans osiągnięć i satysfakcji z życia (Tobiasz-Adamczyk 2006; Giddens 2012). W takiej perspektywie przywiązuje się wagę do pozycji społeczno-ekonomicznej rodziny pochodzenia, wywiązywania się z funkcji opiekuńczo-zabezpieczającej i socjalizacyjnej wobec dziecka, planów związanych z edukacją, więzi rodzinnych czy też występowanie patologii, np. różnych form przemocy domowej, której dziecko samo doświadcza lub jest świadkiem (Greenfield, Marks 2009). Podobne analizy prowadzi się w odniesieniu do kolejnych etapów życia, wykorzystując teorie konwoju społecznego czy sieci społecznych (Antonucci, Jackson 2007), co daje szansę określenia zasobów psychospołecznych wynikających z uwarunkowań rodzinnych, sąsiedztwa lub środowiska pracy oraz pozwala na obserwację „dziedziczenia biedy” i niskiego statusu społecznego z pokolenia na pokolenie, przebywania w środowisku

o wysokim stopniu deprivacji lub narażenia na „łańcuch” międzypokoleniowej przemocy. Takie szczegółowe spojrzenie na kontekst społeczno-kulturowy jednostki ma podstawowe znaczenie dla zrozumienia prozdrowotnego lub antyzdrowotnego stylu życia. Postrzeganie zachowań związanych nie tylko ze zdrowiem, ale przede wszystkim ze zróżnicowanym ryzykiem pojawiania się określonych chorób, znajduje potwierdzenie w uznanych teoriach, dowodzących większego prawdopodobieństwa występowania pewnych zjawisk zdrowotnych w określonych grupach społecznych, wskazując na możliwość modyfikacji pewnych uwarunkowań środowiskowych odpowiedzialnych za nie (głównie w sferze zmiany stylu życia). Te podlegające modyfikacji uwarunkowania o charakterze behawioralnym lub społecznym dają znaczącą szansę kontrolowania ich roli w obserwowanych zmianach w stanie zdrowia, nie tylko w wymiarze jednostkowym, ale także grupowym. Takie analizy prowadzono przede wszystkim w odniesieniu do chorób układu krążenia, ukazując całość wielowymiarowych powiązań z perspektywy *life course approach*, decydujących nie tylko o ryzyku wystąpienia chorób, ale także o ich przebiegu, jakości życia chorych, a nawet ryzyku zgonu (Tobiasz-Adamczyk 2005; Tobiasz-Adamczyk 2010). Konfrontacja naturalnego (biologicznego) przebiegu życia ludzkiego z kulturowym i społecznym scenariuszem wymaga odniesienia do obowiązujących norm społecznych (w tym związanych przede wszystkim z konstruktami społecznymi, kto jest uznawany za zdrowego, a kto za chorego), a także do systemu wartości i wzorów zachowań w zdrowiu i chorobie, jak również społecznych oczekiwań dotyczących symbolicznego znaczenia zdrowia.

Socjologia choroby i niepełnosprawności

Historia socjologii medycyny odzwierciedla odmienne perspektywy socjologiczne używane w odniesieniu do zjawiska choroby, poczynając od klasycznej teorii Parsonsa (1951), traktującej chorobę jako specyficzną rolę społeczną¹.

Początkowo sama choroba przedstawiana była ogólnie, bez bliższego sprecyzowania, jako pewien stan, bez szczególnej charakterystyki co do swej natury, czasu trwania i szans wyleczenia, umożliwiających powrót do aktywności społecznej sprzed choroby. Niemniej już sam Talcott Parsons wyraźnie oddzielał zaburzenia z niej wynikające w odniesieniu do chorób somatycznych (które mogą ograniczać wykonywanie okresowe pewnych zadań) i w odniesieniu do chorób psychicznych, w których wyłączenie z pewnych ról społecznych może mieć charakter trwały (Parsons 1951).

W późniejszych rozważaniach niejednokrotnie dowodzono, że tak zdefiniowana rola w przypadku choroby nie zawsze przebiega zgodnie z koncepcją Parsonsa,

¹ Na tę rolę składają się dwa prawa (zwolnienie z dotychczasowych ról społecznych i nie ponoszenie odpowiedzialności za aktualny stan zdrowia, gdyż odpowiedzialność przechodzi w ręce personelu medycznego), a także dwa obowiązki wynikające z faktu, że choroba, jako stan niepożądany, wymaga od chorego, aby chciał jak najszybciej wyjść z tego stanu (tzn. wyzdrowieć) i szukał w tym celu profesjonalnej pomocy i współpracy z personelem medycznym.

gdyż nie wszystkie choroby prowadzą do rezygnacji z dotychczasowo pełnionych ról, nie wszyscy chorzy chcą wyzdrowieć, sama gotowość (chęć) wyzdrowienia nie prowadzi do zdrowia oraz nie zawsze można otrzymać leczenie i opiekę.

Pisząc o nowych wyzwaniach stojących przed socjologią chorób przewlekłych i niepełnosprawności (*sociology of chronic and disabling conditions*), Graham Scambler i Sasha Scambler (2010) zwracają uwagę, że właśnie ta tematyka staje się bardzo ważnym przedmiotem badań w wymiarze polityczno-ekonomicznym, społecznym, psychologicznym i oczywiście biologicznym, ukazując równocześnie pomosty łączące socjologię choroby z teorią niepełnosprawności. Powiązania te zapoczątkowane zostały przez Freidsona (1970) w podjętej krytyce teorii Parsonsa, a słuszność tej krytyki potwierdzona została w późniejszych badaniach nad przebiegiem procesów adaptacji do choroby i uczenia się funkcjonowania w codziennym życiu, w zmienionych pod wpływem choroby lub niepełnosprawności uwarunkowaniach zdrowotnych (Scambler, Scambler 2010).

Nie bez wpływu na rozwój badań w socjologii choroby i niepełnosprawności pozostawały teorie dotyczące społecznego konstruktury choroby lub niepełnosprawności, zwykle związane z paradygmatami lokującymi określone choroby lub niepełnosprawność w kategoriach dewiacji wtórnej i w konsekwencji łącząc je z naznaczeniem społecznym (Goffman 2007).

Przeciwstawiając się strukturalno-funkcjonalnym modelom choroby (które to koncepcje pomijały dwa obszary rzeczywistości społecznej: subiektywne znaczenie choroby oraz działalność zdrowotną laików), od lat 80. XX wieku sięga się do koncepcji badań socjomedycznych w oparciu o interakcjonizm symboliczny i etnometriologię. Oznacza to w przypadku socjologii choroby „oglądanie świata” z perspektywy jednostki (aktora; ocena jakości życia, doświadczeń związanych z chorobą), spontaniczną ekspresję preferencji lub kontekstowe przedstawienie/zrozumienie zachowań poprzez poznanie „sensu”, „znaczeń” (np. w odniesieniu do zachowań w chorobie), sięganie do codziennych doświadczeń aktorów włączonych bezpośrednio lub pośrednio w proces chorowania (chorzy i ich opiekunowie rodzinni) (Tobiasz-Adamczyk 2013a). Badanie fenomenu choroby i chorowania na podstawie doświadczenia choroby i opisywania tego od „wewnątrz” przez samego chorego zyskało powszechną akceptację (Skrzypek 2011).

Michael Bury wskazywał na interpretatywne podejście do analizowania choroby z perspektywy działań podejmowanych w celu radzenia sobie z chorobą, łagodzenia jej skutków lub przystosowania się do niej. Według Bury’ego socjologiczne koncepcje choroby przewlekłej koncentrują się wokół trzech elementów charakteryzujących te choroby, tj. „podstępny początek, falujący przebieg i niepewności co do rokowania”, gdyż często początkowe stadium choroby trudne jest do odróżnienia od codziennych doświadczeń życiowych, co rzutuje na specyfikę podejmowanych kontaktów z profesjonalistami medycznymi, które cechuje niepewność i ryzyko błędnego zdiagnozowania sytuacji. Zjawisko niepewności dotyczy nie tylko chorego, ale także personelu medycznego, gdy proces diagnozowania nie znajduje

wyjaśnienia i rozwiązania dla występujących objawów. Zmienność przebiegu choroby oznacza niemożność przewidzenia zaostrzeń lub remisji choroby, co skutkować może doświadczaniem niepewności, a także na przemian nadziei i desperacji (Bury 1991).

Obiektywna trajektoria choroby może w różny, często odmienny sposób wpływać na jej indywidualną percepcję, a także na społeczną sytuację chorego (Robinson 1990). Trajektoria choroby oznacza pewne kontinuum stanów biologicznych, wywołujących określone reakcje u samego chorego, jak i w jego otoczeniu, tworząc np. trajektorię stygmatyzacji (Alonzo, Reynolds 1995). Z perspektywy analizowania przebiegu choroby pojawia się często obok czynnika czasu przeżycia niepewność co do nie zawsze przewidywalnych kolejnych nawrotów choroby (Ostrowska 2008, 2009).

W przypadku osób chorujących przewlekłe niepewność co do rokowania zwykle nie daje szans na wyzdrowienie, raczej wiąże się ze zróżnicowanym w czasie ryzykiem śmierci z tej przyczyny. „Scenariusz życia z chorobą”, równoznaczny z trwaniem choroby przez całe życie, stworzył nowy kontekst życia, w którym chorowanie i wpływ choroby na różne aspekty życia społecznego mają dominujące znaczenie.

Biografie osób funkcjonujących w „ramach wyznaczonych chorobą przewlekłą” uświadomiły, że towarzyszy jej często poczucie „utrąty siebie i zmiana koncepcji siebie” pod wpływem odczuwanej stygmatyzacji lub lęku przed jej ryzykiem i przed wykluczeniem (Glaser, Strauss 1968; Strauss 1975). Wykorzystanie badań jakościowych (teorii ugruntowanej) do opisu wpływu choroby przewlekłej lub niepełnosprawności na jakość życia pozwoliło na rozpoznanie, jak u osób chorych przewlekłe lub niepełnosprawnych przebiega „organizowanie choroby i organizowanie opieki”, w zależności od zmodyfikowanej pod wpływem zmian w kondycji zdrowotnej koncepcji własnej osoby, do czego doszło na skutek utraty autonomii, poszukiwania dowodów na poczucie własnej wartości i tożsamości społecznej w sytuacji świadomości niepewności przyszłości, lęku przed śmiercią, bólem, cierpieniem i ryzykiem odrzucenia przez otoczenie.

Bernice A. Pescosolido (2011a, 2011b) dowodzi, że społeczny proces choroby ma początek (wejście w rolę osoby chorej), następnie społeczny przebieg związany z pewną trajektorią, zależną od czasu trwania tego procesu i możliwości kontrolowania jego przebiegu, oraz etap końcowy, który może oznaczać „zbliżanie się do zdrowienia” lub odwrotnie – zróżnicowany w czasie etap umierania. „Sensy” nadawane sygnałom płynącym z organizmu zależą od uwarunkowań kulturowych, podobnie jak zmiany w obrazie ciała sygnalizujące chorobę mogą mieć przypisane odmienne znaczenia. „Negocjowanie” choroby odbywa się nie tylko poprzez narracyjny jej odbiór przez chorego i jego najbliższe otoczenie, ale warunkuje moment szukania profesjonalnej (medycznej) pomocy i rozpoczyna nowy etap „negocjacji” pomiędzy chorym a lekarzem jako reprezentantem instytucji medycznej. Proces choroby może obejmować następujące elementy: pierwsze symptomy, moment decyzji o konsultacji medycznej, charakter konsultacji medycznej (wstępna diagnoza),

dyskutowanie o postawionej diagnozie z rodziną, przyjaciółmi, sąsiadami; postawiona diagnoza może być zaczątkiem nowych relacji w sieci otaczającej chorego; ponowne konsultacje lekarskie, zalecane leczenie, wreszcie powrót do miejsca zamieszkania oznaczający nowe relacje z otoczeniem wyznaczone stanem choroby (Pescosolido 2011a, 2011b).

Zachowania chorych w relacji do uwarunkowań kulturowych i społecznych, analizowane przede wszystkim przez Davida Mechanica (od 1978), zwracały uwagę na znaczenie przekonań, wierzeń, symbolicznego wymiaru choroby, ale także na konieczność odwołania się do sieci udzielających wsparcia osobom chorym (Kasl, Cobb 1966).

Szczególna relacja pomiędzy ciałem zmienionym przez chorobę lub zastosowane leczenie a samoakceptacją tej zmiany oznacza niejednokrotnie konieczność uczenia się „odczytywania na nowo własnego ciała”. Ma to istotne znaczenie w niepełnosprawności utożsamianej ze zróżnicowanymi ograniczeniami w codziennej aktywności życiowej, zmianach w aspiracjach życiowych, w psychoemocjonalnym i społecznym well-beingu osób uznanych za niepełnosprawne lub mające pewne zaburzenia stanu zdrowia, w konsekwencji prowadzące do ograniczonych możliwości funkcjonowania w porównaniu do ludzi uznanych za zdrowych (Frank 2004).

W chorobie, której towarzyszy poczucie utraty kontroli nad własnym ciałem, pojawiają się kolejne ważne społeczne konsekwencje przez tworzenie swoistego wyznacznika codziennego funkcjonowania i jakości życia. Ukrywanie zmian w ciele lub „przyjmowanie maski”, aby nie być postrzeganą(-nym) jako nosicielka/nosiciel piętna, przybiera różne formy (Turner 2005). Symboliczne interakcje pomiędzy pojęciem normalności w odniesieniu do wyglądu ciała lub funkcji jego poszczególnych narządów mogą zostać zaburzone w związku z utratą znaczących atrybutów, prowadząc do naznaczenia z racji „brzydoty cielesnej” lub ciała niespełniającego oczekiwań społecznych (Kelly, Field 2005).

Przyjęte modele niepełnosprawności wyraźnie pokazują jej wieloaspektowy charakter; obok ograniczeń w stanie zdrowia fizycznego szczególnego znaczenia nabiera możliwość samodzielnego wykonywania podstawowych czynności dnia codziennego, związanych z samoopieką (możliwość samodzielnego spożycia posiłku, umycia się, ubrania, poruszanie się po mieszkaniu lub na zewnątrz, możliwość samodzielnego wykonywania lekkich lub ciężkich prac domowych, przygotowywania posiłków, załatwienia zakupów lub spraw urzędowych) (Ostrowska 2009). Równocześnie niemożność wykonywania lub ograniczenie w przytoczonych tu czynnościach są równoznaczne z zależnością osób chorych i niepełnosprawnych od swego otoczenia: opiekunów nieformalnych lub formalnych (zawodowo parających się opieką nad osobami niesamodzielnymi). Kolejnym ogniwem w wielowymiarowych modelach niepełnosprawności okazał się „wymiar społeczny”, określający zakres pełnionych ról społecznych tak w rodzinie, jak i w kręgu przyjaciół, aktywność zawodową, a poprzez sieć utrzymanych lub ograniczonych relacji społecznych, decydujący o stopniu integracji społecznej (Tobiasz-Adamczyk 2012).

Socjologia chorób psychicznych

Związki socjologii medycyny z psychiatrią należą nie tylko do najdłuższych, ale również najbardziej znaczących dla rozwoju psychiatrii (szczególnie psychiatrii społecznej), pomimo wielu punktów zwrotnych w tych relacjach, oznaczających okresy ścisłej wzajemnej współpracy oraz okresy odrzucania przez psychiatrów teorii socjologicznych (Bastide 1972).

We wstępie do czterotomowego wydania *Mental Health* (Scheid 2009) podkreślono, że zdrowie psychiczne i różne zaburzenia związane z występowaniem chorób psychicznych należą do zjawisk najbardziej fascynujących badaczy i teoretyków. Poszukiwanie związków pomiędzy uwarunkowaniami na poziomie makrostruktury społecznej w relacji do uwarunkowań na poziomie mikrostruktury i indywidualnych przeżyć czy doświadczeń jednostek, zapoczątkowane przez Emile'a Durkheima w jego klasycznej teorii samobójstw w zależności od stopnia kohezji społecznej, znalazło wielu kontynuatorów poświęcających uwagę kontekstom społeczno-kulturowym, towarzyszącym lub sprzyjającym występowaniu określonych zaburzeń w zdrowiu psychicznym.

Fundamentalne znaczenie miała teoria samobójstw Durkheima, ale także klasyczne prace wskazujące na relację pomiędzy przynależnością do określonej klasy społecznej a ryzykiem zaburzeń w stanie zdrowia psychicznego, co zostało potwierdzone w badaniach Hollingsheada i Redlicha (1958) o wyższym ryzyku schizofrenii w biedniejszych grupach (Bastide 1972). Badania te włączyły się znacząco w główny nurt zainteresowań socjologii medycyny nierównościami społecznymi, warunkującymi zróżnicowane ryzyko chorób. Również na gruncie psychiatrii, a szczególnie psychiatrii społecznej, znalazł szerokie zastosowanie wypracowany na gruncie socjologii medycyny biopsychospołeczny model chorób psychicznych.

W pewnym momencie dominacja poglądów reprezentowanych przez socjologów medycyny w odniesieniu do psychiatrii okazała się bardzo silna – przykładem Thomas Szasz (1961), który zaczął negować obiektywne istnienie chorób psychicznych, propagując przekonanie, że są one wytworem konstruktywizmu (i należy je traktować jako metaforę, a nie jako fakt). W tym samym czasie, szczególnie w latach 60. i 70. XX wieku, wykorzystywanie teorii dewiacji i kontroli społecznej zaznaczyło się mocno w psychiatrii. Prace Michaela Foucaulta to kolejny przykład znaczącego wkładu myśli socjologicznej w zrozumienie społecznego odbioru chorób psychicznych i traktowania chorych z zaburzeniami psychicznymi. Od lat 70. XX wieku przez długi czas relacje pomiędzy socjologią a psychiatrią cechował „dystans, a często nawet wrogość”.

Socjologia chorób psychicznych wiąże się ściśle z klasycznymi teoriami dotyczącymi „naznaczenia poprzez chorobę” (Goffman 1963). Naznaczenie społeczne lub inaczej reakcja społeczna na chorobę psychiczną, stanowiły zawsze istotny wkład nauk społecznych w psychiatrię – i nawiązywały do społecznych przyczyn tych chorób. Wykorzystanie teorii labelingu i stygmatyzacji również uległo zmianom, przede

wszystkim pod wpływem działań na rzecz integracji społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi w celu ich destygmatyzacji.

Anne Rogers i David Pilgrim (2011) podkreślają, że dla wzajemnych relacji pomiędzy socjologią a psychiatrią szczególne znaczenie miało przede wszystkim przyjęcie perspektywy etnometodologii, interakcjonizmu symbolicznego i społecznego konstruktywizmu.

W latach 80. XX wieku nieznacznie zmniejszyło się zainteresowanie socjologów chorobami psychicznymi, bo większość z nich włączyła się w główny nurt badań nad chorobami przewlekłymi o charakterze somatycznym (Rogers, Pilgrim 2011).

Burzliwe dzieje współpracy pomiędzy socjologami medycyny a psychiatrami doprowadziły jednak do wypracowania wzajemnego porozumienia co do roli czynników społecznych w etiologii i przebiegu chorób psychicznych, przeciwstawiając znaczenie uwarunkowań społecznych biomedycznym teoriom o przyczynach tych chorób (Rogers, Pilgrim 2011).

Postmodernistyczne teorie, które pojawiły się na przełomie XIX i XX wieku, zwracają uwagę na znaczenie gwałtownych zmian społecznych i poczucie niepewności, charakteryzujące współczesne społeczeństwa; te dwa uwarunkowania czyni się odpowiedzialnymi za stan zdrowia psychicznego (Rogers, Pilgrim 2011, s. 21–34).

Osobnym kierunkiem badań w socjologii chorób psychicznych są studia nad ich socjodemograficznymi predyktorami, dotyczące przede wszystkim zróżnicowanego ryzyka wynikającego ze statusu społeczno-ekonomicznego, nad społecznymi uwarunkowaniami depresji, czy też związkami pomiędzy różnego typu uzależnieniami od substancji psychoaktywnych, a ryzykiem zaburzeń w zdrowiu psychicznym, a także studia nad konsekwencjami stresu społecznego i modyfikującą ten stres rolę wsparcia społecznego w pojawianiu się kryzysów i w ich zapobieganiu.

Każde społeczeństwo, tworząc własny obraz chorób psychicznych, równocześnie wyznacza (w zależności od stopnia stygmatyzacji) miejsce osób dotkniętych tymi zaburzeniami w różnych kontekstach społecznych, np. stopień akceptacji w odniesieniu do pełnienia przez osoby z zaburzeniami psychicznymi różnych ról społecznych czy szans ich zaistnienia na rynku pracy, wspólnie z osobami zdrowymi (Kaszyński, Cechnicki 2007). Dodatkowo określa warunki społeczne pozwalające na deinstytucjonalizację opieki nad osobami z zaburzeniami społecznymi, włączania ich w życie rodziny, społeczności – przytoczone tu tylko niektóre wybrane problemy stały się podstawą prowadzonych przez lata rozważań, potwierdzanych coraz częściej badaniami empirycznymi.

W nurcie rozważań i badań nad chorobami psychicznymi kolosalną rolę odegrały przede wszystkim prace Goffmana nad piętnem, ale także – a może przede wszystkim – jego słynna praca dotycząca szpitala psychiatrycznego jako instytucji totalnej (Goffman 2011), która nadal, wbrew protestom wielu psychiatrów, pozostaje aktualna, o czym świadczy studium socjologiczne Adama Millera w oparciu o jego własne doświadczenia z obserwacji uczestniczącej, związanej z pobytem

w szpitalu psychiatrycznym (Miller 2013). Obraz chorób psychicznych w świadomości społecznej był przedmiotem zainteresowania także socjologów polskich, np. Włodzimierza Brodniaka (2000), badającego postawy społeczne wobec chorych psychicznie.

Podsumowanie

Fenomen socjologii choroby polega na tym, że zakres jej zainteresowań nigdy się nie „zamyka”, gdyż pojawiają się nowe zagadnienia zdrowotne lub zmienia się ocena wcześniej już występujących. Za jej niesłabnącą siłą przemawia również fakt integralności socjologii choroby z innymi subdyscyplinami socjologicznymi, powiązanymi wieloma bezpośrednimi i pośrednimi więzami na skutek „odczuwania konsekwencji zmian zdrowotnych”, na wielu płaszczyznach.

Na zakończenie istotnym wydaje się podtrzymanie poglądu wyrażanego w 2005 roku, który pomimo upływu czasu nie stracił na aktualności: „Socjologia choroby, bazująca na paradygmatach, nadal jest dyscypliną poszukującą podstaw teoretycznych, jest również dyscypliną poszukującą dalszych rozwiązań metodologicznych, warunkujących jakość prowadzonych badań. Powstaniu socjologii zdrowia towarzyszyło przekonanie, że poświęcanie uwagi socjologii choroby jest myśleniem tradycyjnym, ale pomimo prób zepchnięcia jej na „tor boczny” jej atrakcyjność pozostaje nadal niezmienną” (Tobiasz-Adamczyk 2005).

Bibliografia

- Alonzo A.A., Reynolds N.R. (1995). *Stigma, HIV and AIDS. An exploration and elaboration of a stigma trajectory*. *Social Science and Medicine* 41(3), s. 303–315.
- Antonucci T., Jackson J.S. (2007). *Intergenerational relations: Theory, research, and policy*. *Journal of Social Issues* 63(4), s. 679–693.
- Bastide R. (1972). *Socjologia chorób psychicznych*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Naukowe.
- Berkman L.F., Kawachi I. (red.) (2000). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Bloom S. (2002). *THE ORIGINS Medicine as social science, public health, and social Medicine. W: The Word as Scalpel: A History of Medical Sociology*. Oxford: Oxford University Press, s. 11–22.
- Brodniak W.A. (2000). *Choroba psychiczna w świadomości społecznej*. Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Bury M. (1991). *The sociology of chronic illness: A review of research and prospects*. *Sociology of Health & Illness* 13(4), s. 451–465.
- Clarke A.E., Shim J. (2011). *Medicalization and Biomedicalization Revisited: Technoscience and Transformations of Health, Illness and American Medicine*. W: B.A. Pescosolido, J.K. Martin, J.D. McLeod, A. Rogers (red.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing. A Blueprint for the 21st Century*, New York-Dordrecht-Heidelberg-London: Springer, s. 173–199.
- Cockerham W.C. (2004). *Medical sociology. Ninth edition*. New Jersey: Pearson Prentice Hall.

- Cockerham W.C. (2000). Medical sociology at the millennium. W: S. Quah, A. Sales (red.), *The International Handbook of Sociology*, London: Sage, s. 420–442.
- Due P., Holstein B., Lund R., Modvig J., Avlund K. (1999). *Social relations: network, support and relational strain*. *Social Science & Medicine* 48(5), s. 661–673.
- Ell K. (1996). *Social networks, social support and coping with serious illness: The family connection*. *Social Science & Medicine* 42(2), s. 173–183.
- Frank A. (2004). *The Renewal of Generosity: Illness, Medicine and How to Live*. Chicago: University of Chicago Press.
- Germov J., Williams L. (red.) (2008). *A Sociology of Food and Nutrition: The Social Appetite*, 3rd edition, Australia, New Zealand, Oxford University Press.
- Giddens A. (2012). *Rozdział 10. Zdrowie, choroba i niepełnosprawność*. W: *Socjologia*. Wydanie nowe. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Glaser B.G., Strauss A.L. (1968). *Time for Dying*. Chicago: IL Aldine.
- Goffman E. (2011). *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Goffman E. (2007). *Piętno*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Greenfield E., Marks N. (2009). *Violence from parents in childhood and obesity in adulthood: Using food in response to stress as a mediator of risk*. *Social Science & Medicine* 68, s. 791–798.
- Gold M. (1977). *A crisis of identity: the case of medical sociology*. *Journal of Health and Social Behavior* 19, s. 160–168.
- Jutel A., Nettleton S. (2011). *Towards a sociology of diagnosis: Reflections and opportunities*. *Social Science & Medicine* 73(6), s. 793–800.
- Kaszyński H., Cechnicki A. (red.) (2007). *Praca, zdrowie psychiczne, ekonomia społeczna. W poszukiwaniu inspiracji dla praktyki*. Kraków: Stowarzyszenie na rzecz rozwoju Psychiatrii i opieki Środowiskowej.
- Kasl S.V., Cobb S. (1966). *Health behavior, illness behavior and sick role behavior*. *Archives of Environmental Health* 12(2), s. 246–266.
- Kelly M.P., Field D. (2005). *Medical sociology, chronic illness and the body*. W: G. Scambler (red.), *Medical Sociology. Major themes in health and social welfare*, London-New York: Routledge Taylor and Francis Group.
- Lupton D. (1997). *Foucault and the medicalization critique*. W: A. Peterson, R. Burton (red.), *Foucault, Health and Medicine*, London: Routledge, s. 94–110.
- Marshall V.W., Bengtson V. L. (2011). *Theoretical Perspectives on the Sociology of Aging*. W: R.A. Settersten, J.L. Angel (red.), *Handbook of Sociology of Agings*. Springer s. 17–33.
- Mechanic D. (1978). *Medical Sociology*. London: Collier Macmillan Publishers.
- Miller A. (2013). *Szpital psychiatryczny jako instytucja totalna. Socjologiczne studium przypadku*. Warszawa: WUW.
- Ostrowska A. (1999). *Styl życia a zdrowie*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Ostrowska A. (2008). *Rozprawa z czasem w chorobie przewlekłej*. W: W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.), *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.
- Ostrowska A. (2009). *Niepełnosprawność, rehabilitacja i integracja społeczna osób niepełnosprawnych*. W: A. Ostrowskiej (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, s. 145–171.

- Parsons T. (1951). *Social Structure and Dynamic Process. The case of modern medical practice*. W: *The Social System*, London: Routledge Glencoe III Free Press, s. 429–479.
- Pescosolido B.A. (2011a). *Taking "The Promise" Seriously: Medical Sociology's Role in Health, Illness, and Healing in a Time of Social Change*. W: B.A. Pescosolido, J.K. Martin, J.D. McLeod, A. Rogers (red.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing. A Blueprint for the 21st Century*, New York-Dordrecht-Heidelberg-London: Springer, s. 3–20.
- Pescosolido B.A. (2011b). *Organizing the Sociological Landscape for the Next Decades of Health and Health Care Research: The Network Episode Model III-R as Cartographic Subfield Guide*. W: B.A. Pescosolido, J.K. Martin, J.D. McLeod, A. Rogers (red.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing. A Blueprint for the 21st Century*, New York-Dordrecht-Heidelberg-London: Springer, s. 39–66.
- Piątkowski W. (2008). *Lecznictwo niemedyczne w Polsce. Tradycja i współczesność. Analiza zjawiska z perspektywy socjologii zdrowia i choroby*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Robinson I. (1990). *Personal narratives, social careers and medical courses. Analysing life trajectories in autobiographies of people with multiple sclerosis*. *Social Science & Medicine* 30(11), s. 1173–1186.
- Rogers A., Pilgrim D. (2011). *Medical Sociology and Its Relationship to Other Disciplines: The Case of Mental Health and the Ambivalent Relationship Between Sociology and Psychiatry*. W: B.A. Pescosolido, J.K. Martin, J.D. McLeod, A. Rogers (red.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness, and Healing*, New York-Dordrecht-Heidelberg-London: Springer, s. 21–37.
- Scambler G. (2005). *General introduction: Medical sociology: past, present and future*. W: Scambler G. (red.), *Medical Sociology. Major themes in health and social welfare. Volume I The Nature of Medical Sociology*, London and New York: Routledge Taylor and Francis Group, s. 1–11.
- Scambler G. (red.) (2008). *Sociology as Applied to Medicine*. Sixth edition. Edinburgh: Saunders Elsevier.
- Scambler G., Scambler S. (red.) (2010). *New Directions in the Sociology of Chronic and Disabling Conditions. Assaults on the lifeworld*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Scheid T.L. (red.) (2009). *Mental Health. Major Themes in Health and Social Welfare. Volume I The Meaning and Experience of Mental Illness*. London and New York: Routledge.
- Skrzypek M. (2011). *Perspektywa chorego w socjologii choroby przewlekłej: ujęcia teoretyczne, ich ewolucja i recepcja*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Sokołowska M. (red.) (1969). *Badania socjologiczne w medycynie*. Warszawa: Książka i Wiedza.
- Sokołowska M. (1986). *Socjologia medycyny*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Sokołowska M. (1990). *Socjologia medycyny*. W: A. Ostrowska (red.), *Wstęp do socjologii medycyny*. Warszawa: Instytut Filozofii i Socjologii Pan, Instytut Socjologii UW, s. 5–25.
- Sokołowska M., Hołówka J., Ostrowska A. (red.) (1976). *Health, Medicine and Society*. Warszawa: PWN.
- Słońska Z. (2008). *Nowe oblicze medykalizacji: redefinicja i marginalizacja promocji zdrowia*. W: W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.), *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum, s. 83–94.

- Słowska Z. (2009). *Socjologia a promocja zdrowia*. W: A. Ostrowska (red.), *Socjologia Medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, s. 283–309.
- Strauss A.L. (1975). *Chronic Illness and the Quality of life*. St. Louis: Mosby.
- Sztompka P. (2007). *Zaufanie. Fundament społeczeństwa*. Kraków: Wydawnictwo Znak.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2005). *Kilka uwag o socjologii choroby*. W: W. Piątkowski, W.A. Brodniak (red.), *Zdrowie i choroba, perspektywa socjologiczna, Rozdział I – Socjologia zdrowia, choroby i medycyny. W poszukiwaniu partnerów i nowej tożsamości*, Tyczyn: Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza, s. 27–37.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2006). *Social network, social resources and quality of life in children*. W: W. Jedrychowski, F.P. Perera, U. Maugeri (red.), *Vulnerability of the Fetus and Infant to Ambient Pollutants and Reduced Food Intake in Pregnancy*, Kraków: Jagiellonian University Press, s. 225–230.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2010). *Patomechanizmy zależności między czynnikami psychospołecznymi a chorobami sercowo-naczyniowymi*. W: P. Podolec (red.), *Podręcznik Polskiego Forum Profilaktyki, Tom 2*, Kraków: Wydawnictwo Medycyna Praktyczna, s. 537–545.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2012). „*Życie w ramach*” wyznaczonych chorobą nowotworową – rola socjologii medycyny. *Przegląd Socjologiczny* 61(2), s. 81–118.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2013a). *Wyzwania dla rodzin związane z opieką nad chorym lub starszym bliskim*. W: K. Slany (red.), *Zagadnienia małżeństwa i rodzin w perspektywie feministyczno-genderowej*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 191–211.
- Tobiasz-Adamczyk B. (red.) (2013b). *Od socjologii medycyny do socjologii żywienia*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Turner B.S. (2005). *Disability and the sociology of the body*. W: G. Scambler (red.), *Medical Sociology. Major themes in health and social welfare*, London–New York: Routledge Taylor and Francis Group.

Selected aspects of the relation between the sociology of medicine and the sociology of illness

Abstract

Following the development of the sociology of medicine as a subdiscipline of general sociology and observed changes in the theoretical frameworks and areas of sociomedical studies, special attention has been paid to the evolution of the sociology of illness and disability. The role of chronic somatic conditions significantly influencing the health-related quality of life of people has been presented, as well as the development of sociology of mental disorders in relation to trends observed in the general sociology have been analyzed.

Key words: medical sociology evolution, sociology of illness and rehabilitation, sociology of mental disorders

Antonina Ostrowska

Instytut Filozofii i Socjologii PAN

Kobiety 50+ w Polsce. Między wyzwaniami społecznymi a możliwościami zdrowotnymi

Streszczenie

Artykuł przedstawia proces starzenia się kobiet w Polsce z perspektywy biologicznej, zdrowotnej, psychologicznej i społeczno-kulturowej. Wskazuje również na pewne odmienności tego procesu w stosunku do starzenia się mężczyzn. Przedmiotem szczegółowych rozważań jest sytuacja kobiet z grupy 51–60 lat, a więc będących w okresie, gdy z kobiet „dojrzałych” zaczynają się przekształcać w „kobiety stare”. Okres ten jest szczególnie interesujący przez wzgląd zarówno na odczucia samych kobiet, jak i presję społeczną jakiej są poddawane.

Słowa kluczowe: kobiety 50+, proces starzenia się, zdrowie, pozycja społeczna

Wprowadzenie

Większość analiz socjologicznych dotyczących starszego wieku w Polsce koncentruje się na jakości życia ludzi starych, doświadczanych przez nich problemach bytowych i zdrowotnych lub też społecznych i ekonomicznych konsekwencjach rosnącej ich liczby. W analizach tych osoby starsze są traktowane jako pewna specyficzna kategoria, lokująca się na końcu społecznej struktury wieku, po grupie ludzi „dojrzałych” czy ludzi w wieku średnim i w związku z tym posiadająca swoiste czy odmienne potrzeby i możliwości życiowe (Halicka 2004; Szukalski 2008; Tobiasz-Adamczyk 2004, 2009). Przedmiotem zainteresowania jest wówczas starość jako pewien etap życia – a nie starzenie się jako proces. Tak też przede wszystkim na kwestie starości patrzy polityka społeczna, nastawiając się na identyfikację potrzeb „segmentu” ludzi starych. Rzadziej natomiast próbuje się śledzić starzenie się jako proces do starości prowadzący; jako przebiegające równocześnie procesy biologiczne, psychiczne i społeczne – rozpoczynające się przecież znacznie wcześniej i mające specyficzne implikacje dla kształtu życia w późniejszych jego fazach. Tym samym z pola widzenia umykają problemy osób znajdujących się „na przedmurzu” starości.

Proces starzenia się absorbuje głównie badaczy zachodnich, reprezentujących nauki behawioralne, choć i tam przez wiele lat był on głównie przedmiotem zainteresowania biologii i medycyny. Niemniej jednak już w latach 70., istota i społeczny

sens starzenia się stały się przedmiotem teorii socjologicznych, ujmujących ten proces zarówno w perspektywie systemowej (Busse 1968), jak i indywidualnej (Biggar 1979). Te pierwsze analizując status osób starych w społeczeństwie, wskazywały na jego zmienność w zależności od dynamiki zmian społecznych (im szybsza ta dynamika, tym wyraźniejsze obniżanie się statusu) czy proporcji osób starych w społeczeństwie (status jest niższy w społeczeństwach, gdzie osób starych jest wiele). Spośród teorii indywidualnych – zorientowanych przede wszystkim na znalezienie klucza do satysfakcjonującej jednostki starości – warto wspomnieć dwie już klasyczne: aktywność społeczna i wycofanie się (Biggar 1979), które proponują całkowicie odmienne interpretacje starzenia się. Obie też określają pewne modelowe oczekiwania społeczne w stosunku do ludzi starszych.

Teoria aktywności społecznej (*activity theory*) wyjaśnia starzenie się jako spadek liczby i częstości aktywności społecznych w miarę upływu lat. Ten brak aktywności skazuje starzejące się osoby na postępującą beczynność i alienację. Stany te w sensie społecznym są już *de facto* symptomem starzenia się, warunkującym w konsekwencji dalsze procesy psychiczne i fizyczne. Jednak trzeba podkreślić, że nieaktywność tego rodzaju jest stanem społecznie wymuszonym. Wiele osób w starszym wieku zachowuje zdolność do pełnienia różnych zadań i angażowania się w czynne życie, a ich beczynność nie jest wymogiem ani stanu zdrowia, ani sprawności. Stanowi raczej funkcję dominujących stereotypów i często ekonomicznych sił rynkowych. Aby uniknąć starości w sensie społecznym (inaczej mówiąc: starzeć się satysfakcjonująco) należy więc być aktywnym zawodowo, rozwijać zainteresowania, dbać o kontakty i aktywności społeczne, uczestniczyć, angażować się, „być na bieżąco”. W świetle tej koncepcji należy się przeciwstawiać starości, nie jest ona bowiem ani stanem pożądanym, ani funkcjonalnym.

Inaczej patrzy na to teoria wycofywania się (*disengagement theory*). Odłączanie się od czynnego życia społecznego i zwalnianie jego tempa jest naturalną potrzebą osób starszych, których siły i energia życiowa ulegają obniżeniu. Kluczem do satysfakcjonującej starości jest zaakceptowanie redukujących się zadań i interakcji społecznych. Odłączanie się od czynnego życia jest nieuchronne i niezbędne, także dlatego, aby można było zapewnić młodszej generacji stopniowe przejmowanie różnych ról i pozycji społecznych. Jest elementem i wymogiem zmian generacyjnych i warunkiem ich łagodnego, stopniowego przebiegu. Gdyby śmierć następowała nieoczekiwanie, w pełni aktywności społecznej, powodowałaby wiele dysfunkcji, a proces przejmowania funkcji społecznych przebiegałby chaotycznie. Starzenie i wycofywanie się z życia społecznego jest więc procesem społecznie pożądanym – a akceptacja starości korzystna dla jednostki i społeczeństwa.

Obie te koncepcje zawierają sądy wartościujące, przypisujące starości mniej lub bardziej pozytywne i negatywne wartości. Ukazane przez nie sposoby podejścia do starości są też obecne w sposobach potocznego myślenia o niej i w dylematach aktualnej polityki społeczno-ekonomicznej, nie tylko w Polsce. Sprowadzają się one – w uproszczeniu – do wyboru dwóch opcji: potrzeby kontynuacji aktywności ludzi

starszych w życiu publicznym i na rynku pracy lub ich wycofania się na rzecz młodszych generacji i ograniczenia aktywności do sfery rodzinnej.

Kwestie te warto też widzieć w kontekście ram kulturowych, w jakich przebiega aktualnie proces starzenia się w Polsce. Trzeba więc wskazać, że społeczny wizerunek osób starszych zawiera więcej cech negatywnych niż pozytywnych i obraz ten nie podlega jeszcze wyraźnym zmianom, jakie obserwujemy w krajach zachodnich. Coraz częściej obserwuje się tam „modę na starość” (Bois 1996) – dostrzegającą w populacji ludzi starszych twórców, konsumentów, wyborców a nawet *trend-setterów* (szczególnie gdy są materialnie niezależni lub wręcz zamożni). Dominujący w Polsce wizerunek człowieka starego łączy się raczej z niedołążnością lub w każdym razie nieprzydatnością, z chorobą, deprywacją, ubytkami sprawności fizycznej i intelektualnej, nieatrakcyjnym ciałem, zapotrzebowaniem na opiekę i życiem ze skromnej emerytury (Halik 2002). Tym samym proces starzenia się – a więc proces do owej starości prowadzący – nie jest przez nikogo wyczekiwany i nie bywa powodem do zadowolenia i dumy.

Z obrazem tym łączy się syndrom kulturowego opóźnienia, nienadążania za „postępem” i nowoczesną dynamiką życia, co utrudnia obecność na rynku pracy. Wyraża się to w nieumiejętności osób z „poprzedniej epoki” dokonywania wyborów, w braku orientacji w natłoku informacji, korzystaniu z nowych technologii, czy nawet w trudnościach w dochodzeniu do swoich praw w kierujących się skomplikowanymi przepisami urzędach. Ich sposoby życia, praktyki i nawyki okazują się нефunkcjonalne, a im samym daje się często do zrozumienia, że nie pasują do współczesnego świata. Dodatkowe utrudnienie stanowi pogarszająca się na ogół sytuacja materialna i zdrowotna, związana z przechodzeniem na rentę lub emeryturę, co nie sprzyja modernizacji życia i dotrzymywaniu kroku „młodemu”. Jednocześnie rosnący liczebnie segment ludzi starszych (zwłaszcza kobiet) stwarza konieczność rozwijania ich potencjału i właściwego „zagospodarowania” ich w społeczeństwie.

Przedmiotem tego artykułu będą biologiczne, psychiczne i społeczne aspekty starzenia się kobiet w Polsce, ze szczególnym uwzględnieniem tego, co dzieje się – umownie – od 50. roku życia. Jest to okres, w którym kobiety dotychczas traktowane jako „dojrzałe” zaczynają być postrzegane jako „starzejące się”. Impulsem do podjęcia tego tematu stały się zmiany systemu zabezpieczenia społecznego w Polsce, przedłużające okres aktywności zawodowej kobiet, a tym samym opóźniające nabywanie przez nie praw emerytalnych. Przed wprowadzeniem tych zmian, dzięki możliwości nabywania wcześniejszych świadczeń, wiele kobiet przestało pracować po osiągnięciu 55. roku życia, a niejednokrotnie wcześniej, przyczyniając się do gwałtownego spadku aktywności zawodowej kobiet 50+¹; w porównaniu z innymi krajami Unii Europejskiej udział Polek 50+ w rynku pracy należał do najniższych, obok

¹ O ile wskaźnik zatrudnienia kobiet w przedziale wieku 45–54 lata wynosił 0,58, w następnym przedziale wieku 55–64 lata wynosił już tylko 0,19 (Sztanderska, Grotowska 2007, s. 174).

takich krajów jak Grecja, Hiszpania, czy Włochy, charakteryzujące się najniższymi współczynnikami zatrudnienia kobiet w ogóle (*First European...* 2007).

Problem społecznej i zawodowej aktywizacji kobiet jest zagadnieniem kompleksowym i warto go analizować z wielu różnych makro- i mikrospołecznych punktów widzenia. Są to na pewno problemy ekonomiczne kraju, sytuacja na rynku pracy czy efektywność systemu emerytalnego, ale uwzględnienia wymagają także psychofizyczne i społeczne możliwości starszych kobiet. Chodzi więc zarówno o stan zdrowia, samopoczucie psychiczne i sprawność fizyczną, jak i pewne stereotypy, kulturowe sposoby postrzegania kobiet w wieku 50+ i oczekiwania związane z cyklem życia, w jakim się znajdują.

Z punktu widzenia powyższej kwestii – i zadań tej analizy – sprecyzowania wymaga kategoria 50+, praktycznie bowiem może ona zawierać cały zbiór kobiet, które przekroczyły 50. rok życia. Skoncentrujemy się tu jednak przede wszystkim na kobietach w przedziale wieku 50–60 lat. W tej grupie wiekowej zaczynają się już bowiem pojawiać pierwsze wyraźniejsze, a jednocześnie postępujące objawy „zużywania” się organizmu, powodujące szereg niekorzystnych zjawisk zdrowotnych i psychicznych. W indywidualnych odczuciach kobiet nasila się u nich uczucie zmęczenia i spadek napędu życiowego i nawet jeżeli doznaniom tym nie towarzyszą dolegliwości somatyczne, narasta świadomość zmian zachodzących w ich ciałach, starzenia się, i poczucie trudności w zmaganiu się z tymi nieodwracalnymi procesami. Wiele z tych ostatnich kwestii wiąże się ze szczególnym zjawiskiem w życiu kobiety przypadającym na ten właśnie wiek – a mianowicie menopauzą.

Psychiczne i fizyczne doznania kobiet w okresie klimakterium niejednokrotnie pozostają w konflikcie z aktywnością, wiarą we własne siły i możliwości kontynuowania kariery zawodowej. Także perspektywa zbliżania się emerytury obniża motywację kobiet do dalszego rozwoju zawodowego i podejmowania nowych wyzwań. Nakładają się na to stereotypy funkcjonujące na rynku pracy, dyskwalifikujące często przydatność starzejących się kobiet, a preferujące młodsze pracownice o „nowocześniejszych” kompetencjach, a często także atrakcyjniejszym wyglądem. Konfiguracja wszystkich tych czynników biologicznych, psychicznych i społecznych sprawia, że kobiety w wieku 50+ znajdują się w specyficznej, złożonej sytuacji. Ukazanie tej złożoności, będącej wypadkową biologicznych i psychicznych możliwości z jednej strony, a presji i oczekiwań społecznych z drugiej, ukierunkuje nasze dalsze rozważania.

Kiedy zaczyna się starość?

Wspomniane wyżej socjologiczne teorie starości i starzenia się opierały się o procesualne ujęcie zachodzących zmian. Jednak czysto pragmatyczne potrzeby wymagają niekiedy wyboru punktu czasowego, kiedy osoba starzejąca się staje się stara. W sferze życia publicznego dominuje koncepcja prawna, wiążącą starość z nabyciem prawa do emerytury. Znajduje to odzwierciedlenie we wszelkiego rodzaju statystykach i przyznawanych uprawnieniach (np. rozmaitych ulgach). W ramach

ustalenie nowego systemu emerytalnego obowiązującego w 2013 roku początek starszego wieku przypadnie na 67 lat, jednak stanie się tak dopiero w 2040 roku. W roku 2012 wiek ten wynosił jeszcze 60 lat, przy czym miał wzrastać progresywnie, co kwartał o jeden miesiąc. Tak więc w Polsce na początku roku 2014, w świetle aktualnych przeliczeń, kobieta w wieku 60 lat i kilku miesięcy jest zaliczana jeszcze do populacji osób w wieku średnim (dojrzałym), natomiast w rok później dołącza już do populacji osób starszych.

Koncepcje medyczne starzenia się odnoszą się głównie do stanu czy stopnia zużycia organizmu ludzkiego. Wszelkie przyjmowane granice są tu dość arbitralne; zwraca się uwagę na dynamikę zmian degeneracyjnych. Według niektórych definicji medycznych kobiety zaczynają wchodzić w okres starości już w latach pięćdziesiątych swojego życia. Jest to o kilka lat wcześniej niż w odniesieniu do mężczyzn, których starość rozpoczyna się dopiero około 60 roku życia. Warto się tu zastanowić, na ile wiąże się to z faktem, że kobieta około 50-letnia traci swoje zdolności reprodukcyjne, podczas gdy mężczyzna je nadal zachowuje. Zdolność do reprodukcji wyznaczałaby więc umowną granicę między dojrzałością a starością. Skłania to do konstatacji, że biologia nie jest tu sprawiedliwa. Sugerowałoby to także wpływ paternalistycznego spojrzenia medycyny na kobietę i mężczyznę.

Bez względu na przyjęty punkt graniczny, w fizjologii starzejącego się organizmu notuje się: coraz mniej intensywne odradzanie się komórek, słabnącą przemianę materii, zmniejszoną aktywność wielu układów, a szczególnie wyraźnie układu nerwowego. Pojawiają się zmiany hormonalne. W przypadku kobiet szczególnie istotne jest powolne zanikanie produkcji estrogenu, który reguluje nie tylko funkcje płciowe, ale stanowi specyficzną barierę ochronną zapobiegającą przed pojawianiem się różnych schorzeń (choroby układu krążenia, osteoporoza). Tkanki stają się odwodnione, stawy sztywnieją, siła mięśni i koordynacji maleje, pogarsza się wzrok i słuch, coraz częściej zawodzi pamięć i koordynacja. Z oznak zewnętrznych widać siwienie włosów, a skóra staje się mniej elastyczna. Niektóre z tych oznak pojawiają się wcześniej, inne później; siwiejące osoby w wieku lat 30–40 nie są rzadkością. Starzenie się w sensie fizjologicznym jest więc procesem rozpoczynającym się już wtedy, gdy dalekie są nam myśli o starości. Wszystkie te zmiany – aczkolwiek o charakterze fizjologicznym – mają silną komponentę psychiczną i społeczną. Pojawiają się problemy zmieniającego się wizerunku: wyglądu ciała i sprawności. Ze względu na istniejące normy kulturowe, zagrożenie utratą takich wartości jak uroda, zdrowie, młodość, atrakcyjność seksualna czy zdolność do reprodukcji (na których często opierała się samoocena) jest wyraźniejsze wśród kobiet (Tobiasz-Adamczyk 2004).

Wszystkie zmiany psychiczne towarzyszące starzeniu się dokonują się ewolucyjnie i trudno – podobnie jak w przypadku zmian fizjologicznych – określić punkt czasowy, w którym się rozpoczynają. Psychologowie często utożsamiają ten punkt z tzw. kryzysem połowy życia (Beisert 2010), z czasem, kiedy to ludzie próbują dokonać bilansu wykorzystanych i utraconych możliwości, słuszności dokonywanych

wyborów i podejmowanych decyzji życiowych. W miarę przybywania lat coraz częściej przedmiotem zadumy staje się ocena dotychczasowego życia i przyświecających mu wartości. Oczywiście, obiektywne procesy zachodzące w organizmie i subiektywne poczucie starzenia się nie muszą korespondować z utratą zainteresowań, możliwości rozwoju osobistego, zdolności do funkcjonowania społecznego i wykonywania pracy zawodowej, czy nawet do pełnienia szeregu istotnych ról w życiu publicznym. Niejednokrotnie jednak dążenia, które kiedyś stanowiły program życiowy, tracą swą siłę motywacyjną; kariera, osiągnięcia zawodowe, stałe współzawodnictwo z innymi przestają mieć dotychczasową wagę (Bielawska-Batorowicz 2006). Alternatywą dla dotychczasowej egzystencji mogą być zmiany stylu życia, nowe zainteresowania czy zachowania wprowadzone na zasadzie „albo teraz, albo już nigdy”. Psychologowie wskazują, że motywacja do wprowadzania zmian może być zarówno pozytywna – robić coś nowego, wartościowego, póki zdrowie, energia i wiek pozwalają, jak i negatywna – uwolnić się od obciążeń, które nie stanowiły źródła satysfakcji (Oleś, Baranowska 2003).

Według badań opinii publicznej, starość w Polsce zaczyna się po 60. roku życia². Jednocześnie jednak tylko co 10. Polak wskazał, że „czuje się staro”. Im młodszy wiek respondentów, tym niższy wskazywany czas rozpoczęcia starości. W odniesieniu młodych ludzi starość rozpoczynała się około osiem lat wcześniej, niż to miało miejsce u siedemdziesięciolatków, którzy za początek starości uznali 65 rok życia. Tak więc osoby starsze znacznie dłużej bronią się przed starością, niż skłonni są to widzieć ludzie młodzi. W każdym razie jednak „starzy” Polacy są relatywnie młodzi w porównaniu ze „starymi” z innych krajów. W Stanach Zjednoczonych badania opinii publicznej wskazują na 75 lat jako wiek, w którym rozpoczyna się starość (Palska 2004).

Starość kobiet według opinii społeczeństwa polskiego rozpoczyna się przeciętnie około 62. roku życia, czyli o dwa lata wcześniej niż w przypadku mężczyzn. Różnica ta może nie wydawać się duża, jednak powiększa się ona wyraźnie, gdy porównamy oceny dokonywane przez obie płcie. Mężczyźni są gotowi zaliczać kobiety do wieku podeszłego znacznie wcześniej, niż one same siebie³. Jeżeli jednak uznać z kolei utratę zdolności do reprodukcji czy rodzicielstwa za jakieś kryterium starości, to kobiety znacznie częściej biorą je pod uwagę niż mężczyźni⁴.

Niewątpliwie określenie momentu nadejścia starości, jak i postrzeganie mężczyzn i kobiet w starszym wieku, pozostaje pod znacznym wpływem stereotypów

² Badanie polskiej edycji European Social Survey (2006) zrealizowane na ogólnopolskiej reprezentacyjnej próbie 2600 osób. Wszystkie dane z cytowanego tu badania pochodzą z obliczeń własnych.

³ 65,2% mężczyzn zaliczyło do kategorii wieku podeszłego kobiety poniżej 60. roku życia, podczas gdy tylko 47,6% kobiet. Z kolei 28% kobiet uznało za granicę wieku podeszłego dla swojej płci 70. rok życia, a podobnie sądziło już tylko 16% mężczyzn (ESS 2006, edycja polska).

⁴ 80,9% kobiet uznało, że wiek 45 lat jest zbyt późny, aby myśleć o rodzicielstwie, podczas gdy tę samą granicę wskazało dla nich tylko 50,1% mężczyzn (ESS 2006, edycja polska).

plici. Jest to częściowo uwarunkowane dotychczasowym prawodawstwem, różnicującym ich wiek emerytalny, a zatem wiek przydatności zawodowej. Kryteria te odzwierciedlają też kulturowe wzory cech przypisywanych tradycyjnie obu płciom. Na ich mocy mężczyźni cechuje niezależność, identyfikacja z pracą i sferą pozadomową; kobiety natomiast charakteryzuje opiekuńczość, identyfikacja z domem i gotowość do poświęceń dlań – a więc cechy korespondujące z obrazem babci, której miejsce jest przy wnukach. Wzór kulturowy i socjalizowane treści programują też kobiety, w większym stopniu niż mężczyźni, do dbałości o swój wygląd, higienę osobistą i atrakcyjność fizyczną, stąd kwestie zmian wyglądu i estetyki starzenia się dotyczą ich w większym stopniu. Starzejące się ciało, widoczne fizyczne atrybuty starzenia się, mają większy wpływ na zmiany tożsamości kobiet niż mężczyźni.

Niechęć do starzenia się, obecna we współczesnym świecie, znajduje silnych sprzymierzeńców w postaci rozwijających się specjalizacji i technologii medycznych (genetyki, „biogerontologii”, „inżynierii tkankowej”, „medycyny regeneracyjnej”), starających się powstrzymać naturalne procesy degeneracyjne organizmu, zarówno ciała, jak i umysłu. Coraz lepsze rozumienie procesów prowadzących do zużywania się organizmu ludzkiego, degeneracji komórek i zaniku mechanizmów samonaprawy stwarzają szansę na opracowanie metod ich hamowania. W poszukiwaniu te włącza się aktywnie przemysł farmaceutyczny. Jak podał „The Times” (Londyn 8.09.2009), wartość przemysłu „przeciwstarzeniowego” tylko w Stanach Zjednoczonych ocenia się na około 20 miliardów dolarów rocznie i ma ona tendencję wzrostową. Skala dostępnych odmładzających zabiegów w Polsce jest trudna do oszacowania, sądząc jednak po reklamach obecnych choćby w czasopismach przeznaczonych dla kobiet – rynek tego rodzaju usług systematycznie wzrasta.

Niezależnie jednak od wszelkich wynalazków ingerujących w ciało i licznych preparatów powstrzymujących proces starzenia się (ciągle jeszcze bardziej popularnych wśród kobiet niż wśród mężczyzn), 50- czy 60-letni mężczyźni jest postrzegany jako młodszy i bardziej atrakcyjny zarówno z sferze pracy, jak i w sferze życia osobistego. Dotyczy to także aspektu motywacyjnego; uważa się, że mężczyźni dłużej niż kobiety są zainteresowani zarówno pracą zawodową, jak i seksem. W tej ostatniej kwestii wskaźnikowe są wyniki badań nad seksualnością osób w wieku 50+. Jeżeli przyjąć, że pociąg seksualny i aktywne życie seksualne jest (przynajmniej na mocy stereotypu) domeną ludzi młodych czy dojrzałych, to wiek, w którym seks przestaje być ważny, mówi nam także coś o początku starości. Wyniki badań wskazują, że w powszechnej opinii seks przestaje interesować kobiety znacznie wcześniej niż mężczyzn (Izdebski 2006).

Jak zmienia się życie kobiet 50+?

Zdrowie, samopoczucie, seksualność, aktywność społeczna

W przedziale wieku 50–59 większość kobiet w Polsce ma jeszcze małżonka i tylko co 10. kobieta żyje samotnie. W kolejnej dekadzie (60–69 lat) kobiet mieszkających samotnie jest już dwukrotnie więcej. Temu rosnącemu trendowi odpowiada

malejąca w kolejnych grupach wiekowych proporcja kobiet z gospodarstw trzyosobowych i większych. Zmiany te można interpretować z jednej strony jako pochodne postępującego wdowieństwa, a z drugiej – odchodzenia dorosłych dzieci, które założyły już własne rodziny.

Wdowieństwo jest znacznie powszechniejsze wśród kobiet niż wśród mężczyzn, ze względu na przeciętnie dłuższe ich życie. Zarówno wdowieństwo, jak i odejście dzieci do własnych gospodarstw wymagają przystosowania się do życia w innym kształcie – zmianę ról rodzinnych, struktury obowiązków, wzorów spędzania czasu, a w przypadku wdowieństwa – naukę życia w pojedynkę. Nie musi ono oznaczać życia w samotności. Jednak samotność, rozumiana jako brak znaczących osób dookoła siebie, brak oparcia, świadomość bycia wyłączonym z systemu istotnych interakcji, brak kontaktów, które mają inni – jest doświadczeniem wielu starzejących się osób (Halicka 2004). Odejście dzieci, kurczenie się gospodarstwa domowego zwane syndromem „pustego gniazda”, jest dotkliwsze dla kobiet niż mężczyzn, ponieważ są one na ogół bardziej zorientowane na wewnętrzne cele i funkcje rodzin. Jeżeli odejście z domu dorosłych dzieci zbiega się z przejściem na emeryturę, wraz z utratą władzy w rodzinie i ubytkiem codziennych kontaktów z dziećmi, następuje zmiana pozycji materialnej i zawodowej, co przekłada się na obniżenie pozycji społecznej. Urywają się interakcje, kontakty społeczne związane z pracą, pojawia się zbyt duża ilość czasu. Wolny czas, którego zawsze brakowało w okresie aktywności zawodowej, zaczyna przybierać negatywną wartość. Problem ten ma charakter niemal uniwersalny i pojawia się w wielu krajach (Arber, Thomas 2001) – jednak w Polsce dotyczy on relatywnie młodszej grupy kobiet.

Przeciwwagą dla tego wolnego czasu staje się często kierowane w stosunku do kobiet oczekiwanie dotyczące podjęcia ról opiekuńczych w rodzinie (szczególnie w stosunku do wnuków), do pełnienia których są one niejednokrotnie obligowane emocjonalnie i moralnie. Wzór poświęcającej się dla rodziny „Matki Polki”, która podoła wszelkim wyzwaniom, znajduje tu swoją realizację. Ta specyficzna sytuacja działania „pod presją uświęconych tradycją wymagań” jest z resztą dla wielu kobiet dowartościowująca, dając im poczucie niezbędności dla funkcjonowania życia rodzinnego (Titkow 2007). W Polsce okoliczność ta jest wzmocniana niedostatkiem infrastruktury opiekuńczej i edukacyjnej dla dzieci w wieku przedszkolnym. Często jednak także – w związku z przedłużaniem się przeciętnej długości trwania życia – ciągle obecni są jeszcze bardzo starzy rodzice (lub jedno z nich), którymi opieka także staje się wyzwaniem dla kobiet 50+. W takich przypadkach są to już na ogół osoby ponadosiemdziesięcioletnie, często schorowane, niesamodzielne i demencyjne, a opieka nad nimi stanowi znaczne obciążenie zarówno fizyczne, jak i psychiczne. Nieuchronna konfrontacja z ich śmiercią i umieraniem skłania także do refleksji nad własnym, przemijającym bytowaniem.

Postępujące jednocześnie spowalnianie funkcji życiowych wymusza zmiany w codziennych aktywnościach. Wraz z postępującym wiekiem stan zdrowia i sprawność pogarszają się, a dynamika tego pogarszania jest proporcjonalnie największa

właśnie w grupie kobiet w wieku 50–59 lat. Cierpią one przede wszystkim na choroby kobiece, nerwice, choroby tarczycy oraz uczulenia i alergię (GUS 2012). W okresie tym dwukrotnie (w stosunku do wcześniejszej dekady) wzrasta otyłość, będąca poważnym czynnikiem ryzyka wielu chorób przewlekłych. Na ten okres życia przypada też najwyższa wśród kobiet proporcja zgonów z powodu chorób nowotworowych (Sytuacja zdrowotna... 2012). Oprócz występowania upośledzających funkcjonowanie i zagrażających życiu i zdrowiu dolegliwości, pogarsza się samopoczucie psychiczne, pojawiają się trudności ze snem, depresyjność. Kobiety z tej grupy stosunkowo najczęściej przyjmują leki antydepresyjne (Raport Polki 2013).

To szczególnie pogorszenie stanu zdrowia kobiet po 50. roku życia potwierdza też zestawienie subiektywnych ocen zdrowia w trzech kolejnych przedziałach wieku (40–49, 50–59, 60–69). Jako bardzo dobre i dobre oceniło swoje zdrowie 58,8% kobiet z grupy wieku 40–49 lat, a tylko 27,8% z grupy wieku 50–59 lat, co jest niemal identycznym odsetkiem (27,3%) jak w grupie 60–69 lat. Tak więc oceny kobiet z grupy 50+ są bardziej zbliżone do ocen kobiet ze starszej grupy. Jednocześnie nie widać takiej prawidłowości w grupie 50+ pod względem stopnia niepełnosprawności, który pogłębia się równomiernie w kolejnych grupach wiekowych⁵. Świadczyć to może o znacznej roli czynników psychosomatycznych, a także powiększającej się koncentracji na własnych fizycznych i psychicznych dolegliwościach. Pojawiają się też niepokoje wynikłe z antycypacji dalszego pogarszania się zdrowia i uzależnienia od innych. Niepokoje i stresy podlegają somatyzacji, pogarszając fizyczne dolegliwości i na zasadzie błędnego koła – pogarszając subiektywne poczucie zdrowia (Wrona-Polańska 2008). Pod względem stanu zdrowia jest to więc wiek przełomowy dla wielu kobiet.

Wśród niewątpliwie wielu czynników, które mogą wpływać na zadowolenie z życia, istotną rolę pełnią relacje z innymi ludźmi, więzi i kontakty towarzyskie. Jednak w grupie 51–60 lat obniża się częstotliwość takich kontaktów. W porównaniu zarówno ze starszymi, jak i młodszymi kobietami – spośród tych w wieku 50+ najwięcej osób utrzymuje kontakty rzadziej niż raz na miesiąc, a najmniej częściej niż raz w tygodniu⁶.

Zmienia się też skład grup towarzyskich – przyjaciół i znajomych, ze względu na proporcję osób obu płci. Starsze kobiety coraz częściej przebywają w towarzystwie innych kobiet. Fakt ten, wraz z postępującym wdowieństwem kieruje uwagę ponownie ku kwestii życia intymnego. Warto tu więc podkreślić, że także w tym okresie, mimo że maleje popęd seksualny, satysfakcje natury erotycznej są ciągle możliwe i ich wpływ na jakość życia nie może być kwestionowany (Beisert 2010). Jednak w dominującym u nas kulturowym wzorze starzejącej się kobiety niewiele

⁵ Nie ma żadnych ograniczeń sprawności w kolejnych grupach wieku odpowiednio: 70,6%, 60,5% oraz 49,5%. Obliczenia własne na podstawie ESS 2006, edycja polska.

⁶ Obliczenia własne, ESS 2006. Kontakty towarzyskie częściej niż raz w tygodniu zadeklarowało 24% kobiet w wieku 50–59 lat, 28% młodszych i 32% starszych, natomiast rzadziej niż raz w miesiącu 32% kobiet w wieku 50–59 lat w stosunku do odpowiednio: 18% i 30% w młodszej i starszej grupie wieku.

jest miejsca na seksualność. Intymne relacje z płcią przeciwną stają się więc trudniejsze, także dlatego, że kobiety uświadamiają sobie swoją malejącą atrakcyjność cielesną. Ich ciała – oddalające się od powszechnie wyznawanych kanonów piękna – zaczynają być postrzegane jako aseksualne – zarówno przez otoczenie, jak i przez nie same. Zmiany zachodzące w starzejącym się ciele bardziej więc wpływają na kształt tożsamości kobiet niż mężczyzn.

Ich szybsze społeczne starzenie się sprawia, że częściej niż mężczyźni w tym samym wieku wskazują na brak partnera jako przyczynę braku aktywności seksualnej. Wiele kobiet wprawdzie stwierdza u siebie zmniejszenie potrzeb seksualnych, ale może to być zarówno funkcją zachodzących zmian hormonalnych, jak i usprawiedliwioną formą rezygnacji z doznań seksualnych, zgodnie z oczekiwaniami płynącymi ze strony istniejących u nas wzorców kulturowych, które określają, co jest właściwe, a nierzadko i „przyzwoite” dla starzejącej się kobiety (Skrzypulec 2010).

Charakterystyczne jest, że oceny mężczyzn i kobiet dotyczące przyczyn abstynencji seksualnej różnią się też znacznie. O ile w badaniach seksualności Polaków żaden z badanych mężczyzn 50+ nie zadeklarował niechęci do seksu, to zadeklarowała ją niemal co piąta kobieta w tym wieku. Jednocześnie również więcej kobiet niż mężczyzn wskazywało na brak partnera(-ki) jako przeszkodę we współżyciu, podczas gdy mężczyźni częściej uzasadniali brak aktywności seksualnej problemami zdrowotnymi (Izdebski 2006).

Interesujące są także dane z wyżej wspomnianego badania, porównujące obawy związane z seksem, jakie nurtują populację „pięćdziesięciolatków +”. Główną obawą mężczyzn jest to, że nie sprawdzą się w seksie, lub też ocenianie przez partnerkę ich sprawności seksualnej. Kobiety natomiast obawiają się najczęściej oceny wyglądu ich ciała. Przedstawione powyżej wyniki korespondują z wnioskami innych badaczy. Dla przykładu Hanna Palska (2004) zauważa, że „starzy ludzie [...] jeszcze w latach 50-tych swojego życia (zwłaszcza kobiety) wykazują najwyższy poziom niezadowolienia ze swojej zewnętrznosci”.

Rola menopauzy

Problemy zdrowia, aktywności i samopoczucia kobiet, a także ich seksualności w wieku 50+, nie można rozpatrywać w oderwaniu od zmian fizjologicznych związanych z okresem menopauzy. Zmiany zachodzące w organizmie kobiety mogą bowiem w znacznym stopniu upośledzać jej psychospołeczne funkcjonowanie. W większości krajów europejskich, także w Polsce, przeciętny wiek menopauzy przypada na około 50. rok życia (Melby, Lock, Kaufert 2005). Oznacza to, że w krajach tych kobiety przeżywają ponad 1/3 swojego życia po menopauzie. W Polsce nie przykładają się jednak należytej wagi do społecznych aspektów okresu klimakterium; jeżeli pojęcie menopauzy pojawia się w dyskursie publicznym, to dominuje zmedykalizowana jego koncepcja (niedobór hormonów) lub też minimalizująca doznania kobiet i sprowadzająca je do żartów i dowcipów czy pobłażliwych komentarzy.

Problemom związanym z doświadczeniem menopauzy i ich uwarunkowaniem warto więc poświęcić nieco więcej miejsca.

Zainteresowanie menopauzą jako tematem podejmowanych badań psychomedycznych wiąże się głównie z występowaniem szeregu objawów psychicznych i fizjologicznych, które w różnym stopniu i z różnym nasileniem wywierają piętno na samopoczuciu i funkcjonowaniu kobiet⁷. Objawy te mogą utrzymywać się kilka lat po ustaniu miesiączkowania, a nawet dłużej, a więc pojawiają się i trwają w interesującym nas tu przedziale wieku 50–59 lat. Stanowią one niejednokrotnie problemy odczuwalnie zaburzające aktywność kobiet – w sferze pracy, życia rodzinnego, a nawet możliwości wypoczynku.

To, co przede wszystkim przykuwa uwagę badaczy okresu przekwitania u kobiet w różnych krajach, to fakt, że istnieje pomiędzy nimi znaczne zróżnicowanie sposobu i zakresu doświadczania wszystkich objawów i konsekwencji menopauzy. Niektóre kobiety przechodzą przez ten okres swojego życia niemal niezauważalnie, dla innych są to czasem lata wyraźnie zdominowane zachodzącymi zmianami fizjologicznymi i psychicznymi, upośledzającymi ich normalne funkcjonowanie. Poszukiwanie czynników odpowiedzialnych za obserwowane różnice stało się wyzwaniem dla lekarzy, psychologów, antropologów i socjologów. Początkowo różnic pomiędzy kobietami w intensywności doświadczanych objawów poszukiwano wśród zmiennych biologicznych. Jednak zastanawiające wyniki, jakie przyniosły międzykulturowe badania nad doświadczaniem okresu menopauzy, zainicjowały stawianie hipotez o charakterze społecznym i kulturowym. Wskazywano, że dominujące poglądy na temat płodności, starzenia się i roli kobiet kształtują ich oczekiwania i postawy wobec menopauzy oraz wpływają na społeczny status kobiet w średnim wieku, a te przekładają się na subiektywne postrzeganie menopauzy i przypisywane jej znaczenie (Lock 1994; Lock 2002). W tradycyjnych kulturach, traktujących bardziej naturalnie proces starzenia się i odnoszących się pozytywnie do starości, procesy menopauzy przebiegają łagodniej (Kaufert 1996). Stwierdzono też występowanie zależności między postrzeganiem i traktowaniem objawów a poziomem wykształcenia, pozycją społeczną kobiet i zatrudnieniem (Gold 2000), a także częstsze występowanie objawów natury psychologicznej wśród kobiet otyłych – co można wiązać z procesami fizjologicznymi, ale też z kulturowymi koncepcjami ciała (Atsbury 2008).

Zrealizowane w Polsce badania porównujące występowanie objawów złego samopoczucia, które można uznać za typowe dla klimakterium wśród kobiet i mężczyzn w wieku 45–55 lat (Bielawska-Batorowicz 2005) wskazały na wyraźnie większe zaburzenia wśród kobiet, przy czym wiele z tych objawów odczuwało ponad 80% z nich. Były to: drażliwość, pobudliwość, martwienie się bez powodu, wahania nastroju, trudności z koncentracją, częste bóle głowy, bezsenność. W okresie

⁷ Najczęściej przedstawia się je w postaci trzech grup: objawy wypadowe (uderzenia gorąca, nocne, zlewne poty, nadmierne pocenie się), somatyczne (zmęczenie, zawroty i bóle głowy, drętwienie kończyn, bóle kręgosłupa, bóle mięśni i stawów) i psychiczne (niepokój, wahania nastroju, trudności z koncentracją, przygnębienie, brak energii, bezsenność).

przekwitania pojawiają się także niekorzystne zmiany w stanie zdrowia rejestrowane w statystykach medycznych: zwiększa się zachorowalność kobiet na choroby nowotworowe narządu rodowego, w wyniku zaniku estrogenów podwyższa się poziom cholesterolu, następują zmiany miażdżycowe i narasta otyłość. Zaczynają się także pojawiać zmiany zwyrodnieniowe stawów i tendencja do rzeszotowienia kości (osteoporoza) (Wojtyniak, Goryński 2008).

Problem ten ma zarówno wymiar indywidualny, jak i społeczny. To zaburzone funkcjonowanie przekłada się bowiem na sferę pracy zawodowej, efektywność ról rodzinnych – a zatem w szerszej perspektywie ma swoje konsekwencje społeczne i ekonomiczne. Trudności związane z przeżywaniem okresu klimakterium nakładają się też czasowo z decyzjami dotyczącymi gotowości przejścia na wcześniejszą emeryturę. Trudności z mobilizacją, poczucie zniechęcenia, spadek aktywności w wielu przypadkach sprzyjają decyzjom o zaniechaniu zatrudnienia.

Aktualne podejście do interpretowania złożoności zjawiska menopauzy wskazuje więc na konieczność interdyscyplinarności. Zachodzące w ciele kobiet zmiany hormonalne są bezdyskusyjne i mają charakter uniwersalny – choć mogą się pojawiać w różnym wieku i z różnym natężeniem. Natomiast subiektywne odczucia związane z tymi zmianami powinny być rozpatrywane z punktu widzenia charakterystyk psychologicznych kobiet, korespondujących ze sposobem odbierania doznań płynących ze swojego ciała (osobowość, neurotyczność, reaktywność) i kulturowo ukształtowanych oczekiwań związanych z przejściem menopauzalnym i społecznym stosunkiem do starzenia się kobiet.

Różne interpretacje menopauzy znajdują także swoje odzwierciedlenie w stopniu jej medykalizacji – traktowana jako naturalne zjawisko i naturalna część życia kobiety, lub też jako zaburzenie związane z zanikającym estrogenem, powodujące dyskomfort i poddające się interwencji medycznej. To ostatnie podejście, charakterystyczne dla krajów zamożnych, posiadających rozwinięte systemy opieki medycznej i instytucje badań farmakologicznych, przyczyniło się do inicjowania intensywnych badań nad możliwościami hormonalnego wspomaganie w okresie klimakterium. Hormonalne terapie zastępcze (HTZ) były w stanie przynieść ulgę wielu kobietom, znacznie zmniejszając dokuczliwość odczuwanych symptomów. Wśród pozytywnych skutków terapii wymieniano także zapobieganie osteoporozie oraz chorobom układu krążenia. Jednak badania nad dalszymi zdrowotnymi konsekwencjami długoletniego stosowania takich terapii nie rozstrzygnęły jednoznacznie i ostatecznie ich wpływu na występowanie negatywnych zjawisk zdrowotnych – przede wszystkim raka piersi. Szeroko upowszechnione wyniki badania *Women's Health Initiative*, wskazujące na ryzyko szkodliwości zdrowotnych HTZ (Chlebowski i in. 2003, za Atsbury 2008), choć krytykowane później za uchybienia w metodologii, wpłynęły na decyzje wielu kobiet o odstąpieniu od ich stosowania, pozbawiając je tym samym możliwości kontrolowania odczuwanych symptomów.

W Polsce zagadnienia i problemy niesione przez menopauzę należą głównie do obszaru kompetencji lekarzy ginekologów. W przypadku nasilonych objawów,

komplikujących życie kobiety, to lekarz ginekolog jest specjalistą, u którego kobiety najczęściej poszukują pomocy. Nie wszystkie kobiety oczywiście takiej pomocy poszukują; istniejące u nas bariery kulturowe niejednokrotnie powstrzymują kobiety przed udaniem się do lekarza ginekologa, nawet w sytuacjach, gdy w grę wchodzi poważne zagrożenie ich zdrowia. Dotyczy to zwłaszcza kobiet rekrutujących się z niższych warstw społecznych (Ostrowska, Gujski 2008). Warto jednak zadać pytanie, czy kobieta zwracająca się do lekarza w celu zaordynowania hormonalnej terapii zastępczej lub innej formy pomocy zawsze może liczyć na zrozumienie? Nie dysponujemy badaniami na ten temat, jednak lektura listów pisanych do redakcji czasopism kobiecych świadczy, że nie jest to regułą, nawet wtedy, gdy nie ma medycznych przeciwwskazań. A oto fragment takiego listu:

„Liczyłam wtedy 50 lat. Zaczęły się dziać rzeczy, które potraktowałam jako sygnał, że czas pomyśleć o hormonalnej terapii zastępczej. Pierwsza wizyta, w gabinecie prywatnym. Dowiaduję się, że HTZ to nie jest metoda leczenia czegokolwiek, ale bardzo szkodliwa moda, którą niemądre kobiety wyrządzają sobie krzywdę... Kolejna na NZOZ. Tam słyszę, że to Pan Bóg tak *te sprawy* urządził, i że to niedobrze, kiedy chce się walczyć z wolą bożą. Propozycja – ziółka i *coś na uspokojenie*... Zgroza, bo to *coś na uspokojenie* to benzodiazepina. Wizyta nr 3, inny NZOZ. Zdziwienie z domieszką zgorznienia, że w *tym wieku* robię problem ze spadku libido i że te poty i takie tam, to najlepiej przeczekać, bo za parę lat miną. A z kryzysem w związku przesadzam – jeżeli mi na związku zależy, to przecież *potrafi się pani przemoc*... Wychodzę. [...] Mam dość. Odpuszczam sobie na prawie pół roku... Czuję się źle. Do typowych objawów menopauzalnych dołącza się spadek nastroju, ciężki sen, permanentne uczucie zmęczenia. Narastają problemy w związku... Kolejna wizyta, kolejny NZOZ. [...] – i wreszcie recepta. Na jedno opakowanie plastrów [hormonalnych – p.a.]... jest znakomicie. Cztery dni temu wieczorem przykleiłam pierwszy. I obudziłam się bez uczucia rozbicia i bólu głowy. Od lat nie czułam się tak dobrze naturalnie i równo. Jest tylko cień niepokoju – mam trzy tygodnie na znalezienie naprawdę sensownego gabinetu” (JAEL53 Wysokie obcasy, 19.09.2009)

Pomijając już sposób argumentacji i język wywiadu z pacjentką, widać jej przedmiotowe traktowanie, narzucanie własnego systemu wartości przez lekarzy i brak zrozumienia dla jej psychicznych problemów. Przykład powyższy na pewno nie może charakteryzować ogółu lekarzy ginekologów w Polsce; zwraca jednak uwagę na tendencję do ignorowania specyficznych problemów psychozdrowotnych, jakie pojawiają się po ustaniu funkcji reprodukcyjnych. Z powstałej luki korzystają skwapliwie firmy farmaceutyczne, reklamując wiele „naturalnych” środków dostępnych bez recepty – ale o ograniczonej skuteczności. W tej sytuacji nasuwa się refleksja, że kobiety w tym trudnym dla siebie okresie życia nie są należycie rozumiane i wspomagane. Nie ma oczywiście danych, które wskazywałyby na proste przełożenie tego stanu rzeczy na aktywność społeczną i zawodową kobiet 50+ czy możliwość sprostaniania kierowanym do nich oczekiwaniom społecznym. Sadzę, że kwestie te jednak nie powinny być ignorowane.

Kobiety 50+ a oczekiwania społeczne. Praca czy emerytura?

Przedłużająca się przeciętna długość życia – skądinąd pozytywny wskaźnik rozwoju społecznego – stanowi poważny problem dla polityki społecznej wszystkich krajów rozwiniętych; już teraz proporcja osób po 60. roku życia jest w nich wyższa od proporcji osób w wieku 12–24 lat. Pojawiające się prognozy wskazują, że w roku 2050 w krajach Unii Europejskiej proporcja osób w wieku aktywności zawodowej w stosunku do emerytów (*old age dependency ratio*) zmieni się z 4:1 do 2:1. Problem ten jest znacznie bardziej wyrazisty wśród tzw. nowych członków UE. Stwarza on konieczność reformowania systemów emerytalnych i zwiększenia udziału starszych osób na rynku pracy, a szczególnie kobiet. Także Strategia Lizbońska (Rada Europy 2000) zaleca reformy mające na celu lepsze wykorzystanie siły roboczej i wydajności starszych osób. Potrzeba kreowania użytecznych ról społecznych dla wszystkich, którzy pragną je realizować, jest więc coraz wyraźniej podkreślanym wyzwaniem dla współczesnych polityk społecznych.

Tak w Polsce, jak i w innych krajach polityka społeczna w swoich regulacjach dotyczących sytuacji ludzi starszych kieruje się w znacznej mierze względami ekonomicznymi – nakładami na rzecz emerytur i zasiłków, leczenia, utrzymania ośrodków stacjonarnej opieki. I chociaż wiele się mówi o konieczności zapewnienia godnego starzenia się, nadmiernie rozrośniętą sferę wydatków socjalnych, a szczególnie obciążenia z tytułu świadczeń emerytalnych, uznaje się za jeden z głównych czynników trudności gospodarczych. Wydłużająca się przeciętna długość życia kobiet, sprawiająca, że statystycznie rzecz biorąc przez blisko 20 lat otrzymywały one świadczenia emerytalne, podczas gdy ich stan zdrowia i sprawności w momencie przechodzenia na emeryturę nie zawsze wskazywały na konieczność przerwania pracy, stała się koronnym argumentem na rzecz wprowadzenia nowych zasad systemu emerytalnego.

Większość uzasadnień odnosiła się do aktywizacji zawodowej kobiet, traktując je – z uwagi na wcześniejszy wiek emerytalny – jako wyłącznie nieproduktywnych konsumentów środków publicznych. Nie uwzględniano w nich faktu, że rosnący udział starszych kobiet jako konsumentów usług opłacanych ze środków publicznych jest jednak częściowo równoważony przez usługi oferowane przez nie nieodpłatnie na rzecz innych, często młodszych członków rodzin (prace w gospodarstwach domowych i usługi opiekuńcze), o czym już była mowa w tym artykule. Problem ten jest więc niewątpliwie bardziej skomplikowany, niż wynikałoby to z oficjalnych, politycznych dokumentów.

W toczącej się debacie reakcje samych kobiet na opóźnienie wieku emerytalnego były mieszane. Głosy „za” pochodziły przede wszystkim od kobiet wykształconych, wykonujących interesującą je pracę, dla których jest ona wyzwaniem intelektualnym, a nie tylko koniecznością zarobkowania; głosy „przeciw” od kobiet wykonujących wyczerpującą pracę fizyczną lub też nużącą, nisko opłacaną, wykonawczą pracę umysłową, określaną jako „kierat”. Dla tych ostatnich szczególnie uciążliwe w ich doświadczeniu życiowym jest godzenie obowiązków domowych

i zawodowych. Można też sądzić, że ich subiektywne poczucie zmęczenia życiem i pracą jest większe, a stresy, jakich doświadczają, mają bardziej przewlekły charakter. Dane na temat stanu zdrowia kobiet z różnych klas społecznych z wielu krajów, potwierdzają wyraźniejsze „zużycie” organizmów kobiet z klas niższych (Ostrowska 2009). Niewątpliwie też kobiety w wieku 50+, wykształcone, o wysokich kwalifikacjach zawodowych, znajdują dla siebie więcej innych możliwości na rynku pracy i szans na satysfakcjonujący wybór. Bardziej ograniczona produktywność niższych klas społecznych wiąże się bowiem także z trudnościami nadążania za nowymi wy-
mogami technologicznymi i starzeniem się ich kwalifikacji zawodowych.

* * *

Zmiany zachodzące w Polsce wymagają więc przemian sposobu myślenia o starości i bardziej aktywnego przygotowania do niej, zarówno ze strony obywateli, jak i państwa. Z tej drugiej perspektywy niezbędne jest wprowadzenie i realizacja „scenariusza modernizacyjnego” (określenie Ireny Kotowskiej 2007), a więc odpowiedniej, długofalowej polityki państwa wobec starzenia się i starości jako elementu cyklu życia. Potrzeba aktywizacji i zwiększenia odpowiedzialności za swój los w starszym wieku powinna być też elementem indywidualnego planowania i przygotowań w grupie wieku 50+. Z badań prowadzonych w ostatnich latach (Szukalski 2008) wynika jednak, że Polacy w wieku przedemerytalnym charakteryzują się orientacją na terażniejszość i brakiem długookresowego planowania swojego dalszego życia. Kobiety przeżywają więc około 1/3 swojego życia bez wyraźniejszych planów i perspektyw na przyszłość. Orientacja taka jest silnie związana z minimalistyczną koncepcją przeżywania dalszych lat, „przetrwania” w sposób, w jaki gwarantują to emerytom świadczenia ze strony państwa. Orientacja ta, bliska koncepcji starzenia się według teorii wycofywania się, jest także widoczna w sferze aktywności społecznej i obywatelskiej większości starzejących się kobiet. Same więc tylko zmiany legislacyjne, przedłużające prawne ramy zatrudnienia, nie wydają się wystarczającym rozwiązaniem, potrzebne jest także stworzenie systemowych możliwości, które pozwolą na stymulowanie aktywności kobiet 50+ (wprowadzanie elastycznych form pracy, organizacja pracy w usługach społecznych, formy ustawicznego kształcenia, zachęty do udziału w życiu publicznym, zwolnienie kobiet z usług opiekuńczych – choćby poprzez tworzenie przedszkoli).

Z tej perspektywy widać potrzebę socjalizacji antycypującej nadchodzące zmiany – zanim jeszcze staną się one koniecznością. Tak więc na przykład przejście na emeryturę nie powinno być postrzegane wyłącznie jako fakt czy zdarzenie mające nastąpić w przyszłości, lecz jako kolejny etap socjalizacji, świadomie rozpoczęty jeszcze w okresie „późnej dojrzałości”, od 50. roku życia, a nawet wcześniej (Streib, Thompson 1987). W stosunku do kobiet wchodzących w piątą dekadę swojego życia należałoby też zadbać o właściwe wsparcie w zakresie opieki medycznej, w trudnym okresie intensywnych przemian zdrowotnych i hormonalnych. Powszechność

i uporczywość omawianych wcześniej objawów związanych z menopauzą, problemy fizyczne i emocjonalne nasilające się w tym okresie życia są nie tylko kwestią obniżonej jakości życia – ale przeszkodą w rozwijaniu aktywności. Tymczasem system opieki zdrowotnej zdaje się niejednokrotnie lekceważyć te problemy, traktując je jako „naturalne” i „nieuniknione”, choć medycyna dysponuje wieloma możliwościami poprawy samopoczucia kobiet w okresie klimakterium.

Niedostrzeżenie problemów kobiet w wieku 50+ przez politykę społeczną przejawia się także w braku badań, które stałyby się podstawą diagnoz dotyczących sytuacji kobiet znajdujących się na pograniczu wieku dojrzałego i starości. Wiek ten, czyli dekada 50–60 lat, jednocześnie trudny i stanowiący istotny etap kształtowania dalszych dwudziestu kilku lat życia – choćby z tego tytułu zasługuje na szczególne zainteresowanie polityki społecznej. Okres ten nie doczekał się jednak jeszcze specyficznych badań, które mogłyby dostarczyć wskazówek zarówno dla poprawy jakości życia, jak i aktywizacji społecznej kobiet.

Bibliografia

- Arber S., Thomas H. (2001). *From women's Health to a gender analysis of Health*. W: W.C. Cockerham (red.), *The Blackwell Companion to Medical Sociology*. Malden, Oxford: Blackwell Publishers, s. 94–113.
- Astbury J. (2009). *Menopause*. W: *Mental Health aspects of women's reproductive Health*. WHO, s. 79–88.
- Beisert M. (2010). *Rozwój psychoseksualny człowieka*. W: Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.). *Podstawy seksuologii*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich, s. 81–91.
- Bielawska-Batorowicz E. (2005). *Występowanie objawów uznawanych za nietypowe dla menopauzy u kobiet i mężczyzn w wieku 45–55 lat*. *Przegląd Menopauzalny*, nr 1, s. 53–60.
- Biggar J.C. (1979). *The Sociology of Aging*. W: J. Lloyd, W. Mack J. Pease. *Sociology and Social Life*. New York: D. van Nostrand Company, s. 127–158.
- Bois J.P. (1996). *Historia starości. Od Monatigne'a do pierwszych emerytur*. Warszawa: Oficyna wydawnicza Wolumen, Wydawnictwo Marabut.
- Busse E.W. (1968). *Theories of Aging*. W: E.W. Busse, E. Pfeifer (red.), *Behavior and Adaptation In Late Life*. Boston: Little Brown and Company, s. 5–32.
- Chlebowski R.T. i in. (2003). *Influence of estrogen plus progestin on breast cancer and mammography in health postmenopausal women*. *Journal of American Medical Association*, nr 289, s. 3243–3253.
- Global Demographic Trends*. (2006). International Monetary Fund. September, vol. 43, nr 3.
- Gold E.B. (2000). *Demographics, environmental influences and ethnic and international differences in the menopausal experience*. W: R.A. Labo, J. Kelsey, B. Marcus (red.), *Menopause. Biology and Pathobiology*. San Diego: Academic Press, s. 189–201 za. E. Bielawska-Batorowicz 2006. Op. cit.
- Halicka M. (2004). *Satysfakcja życiowa ludzi starych*. Białystok: Akademia Medyczna.
- Halik J. (2002). *Starzy ludzie w Polsce. Społeczne i zdrowotne skutki starzenia się społeczeństwa*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.

- Izdebski Z., Ostrowska A. (2003). *Seks po polsku. Zachowania seksualne Polaków jako element stylu życia*. Warszawa: Muza.
- Izdebski Z. (2006). *Seksualność Polaków 50+*. Raport z badania OBOP.
- Kaufert P.M. (1996). *The Social and cultural context of menopause*. Maturitas, nr 23, s. 169–180.
- Kotowska, I., Sztanderska U., Wóycicka I. (2007). *Podsumowanie i rekomendacje*. W: I. Kotowska, U. Sztanderska, I. Wóycicka (red.), *Aktywność zawodowa i edukacyjna a obowiązki rodzinne w Polsce*. Warszawa: Scholar, s. 439–479.
- Lock M. (1994). *Menopause in cultural context*. Experimental Gerontology, nr 29, 307–317.
- Melby M.K., Lock M., Kaufert P. (2005). *Culture and symptoms reporting at menopause*. Human Reproduction Update, vol 11, nr 5, s. 495–512.
- Oleś P., Baranowska M. (2003). *Przełom połowy życia u kobiet*. W: J. Meder (red.), *Problemy zdrowia psychicznego kobiet*. Kraków: Polskie Towarzystwo Psychiatryczne, s. 151–160.
- Ostrowska A., Gujski M. (2008). *Walka z rakiem szyjki macicy w Polsce. Perspektywy, szanse i rekomendacje dla polityki państwa*. Raport z sesji naukowej organizowanej przez SNS IFiS PAN i dziennik Służba Zdrowia. Warszawa.
- Ostrowska A. (red.). *Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia*. Warszawa: Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiet.
- Palska H. (2004). *Starość i kultura młodości*. W: H. Domański, A. Ostrowska, A. Rychard (red.), *Niepokoje polskie*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Seniorzy w polskim społeczeństwie*. (1999). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Skrzypulec V. (2010). *Seksualność kobiety w okresie klimakterium*. W: Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec (red.), *Podstawy seksuologii*. Warszawa: PZWL, s. 138–145.
- Stan Zdrowia Ludności Polski* (1997). Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
- Szczepańska J. (2007). *Aktualne problemy i wydarzenia*. Raport z badania CBOS (208), 31 sierpień–4 wrzesień.
- Szukalski P. (2008). *Podsumowanie badania: wnioski i rekomendacje*. W: P. Szukalski (red.), *To idzie starość. Postawy osób w wieku przedemerytalnym*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.
- Time use and work – life options over the life course*. (2007). *First European Quality of Life Survey*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, s. 28.
- Titkow A. (2007). *Tożsamość polskich kobiet. Ciągłość, zmiana, konteksty*. Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- Tobiasz-Adamczyk B., Brzyski P., Bajka J. (2004). *Społeczne uwarunkowania jakości życia kobiet u progu wieku starszego*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Tobiasz-Adamczyk B. (2009). *Przemoc wobec osób starszych*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Wciórka B. (2007). *Między młodością a starością*. Raport z badania CBOS: Aktualne problemy i wydarzenia, (200) 12–15 stycznia.
- Wojtyński B., Goryński P. (2008). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*. Narodowy Instytut Zdrowia – Państwowy Zakład Higieny. Warszawa.
- Wolff K. (1978). *The Biological, Sociological and Psychological Aspects of Aging*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher.
- Wrona-Polańska H. (2008). *Zdrowie i jego psychobiologiczne mechanizmy*. W: H. Wrona-Polańska (red.), *Zdrowie–stres–choroba*. Kraków: Impuls, s. 17–36.

50+ women in Poland. Between social challenges and health capabilities

Abstract

The article presents women's ageing process in Poland as a biological, health, psychological and socio-cultural process. It also points out some of the differences in relation to men's ageing. The object of a detailed study is the situation of women in the age group of 51–60, i.e. in the period when women of "mature age" start to transform to "elderly ones". This period is particularly interesting both because of the women's feelings and the social pressure to which they are subjected.

Key words: 50+ women, ageing process, health, social position

Justyna Przybyło-Szlachta

Katolicki Uniwersytet Lubelski Jana Pawła II

Psychospołeczne uwarunkowania i konsekwencje otyłości i zaburzeń obrazu siebie

Streszczenie

W swoim artykule zajmuję się tematem psychospołecznych uwarunkowań otyłości oraz zaburzeń związanych z odżywianiem i niewłaściwym obrazem siebie. Problemy te dotyczą coraz większej liczby osób na świecie, zwłaszcza w krajach cywilizacji zachodniej. Podkreślam społeczno-kulturowe podłoże tych zaburzeń, zwłaszcza rolę środowiska społecznego oraz mediów, kreujących obowiązujące ideały piękna. Ideały te są nieosiągalne dla większości osób, zwłaszcza jeżeli chodzi o niską wagę i szczupłą sylwetkę u kobiet oraz umięśnione ciało u mężczyzn. Budzi to frustrację i bezsilność, powoduje obniżenie samooceny i spadek zadowolenia z życia, dodatkowo może prowadzić do rozwoju wyżej wspomnianych zaburzeń.

Słowa kluczowe: otyłość, obraz siebie, anoreksja, dysmorfia

Otyłość jest coraz powszechniejszym zjawiskiem. Zwłaszcza w Ameryce Północnej oraz krajach Europy Zachodniej coraz więcej osób cierpi na tę dolegliwość. Przyjmuje się, że aż 27% mieszkańców tych obszarów to osoby otyłe, a 30% ma nadwagę (Krzemionka-Brózda 2009, s. 117; Głębocka 2009, s. 10; Radoszewska 2013, s. 18). Uważa się, że otyłość niesie za sobą zagrożenia i poważne konsekwencje zarówno dla zdrowia, jak i dla funkcjonowania psychicznego i społecznego jednostki (Górska 2008, s. 93). Pomimo powszechności występowania otyłości stosunek społeczeństwa do osób otyłych pozostaje niezmiennie negatywny. Obserwuje się brak akceptacji społecznej dla tych osób, co w konsekwencji powoduje liczne zaburzenia w funkcjonowaniu psychicznym i społecznym, między innymi spadek samooceny oraz spadek zadowolenia z życia. W swoim artykule chciałabym zająć się psychicznymi i społecznymi konsekwencjami otyłości, jak również kulturowymi jej uwarunkowaniami.

Otyłość najogólniej można zdefiniować jako „przewlekłą chorobę ogólnoustrojową, [w której] przebiegu, na skutek zaburzeń homeostazy przemiany energetycznej, następuje rozrost tkanki tłuszczowej ponad przyjętą normę. Z powodu zwiększenia liczby i/lub wielkości komórek tłuszczowych dochodzi do wtórnie uszkodzenia struktury i funkcji poszczególnych narządów i układów” (Bąk-Sosnowska 2009, s. 11). Jest to definicja skupiająca się na fizjologicznym aspekcie otyłości, nas jednak bardziej interesować będzie jej psychologiczny i społeczny

aspekt, dlatego też odpowiedniejszą wydaje się definicja, która powstała na gruncie psychologii społecznej, oparta na subiektywnej ocenie masy ciała. W tym rozumieniu osoba otyła to taka, która sama siebie określa jako otyłą lub którą inni w ten sposób charakteryzują. Stan ten jest niezależny od obiektywnego występowania otyłości w sensie medycznym.

Otyłość może mieć różne przyczyny, przebieg, czas występowania i konsekwencje. Ze względu na etiologię wyróżniamy otyłość endogenną, której przyczyną są czynniki wewnętrzne: endokrynne, genetyczne czy metaboliczne, oraz otyłość egzogenną, spowodowaną czynnikami środowiskowymi i psychologicznymi, np. nieprawidłowymi nawykami żywieniowymi, siedzącym trybem życia czy stresem. Inny podział otyłości związany jest z rozmieszczeniem tkanki tłuszczowej. Otyłość gynoidalna (biodorowo-udowa) rozpoczyna się zazwyczaj wcześniej i polega na obniżeniu spoczynkowej przemiany materii, w związku z czym trudno poddaje się odchudzaniu. Otyłość androidalna (brzuszna) rozpoczyna się zazwyczaj dopiero w wieku dojrzałym, jest zdeterminowana genetycznie, jednak masa ciała łatwiej ulega redukcji w przypadku odchudzania się. Ten rodzaj otyłości bywa jednak bardziej niebezpieczny dla zdrowia (Bąk-Sosnowska 2009, s. 13). Otyłość niesie za sobą negatywne skutki zdrowotne, może przyczynić się do wystąpienia wielu ciężkich zaburzeń i chorób układów: pokarmowego, krążenia, kostnego, moczowego i płciowego (Radoszewska 2013, s. 22).

Z otyłością często związane są zaburzenia w odżywianiu się. Wśród nich wymienić można Zespół Napadowego Objadania się (*Binge-Eating Disorder*), Syndrom Nocnego Jedzenia (*Night Eating Disorder*), powstrzymywanie się od jedzenia – rozhamowanie (*Extreme Dietary Restraint – Disinhibition*), jedzenie obfitych posiłków, jedzenie nieregularne i zbyt szybkie. Jednym z najczęstszych aspektów leżących u podłoża zaburzeń jedzenia, a zwłaszcza objadania się, jest warunkowany głód, który jest wynikiem skojarzenia jedzenia z pewnymi czynnościami (np. jedzenie podczas oglądania telewizji), kiedy traci się kontrolę nad ilością zjedanego pożywienia. Podobnie dzieje się w przypadku uwrażliwienia na zewnętrzne bodźce żywieniowe, kiedy sygnałem do sięgnięcia po jedzenie jest nie odczuwany głód, ale obraz osób jedzących czy widok lub zapach konkretnego posiłku. Jedzenie bywa też niekiedy mechanizmem rozładowywania napięcia emocjonalnego. W tym wypadku również spożywanie często sporej ilości pożywienia nie jest bezpośrednio związane z odczuwaniem głodu (Bąk-Sosnowska 2009, s. 23–26).

Obraz ciała jest złożoną strukturą, która obejmuje elementy poznawcze, emocjonalne i behawioralne (Kuleta 2009, s. 105). Składa się na niego stopień zadowolenia z własnego ciała oraz stopień koncentracji na nim. Obraz ciała, jako istotna część obrazu samego siebie, wywiera olbrzymi wpływ na zachowanie jednostki, na jej relacje z innymi ludźmi. Negatywna ocena własnego ciała obniża poczucie własnej wartości, przez co wpływa na relacje interpersonalne, może prowadzić do izolacji społecznej, a tym samym do obniżenia jakości życia. Najistotniejszym elementem obrazu ciała jest waga, zarówno jej obiektywna wysokość, jak też subiektywne

postrzeganie. U kobiet częściej niż u mężczyzn spotyka się tendencję do zawyżania własnej wagi (Dzielska, Mazur 2008, s. 122–123). Otyłość jest więc nie tylko stanem somatycznym, ale też psychicznym (Bąk-Sosnowska 2009, s. 91). Najważniejszymi momentami w przeżywaniu własnej cielesności są okresy: dzieciństwa, dojrzewania, wiek średni (tzw. „połowa życia”) oraz starość, gdyż wtedy to konieczne jest odnalezienie spójności pomiędzy „ciałem subiektywnym a ciałem obiektywnym, [...] ciałem doznawanym a oglądanym” (Sikorska 2009, s. 90).

We współczesnym świecie dokonują się równocześnie dwa sprzeczne procesy. Z jednej strony cywilizacja techniczna prowadzi do „eliminacji ciała”, „alienacji człowieka od jego cielesności” (Sikorska 2009, s. 99), gdyż w coraz większej liczbie czynności jego fizyczna obecność jest zbędna (maszyny na taśmach produkcyjnych, „świat wirtualny”). Z drugiej zaś strony wzrasta zainteresowanie ciałem, jego wyglądem. Mówi się wręcz o ciału centrycznym charakterze współczesnej kultury (Bykowska 2008, s. 95; Majchrowska, Bogusz 2008, s. 127–128).

Współcześnie w krajach cywilizacji zachodniej mamy do czynienia z wydłużeniem średniej długości życia. Spowodowane jest to rozwojem medycyny, wzrostem świadomości dotyczącej zdrowia, higieny i odżywiania oraz ogólnym wzrostem poziomu i poprawą warunków życia. Współcześni ludzie żyją dłużej od swoich przodków, lepiej też wyglądają (medycyna estetyczna, stomatologia), są sprawniejsi i zdrowsi, mimo to ich zadowolenie z wyglądu jest znacznie mniejsze. Promocja zdrowego stylu życia, szczupłej, wysportowanej sylwetki, której dokonują media, wydaje się przynosić efekty odwrotne od zamierzonych. Rośnie liczba osób otyłych i z nadwagą, niezadowolonych ze swojego wyglądu. „Epidemia otyłości oraz coraz częstsze przypadki anoreksji [...] oraz towarzyszące im deformacje w sferze społecznej, poznawczej i emocjonalnej mają swoje źródła w niezadowoleniu z wyglądu, które jest skutkiem rozbieżności między aktualnym a pożądanym kształtem sylwetki oraz pomiędzy posiadaną a upragnioną wagą ciała” (Głębocka 2009, s. 9).

Atrakcyjność fizyczna wynika z wielu czynników, które różnią się w zależności od płci. Jednak należy pamiętać, że ideał ciała jest w znacznym stopniu determinowany przez kulturę. Otoczenie społeczne, w tym rodzina i przyjaciele, oraz środki masowego przekazu są ważnymi czynnikami, które wpływają na postawy wobec ciała (Kuleta 2009, s. 108; Radoszewska 2013, s. 45). Ciało spełnia w sferze społecznej funkcję nośnika komunikatów, jest pewnego rodzaju przekazem symbolicznym. Szczupłe ciało przekazuje informację o posiadaniu społecznie pożądanym cech, jest wskaźnikiem moralnej kondycji, świadczy o kontroli nad pokusami („To ,co piękne, jest dobre”). Ciało otyłe przekazuje przeciwne komunikaty. Świadczy o słabości, braku silnej woli i samodyscypliny, lenistwie, braku kontroli nad własnym życiem (Bykowska 2008, s. 98; Schier 2010, s. 51–52; Majchrowska, Bogusz 2008, s. 128–129).

Na współczesny ideał kobiecego piękna składa się młode szczupłe ciało, długie nogi, okrągły biust, wąska talia i gładka skóra. Szczególny nacisk kładzie się na wagę. Media kreują wizerunek coraz szczuplejszej kobiety, podczas gdy realnie średnia

masa ciała kobiet systematycznie rośnie. Osiągnięcie propagowanego ideału staje się niemożliwe i prowadzi do wzrostu niezadowolenia oraz braku akceptacji własnego ciała (Bąk-Sosnowska 2009, s. 78–79; Krzemionka-Brózda 2009, s. 118). Ideał szczupłego kobiecego ciała nie od zawsze dominował w kulturze. Obfite piersi i biodra, widoczny brzuch były pożądanymi atrybutami kobiety, miały bowiem świadczyć o płodności. W czasach, kiedy kobieta pracowała fizycznie, mocna i krępa sylwetka świadczyła o sile i wytrzymałości. Na wykreowanie szczupłej, „chłopięcej” sylwetki, jako ideału kobiecego piękna, miały wpływ: rewolucja w modzie, odślaniająca coraz więcej ciała, emancypacja kobiet i ich dążenie do równouprawnienia płci, przejawiające się między innymi w minimalizacji różnic pomiędzy kobietami a mężczyznami. Kobiety chciały pracować na równi z mężczyznami, chciały wyglądać tak jak oni, a osiągały to poprzez redukcję masy ciała, tak aby krągłości bioder i piersi były jak najmniej widoczne (Bykowska 2008, s. 89–90). Również rozwój przemysłu odzieżowego, wzrost znaczenia kreatorów mody, którzy promują szczupłe lub wręcz chude kobiece sylwetki, jak też media masowe utrwalają szczupłość w kanonie kobiecego piękna (Głębocka 2009, s. 9).

W kulturze europejskiej płęć w istotny sposób różnicowała oczekiwania. Od kobiet oczekiwano, aby były widoczne, piękne, podziwiane ze względu na przymioty ciała, natomiast mężczyźni mieli być mądrzy, odważni i silni. To cechy umysłu i charakteru były głównymi przedmiotami podziwu. Natomiast walory estetyczne męskiego ciała były marginalizowane. Współcześnie można zauważyć zmianę tych tendencji. Ciało mężczyzny staje się równie ważne i atrakcyjne fizycznie, jak ciało kobiety. Mężczyzna „przyodziewa się” w swoje ciało (Piątek, Barabas 2008, s. 128). I podobnie jak w przypadku ideału kobiecego piękna, tworzony jest ideał piękna męskiego. Mężczyzna powinien być wysoki, szczupły i umięśniony. Zwłaszcza kwestia muskulatury staje się kluczowa. Piękna rzeźba ciała, bez grama tłuszczu – to obraz mężczyzny kreowany przez kulturę masową. Dla większości niemożliwy do osiągnięcia, nawet przy odpowiednim odżywianiu się i ćwiczeniach. Ideał ten jest bowiem sprzeczny z naturą ludzką. Niezadowolenie z własnego wyglądu towarzyszy więc większości kobiet i znacznej części mężczyzn przez niemal całe życie. Osoby te podejmują różnego rodzaju działania, aby zmniejszyć poczucie niezadowolenia, nierzadko dość drastyczne, jak operacje plastyczne czy przyjmowanie środków farmakologicznych, stanowiących często zagrożenie dla zdrowia. Amerykańskie Towarzystwo Chirurgii Plastycznej podaje, że liczba operacji plastycznych w ciągu ostatnich piętnastu lat wzrosła trzykrotnie, a liczba zabiegów powiększenia piersi – dziesięciokrotnie (Głębocka 2009, s. 180). Okazuje się jednak, że to nie poprawa atrakcyjności fizycznej jest ich głównym celem, tylko chęć podniesienia samooceny i jakości życia. Ludziom pięknym żyje się lepiej!

Badania opinii społecznej pokazują, że Polacy uważają wygląd za niezwykle ważny. Zdaniem ponad 90% badanych atrakcyjny wizerunek przesądza o sukcesie w życiu osobistym i zawodowym. Ponad 70% badanych chciałoby skorygować swoją sylwetkę, przy czym kobiety chciałyby być szczuplejsze, a mężczyźni bardziej

muskularni (CBOS 152/2003). Jednak zdaniem Polaków nieco większe znaczenie od dbałości o kształt sylwetki ma dbanie o wygląd zewnętrzny, czyli fryzurę, makijaż i ubranie (CBOS 130/2009). Jeżeli chodzi o nawyki żywieniowe, to 81% dorosłych Polaków jest zdania, że odżywia się zdrowo (CBOS 115/2014), jednak aż 26% z nich stosowało w ciągu ostatniego roku jakąś dietę eliminacyjną (CBOS 113/2014). Najczęściej decydowały się na nią osoby niezadowolone z własnego wyglądu, dlatego też najczęściej wymienianym powodem stosowania diety była chęć schudnięcia.

Anoreksja jest jednym z poważniejszych zaburzeń odżywiania. Przyjmuje się kilka podstawowych kryteriów rozpoznawania tego schorzenia. Są to jednocześnie występujące: spadek masy ciała o co najmniej 15% wagi oczekiwanej dla wieku i wzrostu, lęk przed przybraniem na wadze pomimo ewidentnej niedowagi, zaburzony sposób postrzegania własnego ciała oraz nieobecność co najmniej trzech kolejnych cykli menstruacyjnych (Schier 2010, s. 61; Górska 2008, s. 97–98). Konsekwencje utrzymywania się tak niskiej masy ciała i chronicznego niedożywienia bywają tragiczne. Anoreksja prowadzi może nawet do śmierci. Wśród problemów zdrowotnych, jakie mogą się pojawić w wyniku anoreksji, wymienia się: zawroty głowy, zaburzenia snu, osłabienie, stałe uczucie zimna, zaburzenia pracy nerek, osteoporozę, zaburzenia rytmu serca.

Przyczyny anoreksji są złożone. Z pewnością ważny czynnik stanowią oczekiwania społeczne, którym kobiety nie są w stanie sprostać. Nierealistyczny ideał kobiecego ciała, ciągła presja, aby być atrakcyjnym i na topie, godzenie kariery i sukcesu zawodowego z obowiązkami rodzicielskimi oraz życiem towarzyskim powodują u kobiet poczucie ciągłego braku kontroli, niemożności spełnienia oczekiwań. Przejęcie kontroli nad swoim ciałem powoduje poczucie mocy, przekonanie, że są sprawy, na które mamy wpływ. Ta kontrola jest złudna, a nawet niebezpieczna.

Innym czynnikiem, który jest istotny w przypadku osób cierpiących na anoreksję, są zaburzenia w relacjach z opiekunami (Schier 2010, s. 64, 67–68). Brak własnych autonomicznych pragnień i oczekiwań, będący konsekwencją niewłaściwego przebiegu procesów separacji od pierwotnych opiekunów i tworzenia się autonomicznej tożsamości, powoduje, że osoby te kierują się w swoim działaniu oczekiwaniami innych albo też ogólnie przyjętymi wartościami społecznymi. W relacjach z opiekunami brak jest poczucia bezpieczeństwa. Skutkuje to koniecznością dążenia do perfekcjonizmu, a niezadowolenie z własnego ciała staje się olbrzymim problemem, który trzeba rozwiązać w sposób radykalny i zdecydowany. Dzieje się to na dwa sposoby: albo przez drastyczne ograniczenie ilości spożywanych pokarmów, albo przez regularne objadanie się i prowokowanie zachowań wydalających (indukowanie wymiotów oraz nadużywanie środków przeczyszczających).

Anoreksja dotyczy również mężczyzn, ale tylko w niewielkim stopniu. Zdecydowanie częściej chorują kobiety. Domeną mężczyzn stało się natomiast innego rodzaju zaburzenie, będące poniekąd odwrotnością anoreksji, mianowicie dysmorfia mięśniowa (Schier 2010, s. 69–70). Dysmorfia mięśniowa jest to zaburzenie polegające na nadmiernym przejmowaniu się własną muskulaturą. Mężczyźni

cierpiący na tę chorobę za wszelką cenę pragną zwiększyć masę swoich mięśni, najczęściej poprzez mozolne treningi fizyczne na siłowni i/lub przyjmowanie steroidów anabolicznych, zawierające pochodne testosteronu. Prowadzą one do wzrostu masy mięśniowej, ale ich używanie może nieść za sobą poważne konsekwencje dla zdrowia. Mogą to być: zmiany nastroju, agresywność, zmiany psychotyczne, zaburzenia pracy trzustki i nerek, nadciśnienie, zmiany miażdżycowe, trądzik. Zażywanie steroidów anabolicznych jest szczególnie niebezpieczne dla młodzieży przed 18. rokiem życia. Trud podejmowany w celu zwiększenia masy mięśniowej łączy się z walką z tkanką tłuszczową, co łącznie staje się niezwykle trudnym i wyczerpującym zadaniem.

Funkcjonowanie osób z dysmorfia mięśniową odbywa się niejako na trzech płaszczyznach: percepcyjnej, afektywnej i behawioralnej. Na płaszczyźnie percepcyjnej ma miejsce nieadekwatny obraz własnego ciała, postrzeganie go jako chudego, niedostatecznie umięśnionego, nawet jeśli jest odwrotnie. Na płaszczyźnie afektywnej pojawiają się ciągłe zmiany nastroju i zaburzenia afektywne. Na płaszczyźnie behawioralnej zaś występują zachowania antyspołeczne, wstyd przed publicznym pokazywaniem ciała, które wydaje się niedoskonałe, nadmiernie wyczerpujące ćwiczenia fizyczne (Schier 2010, s. 72).

Ciało może być dla człowieka źródłem zarówno pozytywnych, jak i negatywnych doznań. Zdrowie, zadowolenie z własnej wagi, sprawność fizyczna, uroda dają radość i poczucie własnej wartości, natomiast niezadowolenie z własnego wyglądu może być źródłem cierpień i frustracji. Może prowadzić do licznych zaburzeń, których konsekwencje medyczne, psychiczne i społeczne mogą być bardzo poważne. Pamiętać jednak należy, że przyczyny wielu z tych zaburzeń mają swoje źródła w kulturze danych społeczeństw. Przesadna koncentracja na wyglądzie zewnętrznym, pochwała konsumpcjonizmu i hedonistycznego podejścia do życia, dążenie do zaspokajania najbardziej wyszukanych smaków i zachcianek, przy jednoczesnym kulcie młodości, piękna i doskonałości, staje się niebezpieczną mieszanką. Niemożliwe do spełnienia oczekiwania, każące być jednocześnie młodym, pięknym i bogatym, każące odnosić sukces na wszystkich polach działalności, prowadzi wielu ludzi do utraty kontroli nad swoim życiem, do poczucia porażki, bezradności, a w konsekwencji do poważnych zaburzeń w sferze psychospołecznej. W niniejszym artykule starałam się ukazać otyłość, anoreksję oraz dysmorfia mięśniową jako choroby uwarunkowane z jednej strony psychospołecznie, a z drugiej niosące poważne konsekwencje dla funkcjonowania społecznego i psychicznego osób na nie cierpiących.

Bibliografia

- Bąk-Sosnowska M. (2009). *Między ciałem a umysłem. Otyłość i odchudzanie się w ujęciu integralnym*. Kraków: Impuls.
- Bykowska B. (2008). *Odchudzanie jako styl życia współczesnych kobiet*. W: M.S. Szczepański, B. Pawlica, A. Śliz, A. Zarębska-Mazan (red.), *Ciało spieniężone? Szkice antropologiczne i socjologiczne*. Tychy-Opole, s. 95–108.

- CBOS 113/2014, *Diety Polaków*.
- CBOS 115/2014, *Zachowania żywieniowe Polaków*.
- CBOS 130/2009, *Polak zadbany – troska o sylwetkę i własne ciało*.
- CBOS 152/2003, *Stosunek do własnego ciała – ideał pięknej kobiety i przystojnego mężczyzny*.
- Czapicki Z., Górńska A., Podhaja E. (red.) (2008), *Aktywność fizyczna a otyłość: profilaktyka, psychika, estetyka*. Toruń: Wydawnictwo Enea Communication.
- Dzielska A., Mazur J. (2008). *Zmiany wskaźnika masy ciała (BMI) 15-latków a funkcjonowanie w środowisku rówieśniczym*. W: Z. Czapicki, A. Górńska, E. Podhaja (red.), *Aktywność fizyczna a otyłość: profilaktyka, psychika, estetyka*. Toruń: Wydawnictwo Enea Communication, s. 115–126.
- Głębocka A. (2009). *Niezadowolenie z wyglądu a rozpaczliwa kontrola wagi*. Kraków: Impuls.
- Górńska A. (2008). *Efekt niedostosowania żywieniowego – otyłość, bulimia, anoreksja*. W: Z. Czapicki, A. Górńska, E. Podhaja (red.), *Aktywność fizyczna a otyłość: profilaktyka, psychika, estetyka*. Toruń: Wydawnictwo Enea Communication, s. 92–99.
- Krzemionka-Brózda D. (2008). *Balast ciała w schemacie Ja. Emocjonalne i tożsamościowe korelaty nadwagi u młodych kobiet*. W: D. Kubacka-Jasiecka, M. Kuleta (red.), *W kręgu psychologicznej problematyki tożsamości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 117–130.
- Kubacka-Jasiecka D., Kuleta M. (red.) (2008). *W kręgu psychologicznej problematyki tożsamości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Kuleta M. (2008). *Spółeczno-kulturowe i osobowościowe uwarunkowania obrazu własnego ciała*. W: D. Kubacka-Jasiecka, M. Kuleta (red.), *W kręgu psychologicznej problematyki tożsamości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 101–116.
- Kurczewski J.M. (red.) (2006). *Praktyki cielesne*. Warszawa: Trio.
- Łuszczynska A. (2007). *Nadwaga i otyłość. Interwencje psychologiczne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Majchrowska A., Bogusz R. (2008). *Spółeczne konsekwencje otyłości. Stereotyp i naznaczenie w opiniach młodzieży studenckiej*. W: Z. Czapicki, A. Górńska, E. Podhaja (red.), *Aktywność fizyczna a otyłość: profilaktyka, psychika, estetyka*. Toruń: Wydawnictwo Enea Communication, s. 124–135.
- Piątek K., Barabasz A. (2008). „*Nie hetero, nie homo. Po prostu metro (i uber)*”. *Socjologiczna analiza współczesnych wzorów męskości*. W: M.S. Szczepański, B. Pawlica, A. Śliz, A. Zarebska-Mazan (red.), *Ciało spieniężone? Szkice antropologiczne i socjologiczne*. Tychy-Opole, s. 125–139.
- Radoszewska J. (2011). *Psychiczne uwarunkowania otyłości u dzieci i osób w wieku dorastania*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Schier K. (2010). *Piękne brzydactwo. Psychologiczna problematyka obrazu ciała i jego zaburzeń*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.
- Sikorska I. (2008). *Ja cielesne w biegu życia*. W: D. Kubacka-Jasiecka, M. Kuleta (red.), *W kręgu psychologicznej problematyki tożsamości*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, s. 87–100.
- Szczepański M.S., Pawlica B., Śliz A., Zarebska-Mazan A. (red.) (2008). *Ciało spieniężone? Szkice antropologiczne i socjologiczne*. Tychy-Opole.

Psychosocial determinants and consequences of obesity and self-image disorders

Abstract

In my article I am dealing with problem of psychosocial determinants of obesity, anorexia and muscle dysmorphism. These disorders affect more and more people in the world, especially in countries of Western civilization. I emphasize the socio-cultural background of these disorders, especially the role of the social environment and media. The ideal of beauty advertised by the media is unattainable for most people. In this context it becomes extremely important for women to have low weight and for men to achieve muscular figure. This unattainable ideal arouses frustration and powerlessness in many people, resulting in low self-esteem and a decrease in life satisfaction, and in addition it leads to the development of the aforementioned disorders.

Key words: obesity, self-image, anorexia, dysmorphism

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Sociologica VII (2015), vol. 1, p. 123–135

RECENZJE

Katarzyna Gurczyńska-Sady, *Człowiek jako słowo i ciało.*

W poszukiwaniu nowej koncepcji podmiotu, Universitas, Kraków 2013, 240 s.

Historia filozofii to z jednej strony dzieje tworzenia oryginalnych obrazów świata mających wyjaśnić nasz los, z drugiej – dzieje krytyki i destrukcji poszczególnych teorii, porzucanych jako błędne lub niedostatecznie uzasadnione opisy naszych doświadczeń. Współcześnie dominuje tendencja destrukcyjna, filozofowie kwestionują bowiem sens takich tradycyjnych pojęć, jak Bóg, prawda, dobro, rozum czy podmiot. Ten ostatni problem jest tematem książki Katarzyny Gurczyńskiej-Sady *Człowiek jako słowo i ciało. W poszukiwaniu nowej koncepcji podmiotu* (2013). W monografii tej Autorka znacząco rozwija swoje wcześniejsze badania, których wrazem było znakomite studium *Podmiot jako byt otwarty*, dotyczące późnej filozofii Ludwiga Wittgensteina. W pracy *Człowiek jako słowo i ciało* Katarzyna Gurczyńska-Sady wykracza poza koncepcje Wittgensteina, analizując poglądy myślicieli należących do fenomenologii (Husserl, Scheler), egzystencjalizmu (Sartre), hermeneutyki (Heidegger, Gadamer), dekonstrukcjonizmu (Derrida, Deleuze, Foucault), a także sięgając do klasyków filozofii (Kartezjusz, Kant, Nietzsche) oraz współczesnej filozofii nauki (Fleck). Podstawowym zamiarem Autorki jest rekonstrukcja jednego z najważniejszych wątków filozofii XX wieku, jakim jest negacja kartezjańskiej idei podmiotu. Wprawdzie współczesne koncepcje nie tworzą zwartego systemu twierdzeń, podzielanych przez wszystkich filozofów, to jednak zachodzi między nimi podobieństwo rodzinne, wobec czego można powiedzieć, że stanowią one ogniwa jednego łańcucha myśli (s. 9). Z tego powodu, rekonstruując współczesny model podmiotu, Autorka nie akcentuje różnic między poszczególnymi teoriami, lecz próbuje uchwycić ogólną tendencję czy też wspólny większości badaczy styl myślenia. Podstawowym narzędziem metodologicznym jest zasada kontrastu, pozwalająca dostrzec, że współczesny model podmiotu jest odwróceniem modelu kartezjańskiego. Metoda ta jest o tyle trafna, że główną zbieżnością między współczesnymi teoriami nie jest zbiór określonych twierdzeń, lecz właśnie sprzeciw wobec koncepcji kartezjańskiej (s. 8).

Pojęcie podmiotu nie jest pojęciem izolowanym, lecz wiąże się z innymi pojęciami, zwłaszcza z pojęciem bytu i poznania (czy szerzej – relacji podmiotu do bytu), bez których nie byłoby zrozumiałe (s. 10). Ponieważ jednak sens każdego z nich uległ współcześnie istotnej zmianie, nie do utrzymania okazała się nowożytna idea niematerialnego, substancjalnego i autonomicznego podmiotu, odnoszącego się do bytu w akcie teoretycznego poznania. Zgodnie z obserwacją Autorki, pojęcie bytu zostało w XX wieku zastąpione pojęciem sensu, pojęcie duchowego podmiotu

– ideą zdesubstancjalizowanego ciała, pojęcie poznania zaś – ideą wyzwiania sensu (s. 10–11). Jednym ze źródeł tego przekształcenia była, zdaniem Gurczyńskiej-Sady, filozofia Nietzschego, który odrzucił zarówno ideę zewnętrznego bytu, niezależnego od aktywności podmiotu, jak też ideę obiektywnej prawdy, zastępując ją koncepcją powszechnej interpretacji (s. 64–65). W wyniku tych zmian wiedza okazała się arbitralną konstrukcją, niemającą odniesienia do rzeczywistości, a pojęcie uniwersalnego podmiotu poznania, który ma obowiązek uzgodnić swe przekonania ze światem, straciło sens. W tej sytuacji „[...] filozofię współczesną, przynajmniej do jakiegoś stopnia, można scharakteryzować jako tę, która usiłuje mówić o człowieku i jego świecie, obywatel się bez pojęć podmiotu i bytu” (s. 115). Przyjrzyjmy się tej zmianie bliżej, rekonstruując myśl przewodnią omawianej książki.

Nie ma wątpliwości, że jednym z najważniejszych aspektów podmiotu w modelu kartezyjańskim jest samowiedza. Człowiek jawi się w nim jako świadoma siebie jaźń, mająca bezpośredni dostęp do własnych myśli, dzięki czemu zna siebie tak, jak nikt inny znać go nie może. Żadne inne ja nie ma dostępu do mojego wnętrza, nie może zatem obserwować moich przeżyć w taki sposób, w jaki obserwuję je ja sam dzięki samoświadomości (s. 17–18). Samowiedza jest niezależna od woli, stanowiąc naturalną konsekwencją bycia jaźnią, ja istnieje bowiem o tyle, o ile jest siebie świadome i potrafi samo siebie zidentyfikować; pojęcie podmiotu, który nie jest świadomy siebie, nie ma zatem sensu. Tak rozumiana jaźń jest autonomiczną substancją duchową, o czym świadczy jej zdolność wątpienia w istnienie innych jaźni oraz rzeczy (w tym także ciała, z którym jest związana) (s. 17).

Współcześnie taki obraz podmiotu został zakwestionowany, głównie z powodu odrzucenia introspekcji jako metody poznania, umożliwiającej obserwację własnego wnętrza, niedostępnego innym podmiotom (s. 11, 24). Przykładem może być argumentacja Wittgensteina, zgodnie z którą nie ma sensu mówić, że widzę siebie (lub czuję własny ból) w taki sam sposób, w jaki widzę przedmioty obecne wokół mnie (s. 22). Ja odkrywane w introspekcji jest puste (nie ma treści), wobec czego nie da się go zaobserwować ani opisać (s. 47); nie jesteśmy go także w stanie zlokalizować, co sugeruje, że jest ono fikcją (s. 20–21). Kartezyjańską ideę samowiedzy krytykował także Scheler, zdaniem którego jednostka dowiaduje się, kim jest, nie dzięki introspekcji, lecz dzięki włączeniu w społeczny nurt życia (s. 45). Także życie psychiczne ma charakter wspólnotowy, ponieważ poznajemy siebie za pośrednictwem innych ludzi, naśladując ich zachowania; znaczy to, że wiedza o własnych stanach psychicznych jest wyuczona (s. 42–43).

Argumenty te świadczą, że dominująca współcześnie krytyka introspekcji nie jest krytyką psychologiczną, rozwijaną chociażby przez Comte’a. Jak bowiem dowodził twórca pozytywizmu, introspekcja jest niemożliwa dlatego, że wewnętrzna obserwacja określonego stanu (np. gniewu) znacząco go modyfikuje lub nawet niszczy. W chwili bowiem, kiedy zaczynam obserwować swój gniew, przestaję się gniewać, co znaczy, że przedmiot introspekcji przestaje istnieć. Współczesne argumenty nie są też powtórzeniem krytyki Hume’a, zgodnie z którą w introspekcji odkrywamy

jedynie poszczególne przeżycia psychiczne (percepcje), nie dostrzegamy jednak ich trwałego podmiotu (jaźni). Współcześnie dowodzi się bowiem, że introspekcja jest niemożliwa, ponieważ nie istnieją subiektywne przeżycia, których miałyby dotyczyć (s. 24).

Negacja idei subiektywnego wnętrza wpływa na zmianę relacji człowieka do świata; o ile bowiem Kartezjusz pojmował podmiot jako konkretną jaźń poznającą zewnętrzne rzeczy (s. 18–19), o tyle współcześnie podmiot pojmowany jest jako istniejący nie w sobie, lecz w świecie, który stracił w ten sposób zewnętrzność i obcość (s. 27–29). Jak wskazywał Heidegger, człowiek i świat nie są odrębnymi i autonomicznymi względem siebie rzeczywistościami, lecz nieodłącznymi elementami tej samej struktury; z tego powodu człowiek nie potrzebuje pośrednictwa myśli, aby przełamać izolację i dotrzeć do świata (s. 29–31). Natomiast zdaniem Schelera, nasze przeżycia psychiczne mają charakter społeczny, będąc odbiciem tego, co obserwujemy u innych (s. 44). Z tego powodu, „[...] jak Scheler ciekawie zauważa, powinniśmy być wdzięczni poetom, którzy wynajdując nowe ekspresje, uczą nas w ten sposób pewnych, nowych – nieznanych danej wspólnotcie – przeżyć. Gdy wchodzi one w obieg, początkowo pozostają ekskluzywne, elitarne, ale z czasem ulegają upowszechnieniu. Zjawisko to porównuje filozof do obecności w życiu gospodarczym towarów niegdyś uznawanych za luksusowe – na przykład kawy, herbaty, pieprzu i soli – które później uległy upowszechnieniu” (s. 44). Znaczy to, że nasz sposób myślenia i przeżywania świata jest wyznaczony przez wspólnotę, do której należymy.

Społeczny charakter ludzkiego istnienia ujawnia się także w nauce; zgodnie wszak z argumentacją Flecka, badacz nie jest autonomicznym podmiotem, lecz elementem kolektywu, myślenie zaś – czynnością zbiorową (s. 96–98). Ponieważ jednak każdy należy do różnych kolektywów, idea uniwersalnego podmiotu poznania okazuje się mitem (s. 102–103); podmiot jest jedynie określoną perspektywą patrzenia na świat, wiedza zaś traci charakter obiektywny i uniwersalny. Podmiot nie jest przy tym lustrem odbijającym obiektywne stany rzeczy, lecz istotą aktywną, wyposażoną w określone a priori, wyznaczające jej obraz świata (s. 86). Wspomnianym a priori nie są jednak pojęcia Kantowskie, lecz umiejętności, pozwalające manipulować rzeczami (s. 113); jak pisał bowiem Heidegger, świat jest warsztatem a podmiot rzemieślnikiem, posługującym się narzędziami (s. 114, 155–157). Chociaż zatem nie tworzymy świata, to jednak ujawniamy jego wieloraki sens, dzięki czemu idea obiektywności bytu zostaje zastąpiona ideą pluralizmu sensów.

Głównym narzędziem wyzwiania sensu jest język, ludzie bowiem nie tylko coś robią, lecz także o tym mówią (s. 47). Na gruncie koncepcji ujmujących myśl jako kopię rzeczy, język uchodził za bierne narzędzie wyrażające wiedzę, niewpływające jednak na jej treść. Pogląd ten był także bliski Husserłowi, postulującemu ujmowanie poznania za pomocą opisu wolnego od wszelkich teoretycznych założeń. Dalsze badania nad rolą języka wskazały jednak, że modyfikuje on treść naszych myśli. Kulminacją tej tendencji jest teza o językowej naturze bytu, sformułowana przez Gadamera. Skoro bowiem byt jest sensem, to język nie jest już narzędziem, za

pomocą którego mówimy o świecie, lecz sam staje się światem, a świat – językiem (s. 12). „Właściwym otoczeniem człowieka są słowa. Stanowią właściwą «materię» świata, z którego człowiek pochodzi i który zamieszkuje” (s. 60). Skoro zaś byt przybiera postać języka, a języków jest wiele, to należy zgodzić się na pluralizm rzeczywistości; ludzie wszak, którzy mówią różnymi językami, należą do różnych światów (s. 70–71). Mimo to Gadamer taką tezę odrzucał, argumentując, że chociaż żaden odkrywany przez nas sens nie jest ostateczny ani tym bardziej jedyny, to jednak w każdym odsłania się ta sama rzeczywistość. Wielość ujawnianych sensów nie pociąga zatem za sobą wielości światów, świat bowiem pozostaje niezależny od swych obrazów (s. 71–74).

Stanowisko to zostało zakwestionowane przez Derridę, zdaniem którego jest tylko mowa, nie ma jednak przedmiotu, do którego się odnosi; istnieje zatem znak, nie istnieje jednak to, co znaczące i znaczone (s. 76). Skoro zaś byt istniejący poza znakiem jest fikcją, to również sam znak traci sens (istotą znaku jest bowiem to, że odnosi do tego, co poza nim). Wniosek ten rzutuje na sposób rozumienia podmiotu, który – zgodnie z ujęciem Derridy – jest jedynie nietrwałym efektem pisma (s. 77–78). Negacją obiektywnego bytu oraz autonomicznego podmiotu powoduje, że jedyną rzeczywistością jest sieć potencjalnie nieskończonych interpretacji, nieskrępowanych żadnymi ograniczeniami (s. 81); jednak przy takiej dowolności – jak wnioskował Deleuze – sens nie różni się od bezsensu, mowa zaś od bełkotu. W ten sposób podmiot okazuje się szczeliną przez którą przepływają – we wszystkich kierunkach – dowolne idee, jak mrówki w mrowisku (s. 82). Skoro zaś budulcem człowieka jest mowa, to stajemy się takimi, jakimi siebie wypowiadamy lub jakimi widzą i wypowiadają nas inni (s. 50). W tej sytuacji tożsamość jednostki nie może być trwała, zmieniając się wraz ze zmianą jej opisu (s. 48). Ponieważ jednak mowa ma charakter publiczny, a nie prywatny, podmiot traci indywidualność, subiektywność i autonomię (s. 57). Trudno zatem nie zgodzić się z opinią Foucaulta, że człowiek podlega działaniu sił, których nie rozumie i na które nie ma wpływu (s. 51). Nie będąc autorem słów, które wypowiada, jednostka jest więźniem narzucanych jej dyskursów, dominujących w danej epoce oraz środowisku, do którego należy (s. 52–53). Współczesny podmiot nie ma zatem nic wspólnego z kartezjańską ideą substancjalnego i autonomicznego umysłu (duszy), jest bowiem zniewalanym przez kulturę ciałem (s. 12, 115). „Można zatem w ewangelicznym stylu powiedzieć, że kiedy świat stał się sensem, człowiek słowem, słowo stało się ciałem” (s. 117).

Podmiot będący ciałem to nie fizyczna bryła, lecz kompleks umiejętności, dzięki którym aktywnie działamy w świecie (s. 117). Zdaniem Autorki źródeł takiego pojmowania podmiotu można upatrywać w koncepcji Husserla. Wprawdzie filozof ten podzielał wiele idei kartezjanizmu, to jednak przyczynił się również do destrukcji niektórych z nich. Powodem było to, że w miejsce pojęcia podmiotu jako duszy wprowadził pojęcie tu i teraz obecnego ciała. Zgodnie wszak z wywodami Husserla, ciało jest zawsze moim ciałem, co jest jego istotnym ograniczeniem, wynikającym z lokalizacji przestrzennej (s. 136–138). Moje ciało obecne tu pozwala zobaczyć to,

co istnieje tam, tworząc perspektywę patrzenia na świat; można je zatem określić mianem ruchomej wieży widokowej (s. 143). Ponieważ jednak to właśnie ciało konfiguruje pole moich percepcji, nie jest podmiotem uniwersalnym ani obiektywnym, żadne tu nie jest bowiem uprzywilejowanym punktem widzenia.

Zdaniem Autorki wątek ten rozwinął Sartre, wskazując, że własne ciało poznajemy jedynie pośrednio (s. 152). W normalnym biegu życia zapominamy o jego istnieniu; staje się ono tematem uwagi dopiero wtedy, kiedy traci naturalne zdolności (o istnieniu nóg przypominam sobie wtedy, gdy nie mogę chodzić). Ciało nie jest zatem substancjalnym podmiotem o trwałej tożsamości, lecz zbiorem funkcji umożliwiających działanie (s. 152–153). Z tego powodu traci indywidualność i prywatność, w działaniu bowiem używamy narzędzi i reguł mających charakter społeczny (s. 157). Rację ma zatem Merleau-Ponty, że ciało ma charakter publiczny, a nasze gesty mają nie tylko nadawcę, lecz także odbiorcę (s. 163–164). Ponieważ jednak gesty mają znaczenie tylko dzięki systemowi społecznych reguł, muszą być wyuczone (s. 166); nasze ciało zatem nie jest tworem naturalnym (biologicznym), lecz kulturowym (s. 164–167). Z tego powodu jest nie tylko wyzwolicielem sensu, lecz także przedmiotem represji; jak podkreślał wszak Foucault, władza to kontrola ludzkiego ciała (s. 54).

Represje, którym poddawane jest ciało, uzasadniane są zwykle względami moralnymi, wydaje się jednak, że współcześnie (przynajmniej w Europie) mamy do czynienia z procesem wyzwiania ludzkiej cielesności z różnych ograniczeń i zakazów. To raczej kartezjański (a jeszcze bardziej – platoński) dualizm oznaczał degradację ciała, uzasadniając rozmaite represje stosowane wobec niego. Można oczywiście argumentować, że dualizm daje teoretyczne podstawy do łagodnego traktowania ciała; skoro bowiem tylko dusza jest podmiotem rozumnych i wolnych działań, ciało zaś podlega jej rozkazom, to trudno je winić za zło, w którym uczestniczy. W takiej sytuacji nie należy postulować walki z ciałem ani jego popędami, lecz wychowywać duszę, aby potrafiła opanować swe negatywne skłonności. W praktyce jednak dualizm postulował ograniczanie popędów ciała jako źródła zła. Niestety, współcześnie rolę duszy jako strażnika i nadzorcy przejęło społeczeństwo. Jak przekonywał Nietzsche, społeczeństwo jest efektem walki między poszczególnymi grupami, z których najsilniejsza narzuca swą wolę pozostałym (s. 177). Sugeruje to, że stajemy się ludźmi dzięki zorganizowanej przemocy stada nad jednostką (s. 178). Głównym narzędziem tej przemocy jest właśnie dusza wymyślona po to, aby nas kontrolować (s. 181–182). To nowe ujęcie duszy (jako systemu zinterioryzowanych norm społecznych) jest odwrotnością modelu kartezjańskiego, na gruncie którego była bastionem prywatności (s. 184).

W świetle idei duszy jako narzędzia kontroli, moralność przestaje być sprawą indywidualnego wyboru, oznaczając posłuszeństwo wobec władzy (s. 186). Przejawem naszego zniewolenia jest interioryzacja społecznych norm, dzięki czemu jednostka nie potrafi myśleć inaczej niż kolektyw, do którego należy. Tracąc poczucie własnej indywidualności, człowiek postrzega i ocenia siebie tak, jak widzi

i ocenia go społeczeństwo. W tej sytuacji pojęcie autonomicznego podmiotu traci sens, istota człowieka leży bowiem poza nim, w sferze publicznej (s. 11). Jak podkreślał Foucault, postrzegamy świat zgodnie z tym, co jest nam oferowane (a nawet narzucane) jako wiedza; żyjemy zatem i myślimy pod dyktando anonimowej władzy (s. 55–58). „Człowiek mówi, nie wiedząc, od kogo pochodzi to, co powiedział. Mowa bowiem, którą włada, nie ma swego autora. Powtarza się za innymi i nikim jednocześnie” (s. 224).

Ujednoczenie ludzkiego myślenia i zachowania ma także wymiar pozytywny. Odkąd bowiem jednostka jest posłuszna i przewidywalna, przestaje być zagrożeniem; dzięki temu można unikać konfliktów społecznych lub przynajmniej je minimalizować (s. 204). Jako element kolektywu człowiek zyskuje również moc (siła grupy staje się jego siłą) oraz poczucie bezpieczeństwa, co sprawia, że chętnie rezygnuje z autonomii (s. 179, 216). Niestety, życie staje się wówczas wegetacją, która oznacza – wieszczony przez Nietzschego – kres cywilizacji (s. 207). W takim świecie bowiem każdy przejaw indywidualności jest anomalią (s. 199), jednostką zaś pozostaje tylko ten, kto potrafi się zbuntować przeciwko społecznym normom. Buntownik wie jednak, że zostanie wykluczony, stając się dosłownie „społecznym wyrzutkiem” (s. 202).

* * *

Zaprezentowany w książce Katarzyny Gurczyńskiej-Sady *Człowiek jako słowo i ciało* wywód na temat podmiotu jest znakomitym przyczynkiem do dziejów filozofii XX wieku, ukazanych przez pryzmat jednego z jej głównych problemów. Czytelnik może tylko pozazdrościć Autorce zdolności rozumienia poszczególnych stanowisk (należących do tak różnych nurtów, jak filozofia analityczna, hermeneutyka czy dekonstrukcjonizm) oraz jasnego i syntetycznego ich przedstawienia. Recenzowana książka napisana jest bowiem językiem przystępnym i precyzyjnym, co zasługuje na szczególne uznanie, jeśli zważyć, że lektura wielu analizowanych w niej tekstów (choćby autorstwa Wittgensteina, Heideggera, Derridy czy Deleuze’a) nie należy do łatwych.

Niewątpliwą zasługą Autorki jest też to, że poglądy wielu filozofów, należących do różnych nurtów myślenia i posługujących się odmiennym aparatem pojęciowym, potrafiła zinterpretować jako próby rozwiązania jednego problemu. Gurczyńska-Sady sprowadziła różne dyskursy do wspólnej terminologii, ujmując je jako ważny głos w sporze na temat ludzkiej natury. Dzięki tej gigantycznej pracy konceptualnej, wykonanej przez Autorkę, dwie często przeciwstawiane sobie tradycje filozoficzne XX wieku – filozofia anglosaska (analityczna, o nachyleniu bardziej scjencystycznym) i kontynentalna (hermeneutyczna, o nachyleniu bardziej egzystencjalnym) – okazują się sobie bliskie zarówno na płaszczyźnie podejmowanej problematyki, jak i rozwiązań. Wprawdzie omówieni w książce filozofowie nie zawsze ze sobą dyskutowali, to jednak w ujęciu Gurczyńskiej-Sady stali się uczestnikami tej samej debaty. Osiągnięcie to jest tym cenniejsze, że na świecie nadal brakuje badaczy równie dobrze znających tradycję anglosaską i kontynentalną.

Katarzyna Gurczyńska-Sady nigdzie nie powołuje się na historiozoficzne koncepcje Gilsona ani Hegla, zdaje się jednak podzielać ich sposób pojmowania historii filozofii. Jeśli bowiem dobrze rozumiem, Autorka sądzi, że dzieje filozofii to nie tylko wielkie zwroty doktrynalne i metodologiczne, lecz także wyprowadzanie ostatecznych wniosków (przez późniejsze pokolenia filozofów) z założeń leżących u podstaw doktryn wcześniejszych. Przykładem jest chociażby problem podmiotu. Autorka ukazuje współczesny sposób jego pojmowania jako odwrócenie modelu kartezjańskiego, odwrócenie to jednak nie polega na prostej negacji odrzuconej doktryny, lecz na ukazaniu jej niespójności oraz ujawnieniu niepożądanych konsekwencji. Dzięki takim analizom Gurczyńska-Sady ukazała zasadniczą ciągłość problematyki podmiotu od Kartezjusza do Derridy.

Omawiany tom jest nie tylko nowatorską monografią pewnego wycinka dziejów filozofii, lecz także próbą ukazania aporii głównych pojęć podmiotu. Jest zatem interesującym przykładem filozoficznej historii filozofii, dzięki której nie tylko lepiej rozumiemy myśl współczesną, lecz także samych siebie – jak istot, których podmiotowość jest zagrożona. Dzięki temu praca Gurczyńskiej-Sady skłania również do pytań – zarówno historyczno-filozoficznych, jak i filozoficznych.

W pierwszym rzędzie wypada rozważyć, czy nakreślony przez Autorkę obraz podmiotu wiernie oddaje aktualne tendencje filozoficzne. Nie chodzi jednak o problem, czy nadal istnieją autorzy broniący kartezjańskiej koncepcji podmiotu, ponieważ na tak postawione pytanie odpowiedź jest oczywista. Do takich myślicieli należą, dla przykładu, John Foster (1991), Richard Swinburne (1986) czy Stanisław Judycki (2004); podjęte jednak przez wymienionych filozofów próby obrony dualizmu (a nawet spirytualizmu) należą współcześnie do rzadkości. W postawionym wyżej pytaniu chodzi raczej o to, czy Autorka nie pominęła ważnych koncepcji i nurtów, które mogłyby zmienić skonstruowany przez nią model. Na pierwszy rzut oka wydaje się, że w książce niesłusznie pominięte zostały przynajmniej trzy nurty: 1) biologiczne (neurofizjologiczne) koncepcje podmiotu, powstające na gruncie modnej aktualnie kognitywistyki, oraz zbliżony do nich naturalizm, charakterystyczny dla scjentystycznych koncepcji umysłu, rozwijanych przez anglosaskich filozofów analitycznych; 2) filozofia dialogu, proklamująca ideę podmiotu tworzącego się w relacji z drugim (ostatecznie – z Ty Boga) oraz 3) pragmatyzm i neopragmatyzm, na gruncie których podmiot jest pojmowany jako istota działająca i zaangażowana w świat.

W odpowiedzi należy stwierdzić, że uwzględnienie tych nurtów nie zmieniłoby obrazu podmiotu nakreślonego przez Gurczyńską-Sady. Nie ma przecież wątpliwości, że nurty naturalistyczne (także związane z kognitywistyką) negują ideę podmiotu jako substancjalnej duszy, obdarzonej subiektywnym wnętrzem, do którego tylko ona ma dostęp. Naturaliści odrzucają też pojęcie podmiotu materialnego jako trwałej substancji, widząc w nim określony system funkcji centralnego układu nerwowego. Poznanie nie jest zatem obiektywną reprezentacją świata, lecz mechanizmem ewolucyjnym, zapewniającym przetrwanie gatunku. Z perspektywy naturalizmu

człowiek nie jest autonomicznym, indywidualnym podmiotem, lecz istotą uwikłaną w sieć biologicznych i społecznych relacji, determinujących to, czym (kim) jest i jak się zachowuje. Z kolei dialogiczne koncepcje podmiotu negują pojęcie ściśle indywidualnego i izolowanego od innych ja; zgodnie z ich założeniami, podmiotem stajemy się dopiero w relacji z drugim i tylko dzięki niej. Znaczy to, że trwałe, ukształtowane i samodzielny podmiot nie jest warunkiem relacji dialogicznej, lecz odwrotnie – relacja dialogiczna (której przykładem mogą być relacje społeczne) jest warunkiem ukonstytuowania się podmiotu i jego samowiedzy. Nietrudno dostrzec, że taki model podmiotu leży na antypodach kartezjanizmu, podobnie jak różne nurty pragmatyzmu, w myśl których człowiek to podmiot zaangażowany w praktykę społeczną, stojący na straży interesów grupy, do której należy. Uwagi te świadczą, że selekcja materiału przeprowadzona przez Gurczyńską-Sady była trafna, pozwalając nakreślić wierny obraz współczesnej debaty. Wprawdzie omówienie szerszego spektrum koncepcji wzbogaciłoby omawianą książkę pod względem erudycyjnym, nie zmieniłoby jednak jej wniosków.

Autorce udało się też uchwycić klimat aktualnych debat filozoficznych, sytuowanych na płaszczyźnie nie tyle metafizyki, ile filozofii kultury (co wiąże się ze wskazanym w książce porzuceniem pojęcia bytu na rzecz pojęcia sensu). W epistemologii, na przykład, rezygnuje się z poszukiwania uniwersalnej teorii prawdy, skupiając się na znaczeniu prawdy jako jednej z wartości życia indywidualnego i społecznego. Podobną zmianę widać w filozofii religii, na gruncie której rzadziej bada się problem istnienia i natury Boga, częściej zaś kwestię społecznego funkcjonowania religii (w tym rolę argumentów religijnych w debatach moralnych lub politycznych). To społeczne nachylenie filozofii nie musi jednak oznaczać rezygnacji z tradycyjnych pojęć, takich jak podmiotowość, indywidualność czy autonomia; z tego powodu warto zapytać, czy zrekonstruowany przez Autorkę współczesny model podmiotu jest modelem prawdziwym? Pytanie to nie jest adresowane do Katarzyny Gurczyńskiej-Sady, która zachowała w ocenie poszczególnych teorii chwalebny obiektywizm, nie angażując się po żadnej ze stron sporu; adresatami pytania są filozofowie, których koncepcje zostały w książce omówione.

Pierwszy problem dotyczy kulturowego charakteru ciała; wprawdzie nie ma wątpliwości, że jest ono poddawane rozmaitym represjom, to jednak – przynajmniej jako organizm biologiczny – wymyka się totalnej „kulturalizacji”. Niezależnie bowiem od słuszności uwag Merleau-Ponty’ego o publicznym charakterze cielesnych gestów, wśród naszych zachowań da się wyróżnić także takie, które są jedynie czysto mechanicznymi (naturalnymi) reakcjami na bodźce. Niewykluczone zresztą, że pierwotnie wszystkie gesty miały charakter naturalny, kulturowo znaczącymi stając się dopiero wtedy, gdy zostały upowszechnione.

Obrońca krytykowanej idei mógłby jednak odpowiedzieć, że argument ten jest sztuczny i wydumany, zakłada bowiem (w praktyce niezrealizowaną) ideę czystej natury. Nawet przecież w społeczeństwach przedcywilizacyjnych cielesne gesty są znaczące przynajmniej w tym sensie, że mają odbiorcę, który je interpretuje.

Podobnie jest w przypadku bezładnych gestów noworodka, które nie są celowymi komunikatami adresowanymi do innych, dorośli odczytują je jednak w świetle określonego systemu reguł i znaczeń. Nawet jeśli gest nie jest do nikogo skierowany, to ma miejsce w obecności kogoś, co czyni żeń fakt społeczny; w takim razie kulturowa interpretacja naszej cielesności wydaje się trafna.

Podobne problemy wiążą się z cytowanymi przez Gurczyńską-Sady uwagami Schelera na temat językowego charakteru życia psychicznego. Wywód niemieckiego filozofa (zwłaszcza o poetach jako odkrywcach przeżyć) sugeruje, że dopiero językowy opis określonych stanów psychicznych czyni je realnymi, a przynajmniej upowszechnia je lub tworzy modę na ich przeżywanie (podobnie jak to się dzieje z konsumpcją luksusowych towarów). Tymczasem bardziej prawdopodobne jest, że przeżycia te istniały od dawna, nawet jeśli nie były nazwane. Trudno wszak wyobrazić sobie społeczeństwo, w którym pojawia się moda na depresję lub skłonności samobójcze dopiero wtedy, gdy zostały one opisane. Wprawdzie społeczne przyzwolenie na samobójstwo może być czynnikiem sprzyjającym rozważaniu go jako racjonalnego wyboru (podobnie społeczne potępienie samobójstw może wpłynąć na ograniczenie ich liczby), wątpliwe jednak, aby społeczna debata wpływała na pojawianie się skłonności samobójczych lub ich brak. Podobnie jest z odkrywaniem określonych przeżyć psychicznych przez poetów; ci ostatni mogą nam pomóc je zrozumieć, raczej jednak ich nie tworzą.

Także na ten argument można znaleźć odpowiedź; chociaż bowiem nazwanie stanu psychicznego nie tworzy go, to jednak pozwala go lepiej zrozumieć, dzięki czemu zmienia dotychczasowy sposób jego przeżywania. Niewykluczone też, że powszechność określonego stanu powoduje wzbudzenie go nawet u takich osób, które nie mają predyspozycji do jego doznawania i wcześniej go nie znały. Wspólnotowy charakter życia może zatem wpływać na charakter i treść naszych stanów psychicznych; przykładem są jednostki, które znalazły się przypadkowo w tłumie kibiców, przejmując ich emocje i sposoby zachowania. Jednostka jest przecież bezbronna wobec grupy, co sprawia, że trudno wyznaczyć wyraźną granicę między tym, co prywatne i publiczne. Jeśli zaś taka granica istnieje, to jednak sfera publiczna jest dominująca, wpływa na kształt prywatnej. Sugeruje to, że współczesny model podmiotu jest w dużej mierze słuszny.

Z perspektywy naszego codziennego doświadczenia (zwłaszcza zaś z perspektywy teorii naukowych, które przyczyniły się do rozwoju techniki) trudno przyjąć tezę Derridy o braku rzeczywistości poza językiem. W naszej praktyce poznawczej chodzi wszak o adekwatny opis świata, który istnieje niezależnie od nas. Używamy języka nie po to, by namnażać dowolne interpretacje, lecz po to, by wypowiedzieć prawdę. Chociaż nie zawsze od razu potrafimy zdemaskować fałsz lub bezsens, to jednak nie jesteśmy wobec nich bezbronni, zwykle bowiem, w dłuższej perspektywie czasowej, zastępujemy bełkot mową sensowną.

Zwolennicy Derridy i Deleuze'a mogliby w odpowiedzi przywołać te koncepcje nauki, według których teorię uznaje się za słuszną nie dlatego, że została empirycznie

potwierdzona, lecz dlatego, że akceptuje ją grupa uczonych, mających władzę w środowisku akademickim. Można też argumentować, że każda teoria naukowa tworzy nowy świat, wobec czego istnieje tyle światów, ile teorii. Odpowiedź ta nie zadowoliłaby jednak zwolenników realistycznej interpretacji nauki, mogących na potwierdzenie swego stanowiska przytoczyć skuteczność techniki. Trudno wszak przyjąć, że budowniczy mostów czy konstruktor samolotów nie potrafi odróżnić sensu od bełkotu; gdyby tak było, nasza cywilizacja nie mogłaby przetrwać. Nawet jednak nie zgadzając się z uwagami Derridy czy Deleuze'a, należy przyznać, że nie istnieje jeden wzorcowy sens świata ani też jeden wzorcowy dyskurs, za pomocą którego potrafimy go wyjaśnić. Znaczy to, że pojęcie obiektywnej rzeczywistości oraz uniwersalnego podmiotu wiedzy są trudne do utrzymania.

W sporach filozoficznych częstym argumentem jest sugestia, że określone pojęcia lub teorie mają negatywne konsekwencje moralne. Zarzut taki można również sformułować wobec współczesnego obrazu podmiotu, jeśli bowiem człowiek jest pozbawiony wszelkiej autonomii (a nawet indywidualności), to trudno mówić o jego odpowiedzialności za własne działanie. Z kolei zależność jednostki od różnych kolektywów, mających sprzeczne cele i metody działania, podważa istnienie uniwersalnych zasad moralnych. W takim razie moralność jest raczej społeczną treścią niż indywidualną przygodą wolności i odpowiedzialności.

Trudność ta, jakkolwiek poważna, nie jest rozstrzygająca, ponieważ także podmiot poddany kontroli ponosi odpowiedzialność za swe zachowanie przed społeczeństwem, do którego należy. Jeśli zatem moralność ma obecnie charakter bardziej społeczny niż indywidualny, to jednak nie przestała istnieć. Jak podkreśla zresztą Gurczyńska-Sady w końcowych partiach książki, odpowiedzialność za grupę oznacza rezygnację z siebie i własnego interesu, co ogranicza nasz egoizm; ostatecznym celem moich działań nie jestem ja sam, lecz wspólnota, do której należę. Taki scenariusz nie oznacza jednak kresu moralności, lecz pojawienie się moralności altruistycznej, a nawet – heroicznej.

Krytyk współczesnej idei podmiotu mógłby dowodzić, że obraz człowieka stłamszonego przez społeczeństwo i poddanego kontroli władzy klóci się z dominującym na Zachodzie systemem liberalnej demokracji, nobilitującym jednostkę jako jednostkę (a nie jako element kolektywu). Zakres naszych praw jest obecnie szeroki, obejmując prawo do obierania władzy, co świadczy o szacunku dla ludzkiej podmiotowości. Trudno zatem przyjąć, że żyjemy w świecie ukrytej dyktatury, decydującej o tym, co myślimy i jak siebie oceniamy.

Niestety, nie trzeba wnikliwej analizy mechanizmów rządzących życiem społecznym, aby dostrzec, że ta optymistyczna wizja demokracji nie jest trafna. Paradoksalnie bowiem nie tylko totalitaryzm, lecz także demokracja unifikuje ludzi, narzucając im zestandaryzowane schematy zachowania. Z perspektywy życia codziennego okazuje się ona rynkiem prostych haseł i niewyszukanych idei, łatwo przyswajanych przez ludzi, bezbronnych wobec mediów i politycznej agitacji. W demokracji też jednostkowy człowiek jest traktowany jak narzędzie legitymizacji

władzy, jego wartość redukuje się bowiem do wyborczego głosu. W społecznym dyskursie przecież prawo wyborcze jest traktowane jak obowiązek obywatelski; ten zaś, kto z niego rezygnuje, uznawany jest za osobnika niezdolnego korzystać z wolności. Sugeruje to, że odmienność nadal uchodzi za anomalię, demokracja zaś jest nie tylko nobilitacją jednostki, lecz także narzędziem jej tłamszenia.

W odpowiedzi można argumentować, że opisany mechanizm nie jest efektem demokracji, lecz ułomności natury ludzkiej ujawniony przez demokrację. Taka opinia potwierdza jednak, że współczesny obraz zniewolonego podmiotu jest trafny, odpowiadając temu, kim jesteśmy. Kartezjański model podmiotu okazuje się, co najwyżej, niedościgłym ideałem, wskazującym, kim człowiek chciałby (i powinien) być, natomiast obraz alternatywny (nakreślony przez Nietzschego, Foucaulta czy Derridę) jest opisem tego, jaki człowiek faktycznie jest, demaskując nasze złudzenia.

Niezależnie od sporów na temat demokracji, w świecie współczesnym wydają się istnieć takie sfery życia, które akcentują ludzką indywidualność. Jedną z nich jest sport, będący swoistym kultem ciała podległego woli i zdolnego do rywalizacji z innymi; skoro zaś zwycięzca jest tylko jeden, to wyrasta z anonimowego tłumu tych, których pokonał. Niestety, także w sporcie obserwujemy dominację tego, co społeczne, nad jednostkowością. Sportowiec jest wszak postrzegany jako przedstawiciel określonego klubu, państwa lub narodu. W chwilach sukcesu identyfikuje się z nim całe społeczeństwo, do którego należy i którego reprezentantem powinien się czuć. Jego sukces jest zatem równocześnie zobowiązaniem do określonego typu zachowań, mających znaczenie nie tyle dla niego samego, ile dla grupy, która chce nim zafascynować, czyniąc zeń swego idola. Sama zresztą rywalizacja sportowa ogranicza podmiotowość jej uczestników, ma ona jednak sens tylko wtedy, gdy odbywa się na arenie, w otoczeniu kibiców. Ciało sportowca staje się w ten sposób towarem, jego zwycięstwa zaś liczą się tylko wtedy, gdy zostaną zauważone i docenione. Podobny charakter ma zjawisko mody oraz związany z nim wymóg elegancji i piękna. Wprawdzie troska o atrakcyjność naszego ciała ma w założeniu uwydatnić jego indywidualne zalety, jednak w praktyce sprowadza się do podporządkowania go społecznym normom. Każda przecież odmienność wyglądu czy stroju, wykraczająca poza przyjęte powszechnie reguły, uchodzi raczej za anomalię niż za przejaw indywidualności.

Niezależnie od tego pesymistycznego obrazu, istnieje pewna szansa obrony naszej podmiotowości, odwołująca się do znanego wszystkim doświadczenia własnego ja. Nawet bowiem radykalna krytyka introspekcji nie może podważyć tego, że mój ból odczuwam tylko ja. Wprawdzie inne osoby mogą wiedzieć, że go odczuwam lub przypomnieć sobie własny ból z przeszłości, to jednak mojego bólu odczuć nie mogą. Znaczy to, że mam wyjątkowy dostęp do swych przeżyć, których z nikim nie dzielę. Niezależnie zatem od argumentów wytaczanych przeciwko wiarygodności introspekcji, potrafię odkryć przeżywane przeze mnie stany psychiczne. Skoro zaś jestem świadomy tych stanów jako własnych, to jestem także świadomy realności własnego ja. Wprawdzie nie umiem rozstrzygnąć, czym moje ja jest (ciałem

czy duszą, substancją czy atrybutem), to jednak wiem, że ono istnieje. Jeśli zatem nawet introspekcja nie informuje mnie, jaką mam osobowość czy cechy charakteru, to jednak wskazuje na moje istnienie, którego jestem bezpośrednio świadomy. Mam zatem prawo przyjąć, że jestem podmiotem przynajmniej w sensie najbardziej minimalnym – jako realne, świadome siebie i różne od innych ja.

Przekonanie to potwierdzają także zreferowane przez Gurczyńską-Sady koncepcje podmiotu zniewolonego. Odkrycie bowiem, że podlegamy społecznej kontroli, jest dziełem konkretnych jednostek. Ten zatem, kto widzi swoje zniewolenie, musi być osobą o wysokim poczuciu indywidualności i rozwiniętej autonomii. Świadczy to, że nie jesteśmy bezradni wobec władzy, która nami steruje. Potwierdzeniem tego wniosku są ludzie żyjący na marginesie społeczeństwa; ci buntownicy musieli wszak odkryć swoją podmiotowość, aby móc przeciwstawić się machinie represji i przemocy. Podobnie ten, kto szuka schronienia w ustalonych ramach życia społecznego, musi mieć świadomość swej indywidualności. Sugeruje to, że jednostka nie jest tylko megafonem czy szczeliną, przez którą przepływają dowolne idee, lecz także (przynajmniej względnie) autonomicznym podmiotem, zdolnym krytycznie ocenić narzucane jej interpretacje i oceny.

Szczególnym doświadczeniem własnej podmiotowości są przeżycia graniczne – cierpienie, utrata bliskiej osoby czy własna śmiertelna choroba. Stojąc wszak w obliczu bliskiej i nieuchronnej śmierci wiem, że to właśnie ja umieram; znaczy to, że wraz z kresem mojego życia zginie także mój indywidualny i zupełnie wyjątkowy świat. Moje ja (tak samo, jak ja każdej innej osoby) ma charakter solipsystyczny, co podkreślał także jeden z bohaterów recenzowanej książki – Ludwig Wittgenstein¹. Wniosek ten nie oznacza powrotu do kartezjańskiej idei podmiotu jako substancjalnej duszy, wskazuje jednak na konieczność dalszej debaty. Jeśli bowiem nawet model kartezjański został przewyższony, to jednak również model współczesny, wszechstronnie ukazany przez Katarzynę Gurczyńską-Sady, trudno uznać za rozwiązanie ostateczne. Siłą filozofii jest ciągle na nowo podejmowana krytyka osiągniętych ustaleń; także te rozstrzygnięcia, które wydawały się niewzruszone, upadają pod wpływem nowych kontrargumentów. Historia uczy, że podobnie będzie z modelem podmiotu, wypracowanym przez takich myślicieli, jak Nietzsche, Heidegger, Foucault, Deleuze czy Derrida. Recenzowana książka stanowi nie tylko jego znakomitą rekonstrukcję, lecz także zachętę do dalszej debaty.

Ireneusz Ziemiński

¹ Szerzej na temat solipsyzmu Wittgensteina Katarzyna Gurczyńska pisała w książce *Metafizyczne tezy „traktatu logiczno-filozoficznego” Ludwiga Wittgensteina*, Lublin 2000.

Bibliografia

- Foster J. (1991). *The Immaterial Self. A Defence of the Cartesian Dualist Conception of the Mind*. London-New York: Routledge.
- Gurczyńska K. (2000). *Metafizyczne tezy „traktatu logiczno-filozoficznego” Ludwiga Wittgensteina*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Gurczyńska K. (2007). *Podmiot jako byt otwarty. Problematyka w późnych pismach Wittgensteina*. Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Gurczyńska K. (2010). *W obronie podmiotu otwartego. Polemika z recenzją Ireneusza Ziemińskiego*, *Analiza i Egzystencja*, nr 11, s. 326–332.
- Gurczyńska-Sady K. (2013). *Człowiek jako słowo i ciało. W poszukiwaniu nowej koncepcji podmiotu*. Kraków: Universitas.
- Judycki S. (2004). *Świadomość i pamięć. Uzasadnienie dualizmu antropologicznego*. Lublin: TN KUL.
- Judycki S. (2010). *Bóg i inne osoby. Próba z zakresu teologii filozoficznej*. Poznań: W drodze.
- Pyda J. (red.) (2013). *Teologia filozoficzna. Wokół książki Stanisława Judyckiego „Bóg i inne osoby”*. Poznań–Kraków: W drodze.
- Swinburne R. (1986). *The Evolution of the Soul*. Clarendon Press. Oxford.
- Swinburne R. (1999). *Zagadnienie duszy*, przeł. R., I. Ziemiński. Bydgoszcz: Bydgoskie Towarzystwo Naukowe.
- Ziemiński I. (2008). *Ludwig Wittgenstein jako filozof podmiotowości*. *Analiza i Egzystencja*, nr 7, s. 168–176.

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Sociologica VII (2015), vol. 1, p. 136–138

Barbara Józefik, *Kultura, ciało, (nie)jedzenie. Terapia. Perspektywa narracyjno-konstrukcjonistyczna w zaburzeniach odżywiania.*

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 2014, 188 s.

Opublikowana przez Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego monografia pani doktor habilitowanej Barbary Józefik to jedna z niewielu interdyscyplinarnych pozycji na temat zaburzeń odżywiania. Najogólniej rzecz ujmując, celem monografii jest przedstawienie zaburzeń odżywiania w kontekście problematyki ciała, w szczególności kulturowych, społecznych oraz relacyjnych i indywidualnych znaczeń, wpisanych w ciało kobiece. Ponadto autorka podejmuje próbę przełamania medycznego dyskursu oraz klasycznych dyskursów psychoterapeutycznych poprzez pokazanie perspektywy konstrukcjonistycznej, feministyczno-genderowej i socjologicznej. Poprzez odwołania do prac Michela Foucaulta autorka zwraca uwagę na znaczenie praktyk dyscyplinujących ciało, związanych z konstruktem idealnego ciała, w tym diet, oraz na fakt, w jakim stopniu szczupłe (idealne) ciało wpisuje się w sferę współtworzącą społeczno-kulturową tożsamość płciową współczesnych kobiet. Autorka koncentruje się także na podejściu narracyjnym w psychoterapii – jak w jego ramach są rozumiane zaburzenia odżywiania, jak odnosi się ono do dyskursów kulturowych oraz na ile w pracy terapeutycznej dokonuje się identyfikacji i dekonstrukcji uwewnętrznionych, opresyjnych wobec jednostki przekazów.

Monografia składa się z dwóch części, 6 rozdziałów, poprzedzonych wstępem i zakończonych podsumowaniem, obszerną bibliografią, zawierającą pozycje zwarte, artykuły, oraz indeksem rzeczowym i indeksem nazwisk.

W pierwszym rozdziale pierwszej części – *Kultura, ciało, niejedzenie* – zatytułowanym *Kultura ponowoczesna*, autorka zarysowuje kontekst kulturowy, ważny dla prezentowanych później treści. Wyjaśnia w nim podstawowe pojęcia (ponowoczesność, postmodernizm, konstrukcjonizm społeczny, konstruktywizm krytyczny) oraz koncepcje dotyczące omawianych zagadnień (Foucault, Bauman), ze szczególnym uwzględnieniem prac Michela Foucaulta na temat relacji między ciałem (Foucault 1998, 1998a) a władzą i kulturowych praktyk dyscyplinujących ciało oraz krytycznymi refleksjami feministki Sandry Bartky (2007) na temat traktowania ciała przez Foucaulta.

W rozdziale drugim *Ciało* autorka zaprezentowała problematykę ciała z dwóch perspektyw: socjologiczno-genderowej (np. Goffman, Turner, Shilling, Stoller, Bordo, Wolff, Kaschak, Bartky, Ogedon, Kilbourne, Butler) i psychologicznej (np. Kruger, Kohut, Bielefeld, Cross, Schier). Pierwsza koncentruje się na problemie tzw.

idealnego ciała kobiecego, jego uwarunkowań historycznych i współczesnych oraz na skutkach, przede wszystkim w kontekście władzy i tożsamości. Analizie poddane są tutaj również: praktyki dyscyplinujące ciało, w szczególności diety, konstruowanie społeczne i medykalizacja ciała kobiety oraz płęć kulturowa. Druga perspektywa skupia się na innych aspektach – na rozumieniu doświadczeń cielesnych dla rozwoju podmiotowości Ja, zaburzonych więziach wczesnodziecięcych, specyfice rozwoju Ja cielesnego dla poczucia Ja u dojrzewających dziewcząt, w kontekście zaburzeń odżywiania ze szczególnym uwzględnieniem rodziny oraz zakresu, w jakim jedzenie zostaje wkomponowane w rodzinne więzi i komunikację. Autorka koncentruje się także na tzw. dyskursach jedzenia oraz wybranych aspektach wiążących jedzenie z relacjami rodzinnymi oraz kontekstem społecznym (więź, poczucie bezpieczeństwa, troska, miłość, przyjemność i pocieszanie, złość, kontrola, hierarchia, władza, definiowanie kobiecości, przynależność do wspólnoty i świętowanie, indywidualizacja i tożsamość, status społeczny i sposób spędzania czasu).

W części drugiej – *Zaburzenia jedzenia. Terapia* – przedstawiono wielość podejść, w ramach których dokonuje się interpretacja ograniczania jedzenia oraz nadmiernego jedzenia.

W rozdziale czwartym *Historyczne interpretacje ograniczania jedzenia i nadmiernego jedzenia* przedstawiono zarys historyczny interpretacji i postaw dotyczących zachowań związanych z jedzeniem – a odbiegających od przyjętej normy – w kontekście dyskursów religijnych (dyskurs ascezy – np. *holy anorexia*, dyskurs opętania) oraz poszukujących wyjaśnień w działaniach sił natury (dyskurs paraturalnych możliwości i wyczynu, dyskurs strajku głodowego) oraz wczesnomedycznych (np. anoreksja jako objaw chorób somatycznych, bulimia jako choroba żołądka, bulimia jako skutek wychłodzenia i wyniszczenia organizmu, anoreksja jako syndrom, anoreksja jako histeria).

Rozdział piąty *Wybrane współczesne interpretacje ograniczania jedzenia i nadmiernego jedzenia* dotyczy anoreksji i bulimii psychicznej w świetle aktualnej klasyfikacji psychiatrycznej. Zaprezentowano tutaj: kryteria diagnostyczne, modele etiologiczne, czynniki ryzyka (biologiczne, osobowościowe, rodzinne, społeczno-kulturowe), czynniki spustowe, czynniki podtrzymujące, rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania oraz rokowania. Ponadto dokonano charakterystyki podejścia psychoanalitycznego (Freud, Dally, Gomez, Bruch), systemowego (Grone, Vandereycken, Malson), poznawczego (Leung) oraz feministyczno-genderowego w kontekście omawianych zaburzeń (Orbach, Chernin, Bordo).

W rozdziale szóstym *Anoreksja i bulimia psychiczna w ujęciu narracyjnym* zaprezentowano perspektywę narracyjną, która wyłoniła się z konstrukcjonistyczno-narracyjnego paradygmatu (Chrzastowski, de Barbaro 2011), poddano charakterystyce jej podstawowe pojęcia i założenia, zaprezentowano opis terapii narracyjnej Michaela White'a i Davida Eastona (1990) (opowieść osoby/ historia, z jaką przychodzi klient, proces eksternalizacji – oddzielenie osoby od objawów i trudności, nazwanie problemu, badanie kontekstu – dekonstrukcja, personifikacja problemu,

badanie historii problemu i relacji osoby, opowieść dominująca i poszukiwanie opowieści alternatywnych, wzmacnianie alternatywnej opowieści, rytuały kończące terapię) oraz charakterystykę pracy terapeutycznej w ujęciu narracyjnym z osobami ze zdiagnozowaną anoreksją/bulimią psychiczną. Wymieniono także plusy i minusy tego podejścia. Istotne walory to: silne odniesienie do kultury, odejście od etykietowania na rzecz uzewnętrznienia problemu, ważność języka konstytuującego świat, myśli, przekonania i uczucia. Do ograniczeń natomiast zaliczono: możliwość zagrożenia redukcjonizmem i nadmiernymi uogólnieniami, zagrożenie zmarginalizowaniem ciała i doświadczeń cielesnych anorektyczek/bulimiczek, obawy, czy terapia nie będzie prowadzona w sposób dyrektywny, co byłoby zaprzeczeniem idei leżących u jej podstaw.

Podsumowując, można stwierdzić, iż na szczególną uwagę zasługuje następujący walor recenzowanej monografii: Autorce udało się pokazać trudne i złożone problemy w sposób przejrzysty oraz spójnie połączyć wiele wątków ważnych dla zrozumienia znaczeń wpisanych w ciało i jedzenie z ujęciem terapeutycznym – terapią narracyjną. W kontekście powyższego monografię można polecić szerokiemu gronu czytelników: od specjalistów różnych dziedzin, zarówno teoretyków, jak i praktyków – psychiatrów, psychologów, lekarzy, pielęgniarek, pedagogów, socjologów, pracowników socjalnych, terapeutów. Monografia ta może stanowić również istotną pomoc dydaktyczną dla studentów kierunków społecznych, medycznych i humanistycznych. Szczególnie podkreślić należy fakt, iż psychiatrzy, psychoterapeuci i psychologowie mogą zapoznać się z wątkami kulturowymi w kontekście zaburzeń odżywiania, natomiast socjolodzy z koncepcjami medycznymi, psychologicznymi i narracyjnymi.

Ewa Czerwińska-Jakimiuk

Bibliografia

- Bartky S. (2007). *Foucault, kobiecość i unowocześnienie władzy patriarchalnej*. W: R. Hryciuk, A. Kościańska (red.), *Gender. Perspektywa antropologiczna*. Tom 2. *Kobiecość, męskość, seksualność*. Warszawa: Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego.
- Chrzastowski S., de Barbaro B. (2011). *Postmodernistyczne inspiracje w psychoterapii*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Foucault M. (1998). *Gry władzy*. Literatura na Świecie, 6.
- Foucault M. (1998a). *Nadzorować i karać*. Warszawa. Wydawnictwo Fundacji Aletheia.
- Józefik B. (2006). *Relacje rodzinne w anoreksji i bulimii psychicznej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- White M., Epston D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York, London: W.W. Norton and Co.

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Sociologica VII (2015), vol. 1, p. 139–142

***Religion long forgotten. The importance of religion in education towards civil society*, red. Dariusz Stępkowski, Andrzej Murzyn, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków 2014, 228 s.**

Nowożytna idea *społeczeństwa obywatelskiego*, wywodząca się z myśli Locke’a, Huma, Hegla, de Tocqueville’a i in., ma dziś bogatą literaturę, co potwierdza jej znaczenie dla społecznej i politycznej rzeczywistości naszych czasów. Warto zatem pamiętać, że o ile wcześniej funkcjonowała ona w odniesieniach historycznych do XVIII- i XIX-wiecznych myślicieli i kształtującego się społeczeństwa angielskiego, to jako kategoria analityczna odżyła w latach 70. i 80. minionego stulecia. W związku z opozycyjną aktywnością części środowisk wobec systemów totalitarnych bloku sowieckiego, co skłoniło Petera Bergera do użycia miłego polskiemu uchu sformułowania, że wtedy „Locke powrócił z polskim akcentem” (Berger 2005, s. 12).

Istotą społeczeństwa obywatelskiego jest określony poziom samodzielności wobec struktur państwa (władzy), rodzaj autonomii umożliwiającej samoorganizację, przekonanie o prawie do możliwości i tworzenia struktur poziomych w różnych sferach życia zbiorowego: społecznej, politycznej, kulturowej. Nie przeciw państwu, ale niejako równolegle, z konieczną dozą opieki z jego strony, zapewniającą bezpieczeństwo. To wyznacza relację społeczeństwo – państwo, a co kształtuje stosunki wewnętrzne? Kultura obywatelska: „zespół akceptowanych wartości, przekonań, postaw i wzorów zachowań niezbędnych do sprawnego działania społeczeństwa obywatelskiego. Chodzi tu o gotowość i umiejętność współpracy z innymi, o respekt dla prawa i świadomość doniosłości regulacji życia społecznego przez prawo, o szacunek dla pracy. Przede wszystkim zaś o świadomość uczestnictwa w społeczeństwie i wynikające stąd poczucie odpowiedzialności, uznanie i wypełnianie obowiązków wobec państwa, wobec społeczeństwa oraz jego członków” (Siciński 1996).

Mamy zatem dwie płaszczyzny, z których pierwsza wskazuje na strukturę i opisuje społeczeństwo obywatelskie jako zespół instytucji uplasowanych między sferą prywatną (rodzina) a makroinstytucjami państwa i gospodarki. Druga – kulturowa – mówi o łagodzeniu przez te pierwsze konfliktów i sprzyjaniu pokojowi społecznemu. I w ten sposób dochodzimy do kwestii społeczeństwa obywatelskiego jako „kolebki cnót” (Gałkowski, Kanafa 2010, s. 69) i roli religii w kształtowaniu jego postaw. Zarówno w skali poszczególnych państw, jak i *globalnego* społeczeństwa obywatelskiego.

Opis ten dobrze pasuje do organizacji religijnych, które na ogół znajdują się „pomiędzy”. Nie są zupełnie prywatne, ani też całkiem w strukturach państwa czy

gospodarki (s. 14). W warunkach wolności religijnej konkurują między sobą o przyłączenie członków, często angażując się w działalność na zasadach wolontariatu.

Pod wpływem różnorodnych czynników zmieniają się wspólnoty religijne i stosunki między nimi. Globalizacja w sferze ekonomicznej sama z siebie nie rozwiązuje problemów sprawiedliwości społecznej. Jednak kształtujące się społeczeństwo obywatelskie w skali świata, motywowane w części ideałami religijnymi, może zmniejszać ekskluzywizm i promować moralność społeczną w imię międzyreligijnej solidarności (An-Na'im 2005, s. 23).

Prezentowana praca ma charakter interdyscyplinarny, poruszane w niej zagadnienia wchodzą w zakres zainteresowań nauk pedagogicznych, socjologii, politologii. Bardzo silnie obecny jest w niej aspekt wychowawczy. Podkreślenie aktualności kwestii religijnych we współczesnym dyskursie o edukacji, kulturze, polityce i roli religii w wychowaniu świadomego obywatela.

Książka składa się z dwóch części. Pierwsza, zatytułowana *Basic Concepts*, ma charakter teoretyczny. Pomieszczono tu sześć tekstów, z których pierwszy, autorstwa Dariusza Stępkowskiego, nosi tytuł *Non Scholae Sed Vitae: Bildung, Religion and Society in Herbart's & Schleiermacher's Pedagogical Theories*. Zaczynają go refleksje dotyczące edukacji, kształcenia (niem. *Bildung*) jako indywidualnego i społecznego procesu, realizowanego poprzez nauczanie i uczenie się. Dalej autor prezentuje poglądy Johana F. Herbarta na rolę religii w tym procesie i jej miejsce w szkole oraz przywołuje postać i dorobek pedagogiczny Friedricha D.E. Schleiermachera, by pokazać – mimo upływu czasu – jego aktualność w omawianych kwestiach.

Andrzej Murzyn przedstawia czytelnikowi rozdział pt. *The Personalistic Ethics as a Support for the Civil Society*, w którym uzasadnia tezę o szczególnej roli, jaką etyka personalistyczna może odgrywać w kształtowaniu społeczeństwa obywatelskiego. Złożonego – wbrew ideologiom eliminatywizmu – z ludzi będących jednocześnie *osobami i obywatelami*.

Z kolei Mirosław Patalon w tekście zatytułowanym *Is Process of Theological Education Useful For the Civil Society* nawiązuje do swojej wcześniejszej publikacji: *Pedagogika ekumenizmu* (Patalon 2007), w której przedstawił czołowego przedstawiciela tzw. *teologii procesu*, Johna B. Cobba. Przypomnijmy, że teologia procesu to interesujący nurt, którego filozoficzne podstawy sformułował Alfred North Whitehead (zm. 1947), a rozwijali m.in. Charles Hartshorne, William Norman Pittenger, a w Polsce Józef Życkiński.

Rozdział czwarty, napisany przez Uto Meiera, profesora Katolickiego Uniwersytetu w Eichstätt-Ingolstadt, nosi tytuł *Why Democracy Cannot Work without Unconditional Values: On Moral Boundaries and Ethical Guideposts for a Post-secular Generation*. Poświęcony jest zagrożeniom demokracji płynącym z relatywizacji norm moralnych i zdania się wyłącznie na równowagę sprzecznych interesów i etykę kompromisu.

Dariusz Góra-Szopiński jest autorem tekstu zatytułowanego *Partnership in Innovation for the Good of Civil Society: A New Conceptual Framework*, w którym

rozważa perspektywę rozwoju nauki społecznej Kościoła i jej miejsce w debacie nad globalnym społeczeństwem obywatelskim.

W pewnym stopniu do poprzedniego rozdziału nawiązuje tematyka ostatniego w tej części pracy tekstu: *Postmodernizm and Neoliberalizm as Modern Ideologies Threatening Today's Civil Society: An Educator's Afterthought in Terms of Catholic Church Social Doctrine* Mariusza Sztaby.

Część druga monografii, zatytułowana *Practical Approach*, poświęcona jest zagadnieniom szczegółowym, bardziej związanym z praktyką edukacyjną i wychowawczą w rodzinie, szkole i w instytucjach sfery publicznej. Tematyka jest bardzo różnorodna, zasygnalizujemy więc tylko dla porządku, co obejmuje:

Toshiko Ito, *Nuclear Disaster and the Quest for Meaning in the Civil Society: Religion in Japanese Educational Institutions Today*; Eugeniusz Sakowicz, *The Resolution of Conflicts and Building Unity: M. Fethullah Gülen's Pedagogical Proposition*; Nasila Isgandarova, *Critical Analysis of Feminist Movements of Azerbaijani Muslim Women during Russian Colonialism*; Ewa Teodorowicz-Hellman, *The Place of Christianity in Swedish Primary School: Historical Outline and Contemporary Social Discourse*; Zuzana Svobodová, *Paideia as Care of the Soul – the Potentials of Contemporary School*; Katarzyna Wrońska, *The Polish Family in View of the Idea of a Civil Society*.

We *Wstępie* zatytułowanym *End of Religion?* redaktorzy tomu przywołują słynną mowę Jürgena Habermasa z października 2001, wygłoszoną podczas odbierania Pokojowej Nagrody Księgarzy Niemieckich, w której filozof skupił się na potrzebie ukształtowania nowego podejścia do religii we współczesnej kulturze. W wykładzie *Wiedzieć i wierzyć* wprowadził kategorię „społeczeństwa postsekularnego” na oznaczenie świeckich społeczeństw Zachodu, w których procesy sekularyzacyjne współistnieją z wrażliwością religijną wielu ludzi. Postuluje godzenie najlepszej tradycji Oświecenia z dziedzictwem religijnym, co wymaga „kooperacyjnego przekładu treści religijnych” (Habermas 2002, s. 15).

Znamienne jest, że niemiecki filozof mówił to tuż po zamachach 11 września 2001, zaś omawiana książka ukazuje się niedługo po dramatycznym wydarzeniu 7 stycznia 2015 roku w siedzibie paryskiego magazynu satyrycznego „Charlie Hebdo”.

W książce podkreśla się rolę dialogu międzyreligijnego, który w kontekście edukacyjnym nabiera szczególnego charakteru. Obok mamy jego drugą odsłonę, nie mniej znaczącą – dialog między sferą religijną a świecką, którego areną są struktury demokratycznego państwa. Redaktorzy tomu określili swój cel jako namysł nad znaczeniem religii w wychowaniu dla świeckiego społeczeństwa obywatelskiego.

Podjęcie rzeczowej dyskusji z autorami publikacji, tak rozległej tematycznie i wielowątkowej, wymagałoby odrębnego ustosunkowania się do poszczególnych jej rozdziałów, co jest w tym miejscu trudne ze względu na ograniczenia formalne, ale także kompetencyjne pojedynczego recenzenta. Możliwe było zatem – obok funkcji informacyjnej – zaakcentowanie niektórych tylko kwestii, będących przedmiotem uwagi w omawianej książce. Z podkreśleniem, że zarówno ranga tematu, jak i sposób ujęcia mają walor pouczający i skłaniający do refleksji. Katalog pytań

postawionych w tekstach jest obszerny i społecznie ważny. Jaka jest rola religii w wychowaniu młodego pokolenia? Czy i na ile dopuszczalna jest ingerencja w przekonania religijne? Czy potrzebne jest dziedzictwo religijne i kto jest zań odpowiedzialny? Czy kościoły i wspólnoty religijne mają prawo udziału w kształtowaniu edukacji publicznej? (s. 8). To niektóre z tych zagadnień.

Religion long forgotten jest tomem prezentującym określoną, chrześcijańską, perspektywę aksjologiczną. To stwarza przestrzeń do polemik, bowiem przekonaniu o pozytywnym wpływie postawy religijnej na stosunki międzyludzkie przeciwstawić można w dyskursie publicznym inne. Mówiące o tym, że religie częściej prowokują konflikty wewnątrz lub pomiędzy grupami, niż je tonizują (o tym zob. Stawiński 2014). Niemniej, a może właśnie dlatego, praca jest ważnym głosem w dyskusji nad miejscem i rolą religii w nowoczesnej demokracji, jest więc żywo związane z problemami Polski, Europy i świata. Bowiem „istota społeczeństwa obywatelskiego realizuje się głównie w procesie twórczego współdziałania i negocjacji – w procesie, w którym uczestniczą podmioty wolne od uprzedzeń kulturowych, religijnych i światopoglądowych” (Murzyn 2011, s. 7).

Piotr Stawiński

Bibliografia

- An-Na'im (2005). *The Politics of Religion and the Morality of Globalization*. W: Jurgensmeyer M. (red.). New York: Oxford University Press, s. 23–48.
- Berger P. (2005). *Religion in Global Civil Society*. W: M. Jurgensmeyer (red.). New York: Oxford University Press, s. 11–22.
- Gałkowski J.W., Kanafa Ł. (2010). *Społeczeństwo obywatelskie a moralność*, *Annales. Etyka w życiu gospodarczym* 13, 1, s. 69–75.
- Habermas J. (2002). *Wierzyć i wiedzieć*, przeł. M. Łukasiewicz, *Znak* 9(568), s. 8–21.
- Murzyn A. (red.). (2011). *Samorządność wczoraj i dziś. Wychowanie do społeczeństwa obywatelskiego*. Kraków: Oficyna Wydawnicza Impuls.
- Patalon M. (2007). *Pedagogika ekumenizmu. Procesualność jako paradygmat interkonfesyjnej i interreligijnej hermeneutyki w ujęciu Johna B. Cobba, Jr.* Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Siciński A. (1996). *O idei społeczeństwa obywatelskiego*, *Wiedza i Życie* 6.
- Stawiński P. (2014). *Religia a przemoc. Wybrane aspekty w perspektywie socjologicznej*. W: J. Fałowski, T. Iwanka (red.), *Człowiek wobec zagrożeń współczesnego świata*. Nysa: Oficyna Wydawnicza PWSZ w Nysie.

Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis

Studia Sociologica VII (2015), vol. 1, p. 143–145

Antonina Sebesta, *Etyka i ethos „ludzi gór”, Fundacja im. Zofii i Witolda Paryskich, Zakopane 2014, 212 s.*

Pojęcie etosu (ethosu) zostało rozpropagowane w polskich naukach społecznych przez Marię Ossowską, dzięki jej znakomitemu, klasycznemu dziś studium *Ethos rycerski i jego odmiany*. Sposób i kontekst jego użycia w tym dziele w pewnym sensie jednak czynił go anachronicznym, bo wiązał się z charakterystyką grup społecznych należących do historycznych i minionych – jak rycerstwo, bądź historycznych i przemijających – jak inteligencja. Taka kategoria społeczno-kulturowa jak gentleman – wzór dla polskich inteligentów (przedstawiony w innym studium Ossowskiej *Inteligent polski na tle grup towarzyskich Europy Zachodniej*), mocno dziś zalatuje naftaliną. Polska inteligencja – choć jeszcze nie całkiem wygasły spory wokół tej klasy i kategorii – także odchodzi w przeszłość. Zorganizowana tuż po przełomie systemowym na początku lat 90. konferencja „Etos «Solidarności»” miała to pojęcie przywrócić do publicznego obiegu, wraz z jego wzorotwórczą funkcją. To okazało się iluzją. A jednak pojęcie etosu okazuje się wciąż jeszcze użytecznym narzędziem uchwytowania i analizowania zjawisk społecznych i kulturowych. Świadczy o tym książka *Etyka i ethos «ludzi gór»* Antoniny Sebesty, która wprost i otwarcie powołuje się na inspiracje dawną rozprawą Ossowskiej.

Zastosowanie kategorii etosu do innej grupy społeczno-kulturowej nieuchronnie jednak nasuwa wątpliwości co do prawomocności takiej procedury. Tym bardziej, gdy ta grupa jest tak nieokreślona, czy trudna do określenia, jak „ludzie gór”. Autorka zdaje sobie z tego sprawę i otwarcie przyznaje się do trudności ze zdefiniowaniem czy zidentyfikowaniem tej kategorii. Nie jest ona wprawdzie ani nowa, ani wyjątkowa, w obiegu funkcjonują wszak takie pojęcia jak „ludzie morza” czy „ludzie teatru”. Lecz takie analogie i paralele nie dostarczają bynajmniej gotowych kryteriów identyfikacyjnych, bo odnoszą się do luźnych skojarzeń potocznych. Prosty przykład: miejsce urodzenia czy zamieszkania takim kryterium nie jest i nie wystarczy się urodzić lub mieszkać nad morzem lub w górach, by stać się człowiekiem morza czy zostać zaliczonym do „ludzi gór”. Ci ostatni zatem to niekoniecznie górale (do których autorka stosuje kategorię „synowie gór”, skądinąd dość niezręczną, gdyż zmaskulinizowaną, więc nieobejmującą kobiet), a przeważnie właśnie cepry górami zafascynowani, oddani im, poświęcający się im, aż do poświęcenia własnego życia. To ostatnie dotyczy zarówno zdobywców i wyczynowych taterników, ofiar górskich wspinaczek i wędrowek, jak i górskich ratowników. Wśród tych ostatnich

są zaś tak emblematyczne i symboliczne postaci, jak Klimek Bachleda – góral, który został tatrzańskim ratownikiem i oddał życie, próbując przyjść z pomocą ugrzęźniętemu w skałach turyście. To do takich ludzi stosuje się z kolei kategoria „rycerze gór”, będąca najbliższą dawnym rycerzom pod względem etosu – obrońców i troskliwych opiekunów (autorka nawiązuje tu wprost i otwarcie do kategorii „spolegliwego opiekuna” wypracowanej przez Tadeusza Kotarbińskiego).

W kategorii „ludzie gór” mieszczą się więc typy wielorakie i zróżnicowane. Czy urzeczenie górami, a więc subiektywne odniesienie, wystarczy jako kryterium identyfikujące tę szeroką kategorię społeczno-kulturową? Autorka dokłada wysiłków, by to wykazać, ale zadanie ma niełatwe i nie w pełni się z niego wywiązuje. Bodaj sama zdaje sobie z tego sprawę, skoro określenie tytułowej grupy społecznej ujmuje w cudzysłów, sygnalizując nieco metaforyczny, niedosłowny lub nieprecyzyjny sens tej użytej przez siebie kategorii pojęciowej. Współczesne umasowienie turystyki oraz przekształcenie wysokogórskich ekspedycji w sportowy wyczyn sprawiają poważne problemy. Czy kolejka oczekujących do wejścia na Giewont lub tłumy wiezionych fiaszami do Morskiego Oka „turyistów” składają się z „ludzi gór”, czy wręcz przeciwnie – są ich przeciwieństwem? A jak określić tych, którzy dokonują wyczynowych przejść w najwyższych górach, traktując je jako jeszcze jedną odmianę sportu, góry zaś jak sportową arenę? Czy do „ludzi gór” bardziej można zaliczyć narciarzy regularnie szusujących po górskich stokach, czy raczej obrońców górskiej przyrody, usiłujących powstrzymać rozwój narciarstwa i turystyki górskiej?

Nie są to zaś kwestie błahe, jeśli wziąć pod uwagę rolę, jaką góry odgrywają w kulturze, także polskiej, co może być skądinąd zdumiewające, zważywszy na niemal całkowicie nizinny charakter polskiego osadnictwa (lecz geograficzny determinizm w tej kwestii chyba nie działa, skoro Izrael to kraj – zarówno w starożytności, jak współcześnie – nadmorski, a morze w kulturze żydowskiej nie odgrywa niemal żadnej roli, przynajmniej w porównaniu z grecką czy rzymską). Ararat, na którym osiadła biblijna arka, Olimp, Synaj, Mojra, góra, na którą swój gład wtacza Syzyf, czy Góra Błogosławieństw, z której Jezus wygłosił swoje najważniejsze kazanie, Góra Oliwna, Fudzijama czy Mont Blanc, z którego monolog wypowiedział Kordian. Lista gór i górskich szczytów o doniosłym kulturotwórczym znaczeniu jest długa. Można to stosunkowo łatwo wyjaśnić psychologicznie – wysokie szczyty wydają się bliższe nieba, a ich zdobywanie symbolizuje duchowe uniesienia i wysiłek pokonywania swoich słabości. Wznoszenie się ku górze to uniwersalny symbol (oparty na prostej binarnej opozycji góra–dół, gdzie to co w dole i niskie ma konotacje negatywne).

Czy jednak przebywanie w górach, ich zdobywanie albo otaczanie troską i ochroną czyni człowieka lepszym, wzmacnia charakter, kształtuje osobowość, podnosi morale? Niektórym dawnym pisarzom, zwłaszcza XIX-wiecznym odkrywcom i piewcom Tatr, wydawało się to oczywiste. Opiewano więc górali jako ludzi szczególnej siły charakteru, harnasiów, stylizując na wzór greckich herosów i czyniąc nawet z Janosika bohatera bez skazy. Sebesta przypomina, że przeważnie byli to kłusownicy, często przemytnicy, a niekiedy pospolici zbójce. Z kolei zdobywcy gór, czyli

taternicy, alpiniści i himalaiści, stali się w ostatnim czasie bohaterami kilku dramatycznych wydarzeń, rzucających cień na tę grupę, niegdyś podziwianą i celebrowaną swój etos (w pewnym stopniu i zakresie pokrewny inteligenckiemu). Niedawno Jacek Hołówka uznał ich za niewrażliwych i niedojrzałych ryzykantów, szukających w górach naiwnie kompensacji dla swoich życiowych niepowodzeń i rozczarowań, idących w góry po śmierć, którą boją się sami sobie zadać w zwykły sposób. Po tragicznej śmierci dwóch polskich himalaistów podniosły się wątpliwości, czy nadal jeszcze w tym środowisku obowiązuje „braterstwo liny” i poczucie odpowiedzialności za słabszych. Z drugiej zaś strony coraz częściej słychać głosy, że masowa turystyka grozi „zadeptaniem Tatr” i uczynieniem z wejść na Mount Everest jednej z popularnych (przynajmniej wśród zasobniejszych turystów) „destynacji”. To by jednak mogło świadczyć o ciągłej atrakcyjności kategorii „ludzi gór”, do której tak wielu chciałoby móc się zaliczyć. Lecz umasowienie oznacza nieuchronną deelitaryzację, a elitarność była podstawą etosu zarówno rycerskiego, inteligenckiego, jak i „ludzi gór”. Troska o ten etos jest więc równie ważna, jak troska o same góry. Aby go kultywować, trzeba go znać, co umożliwiałoby i w czym wydatnie pomaga książka Sebesty.

Niezależnie zaś od trudności ze zdefiniowaniem kategorii „ludzi gór” i kryteriów przynależności do niej, z pewnością można do niej zaliczyć samą autorkę jako „osobę oddaną górą całym sercem i umysłem” – jak napisała w recenzji wydawniczej prof. Maria Zowisło, a co w książce znajduje pełne potwierdzenie.

Janusz A. Majcherek

Autorzy

Jarosław Barański, dr hab. nauk hum., Kierownik Zakładu Humanistycznych Nauk Lekarskich Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu. Zajmuje się filozofią i socjologią ciała, estetyką i etyką medyczną, relacją lekarz-pacjent, tanatologią i filozofią literatury. Jest autorem książek, m.in.: *Śmierć i zmysły; Platon i galerie zapomnienia; Ciało i sztuka leczenia; Utopia zmedykalizowana*. Jest współredaktorem podręczników, m.in.: *Komunikowanie się lekarza z pacjentem; Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny; Porozumiewanie się lekarza z pacjentem; Agresja w opiece zdrowotnej*. Członek Zespołu Języka Medycznego Rady Języka Polskiego PAN oraz Zarządu Polskiego Towarzystwa Komunikacji Medycznej. Wiceprzewodniczący Polskiego Towarzystwa Historii Medycyny i Farmacji, oddział wrocławski. Członek Polskiego Towarzystwa Socjologicznego, sekcja Socjologii Medycyny; Polskiego Towarzystwa Bioetycznego. Kontakt: jaroslaw.baranski@umed.wroc.pl

Ewa Czerwińska-Jakimiuk ukończyła socjologię i psychologię na Uniwersytecie Jagiellońskim i uzyskała tam stopień doktora nauk humanistycznych w zakresie socjologii. Adiunkt w Instytucie Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie. Jej główne zainteresowania to socjologia dewiacji i kryminologia. Autorka monografii pt. *Przestępczość młodocianych. Interpretacja zjawiska w świetle ogólnej teorii napięcia Roberta Agnew* (2011). Kontakt: ewacz.up@gmail.com

Hanna Dębska, doktor nauk prawnych, socjolożka. Adiunkt na Uniwersytecie Pedagogicznym w Krakowie. Doktorantka w ISS Uniwersytetu Warszawskiego, gdzie przygotowuje rozprawę doktorską z socjologii. Zajmuje się krytyczną socjologią prawa, Trybunałem Konstytucyjnym, zawodami prawniczymi i analizą dyskursu. Autorka licznych artykułów i książki *„Władza, symbol, prawo. Społeczne tworzenie Trybunału Konstytucyjnego* (Wydawnictwo Sejmowe 2015, w druku). Publikowała m.in. w „Polish Sociological Review”, „Studiach Prawno-Ekonomicznych”, „Palestrze”, „Archiwum Filozofii Prawa i Filozofii Społecznej”, „Przeglądzie Prawa Publicznego”.

Katarzyna Gurczyńska-Sady, dr hab. filozofii, jest kierowniczką Katedry Filozofii Kultury Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie. Polem jej badań naukowych jest antropologia filozoficzna, socjologia wiedzy i historia filozofii XX wieku. Jest autorką książek: *Podmiot jako byt otwarty. Problematyka podmiotowości w późnych pracach Wittgensteina, Wielcy filozofowie współczesności* (współautorstwo) i *Człowiek jako słowo i ciało*.

Radosław Łazarz, dr, adiunkt w Ewangelikalnej Wyższej Szkole Teologicznej we Wrocławiu. Zajmuje się filozofią polityczną wczesnej nowożytności i reformacją europejską, ze szczególnym uwzględnieniem husytyzmu i recepcji myśli husyckiej. Dodatkowym przedmiotem badań są kwestie związane z filozofią i antropologią medycyny oraz kwestiami cielesności i jej styku z wpływami zewnętrznymi, jak władza lub przemoc.

Janusz A. Majcherek jest profesorem w Instytucie Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Pedagogicznego, kierownikiem Katedry Socjologii Kultury. Zajmuje się filozofią i socjologią kultury, filozofią polityczną i społeczną. Autor kilku książek z tych dziedzin, m.in.: *Demokracja, przygodność, relatywizm; Kultura, osoba, tożsamość*.

Antonina Ostrowska jest profesorem socjologii w Instytucie Filozofii i Socjologii PAN. Realizowane przez nią badania i publikacje skupiają się wokół problematyki społeczno-kulturowych aspektów zdrowia, choroby i niepełnosprawności, stylów życia i nierówności społecznych. Jest autorką i współautorką kilkunastu książek na ten temat, m.in.: *Kultura zdrowotna społeczeństwa polskiego* (1991), *Prywatne życie z niepełnosprawnością* (1996), *Niepełnosprawni w społeczeństwie* (1994), *Syndrom niepełnosprawności w Polsce. Bariery integracji* (1996), *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa* (1991, 1997, 2000), *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia* (1999), *Seks po polsku. Zachowania seksualne jako element stylu życia Polaków* (2004), *Integracja społeczna i aktywizacja zawodowa osób niepełnosprawnych* (2008), *Zróżnicowanie społeczne a zdrowie* (2009), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy* (2009) oraz redaktorem wielu prac zbiorowych i artykułów w naukowych czasopiśmiech polskich i zagranicznych. Ostatnią publikacją jest zredagowana wraz z Michałem Skrzyplikiem praca zbiorowa *Socjologia medycyny w Polsce z perspektywy półwiecza* (2015). Aktualnie prowadzone badania koncentrują się na kwestiach zdrowia, choroby i niepełnosprawności kobiet. Realizuje badanie nad postawami społeczeństwa polskiego w stosunku do niepełnosprawności, będące powtórzeniem badania sprzed 20 lat i pozwalające ocenić dynamikę zachodzących w tym względzie zmian.

Justyna Przybyło-Szlachta, socjolog, asystent na Wydziale Zamiejscowym Prawa i Nauk o Społeczeństwie w Stalowej Woli, Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II. Doktorantka. Zainteresowania: socjologia kultury, postawy, wartości, praca socjalna.

Piotr Stawiński, dr hab., profesor w Instytucie Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN w Krakowie. Socjolog religii i religioznawca. Autor sześciu książek, m.in. *Ahmadijja. Islam zreformowany* (Częstochowa 1994), *Demonizm i czary w życiu społecznym purytanów amerykańskich okresu kolonialnego* (Częstochowa 1997), *Sekty schizmy i herezje w Rosji. Słownik* (Kraków 2000), *Boży eksperyment. Purytanie w siedemnastowiecznej Ameryce* (Lublin 2012). Kontakt: Bielany@autograf.pl

Beata Tobiasz-Adamczyk, prof. dr hab., socjolog medycyny, kierownik Katedry Epidemiologii i Medycyny Zapobiegawczej oraz Zakładu Socjologii Medycyny UJ CM. Główny obszar zainteresowań badawczych: socjologia choroby i socjologia starzenia się, w tym jakość życia osób przewlekle chorych i osób starszych. Autorka blisko 300 prac z tej dziedziny.

Teresa Zbyrad, doktor nauk humanistycznych w zakresie socjologii, adiunkt w Instytucie Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Pedagogicznego im. KEN w Krakowie. Absolwentka i wieloletni pracownik Katolickiego Uniwersytetu Lubelskiego Jana Pawła II. Autorka kilku książek i ponad 100 artykułów. Zainteresowania: polityka społeczna, pomoc społeczna, socjologia rodziny, socjologia medycyny, zdrowia i choroby. Kontakt: tzbyrad@interia.pl

Ireneusz Ziemiński, profesor dr hab., Instytut Filozofii Uniwersytetu Szczecińskiego, kierownik Zakładu Filozofii Współczesnej. Autor ponad 200 artykułów, recenzji i przekładów z zakresu szeroko pojętej filozofii religii, publikowanych na łamach takich czasopism jak: „Idealistic Studies”, „European Journal for Philosophy of Religion”, „Diametros”, „Przegląd Filozoficzny”, „Kwartalnik Filozoficzny”, „Ethos” czy „Logos i Ethos”. Dwukrotny stypendysta FNP – program Start i program Kolumb, dzięki któremu w latach 1997–1998 przebywał na postdoktorskim stażu na Uniwersytecie w Oksfordzie. Za monografię *Zagadnienie śmierci w filozofii analitycznej* (Lublin 1999) otrzymał nagrodę Ministra Szkolnictwa Wyższego i Sportu.

