

Uniwersytet Łódzki

Wydział Filozoficzno-Historyczny

Instytut Etnologii i Antropologii Kulturowej

Anna Katarzyna Figiel

***Etnografia medycyny estetycznej.
Kobieta, ciało, uroda w perspektywie lekarek i
pacjentek***

praca doktorska napisana pod kierunkiem

prof. UŁ dr. hab. Marcina Kępińskiego

i dr. Sebastiana Latochy

Łódź 2022

Swoją pracę dedykuję pamięci mojego Wielkiego Przyjaciela i Mentora

*Plk. prof. zw. dr. hab. n. med. **Krystiana Żołyńskiego***

WSTĘP	1
METODOLOGIA, DOBÓR PRÓBY I ORGANIZACJA BADAŃ ETNOGRAFICZNYCH.....	6
ANTROPOLOGIA MEDYCZNA JAKO PERSPEKTYWA BADAWCZA.....	25
KORZENIE ANTROPOLOGII MEDYCZNEJ	25
ANTROPOLOGIA A MEDYCyna.....	28
ETNOMEDYCyna I PLURALIZM MEDYCZNY	29
ANTROPOLOGIA W MEDYCynie CZY ANTROPOLOGIA MEDYCyny?	32
POJĘCIE CHOROBY – KONTEKST ETNOGRAFICZNYCH BADAŃ W ŚRODOWISKU MEDYCyny ESTETYCZNEJ	33
SYSTEMY MEDYCZNE W ANTROPOLOGII MEDYCZNEJ.....	39
W STRONĘ ETNOGRAFII MEDYCyny ESTETYCZNEJ.....	42
LEKARZE I PACJENCI W ŚRODOWISKU MEDYCyny ESTETYCZNEJ	45
(1) „Ziemscy bogowie” ?	47
(2) Społeczna rola lekarza w opinii pacjentów	57
(3) Pacjent czy konsument?.....	61
STATUS LEKARZA MEDYCyny ESTETYCZNEJ NA TLE PROFESJI MEDYCZNYCH.....	67
MEDYCyna ESTETYCZNA A ESTETYZACJA ŻYCIA CODZIENNEGO.....	78
POPULARNOŚĆ I EKSPANSJA MEDYCyny ESTETYCZNEJ	80
ZABIEGI MEDYCyny ESTETYCZNEJ	99
PRZEMOC I DISCYPLINOWANIE KOBIECEGO CIAŁA	114
DISKURS WŁADZY / WIEDZY	115
(1) Ciało jako miejsce wpisywania znaczeń.....	119
PRZEMOC SYMBOLICZNA.....	120
WYGLĄD ZEWNĘTRZNY: UBIÓR	122
WYGLĄD ZEWNĘTRZNY: DODATKI DO UBIORU	126
MAKIAŻ	129
WAŻNY JEST ROZMIAR – SZCZUPŁOŚĆ	133
(1) Tyrania szczupłego ciała.....	137
OTYŁOŚĆ	140
CIAŁO WYSPORTOWANE	145
MEDIA	154
(1) „Medialny wygląd” i autorytety.....	159
PODSUMOWANIE.....	163
NOWY ANTROPOLOGICZNY ATLAS CIAŁA KOBIETY	165
CIAŁO W KULTURZE LUDOWEJ	166
NOWY ANTROPOLOGICZNY ATLAS CIAŁA KOBIETY – KONTEKST MEDYCyny ESTETYCZNEJ	170
PODSUMOWANIE.....	254
LUSTERECZKO POWIEDZ PRZECIE, KTO JEST NAJPIĘKNIEJSZY W ŚWIECIE? ZMEDIALIZOWANY I ZMEDYKALIZOWANY TERROR PIĘKNA, ZDROWIA I MŁODOŚCI.....	258
MEDYKALIZACJA	260
(1) Rodzaje i zakres procesów medykalizacji.....	265
(2) Medykalizacja wyglądu	270
MŁODOŚĆ A MEDYCyna ESTETYCZNA.....	273
MEDIALNY MAINSTREAM.....	280
ZDROWIE – KATEGORIA SPOŁECZNA CZY MEDYCZNA?	285
(1) Odżywianie – reżim dietetyczny czy wolność wyboru?.....	288
MIT PIĘKNA	294
ZAKOŃCZENIE	298
BIBLIOGRAFIA PRAC W JĘZYKU ANGIELSKIM.....	303
BIBLIOGRAFIA PRAC W JĘZYKU POLSKIM.....	308
ZAŁĄCZNIK 1 (LEKARKI)	325
ZAŁĄCZNIK 2 (PACJENTKI).....	333

Wstęp

Moje systematyczne badania etnograficzne rozpoczęły się na początku 2014 roku, natomiast sam pomysł ich przeprowadzenia pojawił się dużo wcześniej. Nie był to impuls czy pojedyncze spotkanie, a raczej proces, w którym rodziły się rozmaite idee, które w końcu przybrały kształt naukowego, humanistycznego, antropologicznego namysłu. W 2006 roku poznałam płk. prof. zw. dr. hab. n. med. Krystiana Żołyńskiego – człowieka, który w dużym stopniu zmienił sposób mojego postrzegania świata, głównie środowiska medycznego i podejścia do nauki. Przez lata bliskiej współpracy klinicznej, gabinetowej i naukowej z panem profesorem Żołyńskim i jego 40-osobowym zespołem mogłam poznawać „świat medyczny”¹ z perspektywy jego uczestników, co już na samym początku kojarzy się z podejściem typu *emic*² w etnografii. Obserwowałam uważnie, a z czasem coraz lepiej zaczęłam rozumieć medyków: ich wyobrażenia o świecie bazujące na scjencycznym paradygmacie, relacje między całym personelem medycznym, wewnętrzne prawa, jakimi rządzi się „świat medyczny”, swoisty język i specyficzną nomenklaturę medyczną charakteryzującą ten właśnie kulturowy kontekst i zarazem będącą manifestacją własnej tożsamości grupy. Przedmiotem mojej obserwacji, najpierw potocznej, później coraz bardziej uporządkowanej dzięki pojawiającym się problemom badawczym, były także nawyki, zwyczaje i „rytuały” medyczne. Jako absolwentka etnologii, osoba niewykonywająca zawodu lekarskiego czy pielęgniarskiego, mogłam przyjrzeć się tym wszystkim elementom z perspektywy, jaką daje antropologia kulturowa z jej całym aparatem pojęciowym i interpretacyjnym.

Miałam też dużo szczęścia, pan profesor Krystian Żołyński otworzył przede mną społeczny świat lekarzy. Poza relacją zawodową, która z roku na rok zacieśniała się, pan profesor stał się dla mnie – pozwolę sobie na wyznanie – mentorem, o którym inni mogli marzyć. Był niekwestionowanym autorytetem w sprawach medycznych, dla mnie jednak był przede wszystkim uroczym człowiekiem z olbrzymią wiedzą i wyjątkowym podejściem do ludzi. Uczył, ale wiele wymagał; wskazywał drogę, ale oczekiwał efektów; wspierał, ale potrafił „przytrzeć komuś uszu”; zawsze ludzki i z ogromnym sercem dla drugiego człowieka.

¹ Przez określenie „świat medyczny” rozumiem holistyczne ujęcie szerokiego środowiska medycznego jako osobnej „subkultury” z właściwymi dla niej: językiem medycznym, regułami, światopoglądem, przedstawicielami, zjawiskami i procesami.

² Model *emic*, był stosowany na szeroką skalę w latach 60. i 70. XX wieku. Oznacza poziom zbierania danych i metody jego analizy. Wyjaśnia światopogląd i zachowania badanej grupy zgodnie z przyjętymi przez nich kategoriami. Przeciwnym poziomem analizy jest model *etic*, który uważa się za uniwersalny [Barnard 2008: 190-193].

Zdarzało się, że po ciężkim dniu na sali operacyjnej zbierał swój zespół i dzielił się z nim opowieściami ze świata medycznego, o swojej drodze, która zwiodła go do bycia cenionym chirurgiem. Wtedy też sygnalizował problemy, z jakimi musi borykać się współczesna medycyna. Cały zespół pod kierownictwem profesora Żołyńskiego promował **ideę bardziej holistycznego podejścia do pacjenta**. Na podstawie swojej wieloletniej praktyki coraz częściej medycy ci wskazywali liczne problemy natury społeczno-kulturowej, z którymi przyszło im się mierzyć w codziennym życiu zawodowym.

W tym samym czasie coraz bardziej zaczęłam interesować się ciałem jako kategorią nie tylko biologiczną, ale przede wszystkim społeczną i kulturową. Na drugim biegunie refleksji o ciele były wyobrażenia lekarzy – chirurgów, dla których ludzka fizyczność pozostawała niemal wyłącznie biologicznym bytem i pozbawioną *psyche* materią. Dyskurs medyczny ulegał wówczas różnorodnym zmianom. Przedstawiciele różnych profesji medycznych coraz częściej „wchodzili” w **role ekspertów z zakresu wyglądu**, dotyczyło to przede wszystkim specjalizacji niechirurgicznych, ale – pozwolę sobie uogólnić – całe środowisko lekarskie przechodziło transformację. Z biegiem czasu również specjalizacje chirurgiczne, poza swoim nadrzędnym powołaniem do ratowania zdrowia i życia pacjentów, „wchodziły” w popularny nurt medyczny zainteresowany wyglądem.

Popularności nabierały metody zabiegowe – mówiąc językiem medycyny – z dostępu operacyjnego, który zakładał mniejsze cięcia – mniejsze blizny. Zauważono człowieka z nowej perspektywy, człowieka, który po interwencji medycznej musiał wrócić do swojej „zwykłej” roli w obrębie społeczeństwa. Wszystkie te zmiany w oficjalnym dyskursie medycznym spowodowały również, że specjalizacje chirurgiczne zaczęły powoli wchodzić w **nurt estetyczny**. Coraz częściej pojawiały się zabiegi między innymi prostowania tak zwanego *halluxa*, nie tylko z powodów medycznych, ale również estetycznych. Chodziło też o większe zainteresowanie społecznym funkcjonowaniem – „zwykłych ludzi” – pacjentów. Powszechniejsze stawały się praktyki wśród lekarzy, którzy po pracy na oddziałach klinicznych zamiast do swoich prywatnych gabinetów, jeździli do klinik urody, aby kreować głównie kobiecy wygląd.

Przez długi okres obserwowałam, jak świat „klinicznej medycyny” skupia się coraz bardziej na kwestiach nie tylko biologicznych, ale i tych dotyczących atrakcyjności ciała. To wzajemne „przenikanie się” było dla mnie szczególnie bliską perspektywą. Z jednej strony, przebywałam w otoczeniu chirurgów, którzy ratowali ludzkie życie, podczas gdy z drugiej, coraz częściej obserwowałam odejście lub przesunięcie w kierunku interwencji medycznych związanych z wyglądem. Ponadto, zbiegło się to z moimi indywidualnymi doświadczeniami.

Przez wiele lat poddawałam się specjalistycznym kuracjom leczenia zmian trądzikowych, co finalnie zaprowadziło mnie do gabinetu dermatologiczno-estetycznego celem usuwania głębokich blizn po przebytej chorobie. Podczas tych licznych wizyt, spotkań i obserwacji wzrastało moje zainteresowanie środowiskiem medycyny estetycznej, które traktowało ciało, zwłaszcza kobiece, zupełnie inaczej niż przedstawiciele profesjonalnej biomedycyny. Był to inny rodzaj medycyny, który nie ratował życia i zdrowia pacjentów, a „jedynie” poprawiał ich jakość życia. Ciało nie było traktowane wyłącznie jako biologiczny byt, jak widzieli to specjaliści różnych dziedzin medycznych, a bardziej jako podmiot. Moje prywatne doświadczenia i refleksje, wątki biograficzne moich rozmówców, spotkania z różnymi i niezwykle ciekawymi ludźmi wpłynęły w dużym stopniu na wybranie za przedmiot mojej dysertacji środowiska medycyny estetycznej.

Podczas tych wielu spotkań z różnymi przedstawicielami świata medycznego, w wyniku cennych obserwacji zrodził się w mojej głowie pomysł na połączenie dwóch dobrze mi znanych światów naukowych. Jako absolwentka etnologii miałam do dyspozycji narzędzie – warsztat etnograficzny; środowisko medyczne wskazało mi natomiast liczne kwestie, które wymagały współpracy dwóch dyscyplin naukowych³, choć odległych, to wzajemnie sobie potrzebnych. **Antropologia medyczna** ze swoimi teoriami, kategoriami analitycznymi i metodologią wydawała się przeznaczona do głębszego zrozumienia tych złożonych kwestii, których tylko powierzchnią były praktyki ściśle medyczne. Decyzja o dysertacji doktorskiej inspirowanej antropologią medyczną była już tylko kwestią czasu.

Przedmiotem moich badań są przede wszystkim wyobrażenia o kobiecym ciele na podstawie wywiadów przeprowadzonych z dwoma grupami rozmówczyń: pacjentek gabinetów medycyny estetycznej oraz lekarek medycyny estetycznej. **Moim celem** jest nie tylko zaprezentowanie podszytych tymi wyobrażeniami postaw wobec ciała kobiety i jego wyglądu, jakie egzystują w środowisku medycyny estetycznej, ale także analiza i interpretacja ich przez pryzmat antropologicznych kategorii takich jak: ciało, kobiecość, uroda, dzięki którym wyobrażenia i postawy ujawniają ważne kulturowe sensory. Pomocne są także wypracowane na gruncie antropologii medycznej, młodej subdyscypliny antropologii kulturowej, pojęcia pozwalające zbadać zjawiska i procesy ze „świata medycyny” zgodnie z humanistyczną erudycją naukową. Konfrontacja profesjonalnej perspektywy lekarek z

³ Moje badania realizują *antropologię w medycynie*. Podejście to opiera się na współpracy antropologów z przedstawicielami profesji medycznych by rozwiązywać problemy medyczne wskazane przez przedstawicieli medycyny [Pool, Geissler 2005: 31].

nieprofesjonalnym, zdroworozsądkowym, potocznym punktem widzenia pacjentek wydaje mi się jednym z najważniejszych elementów mojej pracy eksplorującej problem partycypacji w „estetyczno-medycznym przedsięwzięciu” kobiet. Istotnym pozostaje przedstawienie najważniejszych kategorii konstytuujących współczesną definicję piękna oraz kategorii z nią związanych. Przedstawię także, które zjawiska społeczno-kulturowe odgrywają szczególną rolę w kreowaniu określonego wyglądu kobiecego ciała.

Struktura pracy

Jeżeli miałabym określić metodologiczny profil moich badań, to powiedziałabym, że inspiracją była antropologia medyczna i artykuł Claude Lévi-Straussa *Miejsce antropologii wśród nauk społecznych*. Bez określonego zaplecza koncepcyjnego, pojęć, języka oraz wypracowanych na gruncie **antropologii medycznej** terminologii i orientacji metodologicznej byłoby mi niezwykle ciężko – o ile byłoby to w ogóle możliwe – badać potoczne wyobrażenia o ciele kobiety w zmedyalizowanym środowisku [Singer, Baer 2020; Pool, Geissler 2005; Quinlan 2015; Kleinman 1988]. Pamiętając o argumentach Clifforda Geertza, zwracam szczególną uwagę na konieczność **zglobienia wiedzy potocznej i kategorii zdroworozsądkowych** [zob. Geertz 2005]. Warsztat badacza, lektury z zakresu antropologii medycznej oraz pojęcia etnologiczne przerabiane na studiach pozwoliły mi przeprowadzić i zakończyć badania terenowe z sukcesem. Dla potrzeb szczegółowej analizy materiału badawczego łączę różne perspektywy, obok źródeł antropologicznych wykorzystuję też pojęcia socjologiczne. Jednocześnie moje **badania można uznać za przykład klasycznej etnografii, która stanowi przede wszystkim pracę w terenie jako jedno ze stadiów postępowania badawczego w antropologii** [Lévi-Strauss 1970: 51-52].

Wstęp do dysertacji wydaje się najodpowiedniejszym miejscem, by zaprezentować plan mojej pracy. W części 1 – *Metodologia, informatorzy, przygody z teorią i dobór próby* – przedstawiam moje rozmówczynie: pacjentki i lekarki; wskazuję czynniki, dzięki którym udało mi się przeprowadzić badania terenowe w środowisku medycyny estetycznej, ale także problemy, z którymi musiałam się zmierzyć w trakcie zbierania materiału badawczego. To także rozdział, w którym piszę o swoich błędnych założeniach i drodze, którą jako badaczka musiałam przejść, by moja dysertacja nabrała ostatecznego kształtu. W rozdziale 2 – *Antropologia medyczna jako perspektywa badawcza* – opisuję w skrócie, czym zajmuje się antropologia medyczna – młoda subdyscyplina antropologii społeczno-kulturowej. Operacjonalizuję pojęcia: antropologia medyczna, antropologia w medycynie, antropologia

medycyny, system medyczny i jego sektory oraz dwa podstawowe wymiary choroby konstytuujące dyscyplinę: (ang.) *disease* i (ang.) *illness*. Wszystkie pozostałe części mojej dysertacji stanowią prezentację, analizę i interpretację materiału badawczego.

Rozdział 3 – *W stronę etnografii medycyny estetycznej* – przedstawia świat medycyny estetycznej z perspektywy empirycznej oraz pozycję, jaką zajmuje ta profesja wśród innych dziedzin medycznych. Wskazuję też na najważniejsze czynniki wpływające na ekspansjonizm i powszechność medycyny estetycznej oraz jej związki ze światem komercyjnym. W tej części pracy przedstawiam także „nowe” społeczne role pacjenta i lekarza. W czwartej części – *Przemoc i dyscyplinowanie kobiecego ciała* – podejmuję próbę analizy materiału etnograficznego, w którym widoczne są przejawy dyscyplinowania kobiecej fizyczności. Opieram się na teorii stworzonej przez takich myślicieli, jak Michael Foucault czy Pierre Bourdieu. Rozdział 5 – *Nowy antropologiczny atlas ciała kobiety* – przedstawiony jest w formie słownikowej i stanowi próbę stworzenia nowej „semantycznej czy kulturowej topografii” ciała kobiecego. Porównuję świat ludowych wyobrażeń ze światopoglądem środowiska medycyny estetycznej. W ostatnim rozdziale – *Lustereczko powiedz przecie, kto jest najpiękniejszy w świecie? Zmedializowany i zmedykalizowany terror piękna, zdrowia i młodości* – prezentuję pojęcia, takie jak: medykalizacja, rodzaje i jej zakres oraz medykalizacja wyglądu. Z perspektywy antropologii medycznej i na podstawie materiału terenowego opisuję społeczną kategorię zdrowia przyglądając się jej nowym definicjom i zakresom znaczeń. W zakończeniu pracy podsumowuję główne wnioski oraz to, w jakich dziedzinach życia społecznego i w jaki sposób można wykorzystać przeprowadzone przeze mnie badania.

Metodologia, dobór próby i organizacja badań etnograficznych

Richard Lewontin, Steven Rose, Leon Kamin: *Biologiczne i społeczne (siły) nie są rozłączne ani przeciwstawne ani alternatywne, ale komplementarne. Wszystkie przyczyny zachowań organizmów w sensie tymczasowym, do którego powinniśmy ograniczać pojęcie przyczyny, są społeczne i biologiczne jednocześnie, jako, że są one wszystkie dostępne do analiz na różnych poziomach.*
[cyt. za: Kleinman 1991: VII].

Przed przystąpieniem do terenowych badań, które trwały od 2014 do 2019 roku i dotyczyły wyłącznie kobiet, dokonałam podziału respondentek na dwie grupy: pacjentek i lekarek. Wywiady rozpoczęłam od grupy pacjentek i stało się tak z kilku powodów. Z moich wcześniejszych doświadczeń i obserwacji wynikało, że przeprowadzenie wywiadów wśród grupy lekarek będzie trudnym zadaniem. Wymagało to, między innymi, zbudowania szerokiej sieci kontaktów w środowisku medycyny estetycznej oraz długiej i intensywnej pracy. Ponadto uznałam, że rozpoczęcie badań od grupy pacjentek pozwoli mi zdobyć cenne wskazówki i informacje, które będą wartościowym wstępem do rozmów z lekarkami. Jednocześnie mogłam lepiej przygotować się do przeprowadzenia wywiadów z przedstawicielkami środowiska medycyny. W obu grupach zastosowałam inną metodologię doboru próby.

Pierwszym wywiadem z pacjentką była rozmowa z Agnieszką⁴, która od wielu lat korzystała z usług medycyny estetycznej, później – mówiąc językiem potocznym – „poszło samo”. Po ukończeniu serii spotkań⁵ byłam polecana kolejnym osobom. Język metodologii określa taki sposób doboru próby metodą „kuli śnieżnej” (ang. **snowball sampling**) [Babbie 2008: 205, 206], o której będę pisała w dalszej części dysertacji.

Z lekarkami było trochę inaczej. Jeden z lekarzy, których znałam osobiście z pracy w Uniwersytecie Medycznym w Łodzi, umówił mnie na wywiad z dr Ksenią. Bez właściwego

⁴ Imiona rozmówczyń zostały celowo zmienione w celu ochrony ich tożsamości

⁵ Używam w tym miejscu określenia „seria spotkań”, ponieważ każdy z moich wywiadów, w obu grupach, nie zakończył się na pojedynczym spotkaniu.

anonsu, niestety, rozmowa z lekarką nie miałaby miejsca. Spodziewałam się i miałam nadzieję, że metoda kuli śnieżnej sprawdzi się także w grupie medyków, jednak reguły panujące w środowisku lekarzy, które przecież znałam „od podszewki”, okazały się bardziej złożone, niż wcześniej myślałam. Moje przypuszczenia zderzyły się z „medyczną rzeczywistością”, w której niezwykle ważną rolę odgrywali „odźwierni”. Zmiana moich hipotez i poszukiwanie odpowiedniej metody doboru próby zaprowadziły mnie do miejsca, w którym postanowiłam zastosować metodę „**kuli śnieżnej napędzonej autorytetem**”. Obie metody opiszę na następnych stronach mojej dysertacji.

Jak wspomniałam wcześniej, przeprowadzenie badań w obrębie grupy lekarek, mimo dużego doświadczenia i solidnej wiedzy, okazało się ogromnym wyzwaniem. Stało się tak z kilku powodów:

Po pierwsze, moje wcześniejsze doświadczenia z medykami utwierdziły mnie w przekonaniu, że w jakimś sensie, nawet marginalnie, ale jestem członkiem tej „społeczności”. W istocie świat oficjalnej medycyny okazał się niejednorodną strukturą, w której każda część stanowi niejako osobną „podgrupę” – z własnymi „obrzędami” i zasadami; ze specyficzną nomenklaturą odzwierciedlającą zwyczaje tejże grupy; określonymi regułami, które obowiązywały członków tej wspólnoty. Jeśli całą biomedycynę można określić jako „kulturę”, to poszczególne jej specjalizacje jawią się wówczas jako „subkultury”. Moja wiedza, doświadczenia, znajomość specyficznego języka medycznego i akceptacja ze strony środowiska chirurgów urazowych, lekarzy rehabilitacji, chirurgów ręki i fizjoterapeutów – to jednak za mało, by móc swobodnie zbadać „świat lekarzy” i poruszać się w jego obrębie.

Po drugie, lekarze bez względu na swoją specjalizację, są grupą hermetycznie zamkniętą, niechętną do rozmów z „Obcym”, którym – mimo wszystko – byłam ja. Poczucie megalomanii, odrębności i nadawanie prestiżowego statusu medykom już od czasów studiów, kreuje dystans międzyśrodkowy. Tym samym powstaje wyzwanie dla antropologa, którego celem jest zrozumienie postaw i wyobrażeń tej grupy. Z moich wieloletnich obserwacji wynika, że z biegiem czasu przekonania lekarzy o własnym środowisku zawodowym są jedynie utrwalane i pogłębiane w szerokim, kulturowo-społecznym kontekście. Badacze z wykształceniem pozamedycznym – wydają się dla środowiska profesjonalnych medyków – mówiąc wprost – „mniej wartościowi”. Dla opisu tych właściwości profesji medycznej można użyć – z przymrużeniem oka – paraleli odnoszącej się do tytułu *Bogowie*, filmu Łukasza Palkowskiego z 2014 roku⁶.

⁶ Podobnej paraleli użył Zbigniew Libera w tytule swojego artykułu o ludowych znachorach – „Ziemszy Bogowie” [Libera 1994: 113].

Po trzecie, wybór tej próby badawczej okazał się trudnym zadaniem do zrealizowania z powodów pragmatycznych. Zawód lekarza to profesja, która charakteryzuje się zaangażowaniem i intensywną pracą w dużym nakładzie czasu. Szerokie spektrum działalności lekarzy (klinicznej, naukowej, gabinetowej) połączone ze stałym zaznajamianiem się z najnowszymi informacjami i zmianami w obrębie środowiska medycznego powoduje, że osoby wykonujące ten zawód zmagają się z małą ilością czasu wolnego. W tym kontekście niechęć lekarek do przeprowadzania wywiadów była wyraźnie widoczna. Z drugiej strony, etnograficzne badania terenowe wymagają od antropologa intensywnej obecności w grupie badawczej.

Po czwarte, „świat medyczny”, który należy do nurtu profesjonalnej medycyny, niechętnie dzieli się swoją specjalistyczną wiedzą, działalnością, wyobrażeniami: o innych grupach, ludziach, aspektach – w tym także pacjentach. Zajęci pracą kliniczną i zagłębieni w działalność naukową, lekarze posiadają tendencję do zamykania się w obrębie „swojego świata”. Wsparci pozycją autorytetu, którą posiadają w oczach innych, pozostają niechętni na dialog pomiędzy biomedycyną a dyscyplinami pozamedycznymi.

Po piąte, dużym wyzwaniem okazało się przezwyciężenie różnorodnych barier, które w procesie prowadzenia badań pojawiały się niezwykle często. Do najczęstszych problemów należały: brak zrozumienia, a nawet deprecjonowanie przedmiotu moich wywiadów. Powszechnym zjawiskiem było przypisywanie braku wartości badaniom dotyczącym takiego tematu. Większość z moich potencjalnych rozmówczyń odmawiała przeprowadzenia rozmów ze względu na mój status w świecie medycznym – nadal pozostawałam „obcym” – nie lekarzem. Dużą barierą okazał się brak wiedzy, czym jest antropologia kulturowa, co skutkowało brakiem chęci do podjęcia dialogu czy chociażby poznania podstawowych celów moich badań. Moje potencjalne rozmówczynie – mówiąc kolokwialnie – „były od razu na nie”.

Wszystkie kwestie, z którymi musiałam się mierzyć, spowodowały wydłużenie czasu ukończenia badań o co najmniej dwa lata. Zbieranie całego materiału etnograficznego zakończyłam dopiero w 2019 roku. W trakcie prowadzenia rozmów z pacjentkami i licznymi, ale nieudanych prób umówienia się z lekarkami chociażby celem nawiązania kontaktu czy uzyskania informacji, zauważyłam kilka mocnych stron mojej sytuacji, które okazały się skuteczną strategią i ostatecznie pozwoliły mi ukończyć badania. Warto podkreślić, że ilość wywiadów przeprowadzonych z lekarkami była jedynie częścią rzeczywistych prób rozmów, umówionych spotkań, nieudanych wywiadów (przerwanych, niechętnie kontynuowanych i etc.).

Jak sędzę, październik 2016 roku (miałam wówczas w swoim materiale dwa, ubogie w materiał etnograficzny, wywiady z lekarkami) – był momentem przełomowym moich badań – gdy umówiłam się z lekarką medycyny estetycznej, którą znałam od wielu lat. Celem spotkania z dr Anią było „odświeżenie” relacji towarzyskiej, ale miałam też nadzieję, że uda mi się ją przekonać na przyszły wywiad ze mną. Nasza znajomość rozpoczęła się w młodości, kiedy to przechodziłam przez zaawansowany, zmieniony zapalnie trądzik, co zmusiło mnie w późniejszym okresie do usuwania licznych blizn z tego powodu. W tym okresie poznałam właśnie dr Anię – zupełnie przypadkowo. Przez wiele lat znajomości nawiązała się między nami przyjacielska relacja. Znałam prywatną historię dr n. med. Ani. Wiedziałam, że od wielu lat jest po rozwodzie i dzisiaj jako kobieta, która jest właścicielem czterech dużych klinik urody, boryka się z licznymi problemami na swojej drodze zawodowej. Wielokrotnie uskarżała się na deprecjonowanie jej jako lekarki w środowisku lekarzy, zwłaszcza chirurgów (były mąż dr Ani był cenionym polskim chirurgiem), a ona, jak zwykła o sobie mawiać, była tylko „lekarką od wyglądu”. Rozumiała kobiety i ich sytuację, jak mało kto. Skorzystałam wówczas z okazji i zaproponowałam przeprowadzenie wywiadu. Nie była chętna ze względu na ogromną ilość pytań, którą zawierał mój kwestionariusz i brak czasu, ale przypuszczam, że ze względu na naszą przyjacielską relację, zgodziła się. Umówiliśmy się. Pierwsze 30 minut pokazały, jak dr Ania była niezainteresowana tematem i niechętna do prowadzenia dalszych rozmów. Z drugiej strony, w trakcie dalszego spotkania sama przyznała, że wywiad dał jej możliwość opowiedzenia o swojej sytuacji i zastanowienia się nad kilkoma kwestiami, których wcześniej nie zauważała. Miała też okazję do opowiedzenia o swojej perspektywie na poruszane w rozmowie problemy. Umówiliśmy się na kolejne spotkanie, aby dokończyć wywiad. Dr Ania, ku mojemu zaskoczeniu, zaprosiła na nie także dr Martę, która chciała dowiedzieć się czegoś więcej o moich badaniach. Te kobiety, które zgodziły się ostatecznie na wywiady, miały różne motywacje spotkań ze mną jako badaczką; pośród nich – między innymi i te:

Po pierwsze, posiadałam „związki” ze światem medycznym i nawet jeśli nie było to w obrębie środowiska medycyny estetycznej, to potrafiłam posługiwać się językiem medycznym, znałam adekwatną nomenklaturę, o czym już wcześniej wspomniałam. Było to moją mocną stroną w przekonywaniu następnych, potencjalnych rozmówczyń do wzięcia udziału w moim projekcie badawczym.

Po drugie, jako osoba korzystająca z szerokiej gamy usług medycyny estetycznej oraz ze względu na fakt, że znałam osobiście osoby wykonujące ten zawód (kilku mężczyzn i dwie kobiety), miałam szansę poznać szybciej i efektywniej to otoczenie. Znajomość preparatów i

technik, najnowszych zabiegów, ale także najpopularniejszych trendów estetycznych była niezwykle cenna podczas prowadzonych rozmów.

Po trzecie, metoda kuli śnieżnej nie miała w przypadku lekarek medycyny estetycznej dużego zastosowania. Niezbędne okazały się anonse, które otrzymywałam od różnych osób ze środowiska medycznego. Zdarzyło się, że dwie lekarki, z którymi przeprowadziłam wywiad, umówiły mnie na następne spotkania, ale były to sytuacje wyjątkowe na tle całych moich badań. Musiałam posiadać niezbędną zapowiedź od osoby, która była ceniona przez moje rozmówczynie – lekarki. Nie chodziło w tym przypadku wyłącznie o prosty anons, jak wykonanie telefonu do potencjalnej rozmówczynie. Potrzebny był mocniejszy bodziec. Wykorzystywałam w tym celu moje szerokie kontakty w świecie chirurgów urazowych, lekarzy rehabilitacji oraz lekarzy o różnych specjalizacjach, których miałam okazję poznać. Z pomocą przyszły mi też pacjentki, które okazały się otwarte i chętne do współpracy. Mimo to, ich możliwości były bardzo ograniczone. Nie mam wątpliwości, że bez kilkuletniego i ciągłego przebywania w obrębie „świata medycznego”, licznych doświadczeń, kontaktów i wiedzy tam zdobytej, nie byłabym w stanie przeprowadzić etnograficznych badań w tak krótkim czasie (ogromną ilość czasu pochłoniął sam proces docierania do lekarek medycyny estetycznej, który wymagał zbudowania całej sieci kontaktów w szerokim środowisku medycznym).

Po czwarte, uczestniczyłam w nieoficjalnych spotkaniach lekarzy medycyny estetycznej organizowanych w Warszawie i Łodzi oraz otwarciu kilku klinik urody (w Łodzi i w Warszawie), gdzie miałam okazję do stworzenia szerszej sieci kontaktów w środowisku medycyny estetycznej. Na prawie każde z wydarzeń zabierał mnie znajomy lekarz, który był przedstawicielem tego środowiska. Byłam przedstawiona jako protegowana prof. Żołyńskiego, który był szeroko rozpoznawalną personą polskiej medycyny, co skracало dystans dzielący mnie od przyszłych rozmówczyń.

Po piąte, moim atutem w przekonaniu lekarek medycyny estetycznej okazał się fakt, że byłam kobietą, a moje badania były właśnie o kobietach. Pacjentki anonsowały mnie jako „jedną z nas”, znajomy lekarz podkreślał, że jestem kobietą i badania są o kobietach, prof. Żołyński opisywał, że jestem „taka sama jak wy”, prosząc znajome lekarki z klinik dermatologii o zgodę na spotkanie ze mną. Spotykało się to z dużym entuzjazmem ze strony lekarek. Niejednokrotnie zainteresowanie budziło to, dlaczego wywiady są wyłącznie o kobietach, co dawało mi możliwość zawiązania dalszej rozmowy. Sygnalizowały, że jeśli rozmowy mają być o kobietach, to mogą się zgodzić na spotkania. Wyglądało to tak, jakby wszystkie jednoczyły się ze sobą. Można było odnieść wrażenie, że moje informatorki były

entuzjastycznie nastawione do wywiadów, które wreszcie skupiały się na kobietach i dotyczyły spraw związanych z kobiecością.

Jak wspomniałam wcześniej, w trakcie etnograficznych badań terenowych zmuszona byłam do redefinicji swoich założeń metodologicznych. W przypadku obu grup skorzystałam z innej metodologii, choć w nieco podobnej formie. W przypadku pacjentek, zgodnie z językiem metodologii, taki rodzaj doboru próby nazywa się metodą „kuli śnieżnej” (ang. *snowball sampling*). Clarence G. Gravlee przedstawia ją jako jedną z metod, którymi dysponuje antropologia medyczna [Gravlee 2015: 78]. Metoda ta należy do nieprobabilistycznych sposobów doboru próby, której wyboru amerykański antropolog nie zaleca w przypadku zbierania obiektywnych cech populacji (ang. *attributte data*), ale w kwestii subiektywnych, tak zwanych „danych kulturowych” (ang. *cultural data*) już tak.

Gravlee używa koncepcji Penna Handwerkera, by wyjaśnić różnicę pomiędzy tymi typami danych. Handwerker przedstawia to rozróżnienie między „życiowym doświadczeniem” (ang. *life experience*) a „danymi kulturowymi” (ang. *cultural data*). W jego koncepcji dane rodzaju *life experince* odnoszą się do takich cech ludzi, jak na przykład wiek, przychód czy ciśnienie krwi. Przedstawiciele nauk społecznych – twierdzi Handwerker – zbierają głównie tego rodzaju dane, natomiast antropolodzy medyczni dodatkowo zadają pytania: Co to znaczy się starzeć? Jak posiadanie dochodu przekłada się na status społeczny? Skąd ludzie wiedzą o własnym nadciśnieniu? Jak ludzie rozróżniają nadciśnienie od innych chorób? Odpowiedzi na te pytania demonstrowują *cultural data*, które pozwalają badaczowi uchwycić kulturowy kontekst sensów. Obiektywne cechy populacji wymagają probabilistycznego doboru próby dawczej, w przypadku danych kulturowych – nie ma takiej konieczności. Znaczenie procesu starzenia się jest w miarę wspólne dla wszystkich członków tej samej grupy, ponieważ żyją w tej samej kulturze i dzielą ten sam systemem kulturowych znaczeń. Przedmiotem moich badań są potoczne wyobrażenia środowiska medycyny estetycznej o pięknie kobiecego ciała, które również należą do danych kulturowych – dlatego mój sposób doboru próby jest nieprobabilistyczny.

W przypadku lekarek „czysta” forma metody „kuli śnieżnej” nie miała zastosowania ze względu na wyżej opisane problemy. Zmuszona byłam sięgnąć po nieco inny rodzaj doboru próby. Na podstawie swoich doświadczeń ośmieliłam się „ukuć” roboczy termin: **metoda „kuli śnieżnej (ang. *snowball sampling*) napędzana autorytetem”**. Oparta była na tych samych założeniach, które opisałam powyżej z tym zastrzeżeniem, że musiał być spełniony dodatkowy czynnik: zapowiedź od osoby cieszącej się autorytetem w środowisku medycznym.

Nie licząc spotkań wstępnych do wywiadów, badań pilotażowych, rozmów prywatnych z różnymi przedstawicielami „świata medycznego”, spotkań grupowych ze środowiskiem medycyny estetycznej, w moim materiale badawczym znajdują się 32 wywiady. Są to wywiady przeprowadzone na podstawie ustrukturyzowanego i obszernego kwestionariusza. Były to długie rozmowy, zawsze przerywane i kontynuowane w kilku innych terminach. Moją grupę stanowiły wyłącznie kobiety – pacjentki, które korzystały z zabiegów oferowanych przez medycynę estetyczną, oraz lekarki – osoby, które ukończyły studia lekarskie i pracowały w gabinetach medycyny estetycznej. Pacjentki to przedstawicielki różnych profesji, prawie zawsze posiadały wyższe wykształcenie. Wszystkie rozmówczynie to kobiety mieszkające w dużych miastach, z różnym przychodem. Wśród nich były osoby młode i w średnim wieku. Panny, rozwódki i mężatki. W tabeli przedstawiłam podstawowe informacje demograficzne o moich rozmówczyniach.

***Kobiety – lekarki i pacjentki, z którymi przeprowadziłam wywiady
w okresie 2014-2019***

Numer wywiadu AIEiAK	Imię	Wiek	Wykształcenie/ zawód	Status matrymonialny	Posiadanie dzieci	Przychód Netto	Pochodzenie/ miejsce zamieszkania
14843	Ksenia	33	Wyższe/ lekarz	Mężatka	1	Od 4000 do 6000 zł	Mała miejscowość/ Łódź
14844	Malwina	47	Wyższe/ lekarz	Rozwódka	2	Powyżej 10000 zł	Warszawa
14845	Ania	43	Wyższe/ lekarz	Panna	1	Powyżej 10000 zł	Łódź
14846	Marta	37	Wyższe/ lekarz	Mężatka	brak	Od 6000 do 10000 zł	Mała miejscowość/ Poznań
14847	Alicja	35	Wyższe/ lekarz	Rozwódka	Brak	Od 6000 do 10000 zł	Łódź
14848	Magdalena	35	Wyższe/ lekarz	Panna	Brak	Od 6000 do 10000 zł	Łódź
14849	Wioletta	39	Wyższe/ lekarz	Rozwódka	Brak	Od 6000 do 10000	Łódź

						zł	
14850	Grażyna	33	Wyższe/ lekarz	Rozwódka	Brak	Od 4000 do 6000 zł	Warszawa
14851	Ilona	38	Wyższe/ lekarz	Mężatka	Brak	Od 6000 do 10000 zł	Warszawa
14852	Katarzyna	29	Wyższe/ lekarz	Panna	1	Od 4000 do 6000 zł	Mała miejscowość/ Wrocław
14853	Dagmara	33	Wyższe/ lekarz	Panna	Brak	Od 6000 do 10000 zł	Warszawa
14854	Anastazja	40	Wyższe/ lekarz	Rozwódka	2	Od 6000 do 10000 zł	Lublin
14855	Aleksandra	49	Wyższe/ lekarz	Mężatka	2	Powyżej 10000 zł	Mała miejscowość/ Warszawa
14856	Bożena	44	Wyższe/ lekarz	Rozwódka	1	Od 6000 do 10000 zł	Lublin
14857	Gabriela	38	Wyższe/ socjolog/ influencer	Panna	Brak	Powyżej 10000 zł	Mała miejscowość/ Warszawa
14858	Agnieszka	33	Wyższe marketing i zarządzanie/ sprzedawca	Panna	Brak	Od 4000 do 6000 zł	Suwałki/ Wrocław
14859	Jadwiga	39	Wyższe/ historyk/ kierownik działu	Mężatka	Brak	Od 4000 do 6000 zł	Łódź
14860	Monika	42	Wyższe/ psycholog/ właściciel klubu fitness	Rozwódka	1	Ponad 10000	Warszawa
14861	Martyna	37	Wyższe/ lekarz psychiatra	Panna	Brak	Od 6000 do 10000 zł	Łódź
14862	Karolina	42	Wyższe/ pedagog/	Panna	1	Od 4000 do 6000 zł	Łódź

			recepjonistka i manager Kliniki				
14863	Danuta	52	Wyższe/ administracja/ Kierownik działu	Rozwódka	1	Od 6000 do 10000 zł	Mała miejscowość/ Łódź
14864	Patrycja	42	Wyższe marketing i zarządzanie/ Dyrektor	Mężatka	2	Powyżej 10000 zł	Łódź
14865	Jagoda	32	Średnie/ kosmetyczka	Panna	Brak	Od 6000 do 10000 zł	Łódź
14866	Pola	30	Wyższe stosunki międzynarodow e/ Własna działalność gospodarcza	Panna	Brak	Od 4000 do 6000 zł	Łódź
14867	Sylwia	37	Wyższe historia/ Dział obsługi klienta	Rozwódka	1	Od 4000 do 6000 zł	Łódź
14868	Teresa	28	Wyższe/ filologia angielska/ nauczyciel w liceum	Panna	Brak	Do 4000 zł	Łódź
14869	Gracja	33	Wyższe/ pielęgniarstwo/ pielęgniarka operacyjna	Mężatka	Brak	Od 4000 do 6000 zł	Mała miejscowość/ Poznań
14870	Justyna	39	Wyższe/ bankowość i finanse/ Dyrektor	Mężatka	2	Powyżej 10000 zł	Łódź
14871	Natalia	43	Wyższe/ reklama i PR/ Właściciel Agencji	Mężatka	2	Powyżej 10000 zł	Łódź
14872	Ewa	43	Wyższe/ historia sztuki i	Panna	brak	Powyżej 10000 zł	Warszawa/ Londyn

			malarstwo/ Top manager				
14873	Sandra	49	Wyższe/ politologia/ Dyrektor w korporacji	Mężatka	2	Powyżej 10000 zł	Mała miejscowość/ Warszawa
14874	Oliwia	45	Wyższe/ Akademia Sztuk Pięknych/ Top manager w branży beauty	Rozwódka	1	Powyżej 10000 zł	Łódź/ New York

Liczba 32 wywiadów może wydawać się mała, ale jestem przekonana, że materiał etnograficzny, który zebrałam, zgodnie z językiem metodologii antropologii medycznej, jest **nasycony**. Gravlee, powołując się także na innych badaczy, podaje, że wystarczą dwie rozmowy w metodzie narracyjnej, od 3 do 10 w badaniach fenomenologicznych czy od 20 do 30 w metodzie ugruntowanej [Gravlee 2015: 79]; zaś John Creswell podkreśla, że zbieranie materiału terenowego powinno zakończyć się w momencie, kiedy badacz przestaje otrzymywać nowe informacje [za Gravlee 2015: 79]. Po dziesiątym kwestionariuszu wśród lekarek, a po piętnastym u pacjentek, przestałam uzyskiwać nowe informacje od moich rozmówczyń. Pojawiały się kolejne egzemplifikacje, ale obrazowały one jedynie problemy zdefiniowane już we wcześniejszych wywiadach. Moment zakończenia etapu zbierania danych zawsze był dla mnie trudny. Towarzyszyło mi poczucie „opuszczenia” moich rozmówczyń, które dzieliły się ze mną swoimi intymnymi doświadczeniami. W tym przypadku przeprowadzenie dodatkowych wywiadów miało dać mi pewność, że materiał terenowy jest nasycony.

Badania prowadziłam w latach 2014-2019. Każdy z wywiadów przeprowadziłam osobiście. Podczas każdego spotkania z moimi rozmówczyniami miałam możliwość poznania ich bliżej, zrozumienia ich sytuacji i obserwowania ich zachowań. Miałam też bezpośredni wpływ na poprawny kierunek dyskusji. W badaniach uczestniczyły wyłącznie kobiety, bowiem celowo nie zapraszałam mężczyzn, gdyż celem pracy było skupienie się wyłącznie na kobiecym wyglądzie z dwóch perspektyw: lekarek i pacjentek medycyny estetycznej. W trakcie prowadzonych badań pytałam osoby udzielające wywiadów o podstawowe informacje demograficzne, między innymi o status finansowy i poziom wykształcenia. Chciałam nakreślić możliwie najbardziej dokładny profil osobowy respondentek. W celu zaprezentowania zebranych danych w wizualny sposób posłużyłam się stosownymi

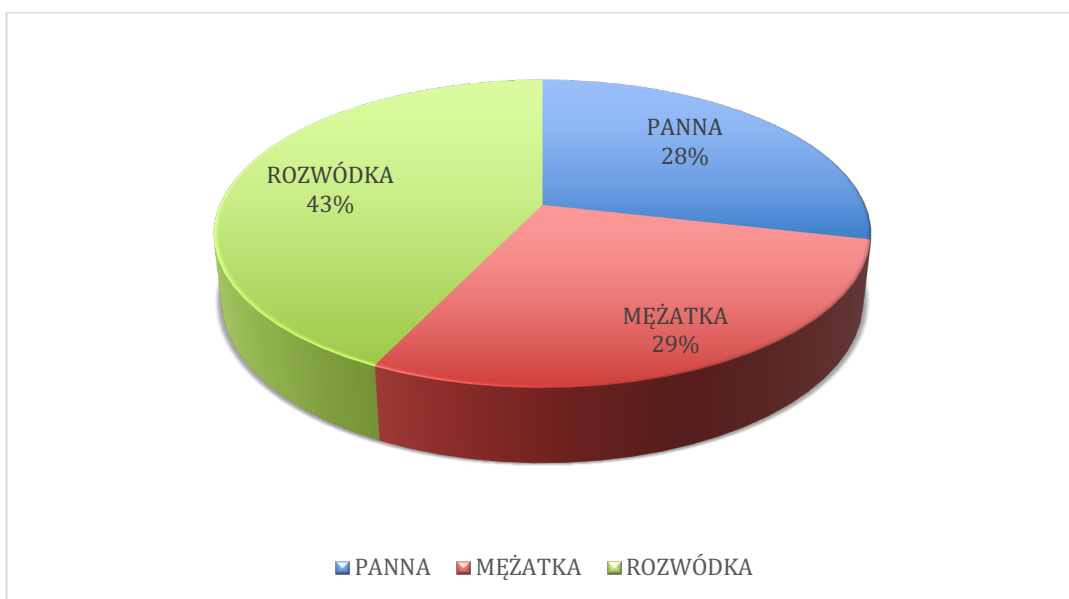
wykresami i tabelami. Podane w nich informacje procentowe z obu grup informaterek stanowią jedynie optyczną ilustrację danych demograficznych o kobietach udzielających wywiadów. Moim celem nie były precyzyjne wyliczenia. Uznałam, że taki sposób prezentacji będzie stanowił cenne uzupełnienie i wspomógł lekturę tekstu.

W trakcie prowadzonych badań pytałam pacjentki też o poziom wykształcenia. Informacje, które uzyskałam, przedstawiam na poniższym wykresie.

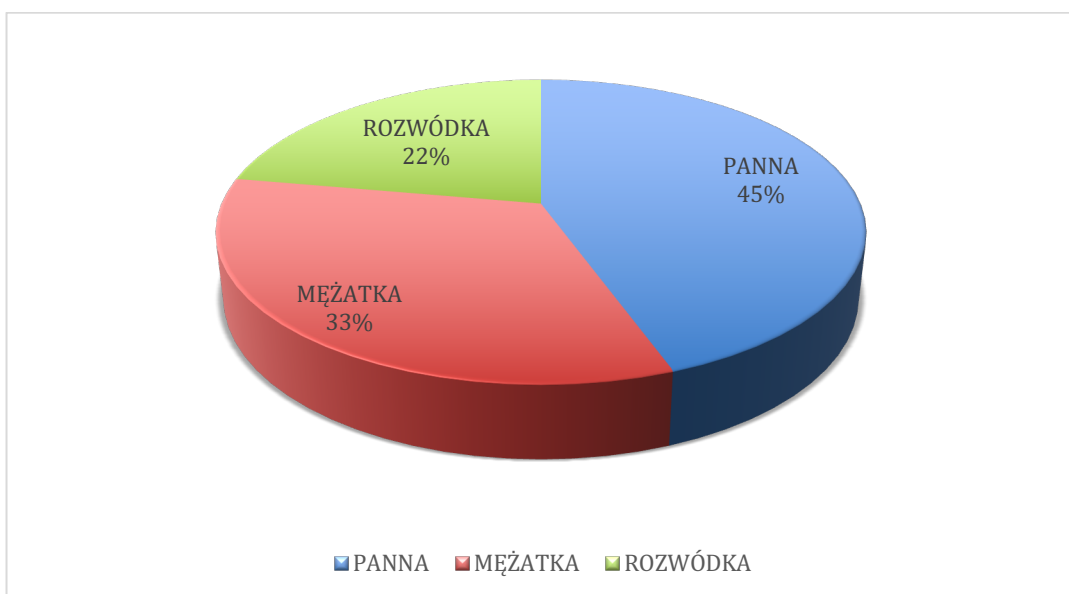


Tylko jedna z moich respondentek nie posiada wyższego wykształcenia. Osoby, które udziwały mi wywiadów, były pytane też o status matrymonialny i wiek.

Status matrymonialny lekarek (wartość %)

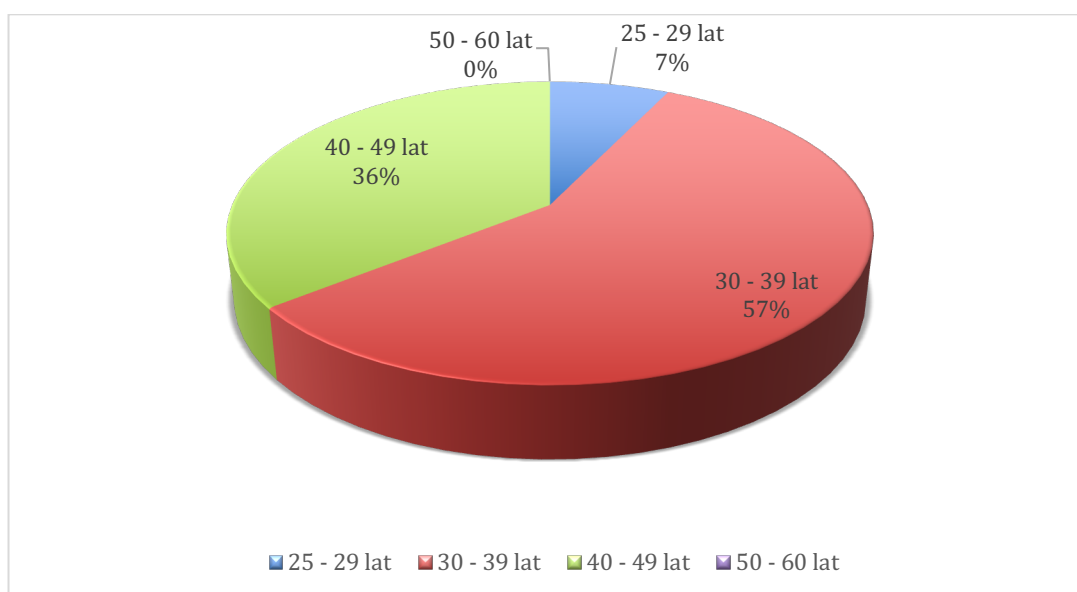


Status matrymonialny pacjentek (wartość %)



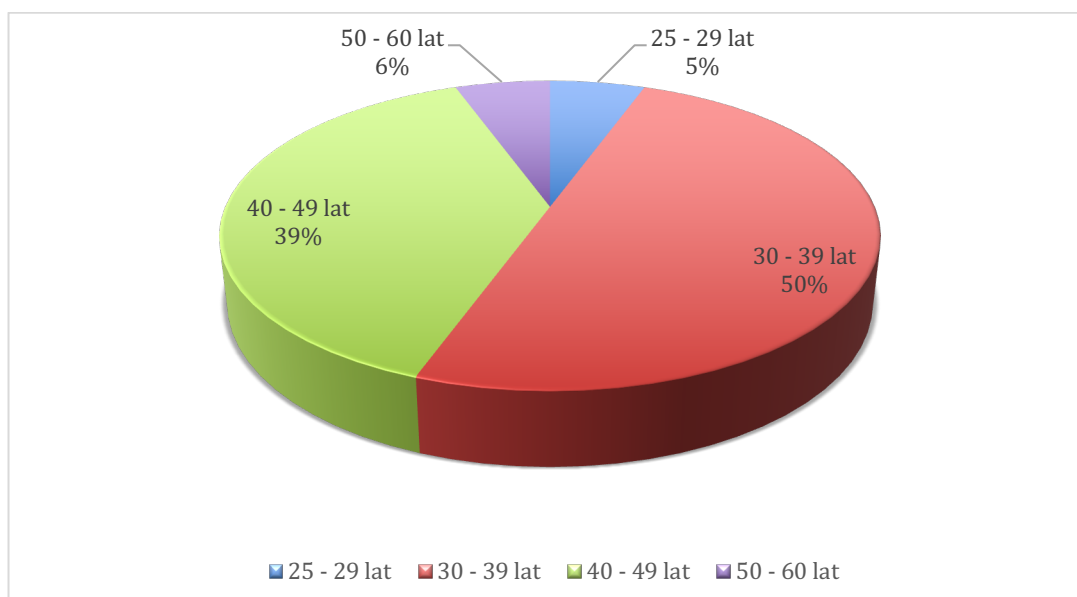
Z powyższych danych wynika, że 33% pacjentek i 29% lekarek pozostaje w formalnych związkach. W przypadku grupy lekarek najwięcej z nich jest po rozwodzie, bo aż prawie 43%, w przypadku pacjentek ten odsetek jest dużo niższy – 22%, natomiast aż 45% z nich nigdy nie zawarła związku małżeńskiego. W przypadku lekarek ta wartość wynosi 28%. W jednej i drugiej grupie dominuje status pozamałżeński.

Przedział wiekowy lekarek (wartość %)



Najczęściej zawód lekarza medycyny estetycznej wykonują kobiety pomiędzy 30. a 39. rokiem życia, stanowiąc 57% wszystkich informaterek. Drugą grupą wiekową – 36% są kobiety powyżej 40. roku życia, ale mają mniej niż 50 lat. Wśród osób, które udzieliły wywiadów tylko jedna miała mniej niż 30 lat.

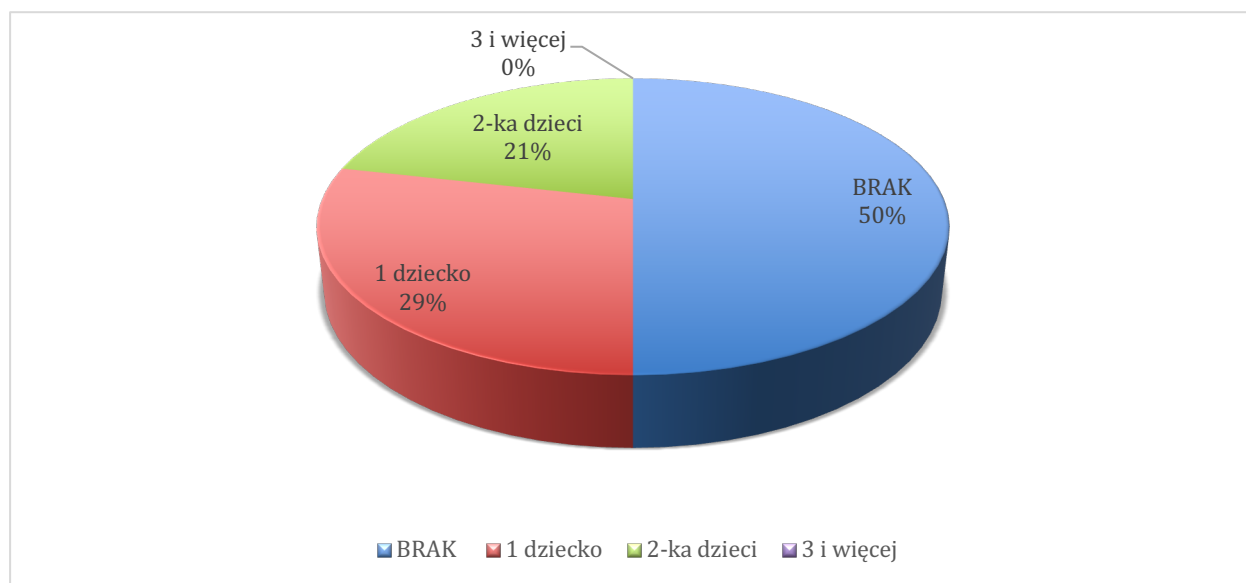
Przedział wiekowy pacjentek (wartość %)



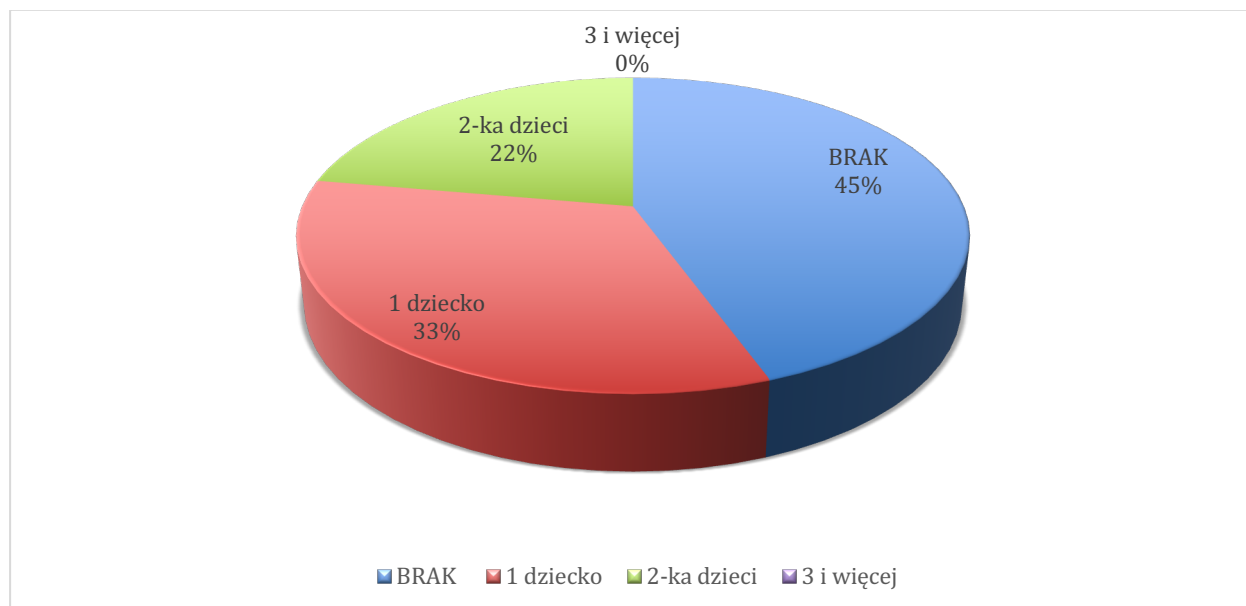
W przypadku pacjentek rozkład wiekowy był podobnie rozłożony jak w przypadku lekarek. Największą grupę kobiet korzystających z usług medycyny estetycznej były osoby

pomiędzy 30. a 39. rokiem życia – aż 50% wszystkich respondentek. Pacjentki powyżej 40. roku życia, ale nie więcej niż 49 lat, stanowiły 39%. Najmniejszymi grupami były kobiety powyżej 50. roku życia – 6% i poniżej 30. roku życia – 5%. Ostatnimi aspektami, o które pytałam była liczba posiadanych dzieci i miejsce pochodzenia.

Liczba posiadanych dzieci – lekarki (wartość %)



Liczba posiadanych dzieci – pacjentki (wartość %)

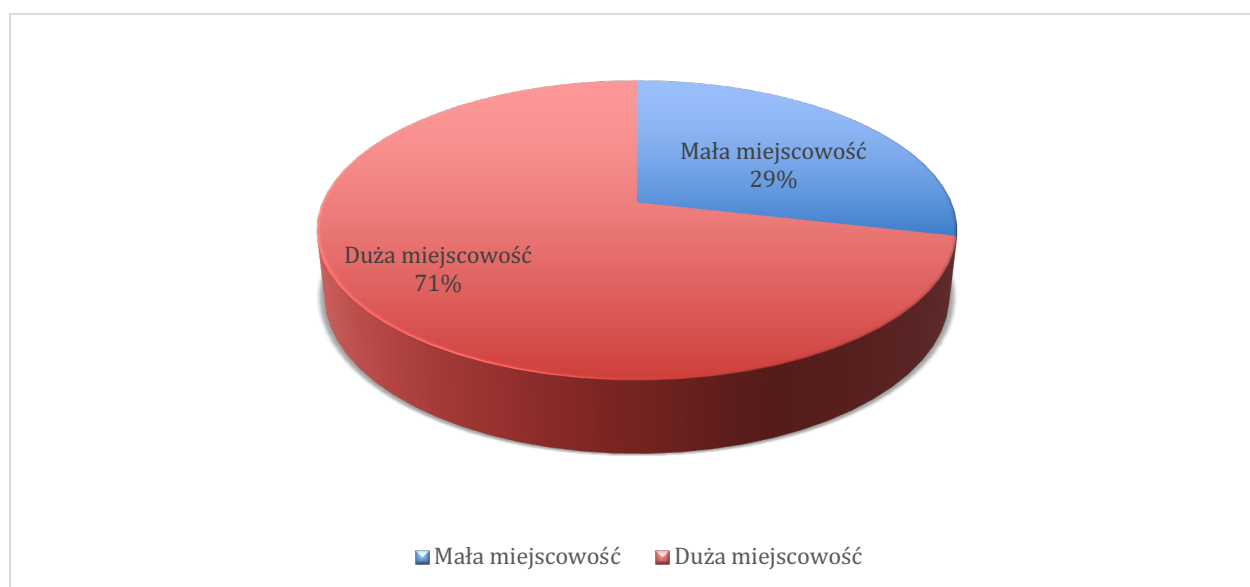


W obu grupach najwięcej kobiet nie posiadało potomstwa w ogóle, w przypadku lekarek aż połowa z nich – 50%, wśród pacjentek było to 45%. Podobne wartości

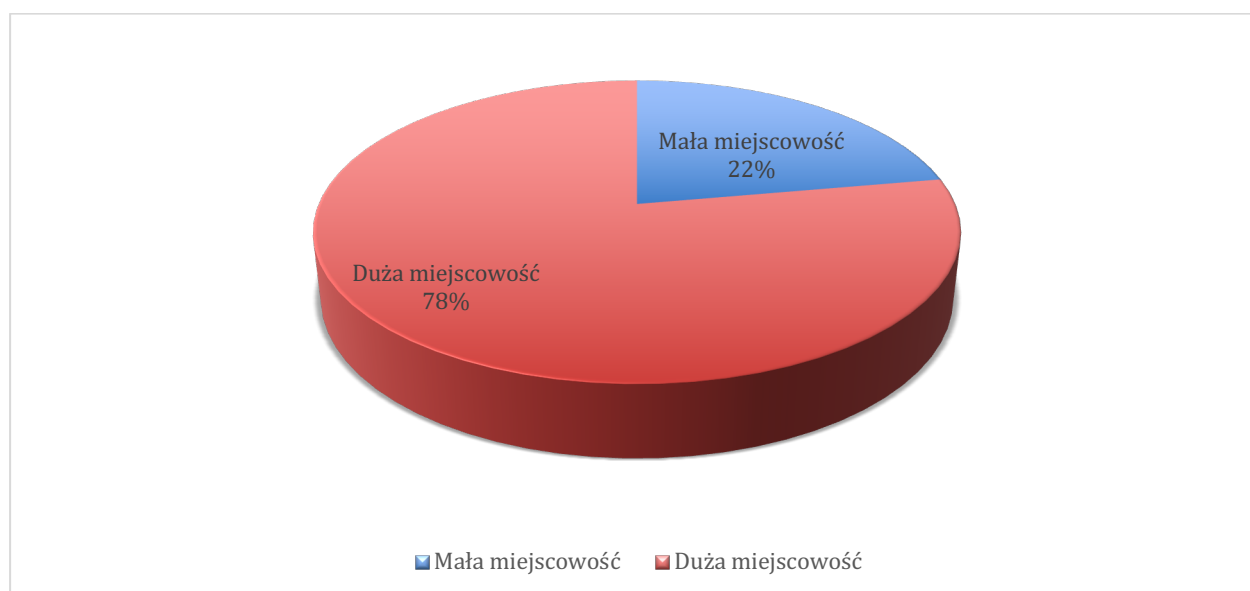
zaobserwowałam w przypadku osób deklarujących posiadanie jednego dziecka – lekarki 29%, a w przypadku pacjentek ta wartość wynosiła 33%. Przybliżona korelacja pomiędzy kobietami z obu grup była w kwestii posiadania dwójki dzieci, gdzie 22% pacjentek i 21% lekarek podawało tę liczbę. Żadna z moich informaterek nie posiada trójki dzieci.

Osoby udzielające wywiadów pytane były również o miejsce pochodzenia. Dane uzyskane w przypadku pacjentek i lekarek wyglądają w tej kwestii bardzo podobnie.

Miejsce pochodzenia - lekarki (wartość %)



Miejsce pochodzenia - pacjentki (wartość %)



71% lekarek i 78% pacjentek pochodzi z dużego miasta. Reszta respondentek deklaruje jako miejsca urodzenia małą miejscowość odpowiednio – 29% i 22%.

Przeprowadzone etnograficzne badania nie dotyczyły wybranego regionu, tylko środowiska, którym w tym przypadku był „świat medycyny estetycznej”. Każda z moich rozmówczyń była związana z tym otoczeniem. Do przeprowadzenia wywiadów z dwiema grupami kobiet nakreśliłam wyraźne wytyczne, które w każdym przypadku zostały spełnione. Do spotkań z lekarkami zapraszałam kobiety z ukończonymi studiami lekarskimi i aktualnym prawem wykonywania zawodu potwierdzonym przez Naczelną Izbę Lekarską. Za drugie kryterium przyjąłam czynne wykonywanie profesji lekarza medycyny estetycznej, które potwierdzałam osobiście na podstawie zebranych informacji. W przypadku pacjentek poszukiwałam osób regularnie korzystających z zabiegów oferowanych przez kliniki medycyny estetycznej.

Do przeprowadzenia wszystkich wywiadów posłużył mi wcześniej przygotowany dla obu grup rozmówczyń kwestionariusz, który składał się z 93 pytań dla lekarek i 89 pytań dla pacjentek. Jego struktura w obu przypadkach była niemalże identyczna. Jedyna rozbieżność dotyczyła pytań skierowanych do lekarek o zawód, który wykonują. Za cenne uzupełnienie posłużyły mi liczne obserwacje sporządzone podczas rozmów z kobietami (w trakcie każdej dyskusji notowałam wszelkie uwagi, spostrzeżenia, ciekawostki, wnioski oraz pomysły). Istotne były najdrobniejsze szczegóły, o które później uzupełniłam każdy przeprowadzany wywiad. Każda z rozmów była okazją do obserwacji zachowań, reakcji emocjonalnych rozmówczyń czy zainteresowania, które w miarę trwania spotkania ulegało znacznej transformacji. Stanowiło to cenne doświadczenie, które pozwoliło na ograniczenie problemów, przed którymi stoi każdy badacz: zweryfikowanie, na ile podane przez rozmówcę informacje są wiarygodne czy też nie [Lutyński 1972: 18]. W trakcie prowadzonych wywiadów nie zauważyłam, by ktoś celowo wprowadzał mnie w błąd, natomiast z łatwością dało się uchwycić określony wzór prowadzenia rozmów:

- w początkowych etapach informatorce miały tendencję do pokazywania siebie w dobrym świetle,
- przedstawiania nieco odmiennej rzeczywistości skupionej przede wszystkim na kwestiach estetycznych,
- nieartykułowania w jasny sposób swoich myśli,
- dały o sobie znać niechęć do dzielenia się sprawami prywatnymi (dotyczyło to zwłaszcza lekarek),
- zatajanie wartościowych dla badań informacji ze strachu, że „złe się wypadnie”,
- stwarzanie pozoru bycia „ideałem”,

- deprecjonowania idei wyglądu jakoby nie była ważnym elementem życia rozmówczyni, gdy w trakcie wywiadu okazywało się zupełnie inaczej.
- Wszystkie wymienione powyżej obserwacje są wyraźnie zauważalne w badaniach, przez niespójne odpowiedzi w całym wywiadzie:
- zmienianie stanowiska i światopoglądu w trakcie rozmowy,
- próby obrony swojej decyzji o korzystaniu z takich zabiegów za pomocą odpowiedzi usprawiedliwiających swoje poglądy,
- potrzebę wykonywania zabiegów, potrzebę trzymania restrykcyjnej diety czy wręcz odwrotnie – niechęć do przestrzegania rygorystycznych zasad żywieniowych,
- ignorancję wobec ćwiczeń sportowych czy odwrotnie, pragnienie do wykonywania dużej ilości ćwiczeń fizycznych.

Już po kilku przeprowadzonych wywiadach udało mi się uchwycić wyraźną tendencję do udowadniania i argumentowania swoich wyborów przede mną i samym sobą, bez względu na to, jakie działania zostały podjęte. W odpowiedziach widoczna jest potrzeba łagodzenia swoich wyrzutów sumienia, co w wielu przypadkach wpływało na niespójne wypowiedzi informaterek. Na podstawie zdobytych informacji i wiedzy o rozmówcy dokonywałam pewnych uzupełnień oraz rozbudowywałam treść każdego wywiadu⁷.

Stosowałam pytania pomocnicze, by prowadzona dyskusja była „żywsza” i dotyczyła tematu rozmowy, ponieważ wiele kobiet bardzo łatwo porzucało omawiane kwestie na rzecz relacjonowania szczegółów ze swojego życia prywatnego bądź spraw niezwiązanych z tematyką wywiadów. Zdarzało się, że odnosiły się do wspomnień, dzięki którym mogłam uchwycić powody obecnych zachowań, światopoglądu czy przyczyny wykonywania określonych zabiegów; lekarki mówiły szerzej, dlaczego zdecydowały się na taki rodzaj specjalizacji.

Prowadzone terenowe badania etnograficzne wymagały ode mnie wejścia w świat kultury popularnej, który dużo uwagi poświęcał kwestiom kreowania wyglądu przez lekarzy medycyny estetycznej. Do głównych narzędzi rozpowszechniających tę ideę należały: specjalistyczna prasa skierowana do lekarzy medycyny estetycznej, popularne portale plotkarskie i szeroko rozpowszechnione magazyny dla kobiet, media społecznościowe czy popularne programy telewizyjne. W trakcie rozmów z informatorkami poruszane były między innymi kwestie: korelacji kobiecej urody z mediami społecznościowymi, roli medycyny

⁷ Niekonsekwencje, obecne w niektórych opowieściach moich rozmówczyń mogą być tłumaczone dysonansem poznawczym [Hamer 2005 :47]

estetycznej w procesie kreowania urody, pojęcia tabu związanego z ciałem, relacji społecznych, indywidualnych potrzeb i pragnień każdej kobiety czy wyobrażeń społeczeństwa o ciele i urodzie kobiet.

Przygotowane przeze mnie kwestionariusze zawierały fotografie, które były płynnie wplecione w treść moich pytań, dzięki czemu respondentki były bardziej zainteresowane poruszaną tematyką oraz zdecydowanie bardziej zaangażowane w odpowiadanie na pytania. W rezultacie przygotowany kwestionariusz zawierał 8 pytań ze zdjęciami. Takie uzupełnienie wywiadu pozwoliło uzyskać bardziej precyzyjne odpowiedzi na określone zagadnienia oraz weryfikowało podane wcześniej informacje dotyczące ciała kobiety, z realnymi preferencjami estetycznymi informatorki. Za każdym razem prosiłam o krótkie wyjaśnienie i uzasadnienie swojego wyboru. Fotografie przedstawiały różnorodne wizerunki kobiecych postaci, by dać osobom udzielającym wywiadów szeroką możliwość wyboru. Zdjęcia przedstawiały osoby anonimowe, jak i sławne, których rozpoznanie nie stanowiło problemu dla informaterek, były nimi między innymi: Ewa Chodakowska, Anja Rubik, Marilyn Monroe, Beyonce, Samanta Fox, Angelina Jolie, Shakira, Agnieszka Chylińska czy Kim Kardashian. Zdecydowałam się na taki wybór wizerunków z kilku powodów. Zdawałam sobie sprawę, że przygotowany przeze mnie kwestionariusz do wywiadów jest długi i moje rozmówczynie mogą czuć się znudzone dużą ilością pytań. Postanowiłam więc, że zaprezentowanie popularnych wizerunków kobiet sprawi, że informatorki będą bardziej zainteresowane tematem i będzie to przeciwdziało monotonii rozmowy. Ponadto, moim celem było uzyskanie możliwie najdokładniejszej perspektywy rozmówczyń, a pytania, w których trzeba było dokonać wyboru preferowanego wizerunku, pozwalały w obrazowy sposób zrozumieć ich gusta. Fotografie, które umieściłam w tekście kwestionariusza, były zdjęciami osób bardzo sławnych lub mniej popularnych. Na tej podstawie, jak sądzę, udało mi się uchwycić poziom „zanurzenia” respondentek w szeroko promowany nurt estetyczny. Wszystkie postacie prezentowane na fotografiach były osobami – w moim odczuciu – mocno związanymi z tym kierunkiem.

Prowadzone etnograficzne badania terenowe wymagały ode mnie dużej mobilności i elastyczności w doborze odpowiedniego miejsca spotkania. Przed każdym z nich kobiety wiedziały, kim jestem oraz jaki jest cel naszej rozmowy. Zdecydowaną większość wywiadów udało mi się wykonać w miejscu pracy informaterek. W przypadku lekarek były to kliniki medycyny estetycznej lub gabinety prywatne. Zdarzały się pacjentki, które zapraszały mnie do swojego domu, ale najczęściej wywiady odbywały się w miejscach publicznych – galerie handlowe, kawiarnie, małe restauracje czy parki. To kobiety udzielające mi wywiadów

wybierały miejsce i czas spotkania. W niektórych przypadkach dobór miejsca i otoczenia spotkania pozwoliły mi głębiej wejść w badane środowisko [Kostera-Krzyworzeka 2012: 173].

Problematyka wyobrażeń o ciele kobiety w kontekście społeczno-kulturowych znaczeń nie jest częstym tematem w środowisku medycyny estetycznej. Wiele osób, z którymi rozmawiałam, po raz pierwszy poproszone były o artykułowanie swoich poglądów na ten temat.

Antropologia medyczna jako perspektywa badawcza

John Janzen: *Charakterystycznym podejściem
antropologii do badań,
jest wyjście na zewnątrz
i zobaczenie co się rzeczywiście dzieje
– oraz rozmawianie z ludźmi*
[Janzen 2002: 18]

W tym rozdziale chciałabym w dużym uproszczeniu przedstawiać specyfikę i perspektywę badawczą antropologii medycznej, subdyscypliny antropologii kulturowej, w którą wpisuję swoją dysertację. W tym miejscu przedstawię kluczowe pojęcia tej subdyscypliny, związki antropologii kulturowej z medycyną oraz umiejscowię moją perspektywę badawczą pośród nurtów antropologii medycznej.

Banalne może wydawać się stwierdzenie, że cierpienie, ból i choroba są nieodłącznymi elementami ludzkiej egzystencji. Tym bardziej zrozumiała staje się potrzeba znalezienia środków, które pomagają poprawić i zachowywać dobre zdrowie, także w ich społeczno-kulturowym wymiarze – coraz częściej podejmowanym przez antropologów. Problematyka kulturowych aspektów zdrowia, choroby i praktyk opieki zdrowotnej stanowi centrum zainteresowań antropologii medycznej – subdyscypliny antropologii społeczno-kulturowej. Ale antropologia medyczna swoim zainteresowaniem obejmuje też indywidualne doświadczenie choroby i cierpienia ujęte w szerszym kontekście relacji władzy, polityki, przekonań światopoglądowych, procesów medykalizacji czy pluralizmu medycznego – mocno związanych z tym doświadczeniem ujmowanym jako głębokie oraz intersubiektywne przeżycie uwikłane w społeczno-kulturowy kontekst.

Korzenie antropologii medycznej

Antropologia medyczna narodziła się w Stanach Zjednoczonych i tam uzyskała swój obecny metodologiczny i teoretyczny kształt. W Europie podobnych ujęć problematyki można

doszukiwać się w rozwijającej się od lat 90. ubiegłego stulecia etnomedycynie, która została praktycznie całkowicie „wchłonięta” przez antropologię medyczną [Wierciński 2015: 22]. Rzeczywisty przełom w formowaniu tej subdyscypliny antropologii społeczno-kulturowej miał miejsce dopiero na przełomie lat 50. i 60. XX wieku w Stanach Zjednoczonych. Swoją nazwę antropologia medyczna zawdzięcza Jamesowi Roneyowi – antropologowi i lekarzowi, który użył jej po raz pierwszy w 1959 roku [Inhorn, Wentzell 2012: 1; Singer, Baer 2020: 14]. Natomiast pojawienie się antropologii medycznej w oficjalnym dyskursie naukowym miało miejsce w 1963 roku za sprawą artykułu Normana A. Schotcha – *Medical Anthropology* [Wierciński 2015: 23].

Aspekty medyczne od dawna interesowały antropologów ze względu na ich dużą wartość w procesie rozumienia kultur pozaeuropejskich. Wiedza na ten temat pozyskiwana była przez badaczy przy okazji zbierania materiału empirycznego na temat różnych dziedzin kultury badanych społeczeństw. Początkowo lokalne wyobrażenia dotyczące zdrowia i choroby łączono głównie z czarami, tradycyjnymi wierzeniami i magią [Pool, Geissler 2007: 28-29]. Za prekursora antropologii medycznej uważa się brytyjskiego antropologa i lekarza Williama H. Riversa (1864-1922), który w swojej książce *Medicine, Magic and Religion* wskazywał, że lokalne medyczne praktyki wydają się irracjonalne dla świata zachodnich cywilizacji [Rivers 1924 za: Singer, Baer 2020: 14] i mogą być jedynie zrozumiane w szerokim kontekście tubylczych wierzeń.

Ten sam pogląd w kontekście imperializmu zachodniego, z jego założeniami o mentalnej i kulturowej wyższości kultur Zachodu, dzielił Bronisław Malinowski w *Argonautach Zachodniego Pacyfiku*. Wielu wybitnych etnografów, jak Victor Turner czy Edward Evans-Pritchard, również interesowało się tymi zagadnieniami. Zainteresowanie antropologów wokół kategorii zdrowia, choroby i leczenia nie było częścią ówczesnej antropologii, nie wymagało też przyjrzenia się im wyłącznie z medycznej perspektywy. W pierwszej połowie XX wieku kwestionowano podejście funkcjonalistyczne do prowadzonych badań oraz postrzeganie autochtonicznych społeczeństw jako odizolowanych i jednolitych. Rezultatem tych przemian było zainteresowanie antropologów medycyną zachodnią. Refleksja nad tym zagadnieniem uświadomiła badaczom, że sama medycyna krajów rozwiniętych jest konstruktem społecznym i nie jest praktykowana wyłącznie na Zachodzie, ale na całym świecie [Lambert 2008: 90].

Innym wczesnym zbliżeniem antropologii i medycyny było pojawienie się w latach trzydziestych XX stulecia zainteresowania relacjami pomiędzy osobowością (*personality*) i czynnikami socjo-kulturowymi (*sociocultural environment*). Zastanawiano się nad tak

zwanymi kulturowymi syndromami (*culture bound syndromes*), którymi nazywano specyficzne zaburzenia psychiczne typowe dla określonego regionu kulturowego lub przynajmniej specyficznych form kulturowych tych zaburzeń. Dodatkową kwestią, która budziła szerokie zainteresowanie, była uniwersalność kategorii psychiatrycznych dominujących w krajach zachodnich. Zastanawiano się między innymi, czy choroby skategoryzowane jako psychiatryczne, na przykład schizofrenia, mogły być uznawane w kategoriach uniwersalnych, a więc możliwych do wystąpienia w różnych regionach świata; czy były typowe wyłącznie dla zachodnich tradycji i związanych z nimi kulturami [Pool, Geissler 2005: 30].

Międzynarodowe zainteresowanie kwestiami zdrowia publicznego nastąpiło w początkach XX wieku w czasie II wojny światowej. W okresie powojennym uformowano Światową Organizację Zdrowia (WHO), której pojawienie się zapoczątkowało uruchomienie licznych programów ochrony zdrowia. Implikacją tych przemian był fakt, że dla niektórych przedstawicieli środowiska medycznego stało się jasne, że liczne problemy medyczne spowodowane były nie tylko czynnikami biologicznymi, ale też społecznymi i kulturowymi. Wówczas to antropolodzy zaczęli być postrzegani jako ci przedstawiciele dyscyplin naukowych, którzy mogą wyjaśniać i rozwiązać problemy wpływu tradycyjnych oraz lokalnych wierzeń, często stojących w opozycji do biomedycznych założeń naukowych, na zdrowie i chorobę [Pool, Geissler 2005: 30]. Zdaniem niektórych badaczy, jak Foster i Anderson (1978), zapoczątkowany ruch zdrowia publicznego był jedną z najważniejszych przyczyn pojawienia się antropologii medycznej [Pool, Geissler 2005: 31].

Pojawienie się antropologii medycznej – coraz wyraźniejszej dyscypliny, spowodowane było kilkoma kierunkami rozwoju wskazanymi przez badaczy przedmiotu. Pierwszym z nich była potrzeba zrozumienia praktyk opieki zdrowotnej w kulturach niezachodnich, w obrębie których badania prowadzili antropolodzy w latach 50. i 60. XX wieku. Drugim zaś – poprawienie programów opieki zdrowotnej przez przekształcenie ich w wariant bardziej wrażliwy na kulturową różnorodność [Janzen 2002: 22-23]. Programy te dotyczyły, między innymi, badania kultur w celu poprawienia nowych metod: budowania latryn, podgrzewania wody, poprawiania świadomości społecznej o kwestiach medycznych takich jak odwodnienie spowodowane przewlekłymi biegunkami czy innymi chorobami dobrze znanymi w krajach zachodnich. Trzeci z powodów wyłonił się z opisanego przez badaczy „kryzysu w medycynie”. Załamanie to definiowane było jako niedoskonałość używanego do tej pory jednowymiarowego definiowania schorzenia (*disease*). Takie

podejście przedstawicieli medycznych⁸ pomijało indywidualne doświadczenia i przeżycia pacjenta [Janzen 2002: 23].

Antropologia a medycyna

Gwałtowny rozwój antropologii medycznej w latach 70. i 80. ubiegłego stulecia spowodował, że z nauki o skąpej teorii i niewielkim doświadczeniu badawczym stała się jedną z najszybciej rozwijających się gałęzi antropologii kulturowej. Dzisiejsza antropologia medyczna to subdyscyplina pozycjonująca się na pograniczu nauk stosowanych i podstawowych. Duży wpływ na jej obecny kształt i kierunek rozwoju mieli tacy badacze jak: Arthur Kleinman, Byron Good, Atwood Gaines czy Robert Hahn (wielu fundatorów tej dyscypliny posiadało wykształcenie medyczne i doświadczenie wyniesione ze szpitali). Zbudowali istniejącą do tej pory, użyteczną refleksję teoretyczną i praktykę antropologii medycznej⁹.

Istotne eksploracje naukowe dla całej dyscypliny realizował amerykański antropolog i psychiatra Kleinman, który konstatował, że podobnie jak inne systemy medyczne na świecie, biomedycyna wytwarza kulturowo zależne definicje zdrowia i choroby. Dokonał też redefinicji kluczowych dla antropologii medycznej pojęć oraz wprowadził rozróżnienie na trzy sektory składające się na system opieki zdrowotnej.

Kamieniem milowym antropologii medycznej była przełomowa publikacja *Physicians of Western Medicine. Anthropological Approach to Theory and Practice* (1985) pod redakcją Gainesa i Hahna pokazująca, że **problemy z którymi muszą borykać się lekarze należą raczej do kompetencji humanistyki** [Wierciński, Radkowska-Walkowicz 2014: 10-11]. Dzieło Gainesa i Hahna to przede wszystkim próba zintegrowania środowiska lekarzy i przedstawicieli nauk społecznych. Good wprowadził hermeneutyczne i interpretatywne spojrzenie na kategorię choroby w różnych kulturach. Jego zdaniem choroba reprezentuje określoną perspektywę kulturową poprzez związany z nią zespół symboli i znaczeń [Wierciński 2015: 23]. Jego badania pozwoliły stwierdzić, że choroba jest złożonym zjawiskiem, które można zrozumieć wyłącznie przez odpowiednią interpretację kulturową. Zdaniem Gooda należało rozróżnić i zdefiniować związek pomiędzy symptomami stwierdzonymi przez medycynę, a subiektywnymi odczuciami pacjenta. Uważał, że podejście

⁸ W wielu pracach z zakresu antropologii medycznej, funkcjonuje szereg określeń mogących brzmieć niefortunnie poprzez literalne tłumaczenie z języka angielskiego. Do takich terminów należą: przedstawiciele medyczni czy profesjonaliści medyczni.

⁹ Od początku formowania się antropologii medycznej jako osobnej subdyscypliny wyraźne były jej związki z psychiatrią kliniczną. Uważa się, że wyrosła na gruncie tej specjalizacji medycznej [Kleinman 1988: 3-33].

praktyków medycznych opierało się na redukcjonizmie wobec ciała i doświadczenia człowieka, bowiem zakładało uniwersalność objawów. Choroba i towarzyszące jej zjawiska to zespół rozbudowanych metafor o podłożu kulturowym i społecznym [Wierciński 2015: 23]. Takie spojrzenie na kategorię zdrowia i choroby ukształtowały w znacznej mierze obraz dzisiejszej antropologii medycznej i jej związki ze światem medycznym. Wiele egzemplifikacji powyższych ustaleń teoretycznych znajduje odzwierciedlenie w moich badaniach etnograficznych nad praktykami w obrębie medycyny estetycznej.

Etnomedycyna i pluralizm medyczny

Kamieniem węgielnym antropologii medycznej było jej zainteresowanie medycyną społeczeństw pozaeuropejskich. Badacze zaczęli przeciwstawiać tak zwaną „medycynę prymitywną” medycynie zachodniej. Z czasem termin „medycyna prymitywna” został skrytykowany na gruncie antropologii medycznej. Postulował bowiem, że wszystkie lokalne praktyki są „niepoprawne” i nie do końca efektywne. Prowadzenie etnograficznych badań wśród autochtonicznych i chłopskich społeczeństw skupionych na kategoriach zdrowia i choroby było tylko jedną z kilku orientacji w antropologii medycznej [Singer, Baer 2020: 160]. W tym samym czasie badacze zaczęli sugerować, że wszystkie medyczne systemy tubylczych społeczeństw mają ten sam wspólny obszar – nie należą do świata biomedycyny [Singer, Baer 2020: 160].

Stopniowo uwaga antropologów medycznych w kontekście tradycyjnych kultur skupiła się na zagadnieniu **pluralizmu medycznego** – „sytuacji, w której różne tradycje medyczne współistnieją w ramach jednego kontekstu” [Lambert 2008: 90; Lock, Nguyen: 2018:55]. Za przykład mogą posłużyć badania zajmujące się systemami medycznymi poszczególnych krajów czy regionów na świecie, w obrębie których koegzystują różne formy terapii i opieki zdrowotnej. Merrill Singer i Hans A. Baer opisują klasyczny przykład pluralizmu medycznego na przykładzie boliwijskiej wioski – Kachitu, w której istnieje aż pięć systemów medycznych opieki zdrowotnej: opieka domowa Aymara, szamanizm, opieka domowa oparta na ludowych wierzeniach Mestizo, biomedyczna opieka zdrowotna i terapie szpitalne w La Paz [Singer, Baer 2020: 182].

Pojęcie *pluralizmu medycznego* można jednak rozpatrywać z dwóch perspektyw badawczych: makrospołecznej i mikrospołecznej. Pierwsza z nich ujmuje pluralizm medyczny jako „sytuację współistnienia różnych systemów czy tradycji medycznych, przejawów dominacji któregoś z nich, stosunków podrzędności i nadrzędności, rywalizacji

bądź współpracy tych systemów” [Penkala-Gawęcka 2010: 21]. W perspektywie mikrospołecznej „badaczy interesują przede wszystkim czynniki wpływające na wybór rodzaju pomocy medycznej spośród dostępnych ludziom opcji oraz dynamika procesów decyzyjnych” [Penkala-Gawęcka 2010: 21]. Jak konstatują Margaret Lock i Vinh-Kim Nguyen – to, że wiele lokalnych tradycji, które nie posiadają dostępu do profesjonalnej medycyny wciąż egzystuje – oraz fakt, że ludzie na całym świecie konsultują się więcej niż z jednym medycznym przedstawicielem, dowodzi, że **sama biomedycyna jest niewystarczająca, by zaspokoić potrzeby większości ludności** [Lock, Nguyen: 55-56]. Zainteresowanie tubylczymi i chłopskimi kulturami w kontekście działań i praktyk zdrowotnych podkreśliło, że autochtoniczne systemy opieki zdrowotnej nie mieszczą się w ramach systemów medycznych krajów zachodnich. W ogólnym użyciu przejęto terminy *etnomedycyna* i *biomedycyna*. **Badane przeze mnie środowisko medycyny estetycznej lokuje się na obrzeżach biomedycyny, bowiem to ostatecznie pacjentki decydują, z jakich usług skorzystać – co według mnie – jest egzemplifikacją pluralizmu medycznego w skali mikro.**

W przeszłości termin *etnomedycyna* zarezerwowany był wyłącznie dla „medycyny pierwotnej” lub opieki zdrowotnej w niezachodnich społeczeństwach [Pool, Geissler 2007: 28] [Penkala-Gawęcka 1987: 100]. Określenie to często stosuje się to do opisu przedmiotu badań etnograficznych poświęconych autochtonicznemu (niezachodnim) sposobom leczenia, praktykom zdrowotnym czy klasyfikacji chorób [Lambert 2008: 90]. Etnomedycyna jest obszarem antropologii medycznej, który zajmuje się podejściem różnych społeczeństw do kategorii zdrowia i choroby oraz tym, jak ludzie myślą i działają, by osiągnąć zdrowie [Quinlan 2015: 381]. Posiada dwa nadrzędne cele badawcze. Pierwszym z nich jest badanie teorii dotyczących kwestii zdrowotnych i wiedzy, którą ludzie nabywają w obrębie swojej kultury. Drugim – jest medyczna translacja. Antropolodzy medyczni dążą nie tylko do zrozumienia „medycznego” myślenia określonej grupy społecznej, ale także porównują światopoglądy różnych kultur w celu lepszego zrozumienia kwestii zdrowotnych [Quinlan 2015: 381].

Wczesne zainteresowanie etnomedycyną dotyczyło głównie tradycji porównawczych. Systemy opieki medycznej krajów nierozwiniętych były uważane przez badaczy za interesujące ze względu na swoją odmienność w stosunku do krajów zachodnich. Ich praktyki były racjonalne wyłącznie w kontekście lokalnych wierzeń i wyobrażeń, ale nadal pozostawało wyraźne założenie o deprecjonowaniu systemów medycznych kultur pozaeuropejskich, w porównaniu z zachodnią, „profesjonalną” medycyną. Mimo to, jak

podkreśla Cecil G. Helman, antropolodzy medyczni swoją uwagę nie skupiają jedynie na formach tubylczych praktyk medycznych, ale też zajmują się takimi zagadnieniami, jak medycyna genetyczna czy biotechnologia [Helman 2007: 356-357]. **Określenia medycyna „zachodnia”, „naukowa” czy „nowoczesna” ustąpiły z czasem terminowi: *biomedycyna*.**

Biomedycyna rozumiana jest jako naukowa, zachodnia i nowoczesna medycyna. Nauki przyrodnicze, na których oparty jest model biomedyczny, dostarczają zestawu standardów, algorytmów i protokołów, które umożliwiają tworzenie wiedzy i praktyk leczenia ludzi oraz poprawiania zdrowia i jakości życia. Technologie, którymi dysponuje, opierają się na najnowszej wiedzy akademickiej i badaniach medycznych [Lock, Nguyen 2018: 1]. Obecnie antropolodzy medyczni odeszli od traktowania biomedycyny jako uprzywilejowanej w stosunku do innych systemów medycznych. Jednocześnie, uważana jest za formę etnomedycyny – rozumianej jako lokalny (zachodni) system praktyk medycznych.

W ramach etnomedycyny jako działu antropologii medycznej wyodrębnić można kilka obszarów badawczych:

1. **Etnomedycyna ciała (ang. *ethnomedicine of the body*) – zajmuje się kulturowym obrazem ciała, zwłaszcza relacją pomiędzy kulturowymi projekcjami idealnego ciała a ich związkami ze zdrowotnymi praktykami i wierzeniami – w tym obszarze ulokowana jest moja dysertacja,**
2. Etnofizjologia (ang. *ethnophysiology*) – studia nad kulturowymi koncepcjami struktury ciała i jego funkcjonowania ciała,
3. Etnofarmakologia (ang. *ethnopharmacology*) – studia nad lekami stosowanymi w określonych kulturach,
4. Etnopsychiatria (etnomedycyna umysłu) (ang. *ethnopsychiatry* lub *ethnomedicine of the mind*) – badania nad kulturowymi aspektami, doświadczeniem i występowaniem chorób umysłowych w określonych warunkach kulturowych [Singer, Baer 2020: 160].
5. Osiąganie zdrowia (ang. *health-seeking behaviour*) – badania nad sposobami korzystania z opieki medycznej [Quinlan 2015: 391-393].

Zaprezentowany przeze mnie podział jest istotny w kontekście przeprowadzonych przeze mnie badań terenowych, które potwierdzają, że obraz ciała w środowisku medycyny estetycznej jest egzemplifikacją etnomedycyny ciała. Moje rozmówczynie wielokrotnie podkreślają – raz niebezpośrednio, raz wprost – podkreślają pragnienie uzyskania perfekcyjnego wyglądu, którego odzwierciedleniem jest przyjęty społecznie i kulturowo jego

obraz. Liczne opowieści pacjentek i lekarek jednoznacznie wskazują na istotne konotacje pomiędzy kategorią zdrowia, choroby a ponowoczesnym pięknem.

Antropologia w medycynie czy antropologia medycyny?

W krajach zachodnich antropologia medyczna znajduje się na istotnej pozycji wśród innych nauk humanistycznych, społecznych i przyrodniczych zajmujących się zdrowiem, chorobami i praktykami medycznymi. Można więc rzec, że w swoim podstawowym założeniu jest interdyscyplinarna. Istotą powstania antropologii medycznej jest zbadanie „świata prywatnego ludzi chorych” bez względu na ich pochodzenie, płeć i miejsce zamieszkania. Intensywne zainteresowanie badaczy biomedycyną spowodowało wyłonienie się dwóch głównych nurtów antropologii medycznej: stosowanego i teoretycznego. Innym powszechnym nazewnictwem tego rozróżnienia jest: antropologia w medycynie (ang. *anthropology in medicine*) i antropologia medycyny (ang. *anthropology of medicine*).

Stosowana antropologia medyczna (ang. *applied medical anthropology*) skupia się na wyobrażeniach dotyczących choroby i sposobach radzenia sobie z nią [Lambert 2008: 92]. Zajmuje się rozwiązywaniem problemów zdrowotnych przez współpracę z lekarzami i za pomocą technik, którymi dysponuje współczesna biomedycyna [Pool, Geissler 2005: 31]. Inną, często synonimicznie używaną nazwą tego nurtu jest antropologia w medycynie (ang. *anthropology in medicine*). Ten obszar antropologii medycznej opiera się głównie na współpracy antropologów z lekarzami, którzy wskazują problemy związane ze świadczeniem usług medycznych, lecz wykraczające poza obszar samej biomedycyny. Przykładem tego podejścia jest kwestia niestosowania prezerwatyw przez ludzi będących w grupie ryzyka zarażenia się wirusem HIV [Pool, Geissler 2005: 31].

Przedmiotem zainteresowania teoretycznej antropologii medycznej (ang. *theoretical medical anthropology*) jest zrozumienie biomedycyny jako kulturowego i historycznego fenomenu [Pool, Geissler 2005: 31]. Jak sama nazwa wskazuje, nurt ten kreuje i rozwija teorię tej subdyscypliny. Badacze przedmiotu traktują medycynę, w tym głównie biomedycynę jako obiekt zainteresowania i definiują najważniejsze tematy i podejścia. Antropologia medycyny (ang. *anthropology of medicine*) rozpatruje w bardziej krytyczny sposób „samą biomedycynę jako specyficzny przykład rozwoju etnomedycyny. Nurt ten obejmuje działania tak różnorodne, jak badania nad międzykulturowymi instytucjami zdrowotnymi, aż po rozpatrywanie kulturowego podłoża pojęć biomedycznych i kategorii epidemiologicznych” [Lambert 2008: 92].

Przeprowadzone przeze mnie badania terenowe lokuję między tymi dwoma nurtami. W tym miejscu rozdzielam oba ujęcia wyłącznie dla potrzeb analitycznych. Z jednej strony, kreślę etnograficzny portret części biomedycyny (medycyny estetycznej), z drugiej zaś, wspólnie z lekarkami tej gałęzi biomedycyny definiuję problemy występujące na styku możliwości medycyny estetycznej i perspektywy pacjentek wobec kobiecego wyglądu.

Pojęcie choroby – kontekst etnograficznych badań w środowisku medycyny estetycznej

W latach 70. XX wieku w Stanach Zjednoczonych środowiska medyczne zauważyły potrzebę włączenia antropologii w codzienną praktykę kliniczną. Była to odpowiedź na rosnące niezadowolenie pacjentów pochodzących z różnych środowisk kulturowych na komunikację z lekarzami. Udział antropologów „obejmował między innymi rozpoznawanie kulturowego uwarunkowania manifestowania i wyrażania przez pacjentów oznak i symptomów chorobowych oraz związanych z nimi znaczeń kulturowych” [Lambert 2008: 92]. Antropologia medyczna od początku swojej działalności szczególną uwagę poświęca zagadnieniom związanym z chorobą i jej doświadczeniem. Tym samym, rozważania badaczy w dużej mierze skupiają się na kwestiach dotyczących lekarzy i ich pacjentów. Potrzeba dokładnego określenia „niebiomedycznych” wizji i doświadczenia choroby oraz zastosowania odpowiedniego programu opieki medycznej doprowadziła do pojawienia się dwóch analitycznych pojęć w antropologii medycznej.

W ogólnym rozumieniu choroba oznacza brak „zdrowia”, „niedomaganie cielesne” lub psychiczną dysfunkcję. Termin ten wskazuje, że stan emocjonalny lub fizyczny określonej osoby odbiega od normy – bycia zdrowym. Zygmunt Bauman zauważa, że „choroba oznacza nie-normalność stanu, w jakim znajduje się nie-zdrowa osoba” [Bauman 2011b: 122]. Zdaniem Susan Sontag, koncepcje choroby jako kary mają długą historię. Utożsamia się z chorobą wartości deprecjonujące: słabość, zaniechanie, rozprężenie, zanieczyszczenie, zaniedbanie i zepsucie. Chory jest więc zawsze współwinny swoich dolegliwości [Sontag 2016: 59]. Coraz częściej we współczesnym świecie choroba ma znamiona „rzeczywistości dynamicznej”, w której nieustająco przesuwają się wskaźniki zdrowotne. Bauman pisze, że terminu tego:

Używa się często wymiennie z pojęciem stanu wymagającego **interwencji medycznej (*medical condition*)**. To drugie pojęcie jest jednak tylko pozornie odpowiednikiem tego pierwszego. **Po cichu wprowadza dodatkowe nader istotne znaczenie, które przenosi kwestię „braku zdrowia” w całkiem**

inny wymiar, przesuwając akcent ze stanu na interwencję, której jakoby wymaga ów stan [Bauman 2011b: 123].

W świecie, w którym zagadnienia związane z medycyną posiadają coraz większe znaczenie, mamy do czynienia z chorobą, gdy nasz stan wymaga konsultacji z lekarzem lub podjęcia interwencji medycznej. „Bycie chorym” oznacza po prostu, że potrzebujemy porady lekarza, a pomoc medyczna – że nasz stan jest stanem chorobowym. W ujęciu antropologii medycznej choroba to zjawisko balansujące pomiędzy tym co globalne i grupowe, a tym, co lokalne i indywidualne. Kategorie takie jak wiedza („co ludzie pomyślą”), wiek, określone doświadczenie, sposób odżywiania się, styl i higiena życia, ale i dostęp do lekarza czy możliwość skorzystania z terapii medycznej, wspólnie tworzą społeczno-kulturowy wymiar, w którym umiejscawia się choroba, zarówno na poziomie jednostkowym i grupowym [Wierciński 2015: 8].

Marsha B. Quinlan podkreśla, że jedną z najważniejszych ról antropologów jest badanie różnorodnych kultur medycznych – określających ich specyfikę, ale też przekład języka medycznego jednej tradycji na kategorie drugiej. Dzięki takim zabiegom nurt biomedycyny może otwierać się na zrozumienie systemów medycznych innych kultur, jednocześnie zmniejszając przekonanie medycyny Zachodu o swojej nadrzędnej wartości wobec innych systemów medycznych [Quinlan 2015: 383-384]. W tym przypadku celem antropologii medycznej jest translacja języka biomedycznego i profesjonalnego, na drugi – potoczny i zdroworozsądkowy.

Sontag wskazuje, że pojęcie choroby zdobywa obecnie coraz więcej obszarów dzięki dwu hipotezom:

Pierwsza z nich głosi, że **każdy rodzaj dewiacji społecznej można uznać za chorobę**. Jeżeli zatem zachowanie kryminalne potraktujemy jako chorobę, kryminalistów nie należy potępiać i karać, lecz trzeba ich zrozumieć (tak jak rozumie lekarz), leczyć i przywracać do zdrowia. Druga hipoteza mówi, że **każdą chorobę można rozpatrywać w kategoriach psychologicznych**. Chorobę interpretuje się jako zjawisko w istocie psychologiczne, a ludzi przekonuje się, że chorują, ponieważ (nieświadomie) chcą chorować, oraz że potrafią się uleczyć metodą mobilizacji wewnętrznej [Sontag 2016: 58-59].

Pierwsza z koncepcji może wskazywać na zdjęcie poczucia winy, ale jak zauważa Helman – dewiacja wykracza poza przyjętą normę i w ten sposób stygmatyzuje jednostkę [Helman 2007: 36]. Druga hipoteza przywraca wyrzuty sumienia. Sontag zwraca uwagę, że

koncepty psychologiczne ze szczególną precyzją przenoszą odpowiedzialność za kwestie zdrowotne na człowieka [Sontag 2016: 58].

Choroba, choć bezpośrednio związana z rozwojem medycy, metodami leczenia i postępem medycznym, w pewien sposób jest również ideologią – przeładowaną znaczeniami konstrukcją społeczną. Typowe dla danej epoki historycznej czy kręgu kulturowego normy społeczne, w tym także przekonania na przykład na temat płci są stale obecne w teorii medycznej i „naturalizowane w myśleniu potocznym” [Gromkowska-Melosik 2013: 13]. Triumf medycyny spowodowany jest również faktem, iż współczesna ponowoczesność prześlągnięta jest tak zwaną „kulturą terapeutyczną”, która odwraca naszą uwagę od społecznych, moralnych i ekonomicznych determinantów ludzkich problemów, których źródło znajduje się w ciele i psychice jednostki [Nowakowski 2013: 7]. Kultura terapeutyczna przepojona indywidualizmem upewnia człowieka, że to jego zachowanie i cechy stanowią najważniejszą przyczynę problemów, z którymi musi się mierzyć.

Podziału na dwa podstawowe wymiary choroby, które zajmują fundamentalne miejsce w całej dyscyplinie, czyli rozróżnienie na schorzenie i chorobę dokonuje Kleinman, [Kleinman 1988a: 3, 4]. Innymi słowy, chodzi o dwa angielskie słowa – *disease* i *illness*, których użycie po raz pierwszy zaproponował profesor psychiatrii – Horacio Fabrega [Radkowska-Walkowicz, Wierciński 2014: 11].

Określenia *disease* i *illness* nie mają wolnego od nieporozumień tłumaczenia w języku polskim. W swojej pracy stosuję definicję obu terminów za Kleinmanem i *Encyklopedią antropologii społeczno-kulturowej*, którzy zalecają przełożenie słowa *disease* – na „schorzenie” i *illness* – na „chorobę” [Lambert 2008: 91-92]. W niektórych źródłach można spotkać przeciwstawne tłumaczenie, gdzie *disease* oznacza „chorobę”, a *illness* – „schorzenie” [Blaxter 2009: 28-30]. Jak twierdzą Singer i Baer – zarówno choroba i schorzenie są kulturowymi konstruktami zakorzenionymi głęboko w psychologii i biologii człowieka [Singer, Baer 2020: 69]. Postrzeganie i interpretacja kategorii zdrowia i choroby to skutek nakładających się na siebie treści „tradycyjnych”, „profesjonalnych” i „popularnych”. W takim ujęciu *disease* to: nieujęty w kategoriach obiektywnych stan, lecz interpretacja *illness* wykonana przez przedstawiciela medycznego poprzez naniesienie określonej taksonomii i odniesienie objawów do obowiązujący reguł i poziomu wiedzy [Wierciński 2015: 25].

Schorzenie – (ang. *disease*) oznacza biomedyczne nieprawidłowości w strukturze i funkcjonowaniu narządów i pracy całego organizmu; mierzalne naruszenie równowagi cielesnej [Pool, Geissler 2005: 52; Lambert 2008: 92]. Schorzenie jest definiowane jako

obiektywny i bezdyskusyjny stan pacjenta. Oba terminy mają charakter analityczny [Singer, Baer 2020: 67-68], ale schorzenie stwierdzone jest na podstawie diagnozy postawionej przez lekarza. Zdefiniowanie go polega na wy tłumaczeniu przyczyny choroby i określeniu, jaki jest biomedyczny stan osoby cierpiącej na schorzenie. Do tego celu służy skatalogowana Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób ICD [Singer, Baer 2020: 67]. Biomedycyna przedstawia schorzenie jako stan nieprzystosowania się do otaczającego środowiska. William White w pracy *The Meaning of disease* (1926) podkreślał, że w trakcie choroby organizm musi zmagać się między innymi z: temperaturą, osłabieniem organizmu, atakującymi go mikroorganizmami, rozczarowaniem czy innymi zagrożeniami otoczenia, w którym się znajduje [Singer, Baer 2020: 66]. Kleinman pisze natomiast, że lekarze stwierdzają jednostkę chorobową wyłącznie na podstawie własnego doświadczenia i wiedzy medycznej, niejako pomijając indywidualne odczucie choroby przez pacjenta [Kleinman 1988a: 4]. Polegając na subiektywnym widzeniu świata, przedstawiciele profesji medycznych kreują „schorzenie”, nie widząc prawdziwej „choroby”¹⁰. *Disease* jest doświadczane w określonym czasie i miejscu u konkretnej osoby, natomiast *illness* jest czymś abstrakcyjnym [Blaxter 2009: 31]. Najczęściej przytaczanym przez antropologów medycznych epigramatem jest: „choroba (oraz uraz) jest tym, co leczą lekarze, schorzenie jest tym, co odczuwają pacjenci” [Blaxter 2009: 31]. Dyskurs potoczny, który podlega subiektywnej perspektywie, w odmienny sposób wyjaśnia chorobę – „poprzez kategorie zdroworozsądkowe, mit, metaforę, stereotyp, stygmatyzację, milczenie, sferę obyczajowości, dyskurs cudu itp.” [Nowina-Sroczyńska, Latocha 2016: 13]. W tym kontekście zarówno *illness* i *disease* nie są różnymi chorobami, a różnymi jej wymiarami. Rolą antropologów jest badanie tej pierwszej, zaś lekarze są specjalistami od tej drugiej.

Choroba – (ang. *illness*) to subiektywne doświadczenie pacjenta dotyczące jego fizycznego i mentalnego stanu, bez względu na to, czy u podłoża tych przeżyć jest stwierdzona biomedyczna patologia, czy nie [Pool, Geissler 2005: 52]. Odnosi się to do przeżyć pacjenta i jego subiektywnego rozumienia dolegliwości fizycznych lub społecznych, w których się znajduje [Lambert 2008: 92]. Jest to choroba z perspektywy pacjenta (ang. *the patient's perspective*), o której lekarz może się dowiedzieć wyłącznie od osoby jej

¹⁰ Ponad trzydzieści lat temu opublikowano pierwsze wydanie książki Susan Sontag – *Choroba jako metafora*, w którym autorka opowiada o zdiagnozowaniu raka piersi. Jednocześnie przestrzega przed nakazującymi i emocjonalnymi fantazjami wymyślanymi w kontekście popularnych chorób, jak: nowotwór, AIDS czy gruźlica. Jej dywagacje koncentrują się przede wszystkim na stereotypach i moralizatorstwie nurtu, który jest nierozzerwalnie złączony z powszechnymi chorobami. Sontag podkreśla, że najbardziej skuteczną strategią przeciwko negatywnym fantazjom na temat choroby i najzdrowszej ścieżce do bycia „po prostu” chorym – jest oczyszczenie z wszelkich krytycznych sądów większy opór w stosunku do metaforycznego myślenia o chorobie [Sontag 2016: 11-21; Lock, Nguyen 2018: 64].

doświadczającej. *Illness* to kulturowa konstrukcja, która może być rozpoznana wyłącznie przez pryzmat doświadczeń pacjenta, bowiem jest zakorzeniona w kulturowo ukształtowanym modelu wyjaśniającym, który poszukuje szerokich przyczyn jej powstania. W tym ujęciu to nie lekarze, a pacjent i całe jego otoczenie pojmują chorobę w społecznych kategoriach dzielonych przez wszystkich. Lokalne **wzory kulturowe konstruuja rozumienie choroby i zdrowia** oraz determinują wybory dotyczące zastosowania określonego leczenia.

Z drugiej strony *illness* może być rozumiane jako **kategoria społeczna: doświadczenie choroby jest nieograniczone pod względem odczuwanych symptomów, ale „zawiera się” w nim „druga choroba”, którą stanowi reakcja środowiska pacjenta** – między innymi naznaczanie negatywnym statusem osób cierpiących na fizyczne dolegliwości [Helman 2007: 35-36]. Stygmatyzacja jest dodatkowym wymiarem odczuwania choroby, który wpływa na subiektywne doświadczenia pacjenta. Zdarza się, że społeczne aspekty – jak stygmatyzacja – same w sobie stanowią formę choroby [Pool, Geissler 2005: 53].

Idee i refleksje Kleinmana były szczególnie cenne dla mojej pracy. Doświadczenie zdobyte w wieloletniej praktyce klinicznej pozwoliło amerykańskiemu badaczowi spojrzeć na kwestię zdrowia i choroby również przez pryzmat indywidualnych narracji [Kleinman 1988: 16], które były podwójnie wartościowe w trakcie prowadzonych przeze mnie badań. Kleinman inspirowany podejściem psychologicznym uważa, że narracje mają moc terapeutyczną, a doświadczenie choroby jest szczególną opowieścią, w ramach której zachodzą cenne dla pacjenta procesy¹¹. *Illness*, jak konstatuje, to narracje pacjenta, ale także jego rodziny, przyjaciół i bliskich o jego chorobie. To z tych opowieści, które za amerykańskim antropologiem nazywam *illness narratives*, antropolodzy zbierają informacje podczas formalnych i nieformalnych spotkań z informatorami o chorobowych doświadczeniach pacjentów.

W takim sposobie pojmowania choroby mieszczą się co prawda wszelkie dolegliwości fizyczne i objawy, ale są to przede wszystkim odczucia, irracjonalne przekonania, przesady czy niepokoje pacjenta. Takie rozumienie wykracza daleko poza biomedyczną wiedzę, stanowiąc trudne i złożone do zrozumienia doświadczenia pacjenta [Rakowski 2013: 356]. Nawet tak powszechna manifestacja choroby jak kaszel, ma swoje historyczne i kulturowe konotacje. „Choroba” zależy od stosunkowo stabilnych biologicznych cech – kaszel w każdej kulturze używa tych samych mięśni i narządów oddechowych – ale jest też głęboko historyczny, zmienia się nie mniej niż mikroorganizmy, które otaczają i przenikają

¹¹ Takie spojrzenie na kategorię zdrowia i choroby było w dużej mierze fundamentem obrazu dzisiejszej antropologii medycznej. Zarówno na poziomie teoretycznym i badawczym.

środowisko pacjenta. Otoczenie chorego, jak miejsce zamieszkania czy grupa społeczna, mają bezpośredni wpływ na subiektywne doświadczenie choroby. Interpretacja jej znaczeń wnosi cenny wkład w dostarczenie wysoko efektywnej opieki medycznej. Tomasz Rakowski pisze, że prawidłowe rozpoznanie treści *illness narratives* wymaga od badacza też nieco innej i dodatkowej praktyki – umiejętności prowadzenia rozmowy i głębokiego słuchania. W trakcie tych spotkań, opowieści, wspomnień, indywidualnych doświadczeń zrozumienie objawów pacjenta (ang. *medical unexplained symptoms*) traktowane jest jako szczególnie istotna kwestia [Rakowski 2013: 370; Janzen 2002: 171]. Opowieści pacjenta definiowane są jako „nurt z udziałem ludzkich przedsięwzięć i cierpień łączących motywy, działania i konsekwencje w codziennych łańcuchach” [Singer, Baer 2020: 86]. Przedstawione rozważania teoretyczne są niezwykle istotne w perspektywie przeprowadzonych przeze mnie badań terenowych. **Opowieści pacjentek, z którymi rozmawiałam, niezwykle często wskazywały na poszerzenie definicji choroby o kwestie estetyczne i klasowe na przykład cellulitu – co przesuwaa akcent z biologiczności *disease* na społeczno-kulturowy kontekst *illness*.**

Relacja pacjentów i lekarzy jest ważnym tematem w antropologii medycznej. By ją lepiej poznać, należy dokonać rozróżnienia pomiędzy tymi dwoma pojęciami. Używając terminu „pacjent”, nie mam na myśli osoby, która zgłasza się po poradę do lekarza, lub potrzebującej pomocy medycznej z powodu choroby, a raczej jednostkę, która nie jest lekarzem. Tego podziału dokonuje – przywoływany przez mnie wcześniej – Kleinman, który za pacjenta (ang. *patient*) uważa osobę chorą (ang. *sick person*). Amerykański psychiatra konstatuje, że chory spędza więcej czasu na samym „chorowaniu” niż na byciu pacjentem – biernym podopiecznym opieki medycznej. Przez „osobę chorą” rozumie przedmiot aktywnych działań lekarzy, który w przeważającej mierze sam decyduje o podjętej terapii. Podkreśla, że określenie *sick person* jest bardziej właściwe w kontekście leczenia medycznego. W książce *The Illness Narratives. Suffering. Healing and the Human Condition* używa obu pojęć zamiennie [Kleinman 1988a: 4]. W swoich badania konfrontuję ze sobą obie perspektywy, chcąc sprawdzić, czy te dwa odrębne światy mówią rzeczywiście różnymi językami (jak podkreślają teoretycy), czy też są do siebie podobne.

Stwierdzenia amerykańskiego antropologa są dla mnie w pełni wyraźne, ale mimo to nie używam w swojej pracy terminu „chora osoba” ze względu na deprecjonujący i niepoprawny charakter tego pojęcia w kontekście prowadzonych przeze mnie badań. Określenie *sick person* w potocznym rozumieniu oznacza, że pacjent cierpi na problem medyczny i musi zgłosić się do lekarza. Pacjentki, z którymi prowadziłam wywiady, pomimo

że zgłaszają się po poradę do „specjalisty medycznego” (lekarza), nie miały w większości problemów *stricto* medycznych. W tym kontekście używanie terminu „chora osoba” może być rozumiane jako nadużycie i sugerować, że kwestie dotyczące wyglądu (na przykład cellulit) są rzeczywistą jednostką chorobową, bowiem wymagają interwencji lekarskiej. Dlatego piszę o pacjentkach, mając świadomość ich podmiotowej roli w systemie opieki zdrowotnej.

W większości opracowań z zakresu antropologii medycznej przeciwstawia się perspektywę pacjentów („nielekarzy” i laików) światopoglądowi lekarzy (specjalistów). Bycie lekarzem lub pacjentem polega na odgrywaniu ról społecznych. Pojęcia te jednak nie są stałe – zdarza się, że lekarz potrzebuje interwencji medycznej i wtedy staje się pacjentem, ale także pacjenci przekształcają się niekiedy w lekarzy, lecząc się samemu czy stosując farmaceutyki według własnego uznania. Dlatego antropolodzy medyczni często w swoich opracowaniach nazywają lekarzy „specjalistami” (ang. *health professional*), a pacjentów – laikami (ang. *layperson*). Moje badania terenowe wskazują, że opisywana przez mnie terminologia jest ugruntowana w perspektywie empirycznej. Bogactwo opowieści kobiet, z którymi rozmawiałam, także podkreśla, że kategorie te nie są zupełnie ostre, bowiem zdarza się, że lekarki medycyny estetycznej są również pacjentkami swoich koleżanek, trudniących się tą samą profesją. Z kolei druga grupa moich rozmówczyń – pacjentki często stosują różnorodne farmaceutki czy diety, o których decydują wedle własnego uznania.

Systemy medyczne w antropologii medycznej

Wszystkie opisane powyżej pojęcia: choroba, schorzenie, pacjent (laik), lekarz (specjalista) umieszczone są w funkcjonującym w antropologii medycznej **modelu systemu medycznego**, którego autorem jest Kleinman¹².

Za system medyczny uznaje się poglądy i praktyki grupy społecznej odnoszące się do kategorii choroby i zdrowia. Nie jest on traktowany jako podmiot sam w sobie, a stanowi raczej konceptualny model rozwinięty przez badaczy w celu umożliwienia im zrozumienia, jak ludzie radzą sobie z kwestiami zdrowia i choroby w kulturowym otoczeniu [Pool, Geissler 2005: 40]. System medyczny odnosi się do różnych źródeł i obszarów wiedzy medycznej. W swojej książce *Patients and Healers in the Context of Culture* Kleinman, rozwinął to, co stanowi prawdopodobnie najobszerniejszą teorię systemu medycznego, którą nazywał –

¹² Zaprezentowany przez amerykańskiego antropologa i lekarza model systemu medycznego miał wielu wcześniejszych prekursorów, jak na przykład Riversa.

system opieki zdrowotnej (ang. *health care system*). Konstatuje w niej – „System opieki zdrowotnej obejmuje ludzkie wierzenia (w dużej mierze milczące i nieświadome systemu jako całości) i wzorce zachowań. Te wierzenia i zachowania są zarządzane przez kulturowe reguły” [Kleinman 1980: 26]. W ten sposób system opieki zdrowotnej łączy się z Geertzowską koncepcją systemu kultury: jest to zarówno mapa „dla” i „o” specjalnym obszarze ludzkich zachowań [Geertz 2005: 30], i tak jak inne systemy kultury muszą być zrozumiane i interpretowane w odniesieniu do ich symbolicznych i instrumentalnych działań.

W antropologii medycznej identyfikuje się trzy sektory składające się na system opieki zdrowotnej¹³: (1) profesjonalny (ang. *professional*), (2) ludowy (ang. *folk*) i (3) popularny/rodzinny/potoczny (ang. *popular/family*).

1. **Sektor profesjonalny**, obejmuje biomedyczny i zachodni sposób rozumienia kategorii zdrowia i choroby. Reprezentują go „zorganizowani specjaliści od leczenia”: dyplomowani lekarze, pielęgniarki, sanitariusze, ratownicy medyczni, fizjoterapeuci czy dietetycy. Wszyscy przedstawiciele tego sektora pracują w ustrukturyzowanych instytucjach jak: szpitale, kliniki, towarzystwa czy fundacje [Singer, Baer 2020: 195-196]. Zgodnie z twierdzeniem Kleinmana sektor ten cechuje się głównie biomedycznym podejściem, ale zdarza się, że w niektórych społeczeństwach obejmuje też tradycyjnych uzdrowicieli, jak w przypadku tradycji Ajuwederskiej w Indiach [Kleinman 1980: 27-29]. Kleinman wyróżnia trzy dogmatyczne założenia sektora profesjonalnego / biomedycznego: (I) działania, wiedza tradycyjna i domowa są niebezpieczne dla pacjentów, (II) biologiczne aspekty dotyczące zdrowia i choroby są nadrzędne w stosunku do psychospołecznych i kulturowych aspektów, (III) relacja pomiędzy lekarzami i pacjentami (i jego bliskimi) opiera się na zasadzie ekspert – laik, zatem rolą specjalisty jest dawanie instrukcji, a pacjenta – stosowanie się do tych zaleceń¹⁴ [Pool, Geissler 2005: 41].
2. **Sektor ludowy**, rozumiany jest jako nieprofesjonalny i niezinstytucjonalizowany obszar. Obejmuje udział osób bez formalnego i medycznego wykształcenia. Skupia przedstawicieli medycyny tradycyjnej i komplementarnej: znachorów, szamanów, zielarzy, akuszerki, uzdrowicieli, którzy pracują niezależnie, z reguły w swoich domach czy po prostu nielegalnych, miejscach [Singer, Baer 2020: 195].

¹³ W swojej pracy używam terminu: system medyczny (ang. *medical system*) za Kleinmanem, który stosuje zamiennie nazwę: system opieki zdrowotnej (ang. *health care systems*).

¹⁴ Rozciągnięcie biomedycyny na coraz szersze aspekty ludzkiego życia oraz rosnąca władza i wpływ medycznych ekspertów definiowane jest w antropologii medycznej jako **medykalizacja** [Pool, Geissler 2005: 41].

3. **Sektor popularny**, stanowi największą część systemu medycznego i jednocześnie jest najmniej zbadany w antropologii medycznej [Pool, Geissler 2005: 41; Quinlan 2015: 392]. Jak podkreśla Kleinman – wybory dotyczące spraw medycznych podejmowane przez ludzi zakorzenione są w kulturze popularnej. Dzieje się tak dlatego, że gdy dostają zalecaną diagnozę i sposób leczenia, bez względu czy to z obszaru profesjonalnego czy ludowego, to na gruncie sektora popularnego, w zaciszu domowym, oceniają zaproponowaną terapię i podejmują ostateczną decyzję, którą z nich wybiorą. Szacuje się, że około 70-90% opieki zdrowotnej odbywa się w ramach tego obszaru. Wysokie wskaźniki – jak konstatuje Quinlan – spowodowane są tym, że jest pierwszym i najbliższym sektorem opieki medycznej [Quinlan 2015: 392]. To w ramach tego obszaru podejmowane są decyzje o pójściu do lekarza lub uzdrowiciela czy znachora. Ludzie polegają też w dużej mierze na samo-leczeniu oraz terapiach domowych. W tym sektorze identyfikowane są choroby, które zgodnie z zaproponowanym przez Kleinmana podziałem nazywamy *illness*.

Koncepcja systemów medycznych jest szeroko stosowana w antropologii medycznej i stanowi cenną perspektywę w zrozumieniu różnorodnych aspektów wpływających na to, jak społeczeństwo radzi sobie ze zdrowiem i chorobą, jednak zdaniem niektórych badaczy posiada też problematyczne kwestie, które wymagają rozwiązania [Zob. Pool, Geissler 2005: 43-44]. Mildred Blaxter używa nieco innej nomenklatury do opisu trzech sektorów wiedzy o zdrowiu i chorobie: specjalistyczny (konwencjonalny, naukowy, zachodni), alternatywny (ludowy, tradycyjny, uzupełniający) i niespecjalistyczny (popularny, potoczny). Uważa, że granice między sektorami medycznymi nie są wyraźne i coraz częściej zachodzą na siebie. Natomiast wiedza specjalistyczna coraz częściej zawiera w sobie elementy wiedzy potocznej i alternatywnej [Blaxter 2009: 60-61]. Jej zdaniem „niespecjalistyczne wierzenia można lepiej zdefiniować jako pojmowanie zdroworozsądkowe powiązane z jednostkowym doświadczeniem i przepojone fachowymi racjonalizacjami” [Blaxter 2009: 60].

Za szczególnie istotne uznałam przedstawienie Czytelnikowi trzech systemów medycznych w antropologii medycznej, bowiem **moje badania przeprowadzone zostały w dwóch sektorach: popularnym (pacjentki) i biomedycznym (lekarki)**. Zaprezentowane na dalszych stronach dysertacji wyniki moich badań potwierdzają, że w środowisku medycyny estetycznej widoczne jest łączenie cech typowych dla różnych systemów medycznych. Badany obszar nie został przeze mnie ostatecznie zdefiniowany w obrębie jednego systemu ze względu na widoczny synkretyzm pojęciowy i światopoglądowy moich informatek.

W stronę etnografii medycyny estetycznej

Tomasz Szasz: *Dawniej, kiedy religia była silna a nauka słaba,
ludzie mylili magię z medycyną,
teraz,
gdy nauka jest silna a religia słaba,
ludzie myślą medycynę z magią*
[Szasz 1973: 43]

Mildred Blaxter: *Leczenie wymaga usankcjonowanego,
wiarygodnego i kulturowo właściwego systemu*
[Blaxter 2009: 43]

To, że kobiece ciało w większości przypadków odbiega od doskonałego wyobrażenia o nim i musi być poddawane różnego rodzaju zabiegom upiększającym, aby udźwignąć społeczne wymagania, nie jest niczym zaskakującym. Kosmetyka, zdobienie ciała, zabiegi upiększające, a nawet pierwsze zabiegi z zakresu chirurgii plastycznej są jednymi z najstarszych sztuk dbania o wygląd, ale należą też do jednych z pierwszych gałęzi przemysłu. Bauman zauważa, że historia ludzkiego upiększania była jedną z tych dziedzin działalności człowieka, w której pojawienie się określonego remedium zazwyczaj poprzedzone było odkryciem uchybienia bądź nieprawidłowości, które wymagały leczenia [Bauman 2011b: 94]. Najpierw potrafiono zdiagnozować i wyleczyć mankamenty, by następnie pojawiła się konieczność podejmowania w tym kierunku działań, przy jednoczesnym piętnowaniu osób, które nie stosują się do nowych dyrektyw. Społeczna i indywidualna świadomość, że dzięki zastosowaniu terapii będzie można pozbyć się problemu, pojawia się w jednostce dopiero wówczas, gdy zamierza ona podjąć zdecydowane działania w celu poprawy nieprawidłowości; towarzyszy jej też obawa przed społecznym ostracyzmem, który odsłoni jej gnuśność, lenistwo i opieszałość.

Historia ludzkiego upiększania związana jest bezpośrednio z ekonomią piękna i komercjalizacją ciała, czyli z urynkowaniem atrakcyjnego wyglądu – ale także z rozwojem medycyny, która w coraz większym stopniu dostosowuje się do potrzeb społeczeństw ponowoczesnych. W tym kontekście uroda jest wartością, którą można sprzedawać i kupować jednocześnie, przez co, co coraz częściej staje się przedmiotem transakcji. We współczesnym

społeczeństwie kapitalistycznym wszystkie te nowe podejścia łączą się z tym co Chris Shilling nazwał: **technologicznym ulepszaniem ciała** (*enhancement technologies*).

Dzięki rozciągnięciu granic swojego zainteresowania oraz poprzez szukający zysku biznes medyczny¹⁵, medycyna zaczęła ingerować w kształtowanie wizerunku i sposobów jego udoskonalania [Barański 2010: 153]. Wszystkie te przemiany spowodowały „wykreowanie” nowej gałęzi medycznej zajmującej się wyłącznie estetyzacją ciała. Istotnym zdarzeniem nie jest jednak fakt, iż medycyna spojrzała na kwestie estetyczne w ogóle (co już od wielu lat ma miejsce na płaszczyźnie takich specjalizacji medycznych jak: chirurgia plastyczna czy dermatologia), ale po raz pierwszy pewien obszar działalności medycznej zainteresowany jest wyłącznie ideą perfekcyjnego wizerunku. Mieczysław Gałuszka pisze na ten temat następująco:

Poprawianie ciała to wszystkie praktyki medyczne, które prowadzą do zmiany jakości ludzi i polepszenia ich samopoczucia. Zalicza się do nich interwencje kosmetyczne, genetyczne i neurologiczne. Efektywność medycznych interwencji dotyczących ciała przede wszystkim jest uzależniona od stanu wiedzy i nowych technologii medycznych oraz umiejętności lekarzy (...). Kolejnym etapem jest poszerzenie znaczenia chirurgii plastycznej poprzez stworzenie pojęć „medycyny estetycznej” i „chirurgii kosmetycznej”, oddających dążenie do poprawienia wyglądu ciała i tworzenie różnych usług obejmujących upiększającą modyfikację ciała. Popyt na dobre samopoczucie i wspaniały wygląd klientów gabinetów medycyny estetycznej wpływa na dynamiczny rozwój całej branży przemysłu ciała. Odwołanie się do estetyki jest zarazem włączeniem kategorii piękna jako kryterium oceny ciała, stanowiącego już nie tylko dzieło natury, ale i skalpela i innych zabiegów lekarzy, kosmetologów, dietetyków, trenerów fitness, wizażystów [Gałuszka 2015: 46].

W tej perspektywie nowego znaczenia nabrały także role społeczne przypisywane lekarzom i samym pacjentom. Odejście od utrwalonej wizji lekarza – profesjonalisty, osoby ratującej zdrowie lub życie człowieka, do osoby kreującej ludzki wygląd – spowodowało znaczne rozszerzenie kompetencji medycznych. W podobnym punkcie przemian znalazła się doniosłość, jaką przyjmują pacjenci. Ich perspektywa na tematy związane ze zdrowiem uległa znacznym przeobrażeniom, rozciągając się na kategorie manifestujące się poprzez ciało. Z drugiej jednak strony, kultura indywidualizmu zdaje się wspierać jednostkowe wybory związane z potrzebą posiadania i zainteresowania się coraz większą ilością przedmiotów i zjawisk. Rosnąca ilość zawodów około-medycznych (trenerów personalnych, dietetyków, kosmetologów etc.), radykalnych terapii czy suplementów jest odpowiedzią na te wzrastające

¹⁵ Przez biznes medyczny rozumiem ingerencję medycyny w sferę komercyjno-publiczną nastawioną na zwiększanie zysków.

potrzeby. Bauman podkreśla, że gdyby nie, nowo wykreowane potrzeby społeczeństw konsumpcyjnych, ludzie nie byłoby nawet świadomi swoich pragnień [Bauman 2011b: 95]. To co obecnie uznawane jest za problem wymagający ingerencji medycznej, kilka lat temu nie byłoby nawet zauważone, a jeszcze mniej ludzi definiowałoby to jako chorobę czy kwestię wymagającą specjalistycznego leczenia.

Ze względu na wybrane przeze mnie środowisko badawcze za niezwykle istotne uważam bliższe omówienie roli społecznej¹⁶ pacjenta i lekarza oraz ich wzajemnej relacji. Każda z tych pozycji postrzegana jest w kategoriach zbiorowych w określony sposób, przypisane jej są jej odpowiednie cechy i wzory zachowań. To, na co pragnę zwrócić uwagę czytelnikowi w dalszej części tekstu, to „rozmycie” definicyjne przypisywane obu pozycjom, ale też sama interakcja pomiędzy lekarzem – promotorem zdrowia, osobą ratującą zdrowie i życie chorych, a pacjentem – jednostką, której stan biologiczny organizmu wskazuje na konieczność interwencji medycznej. Zdroworozsądkowe wyobrażenia na temat przyjmowania określonej roli społecznej zdają się odbiegać od tego, co uznawane było niegdyś za podstawę kontaktów lekarz – pacjent, czego dowodzi zebrany przeze mnie materiał terenowy. Ale transformacji nie uległo samo postrzeganie ich z perspektywy uczestniczek, a raczej jego zewnętrzne konteksty – często uzurpujące sobie prawo do definiowania, co należy do zadań i powinności medyków oraz ich pacjentów.

Kluczowym punktem moich rozważań w tej części pracy będzie przedstawienie środowiska medycyny estetycznej w kontekście przeprowadzonych etnograficznych badań terenowych. Zanim jednak przejdę do empirycznej części tego fragmentu tekstu, wprowadzę czytelnika w świat medycyny estetycznej z perspektywy moich rozmówczyń. Wobec tego, za jeden z głównych celów ustanowiłam nakreślenie topografii tego „obszaru”. W tym miejscu będę wspierać się też różnorodnymi obserwacjami, dyskusjami, spotkaniami, które miałam okazję odbyć, przeżyć i zobaczyć. Liczne rozmowy z przedstawicielami środowiska medycznego w ogóle były dla mnie nieocenionym źródłem inspiracji przy pracy, nad tym fragmentem tekstu – i jak sądzę – pomogą mi oddać w ręce czytelnika możliwe najwierniejszy obraz tego świata, choć zapośredniczony przez moje osobiste doświadczenie i badania.

¹⁶ Pojęcie roli społecznej rozumiem za Barbarą Szacką, która we *Wprowadzaniu do socjologii* pisze „pojęcie roli społecznej związane jest z pojęciem pozycji społecznej (statusu)” i pisze dalej „rolę społeczną określa się w odniesieniu do pozycji w dwojaki sposób. Powiada się, po pierwsze, że rola społeczna to zespół praw i obowiązków związanych z daną pozycją. Po drugie, że jest to schemat zachowania związanego z pozycją, scenariusz pozycji, jej element dynamiczny, zachowaniowy” [Szacka 2008: 148-149].

Materiał terenowy uwypukla istnienie czynników wpływających na kształtowanie i poprawianie ciała w określony sposób przez osoby związane ze światem medycyny estetycznej. Moje badania ukazują także, jak badane środowisko definiuje – używając kategorii medycznych – zagadnienia związane z ciałem, kobiecością i pięknem. Wzajemne oddziaływanie, a może niekiedy ingerencja świata medycznego w kreowanie kobiecego piękna zdaje się balansować pomiędzy kategoriami medycznymi i społecznymi; z czasem tworząc odrębną przestrzeń, przedstawioną przez dwa, z pozoru sprzeczne obszary: medycynę i estetykę.

Lekarze i pacjenci w środowisku medycyny estetycznej

Perspektywa lekarzy i ich pacjentów, mimo że najczęściej dotyczy tego samego zagadnienia, różni się od siebie znacząco. Dokonywana przez nich ocena określonego schorzenia opiera się na odmiennych przesłankach, używają też różnych źródeł dowodów, a ocena finalna zastosowanej terapii z reguły jest różna – lekarz stosuje do opisu i oceny problemu medycznego kategorie obiektywne, gdy pacjent kieruje się swoimi indywidualnymi sądami. Lekarze definiują problemy zdrowotne swoich pacjentów przez pryzmat medycznej perspektywy i stwarzają własną „taksonomię”, podczas gdy osoba potrzebująca pomocy medycznej posługuje się kategoriami subiektywnymi i bliskimi doświadczeniu [Kleinman 1988a: 5-6]. Antropolodzy medyczni zauważają, że często pacjenci cierpią na jakieś schorzenie w sensie biomedycznym, ale nie odczuwają żadnych dolegliwości – i odwrotnie [Pool, Geissler 2005:53]. W konsekwencji specjaliści i laicy mówią o tym samym problemie, ale interpretują go wyłącznie przez znaną im soczewkę pojęć – dochodząc do zupełnie odmiennych wniosków [Singer, Baer 2020: 78]. Pacjenci interpretują swoje indywidualne doświadczenia w społecznie przyjętych i zdroworozsądkowych kategoriach.

Włodzimierz Piątkowski zauważa, że lekarze jako czołowi reprezentanci systemu opieki zdrowotnej cechują się tendencją do zwiększania swojej supremacji, wykorzystując w tym celu niedostępną dla innych ludzi specjalistyczną wiedzę medyczną. Prowadzi to do zwiększania zakresu działalności lekarskiej, ale także uzyskiwania przez nich monopolistycznej władzy i pozycji na polach związanych z kategoriami: zdrowia, choroby, profilaktyki, a coraz częściej także wyglądu [Piątkowski 2019: 81]. Transformacjom współczesnego oblicza medycyny towarzyszą też przemiany definiowania pozycji pacjenta. Przestaje on być biernym fizycznym podmiotem związanym ze swym ciałem, a staje się organizmem. Ewa Bińczyk podkreśla, że takie przekształcenie wewnątrz dyskursu powoduje

szereg problemów interpretacyjnych i często pomieszanie ról społecznych [Bińczyk 2002: 187].

Bycie chorym oznacza nie tylko kondycję organizmu zdefiniowaną w kategoriach biomedycznych, ale także sytuację społeczną osoby chorej. Stan choroby określa akceptowalne wzory zachowań chorego i jego otoczenia oraz to, jak jednostka będzie się zachowywała się w tym czasie. Nie każdy stan niemieszczący się w kategoriach normy społecznej uznawany jest za schorzenie, a nie każdy stan organizmu w świetle wartości medycznych może za taki zostać uznany [Taranowicz 2002: 75]. Rozbieżność pomiędzy kategoriami biomedycznymi i społecznymi staje się mniej wyraźna i coraz częściej dotyczy aspektów związanych z wyglądem jak na przykład złe odżywianie i niepoprawny wskaźnik BMI¹⁷.

Spółeczeństwo nadzoru, które niegdyś opisywane było przez Foucaulta, opierające się w dużej mierze na postępie technologicznym, przyczynia się to do stosowania nowych wskaźników biomedycznych i ich regularnego monitorowania, ale także wyznacza granice współczesnej normy. W ten sposób zacierają się granice pomiędzy osobą chorą a zdrowym człowiekiem. Rozszerzenie i komercjalizacja działalności lekarzy powoduje, że coraz częściej i coraz łatwiej jest zyskać status pacjenta. Nowoczesna medycyna interesuje się każdym, nie tylko tymi, którzy zdiagnozowani zostali jako chorzy. Foucault pisząc o kontroli medycznej podkreślał, że „przestrzeń medyczna może nałożyć się na społeczną lub raczej przeniknąć ją i wejść w nią całkowicie. Zaczyna się odczuwać powszechną obecność lekarzy, których krzyżujące spojrzenia tworzą sieć i w każdym punkcie przestrzeni, w każdej chwili, utrzymują nieprzerwany, zmienny zróżnicowany nadzór” [Foucault 2009: 53].

Inspirując się lekturami z zakresu antropologii medycznej, perspektywę lekarzy (specjalistów)¹⁸ przeciwstawiam widzeniu pacjentów (laików). W pewnych wymiarach ten podział może wydawać się sztuczny, gdyż w niektórych sytuacjach lekarze wcielają się w rolę pacjentów, a niekiedy laicy stają się swoimi własnymi „medykami”, próbując leczyć i diagnozować się „na własną rękę”. Pomimo że oba te pojęcia są płynne, a rzeczywistość nigdy nie jest całkowicie ambiwalentna, to „świat lekarzy” różni się od rzeczywistości pacjentów.

¹⁷ BMI – jest wskaźnikiem masy ciała (ang. *body mass index*) określonym przez podzielenie masy ciała w kilogramach przez kwadrat wysokości podanej w metrach [Gajewski 2013: 1402].

¹⁸ Antropolodzy medyczni w swoich opracowaniach często nazywają lekarzy specjalistami (ang. *health professional*), natomiast pacjentów laikami (ang. *layperson*), dlatego będę posługiwała się tymi terminami zamiennie.

(1) „Ziemscy bogowie”¹⁹ ?

Ziemscy bogowie – tak o lekarzach w polskiej kulturze ludowej pisał niegdyś Zbigniew Libera. W artykule o tym samym tytule podkreślał, że „chłop do doktorów nie idzie, bo to dużą sumę kosztuje, a po drugie to daleko, u czorta za drzwiami, a trzecie: czy oni by coś pomogli?” [Libera 1994: 113] – i dalej pisze – „lekarz umie leczyć tylko <<pańskie choroby>>” [Libera 1995b: 236]. W pewien sposób racje ekonomiczne i sam prestiż zawodu lekarskiego przetrwały do dzisiaj.

Refleksja nad społeczną rolą lekarzy w naukach humanistycznych posiada ustalony status. Jej proveniencja sięga teoretycznych koncepcji Talcotta Parsonsa, Thomasa Szasza, Eliota Freidsona i Marca H. Hollendra, odnoszących się do przedstawiania roli lekarza jako „zespołu norm, które regulują zachowania osoby zajmującej wysoką pozycję społeczną, przyznanymi jej prawami i obowiązkami” [Brysiewicz 2002: 150]. Lekarz postrzegany jest w opinii społecznej jako osoba posiadająca nie tylko wysoki prestiż społeczny, ale także jako ciesząca się dobrobytem i prezentująca istotne uczestnictwo w kulturze.

Primum non nocere – po pierwsze nie szkodzić. Tak brzmi najważniejsze przesłanie przysięgi Hipokratesa składanej przez absolwentów kierunków lekarskich. Podstawowym celem działalności zawodów medycznych, w tym głównie lekarzy, jest dbanie o stan zdrowia pacjentów. W przeciwieństwie do innych profesji medycznych, lekarze posiadają największą autonomię, ale i odpowiedzialność za podejmowane decyzje. Ze względu na charakter swojej pracy cieszą się wysokim szacunkiem i zaufaniem w oczach innych. Na atrakcyjność zawodu lekarskiego niewątpliwie wpływ mają też, trudne sześcioletnie studia medyczne, których ukończenie wiąże się z koniecznością zdania Państwowego Egzaminu Lekarskim (LEP-u) i uzyskania prawa wykonywania zawodu.

W świadomości potocznej zawód lekarza charakteryzuje się posiadaniem specjalistycznej wiedzy zdobywanej w formalny sposób na studiach medycznych i pogłębianej przez późniejszą praktykę zawodową. Osoby wykonujące tę profesję, cieszą się autorytetem społecznym spowodowanym przez specyficzność ich kompetencji, ale także przywilejów, praw i obowiązków zawodowych, które wykonują. Na wysoki status, którym cieszą się przedstawiciele zawodu lekarskiego, duży wpływ ma uznanie kwalifikacji lekarskich do leczenia chorób oraz wyznaczania społecznej granicy między chorobą i zdrowiem [Brysiewicz 2002: 151]. Dodatkowym aspektem wpływającym na prestiż bycia

¹⁹ Tytuł tej części tekstu nawiązuje do nazewnictwa stosowanego przez Liberę do opisu pozycji lekarzy [Libera 1995b: 227; Libera 1994: 113]

lekarzem jest możliwość zapewnienia ludziom przywilejów, między innymi takimi jak: zwolnienie z pracy czy uzyskanie dodatkowych świadczeń socjalnych i społecznych. Z pozamedycznej perspektywy, lekarz posiada zdolność do definiowania i zmieniania statusu społecznego swoich pacjentów [Brysiewicz 2002: 151].

Współcześnie jednak kompetencje i działalność medyków uległy licznym przeobrażeniom, zaczynając od: zakresu ich działalności, diagnozowania określonego problemu medycznego, wieku pacjenta czy wreszcie ich „naturalnych” kompetencji. Wraz z rosnącym rozwojem medycznym i zapotrzebowaniem na coraz bardziej wykwalifikowanych ekspertów wśród lekarzy, w obrębie tego zawodu medycznego wydzielono wiele różnorodnych specjalizacji: od chirurgicznych (neurochirurg), przez tak zwanych teoretyków (lekarz rodzinny), aż po ekspertów w interpretacji wyników badań (radiolog). Wewnętrzne zróżnicowanie zawodów lekarskich jest bardzo duże. Mówiąc językiem potocznym: mamy lekarzy od każdego, znanego medycynie schorzenia.

Wraz z rosnącą ilością rozpoznawalnych chorób i problemów, które znajdują się w zasięgu zainteresowań medycyny, młodzi adepci studiów medycznych muszą posiadać nowe kompetencje, takie jak między innymi zdolność do prowadzenia interdyscyplinarnych badań, umiejętność myślenia analitycznego, łączenie działań prewencyjnych z terapeutycznymi czy zmysł holistycznego spojrzenia na organizm człowieka. Coraz częściej, zwłaszcza w przypadku „ciężkiej diagnozy”, zwraca się uwagę na umiejętność wspierania pacjentów. Piątkowski uważa, że zakres „tej roli staje się kombinacją elementów <<technologii>> i <<samarytanizmu>> [Piątkowski 2019: 82]. Zatem wybór odpowiedniej „dziedziny medycznej” stanowi dla lekarza szczególny moment w całej jego drodze medycznej.

Również lekarki, z którymi rozmawiałam, wskazywały na istotność tego etapu w ich karierze zawodowej. Przy okazji opisywania funkcji i roli społecznej lekarza dużo miejsca poświęciły też tematowi przyczyn wyboru medycyny estetycznej jako swojej ścieżki zawodowej. O swoim wyborze mówi dr Anastazja:

Chciałam pomagać ludziom i leczyć coś więcej niż ludzkie ciało. Uważam, że mam duży zmysł estetyczny, więc jest to też praca stworzona dla mnie. **Nie ma też, co ukrywać, że jest to lżejsza praca niż chodzenie latami na dyżury i pieniądze są większe** [AIEiAK 14854].

Moja rozmówczyni zauważyła, że status lekarza medycyny estetycznej różni się od innych specjalistów pod wieloma względami. Wpływ na ten stan rzeczy mają między innymi:

mniej stresująca i mniej obciążająca czasowo, fizycznie i mentalnie praca. Swoją historią na temat wyboru tej gałęzi medycznej dzieli się też dr Magdalena:

Chciałam kreować ludzki wygląd, ponieważ jest się wtedy artystą. Jest to przyjemna specjalizacja i łatwiej jest zajmować się aspektami wyglądu niż siedzieć na SOR-ze i męczyć się z różnymi pacjentami. Nie trzeba też robić tak wielu kursów i nie trzeba ciągle publikować. Można zająć się praktycznie wyłącznie przyjmowaniem pacjentów [AIEiAK 14848].

Medycyna estetyczna, z perspektywy kobiet wykonujących ten zawód, jawi się jako dziedzina szczególna, ulokowana na pograniczu medycyny i sztuki. W podobnym tonie wypowiada się też dr Alicja, która uważa, że:

Chciałam pomagać ludziom, leczyć duszę. Wykonując te zabiegi czuję się jak artysta. Poza tym jest miło, przyjemnie i bez niepotrzebnego stresu [AIEiAK 14847].

Medycyna estetyczna, chociaż jej prestiż jest nieduży na rynku medycznych specjalizacji, charakteryzuje się wieloma aspektami, które rekompensują ten stan rzeczy. Czasami o powodach wybrania medycyny estetycznej jako dominującej ścieżki zawodowej decydują też inne czynniki. Tak było w przypadku dr Wioletty, która na ten temat mówi w następujący sposób:

Chciałam być chirurgiem plastycznym, ale nie było miejsc na moim roku i nie dostałam się na rezydenturę. Nie żałuje jednak, że zajmuję się medycyną estetyczną. Mam ogromny zmysł estetyczny [AIEiAK 14849].

Zacytowana wypowiedź informatorki może wskazywać, że **medycyna estetyczna staje się niekiedy koniecznością (planem awaryjnym) dla tych lekarzy, którym nie udało się znaleźć pracy w żadnym innym obszarze biomedycznym.** Sadzę, że taki stan rzeczy może mieć istotny wpływ na definiowanie statusu lekarzy medycyny estetycznej.

W zdroworozsądkowych kategoriach do najważniejszych zadań zawodowych lekarza należy „ratowanie życia pacjentów, dalej przywracanie i zachowywanie ich zdrowia, a wreszcie zapobieganie, minimalizowanie, a gdy zajdzie taka potrzeba, przynoszenie ulgi w bólu i cierpieniu” [Niebrój 2013: 88]. W zmedykalizowanym świecie – co też potwierdzają artykulacje informaterek – coraz bardziej widoczne staje się „odejście” od podstawowego kierunku działań, na rzecz zaspokajania nowych potrzeb społecznych. Przemysł konsumpcyjny wykorzystujący wysoką pozycję i autorytet lekarzy oferuje szeroką,

(poza)zdrowotną ofertę dla swoich odbiorców. Ten nowy koncept komercyjno-medyczny zainteresowany jest w dużym stopniu wytwarzaniem nowych norm dotyczących wizerunku i kreowaniem kobiecego piękna.

Przedstawiona przez lekarki związane z medycyną estetyczną perspektywa, dotycząca medycznej, ale i społecznej roli lekarza, odbiega w dużym stopniu od ogólnie przyjętej refleksji w naukach społecznych, ale także od tej, utrwalonej w zdroworozsądkowym myśleniu. Według Anny Brysiewicz w świadomości społecznej tylko lekarze posiadają oficjalnie uznane prawo do kwalifikowania i leczenia chorych i odróżniania ich od ludzi zdrowych [Brysiewicz 2002: 152]. Lekarki, z którymi rozmawiałam, nie przedstawiały medycyny estetycznej jako „profesji”, w której leczy i ratuje się zdrowie i życie pacjentów. Przy wyborze tej ścieżki zawodowej nie kierowały się poprawą zdrowia ludzi chorych, a nawet, wskazywały na chęć odejścia od tego „profilu medycznego” i kontaktu z „marginesem społecznym” – osoby korzystające z usług medycyny estetycznej to na ogół ludzie majątni. Zebrany materiał terenowy uwypukla dużą rozbieżność pomiędzy społeczną rolą zawodu lekarskiego, a funkcją jaką pełni lekarz medycyny estetycznej.

Tego rodzaju rozciągnięcie działalności lekarskiej powoduje powstanie kilku kluczowych następstw, o których mówią informatorki, między innymi o roli wizerunku i atrakcyjnej powierzchowności w dzisiejszym świecie. Na ten temat rozważania prowadzi dr Dagmara:

Sama zauważyłam, że jeśli jako lekarz medycyny estetycznej **dbam bardzo o swój wizerunek, to ludzie bardziej mi ufają i chętniej przychodzą do mnie na wizytę. Wzbudzam w ten sposób większe zaufanie.** Może dlatego, że podświadomie pokazuję im, że znam się na tym, bo potrafię zarabiać pieniądze, czyli jestem w tym dobra (...). Uważam, że jest to obecnie najczęściej odwiedzany przez pacjentki specjalista [AIEiAK 14853].

Obserwacje dr Dagmary potwierdzają, że głębokie procesy estetyzacji ciała dotyczą nie tylko osób korzystających z takich usług, ale również tych, którzy je wykonują. Zacytowana wypowiedź wskazuje na redefinicję nie tylko samej istoty zawodu lekarskiego, ale także na istnienie innych czynników, które zdają się odgrywać coraz większą rolę – zwłaszcza w profesji, którą trudzą się moje rozmówczynie. **Osoba przeprowadzająca procedury z zakresu medycyny estetycznej zdobywa zaufanie nie tylko przez posiadanie eksperckiej wiedzy i umiejętności praktycznych, ale coraz częściej przez swój własny, atrakcyjny wygląd.** Przemiany te spowodowane są rozwojem medycyny estetycznej, który

ściśle związany jest z procesami medykalizacji, kulturą konsumpcji i medycyną rynkową. Coraz częściej w warunkach wolnego kapitalizmu jednostka staje się odbiorcą usług medycznych i za odpowiednią gratyfikacją finansową może wybrać odpowiedni rodzaj leczenia. W ten sposób każdy staje się częścią nurtu medycyny piękna, a granice pomiędzy ustalonymi rolami społecznymi stają się tym bardziej mniej wyraźne. O ile znamy postacie lekarzy, którzy heroicznie walczą o ludzkie życie, a w chwilach odpoczynku, ale jeszcze w fartuchu palą papieros za papierosem (na przykład słynny kardiochirurg Zbigniew Religa), o tyle do wizerunku osoby trudniącej się medycyną estetyczną taki atrybut – w społecznym oglądzie – radykalnie nie pasuje. Wraz z rozszerzaniem działalności lekarzy i przeformułowaniem ich społecznej roli (przede wszystkim przez wchodzenie coraz częściej w rolę pacjenta gabinetu medycyny estetycznej, czego wymaga ich profesja) oraz z intensyfikacją działań medycyny rynkowej – ciało staje się towarem „który – podobnie jak samochód czy lodówka – może być <<naprawiane>> i usprawniane” [Melosik 2010: 85]. W tej sytuacji również lekarze – jako odbiorcy i konsumenci usług medycznych ulegają presji oczekiwań społecznych. Potwierdzenia tej tezy dostarcza wypowiedź dr Magdaleny, która mówi następująco:

Poza tym w niektórych branżach jak, na przykład branża beauty, lekarze, sprzedaż – **wygląd jest jednym z podstawowych elementów sukcesu, bez niego odniesiemy tam nic, poza pewną porażką** [AIEiAK 14848].

Jak już wcześniej stwierdziłam, presja dotycząca odpowiedniego prezentowania się i posiadania atrakcyjnego wyglądu dotyka także kobiet wykonujących procedury estetyczno-medyczne, to warto podkreślić, że mimo wysokich kwalifikacji medycznych lekarz medycyny estetycznej nie osiągnie sukcesu w tej gałęzi medycznej bez odpowiedniego wizerunku. Można zaryzykować stwierdzenie, że współcześnie (w przypadku kobiet) profesjonalizm, wysokie kwalifikacje i kompetencje nie są wystarczające, by uznać ją za osobę odnoszącą sukces. W ten sposób piękno staje się tą kategorią, której przypisuje się największą wartość.

Współczesny system biomedycyny coraz częściej wykorzystuje swój imperializm naukowy i władzę ekonomiczną, by rozszerzyć obszary działalności medycznej między innymi przez procesy medykalizacji. Piątkowski zauważa, że lekarze cieszący się wysoką pozycją społeczną nieustająco wykazują dążenia do poszerzenia swoich kompetencji i zdobywania nowych płaszczyzn działania, wykorzystując prestiż trudno dostępnej, dla „zwykłych” ludzi, specjalistycznej wiedzy [Piątkowski 2019: 85]. Prowadzi to do zdobywania

dominacji i monopolizacji, nie tylko w obszarach związanych z medycyną i zdrowiem oraz chorobą, ale także różnorodnych dziedzin życia społecznego. Medycyna i jej przedstawiciele uzurpują sobie prawo do kształtowania tych kategorii życia ludzkiego, które do tej pory nie były w sferze jej zainteresowań. Michał Nowakowski wskazuje jednak, że władza, którą posiadają lekarze (jak sami myślą), może być w dużym stopniu jedynie złudzeniem. Na podkreślenie zasługuje fakt, że na ten stan rzeczy istotny wpływ mają procesy medykalizacji, które stwarzają nowe pole do ingerencji w życie ludzi. Na ten temat rozważania prowadzi jedna z lekarek, dr Ksenia, która stwierdza, że jej profesja jest równie istotna jak inne medyczne specjalizacje:

Można skorzystać z usług profesjonalisty w **walce o wygląd**, czyli na przykład lekarza (...). Myślę, że popularność medycyny estetycznej wynika w bardzo dużej mierze z faktu, że kobiety idą do lekarza, a nie do byle kogo. **Wreszcie kobiety mają specjalistę o wysokim autorytecie, który pomaga im być piękne. Moje pacjentki podkreślają, że przychodzą do mnie, bo jestem prawdziwym lekarzem, a nie byle jaką kosmetyczką. Mają do mnie zaufanie przez profesję, jaką wykonuję (...).** Po to jesteśmy my lekarze medycyny estetycznej, żeby nieść pomoc naszym pacjentom. Czasami inni lekarze czy osoby niekorzystające z naszych usług mówią, że jest to przesada. Uważam, że dlatego tak opowiadają, bo mają masę kompleksów i źle się ze sobą czują. Jestem poważnym lekarzem i **moi pacjenci to są ludzie z problemami, którzy naprawdę potrzebują ingerencji. Każda specjalizacja jest ważna** [AIEiAK 14843]

Wypowiedź dr Kseni wskazuje, że medycyna estetyczna jest współczesną egzemplifikacją szerzących się procesów medykalizacji. Na przykładzie zacytowanych słów widoczna jest ingerencja lekarza w kwestie związane z wyglądem. Może się wydawać, że oznacza to rozszerzenie wpływów lekarzy, to sędzę, że jest to przykład zmniejszenia ich statusu. W tym kontekście nie mówię o kategoriach potocznych, ale o kwestiach moralnych i formalnych zauważanych wyłącznie przez środowisko medyczne. W tej sytuacji zaczyna być on traktowany jako osoba dbająca i lecząca wygląd – a nie specjalista od chorób zagrażających życiu człowieka. Nowakowski zwraca uwagę, że wszystkie przemiany w biznesie medycznym powodują, iż zawód lekarza w niektórych obszarach traci swoją przewagę, na rzecz innych sił społecznych. Uważa, że medycy zachowali tylko częściowo swoją wysoką pozycję, bowiem procesy medykalizacji stymulowane są nie przez samych lekarzy, a głównie przez pieniądze dużych korporacji [Nowakowski 2015: 73]. Nie oznacza to jednak, że utracili oni swoją autonomię, a jedynie, że stali się jedną z grup „interesu” w całym systemie opieki zdrowotnej [Nowakowski 2015: 73]. Zdaniem Paula Starra błędne byłoby

stwierdzenie, że lekarze nie potrafią odnaleźć się w nowej rzeczywistości, gdyż ich postawa nie wykazuje dużego sprzeciwu wobec utraty swojej supremacji, ponieważ duże koncerny farmaceutyczne dostarczają odpowiednio wysokie wynagrodzenia i bogate wyposażenie gabinetów lekarskich. Hojność korporacji podyktowana jest też w dużym stopniu zależnością od samych lekarzy [Starr 1982: 239]. Wejście profesji lekarskiej w nowe płaszczyzny życia społecznego, napędzanej przez zysk, status ekonomiczny i potrzebę zwiększania władzy, powoduje w konsekwencji rozciągnięcie zakresu usług oferowanych przez tych specjalistów. Dzisiejsza rzeczywistość już i tak silnie zmedykalizowana i wsparta wysokim autorytet społecznym oraz specjalistyczną wiedzą – przy nieustannie zwiększającym się popycie na nowe usługi konsumpcyjne – powoduje, że ingerencja lekarzy w nowe sfery życia społecznego zdaje się zalewać współczesny rynek usług.

Zarówno lekarze, jak i duże firmy produkujące przeważającą ilość dóbr konsumpcyjnych, coraz więcej uwagi poświęcają kwestiom związanym z wyglądem współczesnych kobiet. Za pomocą nowoczesnych narzędzi w świadomości potocznej zakorzeniane jest przekonanie, że staranne dbanie o wizerunek jest dobrem społecznym, bowiem osoby o odpowiednim wyglądzie uznane są za zdrowe i oceniane pozytywnie przez grupę. Odejście od tego założenia traktowane jest jako choroba wymagająca interwencji specjalisty zajmującego się kwestiami estetycznymi [Jacobson, Ettlings 1987: 42]. Lekarz, przywracając kobiecie odpowiedni wygląd, czyni z niej osobę cieszącą się dobrym zdrowiem. Susan Bordo zauważa, że w ten sposób zakres działalności lekarzy rozciąga się także na sfery związane z estetyzacją życia, poprzez budowanie społecznego przekonania, że dzisiejsze piękno / zdrowie wymaga ingerencji lekarza – kreatora urody. Żadna z kobiet nie jest na tyle doskonała, by móc w sposób „naturalny” dbać o swój wygląd [Bordo 1993: 104]. Nancy Etcoff podkreśla, że pójście do lekarza w celu szybkiego poprawienia urody traktowane jest podobnie jak wizyta u fryzjera [Etcoff 2000: 156-159]. Na temat rozpowszechniania dostępności usług lekarza medycyny estetycznej mówią też moje informatorki. Oddaję głos dr Aleksandrze:

Wydaje mi się, że tak jak **kiedyś się chodziło do kosmetyczki, jeśli się chciało zadbać o siebie, to dzisiaj się chodzi do lekarza medycyny estetycznej. Myślę, że kobiety tak chętnie korzystają z takich usług, ponieważ bardziej ufają lekarzom, którzy dbają o ich wygląd niż kosmetologom. To, że my właśnie zajęliśmy się dbaniem o wygląd, może być ważnym powodem takiej popularności medycyny estetycznej.** Moje pacjentki często mówią, że czują się bezpieczniej, gdy przychodzą do lekarza, powtarzają też, **że czują, że wtedy robią coś naprawdę poważnego i wielkiego. Myślę, że jednak lekarz kojarzy nam się z wiedzą,**

bezpieczeństwem i byciem ekspertem. Ludzie nam ufają. Jako lekarz medycyny estetycznej nie mam wyboru, muszę dobrze wyglądać i osiągać to przy pomocy medycyny estetycznej. Jestem swoją własną reklamą [AIEiAK 14855].

Zacytowana wypowiedź wskazuje, że istotnym czynnikiem sprzyjającym rozpowszechnieniu medycyny estetycznej jako recepty na atrakcyjny wygląd (w porównaniu z zawodem kosmetyczki) jest pozycja społeczna, jaką zajmuje lekarz. Cieszący się powszechnym zaufaniem medycy – na co dzień zajmujący się istotnymi kwestiami – łatwo kojarzeni są z profesjonalizmem, a ich praca z poprawą zdrowia i jakości życia. Nadal bowiem, bez względu na gałąź medyczną, którą reprezentują, w kategoriach potocznych lekarze posiadają wysoki status społeczny. W ten sposób podniesienie poziomu atrakcyjności przy pomocy tego profesjonalisty, od spraw estetycznych, może być rozumiane jako konieczne, a nawet obowiązkowe. Także zebrany materiał terenowy podkreśla, że odbiorcami takich usług są niemalże wszystkie grupy wiekowe kobiet: młode dziewczęta chcą poprawiać swoją atrakcyjność seksualną, kobiety w średnim wieku, (którym towarzyszy przekonanie o „utracie” swojego młodego wizerunku) dążą do zatrzymania oznak młodości jak najdłużej i dojrzałe kobiety – chcące utrzymać atrakcyjny wizerunek [Tseëlon 1995: 83-84]. Odbiorczyniami tej gałęzi medycyny są więc kobiety szczególnie zainteresowane swoim wyglądem, bez względu na wiek, bowiem ich celem jest spełnienie społecznych wymagań, a nie podkreślenie naturalnego piękna.

Kathy Davis zwraca uwagę, że kreowanie wyglądu przy wsparciu specjalisty medycznego staje się obecnie drogą do osiągnięcia pełnej akceptacji siebie [Davis 1995: 19-21]. Poza przekazem płynącym z reklam dużych koncernów to między innymi lekarze przekonują pacjentki, że „normalną” sprawą jest potrzeba ingerencji w swój wizerunek. Uważają, że skoro lekarze trudzą się poprawianiem urody, to jest po prostu ważne. Pacjentka Monika:

Wydaję się więc, że lekarz medycyny estetycznej ze swoimi możliwościami może naprawdę zmienić wygląd, a także życie współczesnych kobiet. Można powiedzieć, że to trochę taki **kreator piękna i Bóg atrakcyjnego wyglądu** [AIEiAK 14860].

Ze względu na nowo przyjętą rolę społeczną lekarze medycyny estetycznej coraz częściej urastają rangą – w opinii swoich pacjentów – do artystów tworzących prawdziwe dzieła sztuki z kobiecych ciał. Imperatyw medycznego piękna dominujący w medycynie estetycznej (wyraźny również w chirurgii plastycznej) widoczny jest w sytuacjach

porównywania naturalnego, czyli nieperfekcyjnego wyglądu – z modelowaniem przyszłego wizerunku za pomocą strzykawki. Potencjalni konsumenci takich usług otrzymują do porównania swój własny, aktualny obraz – z wyobrażeniem swojego przyszłego wyglądu po przejściu stosownych procedur medycznych. Zbyszko Melosik pisze, że „chirurg (Bóg i artysta w jednej osobie!) używa elektronicznego ołówka” – w celu zachęcenia odbiorcy do podjęcia stosownych działań, profesjonalista medyczny przedstawia konsumentowi elektroniczny obraz samego siebie po dokonanych poprawkach – „a pacjent akceptuje kierunek pożądanej zmiany swojego ciała” [Melosik 2010: 79].

Bordo zauważa, że współczesne gałęzie medyczne zajmujące się kreowaniem piękna (chirurgia plastyczna i medycyna estetyczna) można umiejscowić w ramach zjawiska „plastyczności kulturowej”. W warunkach płynnej ponowoczesności coraz częściej konstruowanie życia jednostek odbywa się przez pryzmat „estetycznych” możliwości, których wybory nie są zdeterminowane przez indywidualne doświadczenia czy biografię – lecz przez szerzące się procesy medykalizacji, rosnącą presję kulturową, której odzwierciedleniem są ciała współczesnych kobiet [Bordo 1999: 26]. Melosik zwraca jednak uwagę, że coraz częściej kategorii sterylnej sali operacyjnej zostają wyparte przez gabinety lekarskie [Melosik 2010: 75].

Bogactwo materiału terenowego wskazuje także na inną istotną kwestię w kontekście prowadzonych przeze mnie analiz: nie tylko społeczna rola lekarza uległa redefinicji, ale nastąpiło także znaczne „rozwarstwienie się” środowiska lekarzy. Na ten temat mówi dr Ilona:

Cieszę się, że ludzie robią zabiegi z zakresu medycyny estetycznej, bo moja praca jest moją pasją, ale przykro mi, że jest wiele osób, które przesadzają z ich ilością i później przykleja się krzywdzącą etykietę lekarzom medycyny estetycznej. My (lekarze medycyny estetycznej – przyp. A.F.) chcemy pomagać kobietom by były piękne, a nie oszpecać ludzkie ciała. Dużo mówi się, **że lekarz medycyny estetycznej to kiepski zawód, bo nie cieszymy się dużym szacunkiem w świecie medycznym.** To też wynika z głupoty, tym razem lekarzy, a może też trochę, z tych błędnie przyklejonych naszej profesji etykietom. **Świat lekarzy jest wyjątkowo zawistnym, skorumpowanym i hierarchicznym miejscem.** Gdy komuś lepiej się powodzi lub po prostu więcej zarabia, to inni lekarze nie mogą tego znieść. Również tego, że ja zarabiam dużo, pracując tylko kilka godzin dziennie. Mogli tak samo jak ja wybrać tą dziedzinę. Smaczku dodaje fakt, że nie ma specjalizacji z medycyny estetycznej i nie ma oficjalnie przyjętej specjalizacji z tej dziedziny medycznej, więc można na przykład zrobić specjalizację z onkologii, ortopedii i wielu innych, a z medycyny estetycznej nie. Wystarczy mieć ukończone studia medyczne i można nazwać się lekarzem medycyny estetycznej i dopóki

to się nie zmieni, to będziemy traktowani jako gorszy sort lekarza. Bo niby przecież, nie leczymy ciała tylko naprawiamy wygląd. Wszyscy jednak zapomnieli, że leczenie duszy poprzez wygląd też ma sens. Bardzo często odczuwam tę dyskryminację, bo mój mąż jest znanym w Polsce chirurgiem ogólnym i wszyscy jego znajomi po fachu, deprecjonują mnie ze względu, że jestem tylko! lekarzem medycyny estetycznej. Ciągłe on i ja słyszymy docinki na ten temat [AIEiAK 14851].

Wypowiedź dr Ilony wskazuje, że zawód lekarza medycyny estetycznej w świecie medycznym nie cieszy się wysokim prestiżem. Profesjonaliści ci – jak dowodzi moja rozmówczyni – traktowani są jako „gorszy sort lekarzy” przede wszystkim ze względu na brak praktykowania medycyny estetycznej w ośrodkach biomedycznych. Sądzę, że istotnym czynnikiem jest również **wyłącznie komercyjna działalność tej gałęzi medycznej.** W ten sposób praktykowanie medycyny estetycznej może być rozumiane jako **odejście od głównej działalności lekarskiej: ratowania życia i zdrowia pacjentów.** Jak sądzą, warto również podkreślić liczne połączenia profesji lekarza medycyny estetycznej z innymi zawodami, takimi jak: kosmetyczki, fryzjerki czy psycholodzy. Zacytowana wypowiedź nawiązuje właśnie do zakresu szerokiej działalności innych specjalistów, jak na przykład „leczenie duszy” człowieka. Może też fakt, że lekarze ci zajmują się „kwestiami” dbania o wygląd: zarezerwowanymi niegdyś wyłącznie dla kosmetyczek, kosmetologów, makeupistek, fryzjerek i innych, powoduje deprecjację ich statusu w świecie medycznym? A może „leczenie” za pomocą poprawy wizerunku stoi w opozycji do wielu podstawowych założeń innych dyscyplin i zawodów? Uważam, że kwestia ta jest trudna do zajęcia jednoznacznego stanowiska, ale na pewno należy wziąć pod uwagę szereg licznych czynników oraz perspektywę środowiska medycyny estetycznej, lekarzy wpisujących się w działalność biomedyczną i samych odbiorców tych procedur – pacjentów.

Nowakowski zauważa, że przekształcenia w samym środowisku lekarskim uwarunkowane są przemianami ekonomicznymi i społecznymi w sferze opieki zdrowotnej. Zawód lekarza w pewnych obszarach społecznych stracił wiele ze swoich wpływów [Nowakowski 2015: 73]. Zakres działalności lekarskiej nadal jest istotny, ale pojawiły się inne siły, które stały się tak samo ważne, a niekiedy nawet bardziej dominujące [Nowakowski 2015:73]. Peter Conrad podkreśla, że procesy medykalizacji – które nie są kierowane bezpośrednio przez samych medyków – zdominowane przez wpływy bogatych międzynarodowych korporacji spowodowały, że skomercjalizowany rynek medyczny kształtuje też sytuację wewnątrz środowiska lekarskiego. Z kolei Donald Light podkreśla, że lekarze w całym systemie opieki zdrowotnej są tylko jedną ze stron, gdy do innych zalicza:

firmy sprzedające usługi zdrowotne, firmy farmaceutyczne, pacjentów i konsumentów usług medycznych czy państwo [Light 2000 za: Cockerham 2004: 235]. Istnienie wielu zainteresowanych stron wpływa na rozkład sił i potrzeb w obrębie systemu opieki zdrowotnej, co doprowadza finalnie do rozwarstwienia się i budowania wewnętrznych barier w samym środowisku medycznym – w którym coraz mniejszą wartość wydają się mieć umiejętności i wiedza ekspercka, a znaczenie zyskują pieniądze, wygląd i władza.

(2) Społeczna rola lekarza w opinii pacjentów

Choć materiał terenowy wskazuje, że pozycja i prestiż lekarza pozostają niezmiennie na wysokim miejscu w hierarchii społecznej, to widoczny jest pogląd wśród pacjentów, że wielu z nich wybiera odejście od modelu ratującego życie i zdrowie ludzi. W konsekwencji, społeczna rola lekarza coraz częściej określana jest w kategoriach innych niż medyczne. Na ten temat mówi jedna z pacjentek Teresa:

W ogóle pozycja lekarza się obecnie bardzo zmieniła. Dzisiaj oni leczą też kwestie związane z wyglądem. Wreszcie żyjemy w czasach, w których kobiety mają profesjonalną pomoc medyczną, żeby o siebie dbać. Lekarze pomagają nam być piękne coraz dłużej (...). Lekarz leczy nie tylko ciało, ale także duszę. **Skoro istnieje specjalista chirurg plastyk czy lekarz medycyny estetycznej to znaczy, że kwestie związane z wyglądem mogą być rozważane jako choroby, a choroby trzeba leczyć.** Poza tym lekarz to autorytet i cieszy się powszechnym uznaniem, no zwłaszcza chirurdzy. Oni chyba mają największy respekt społeczny. Trochę uważani są za bogów. **Tak mówiąc szczerze, to lekarz medycyny estetycznej to jest trochę uznawany za mniej wartościowego lekarza.** No bo niby zajmuje się kwestiami wyglądu i nie wchodzi na salę operacyjną [AIEiAK 14868].

Wypowiedź pacjentki Teresy wskazuje, że mimo nowego obszaru działalności lekarzy, to w opinii pacjentów zajmują się oni leczeniem ludzi chorych. Innymi słowy, skoro lekarze „wskazani są” do „leczenia” określonych problemów, to oznacza to tyle, że powód ingerencji definiowany jest w kategoriach jednostki chorobowej. Zacytowane słowa informatorki wskazują też na odległe od spraw biologicznych oczekiwania samych pacjentów. **Lekarz medycyny estetycznej nie jest tylko profesjonalistą od spraw medycznych, ale osobą, która pomaga leczyć „duszę”.** Sądzę, że w tym kontekście ową „duszę” należy rozumieć – nie jako dogmat religijny – ale jako wewnętrznie ukryte potrzeby, dążenia, lęki, a niekiedy i kompleksy. Pacjentki gabinetów medycznych nie oczekują więc jedynie wyleczenia z „choroby” (*disease*) w sensie biomedycznym, ale również poprawy swoich

subiektywnych odczuć (*illness*). Pragnieniem tych kobiet, poprzez zabiegi medycyny estetycznej, jest nie tylko wyleczenie (*cure*), ale uzdrowienie w szerokim rozumieniu (*heal*).

Liczne opowieści pacjentek wskazują na posługiwanie się przez profesjonalistę – lekarza od spraw wyglądu – specjalistyczną nomenklaturą medyczną. Melosik zwraca uwagę na celowe stosowanie odpowiednich terminów medycznych przez „obszary” i ludzi związanych ze sferą biomedyczną, co ostatecznie skutkuje tym, że nowa nomenklatura staje się rodzajem nowomowy, którą posługują się w konsekwencji osoby korzystające z pomocy lekarza [Głowiński 2009:15-16]. „Osoba poddająca się zabiegowi (estetycznemu w celu poprawy urody – A.F) nieodmiennie nazywana jest pacjentem (np. choćby w stwierdzeniu, że poprawienie wyglądu zawsze służy <<szeroko rozumianemu dobru pacjenta>>). Jest to oczywiście celowy chwyt, mający przekonać (...), że przed zabiegiem jednostka jest chora, a po zabiegu będzie zdrowa. Starzenie się, zmarszczki, niewłaściwy kształt piersi, nadmiar tłuszczu – to wszystko zyskuje wymiar jednostek chorobowych” [Melosik 2010: 78]. Mimo że informatorki nie zawsze mówią wprost o stosowaniu medycznego języka przez lekarzy, to ich opowieści wciąż oscylują wokół chęci korzystania z usług medycyny estetycznej, bo wykonuje je właśnie specjalista medyczny i opowiadają o jego profesjonalizmie, na który wpływ może mieć między innymi stosowany przez niego język. Na ten temat – choć nie bezpośrednio – mówi też pacjentka Ewa:

Mamy na szczęście dzisiaj lekarzy medycyny estetycznej, którzy nam pomagają i mają takie metody, że naprawdę można dużo dłużej być w grze, czyli być atrakcyjną. Jest profesjonalny. Warto dodać, że **lekarz więcej potrafi niż kosmetolog czy kosmetyczka, bo w końcu jest lekarzem** [AIEIAK 14872].

Z moich licznych obserwacji przeprowadzonych w środowisku medycyny estetycznej na podkreślenie zasługuje fakt, że chęć korzystania z usług właśnie lekarza motywowana jest między innymi przez jego „profesjonalizm” i „wyspecjalizowanie” wśród innych zawodów zainteresowanych kwestiami wyglądu. Sądzę, że wpływ na ten stan rzeczy ma również rodzaj języka stosowanego przez medyków. Języka, który jest zarezerwowany wyłącznie dla absolwentów studiów lekarskich – jednocześnie pozostaje niedostępny dla „zwykłych” odbiorców. Wypowiedź Natalii, choć jedynie pośrednio, również wskazuje na tę problematykę, ale mówi też, jak jej zdaniem rozmawiają lekarze medycyny estetycznej w stosunku do innych specjalistów:

Tak, chętnie chodzimy do lekarza dbać o swój wygląd, bo **mamy zaufanie do lekarzy. Lekarz ma cenioną pozycję w społeczeństwie i wiemy, że najlepsi z nich potrafią leczyć najgorsze dolegliwości. A lekarze medycyny estetycznej potrafią lepiej rozmawiać. Są bardziej tacy ludzcy** [AIEiAK 14871].

Stosowany przez informatorki język wypowiedzi może wskazywać, że ich relacje z lekarzem odbywają się na poziomie partnerskim, a profesjonalista medyczny nie jest osobą posiadającą wyłączną autonomię w zakresie podejmowanych decyzji. Przyczyn tego zjawiska należy szukać w medykalizacji, która jako proces, a nie stan wraz z przemianami społecznymi, aktywizuje jednostkę do działania.

Na kwestię komunikacji lekarza i pacjenta zwrócił uwagę również Erving Goffman, który uważa, że medycy często korzystają z „nieosobowego traktowania usługobiorcy”: „pacjent wita się w sposób, który można jeszcze uznać za grzeczny, i żegna podobnie, podczas gdy wszystko pomiędzy odbywa się tak, jakby pacjent jako osoba społeczna była w ogóle nieobecny i stanowił jedynie pozostawioną przez kogoś własność” [Goffman 2011: 317]. Ten sam autor podkreśla, że egzemplifikacją *nieosobowego traktowania* pacjenta jest stosowanie *technicznej konwersacji* [Trojanowska-Malinowska 2019: 72]. Lekarze posługują się nomenklaturą medyczną, co sprawia, że pacjent nie jest do końca świadomy, o czym dyskutuje lekarz, bowiem tego rodzaju słownictwo jest dla niego niezrozumiałe [Goffman 2011: 317]. Profesjonalny język medyczny jest sposobem myślenia specjalistów medycznych, ale pogłębia on dystans pomiędzy lekarzem i pacjentem. Tego rodzaju model komunikacji był i nadal jest obowiązujący w niektórych sektorach biomedycznych. W świecie, w którym medycyna staje się bliższa komercjalizacji usług, niż paradygmatowi „ratowania życia i zdrowia” zdaje się, że mamy do czynienia z powolnym odchodzeniem od tego modelu. Na ten temat stosowanego języka pomiędzy lekarzem i pacjentem opowiada pacjentka Pola:

Choć lekarze posługują się terminami stricte medycznymi, pacjentki terminami z języka potocznego, to akurat w przypadku lekarzy medycyny estetycznej widzę różnicę w komunikacji. **Ci lekarze używają mniej takiego, jakby powiedzieć zdystansowanego języka niż na przykład chirurdzy. Jakaś ta relacja jest taka bardziej przyjacielska niż z innymi lekarzami.** Może dlatego, że te usługi są takie drogie i starają się być oni (lekarze medycyny estetycznej – przyp. A.F.) dla nas miłsi [AIEiAK 14866].

Wypowiedź Poli wskazuje na istotną redefinicję kontaktów i sposobu komunikacji lekarza i pacjenta. **W przypadku medycyny estetycznej**, jak wynika z przedstawionego

cytatu, **dochodzi do zmniejszenia dystansu między stronami, zniesienia hierarchii, która jest udziałem na przykład wizyty u chirurga.** Swoją opinią na ten temat dzieli się też pacjentka Oliwia:

Naprawdę w dobrych rękach jest to super narzędzie, jakim jest medycyna estetyczna. Mój lekarz nigdy nie pozwala mi przesadzić. Poza tym to **lekarz to wie, co robi, czuję się z nim jak z dobrym przyjacielem. Ufam mu bezgranicznie** [AlEiAK 14874].

Wypowiedź Oliwii nawiązuje do tego, na co zwraca uwagę Nowakowski: że paralelnym do procesów komercjalizacji sektora opieki zdrowotnej staje się zjawisko przekształcenia relacji pomiędzy pacjentem i lekarzem w bardziej równoważną zależność. Wydaje się, że zgodnie z zasadą „nasz klient, nasz pan” następuje – zwłaszcza w środowisku medycyny estetycznej – zerwanie z paternalizmem lekarzy i uprzedmiotowieniem pacjentów [Nowakowski 2013: 114]. Komercjalizacja samej medycyny, która w bardzo dużym stopniu dotyczy zwłaszcza medycyny estetycznej, powoduje, że pacjenci płacąc za usługi medyczne mają większy wpływ na wybór odpowiedniej terapii [Gałuszka 2015: 39]. W tym kontekście lekarze, choć nadal cieszą się szacunkiem społecznym i zaufaniem, tracą jednoznaczną dominację, którą w tym wypadku dzielą ze swoimi pacjentami. Osoby chcące wykonać zabiegi w klinice medycyny estetycznej, kierując się swoimi subiektywnymi doświadczeniami, dążą do zmiany tych aspektów wyglądu, które w ich opinii były najważniejsze, ale też tych, które są dla nich możliwe do zrealizowania ze względu na wysokie koszty zabiegów. Posiadają więc znaczny wpływ na ostateczną terapię medyczną. „W wielu tekstach na temat medykalizacji pacjent z obiektu, przedmiotu medycznego oglądu i kontroli staje się bardziej aktywnym, świadomym i poinformowanym uczestnikiem” [Nowakowski 2013: 114]. Według Franka Furediego, coraz trudniej podnosić pogląd, że pacjent jest biernym przedmiotem kontrolowanym przez medyczne terapie, gdyż coraz częściej pojawia się „pacjent ekspert”, który coraz częściej utrzymuje, że jego laickie doświadczenie posiada status uprzywilejowany, podkreślając kulturową rolę w kształtowaniu kategorii zdrowia i choroby [Furedi 2006: 15].

Pomimo że coraz częściej, niezależne od medyków, ich aktywność i autonomia ograniczane są poprzez działania prywatnych firm i państwa, istnieje jeszcze inny czynnik ze strony wyedukowanych pacjentów, którzy chcą bardziej partnerskich relacji, większego wpływu na zastosowanie terapii medycznej i definiowanie choroby. W tym kontekście zmniejsza się dystans pomiędzy lekarzem i pacjentem i każda ze stron ma wpływ na

ostateczną decyzję. Innym, istotnym warunkiem wpływającym na zredefiniowanie pozycji lekarza są procesy społeczno-kulturowe, którym podlega on, tak samo jak pacjent. Presja idealnego wyglądu nie skupia się wyłącznie na określonych grupach na przykład zawodowych, ale dotyczy wszystkich. Pacjentki i lekarki – mimo że pozornie może się wydawać, że te drugie nie odczuwają presji związanej z idealnym wizerunkiem – to w rzeczywistości znajdują się w identycznej sytuacji społecznej.

(3) Pacjent czy konsument?

Często zdarza się, że ludzie odczuwają jakąś nieokreśloną przypadłość i czują, że są chorzy, ale w rzeczywistości nie cierpią na żadne schorzenie. W antropologii medycznej coraz częściej porusza się zagadnienie możliwości bycia chorym, nie mając zdiagnozowanego żadnego schorzenia w ujęciu biomedycznym [Blaxter 2010: 30]. Blaxter zauważa, że w momencie przekroczenia progu gabinetu lekarskiego osoba chora staje się pacjentem. Najczęściej zostaje postawiona jej określona diagnoza, nawet wówczas, gdy nie podejrzewała u siebie istnienia symptomów chorobowych. Przepisane leki bądź zastosowana terapia stają się świadectwem, że człowiek wymaga interwencji lekarskiej i oficjalnie zostaje nadany mu status chorego – bez względu na to, czy zdefiniowane schorzenie uznane jest za poważną chorobę, czy też nie [Blaxter 2010: 30].

Można także odczuwać pogorszenie stanu zdrowia i być chorym, ale nie przyjmować społecznej roli bycia chorym. Z drugiej jednak strony, każda jednostka odczuwa swoje dolegliwości chorobowe w sposób subiektywny i przez pryzmat swoich własnych doświadczeń. Przekonanie, że schorzenie występuje wówczas, gdy wymaga ingerencji i porady lekarskiej, prowadzi tym samym do niebezpiecznego rozszerzenia wskaźników choroby. Dywagacje dotyczące społecznych ram i kwalifikatorów do „stania się” pacjentem prowadzą do tego, co Irving Zola nazwał „drogą od osoby do pacjenta”. W *Systemie społecznym* Parsons wyróżnił zachowania osób potencjalnie cierpiących na jakieś schorzenie za pomocą określenia definicji roli chorego. Jego zdaniem, do głównych zachowań osoby chorej i tym samym możliwości uzyskania statusu pacjenta należą: potrzeba wyzdrowienia, szukanie specjalistycznej pomocy medycznej oraz chęć współpracy.

Poszukiwanie pomocy przez pacjentów w nowoczesnych instytucjach opieki zdrowotnej uległo znacznym przeobrażeniom w społeczeństwach kapitalistycznych. Łatwość w dostępie do informacji, szeroki zakres wykonywanych usług medycznych oraz rosnąca ilość specjalistów medycznych powoduje, że cała opieka zdrowotna stała się bardziej

zinstytucjonalizowana. Pod wieloma względami droga do bycia pacjentem stała się dużo łatwiejsza. Nie bez znaczenia pozostaje fakt wkroczenia lekarzy w nowe obszary życia społecznego, co powoduje, że poza odczuwaniem określonych dolegliwości lub bycia chorym, to zdarzają się sytuacje, w których jednostce zostaje nadany status „pacjenta” ze względu na przyjęcie nowych funkcji zawodowych przez samych lekarzy, a nie rzeczywistych wskazań medycznych.

W środowisku, w którym prowadziłam badania terenowe, status pacjenta uzyskiwało się w momencie znalezienia „w sobie” potrzeby poprawienia wyglądu i podjęcia w tym celu odpowiednich działań, między innymi takimi jak wizyta w klinice medycyny estetycznej. Pomimo że pojawienie się kilku zmarszczek, nierówny kontur ust czy potrzeba wyszczuplenia twarzy przez powiększenie policzków nie wpisują się w biomedyczne kategorie choroby, to jednak należą do usług medycznych wymagających interwencji lekarza. W ten sposób coraz większa liczba „problemów” zmusza jednostkę do wizyty u lekarza i sytuuje ją w roli chorego. Korporacyjny rynek traktujący kategorie zdrowia i choroby jako współczesną konsumpcję dóbr spowodował, że nie tylko zakres symptomów przypisywanych chorobie uległ znacznemu rozszerzeniu, ale także, że pacjenci muszą mierzyć się z nowymi problemami medycznymi. To, co niegdyś uznawane było za kategorię wpisującą się w normę, obecnie staje się schorzeniem wymagającym interwencji [Sokołowska 1980: 194]. Opowieści kobiet, z którymi rozmawiałam podczas badań terenowych, dostarczają opisów postrzegania roli pacjenta w środowisku związanym z medycyną estetyczną. Oddaję głos pacjentce Jadwidze:

Pacjentki, które znam, dzielą się na dwie podstawowe grupy. Te kobiety, które idą do lekarza, bo chcą wyglądać jeszcze lepiej, ale ich ogólne poczucie z samym sobą jest pozytywne. Są jedynie **uzależnione od bycia coraz bardziej idealną i nie potrafią się zatrzymać.** Drugą grupą są kobiety, które upatrują w medycynie estetycznej **ostatecznego ratunku, by wyglądać atrakcyjnie.** Ich samoocena jest z reguły niska i ja zaliczam się do tej grupy [AIEiAK 14859].

Opowieść Jadwigi wskazuje na to, o czym już częściowo pisałam – potrzebę pacjentki całkowitego wyzdrowienia w kategoriach *illness*, ale też podkreśla – wygórowane oczekiwania kobiet korzystających z takich usług. Osób, których „sposobem na życie” staje się nieustające poprawianie swojego ciała. Mimo że zdaniem informatorki, druga grupa ludzi korzysta z takich usług ze względów psychologicznych, to w obu przypadkach mamy ten sam społeczny rezultat: nieustającą potrzebę dbania o swój wygląd. W tym kontekście można zaryzykować stwierdzenie, że **pacjentem w środowisku medycyny estetycznej staje się**

osoba zainteresowana permanentną dbałością o własny wygląd. Na ten temat mówi pacjentka Karolina:

Wiem jednak, że istnieje grupa kobiet, które ze względów finansowych nie może i nie będzie mogła sobie pozwolić na takie usługi. Te, które korzystają, czyli pacjentki gabinetów, są zadowolone. Trzeba też dodać, że fanek medycyny estetycznej z roku na rok przybywa. Tak czy inaczej ogromna część kobiet korzysta z takich usług. Te, które mogą sobie na to pozwolić, na pewno chcą poprawić swoją samoocenę. **Są szczęśliwymi pacjentkami. Pacjentki takich klinik to prostu osoby, dla których wygląd był i jest nadal bardzo ważny, bo to jak wyglądają ma wpływ, czy jakiś mężczyzna się nimi zainteresuje** [AlEiAK 14862].

Wypowiedź Karoliny podkreśla, jak istotnym elementem życia kobiet korzystających z usług lekarza medycyny estetycznej stają się zabiegi, oraz, jak ich stosowanie wpływa na ich zadowolenie. To procedury medyczno-estetyczne sprawiają, że pacjentki odczuwają szczęście i to nie tylko ze względu na zwiększenie poziomu atrakcyjności, ale też przez poszerzenie możliwości osiągnięcia innych, istotnych wartości. W tym kontekście bycie pacjentką kliniki medycyny estetycznej zwiększa szansę nie tylko na piękne ciało i płynące z tego korzyści, ale wzrasta prawdopodobieństwo odnalezienia szczęścia w innych sferach życia. Uważam, że tego rodzaju retoryka w znacznym stopniu potęguje rozpowszechnianie wykonywania tych procedur. Pozostaje więc postawić pytanie, czy osoby korzystające z usług lekarza medycyny estetycznej są rzeczywiście pacjentkami czy konsumentkami usług?

Blaxter zauważa, że skoro w społeczeństwach kapitalistycznych coraz częściej zdrowie rozumiane jest jako konsumpcja, to istotnego znaczenia nabierają indywidualne wybory jednostki, nawet wówczas, gdy kulturowo są niedostępne lub w znacznym stopniu ograniczone [Blaxter 2009: 112]. Podobną koncepcję, stanowi rozumienie zdrowia (ale także jego utrzymania w dobrej kondycji) jako „osobistego projektu ciała” – czyli narzuconej indywidualnie samokontroli we „współczesnym społeczeństwie nadzoru” (ang. *surveillance society*) [Blaxter 2009: 112]. Foucault wskazywał niegdyś na formę władzy opierającą się na ekspansji „medycznego spojrzenia (ang. *medial gaze*) z wymiaru jednostkowego na nadzór całych grup. Taka konstatacja zakłada, że człowiek musi być w stanie poddać się samokontroli, ale wymaga się od niego odpowiedzialności za swoje czyny i posiadania dostatecznej wiedzy na temat własnej osoby. Nie bez znaczenia pozostaje także fakt, że druga połowa XX wieku przyniosła istotną transformację w zakresie leczenia i diagnozowania chorób. Największe zmiany dotyczyły przejścia od szerokiej powszechności chorób zakaźnych do chorób przewlekłych i nowotworowych. Blaxter zauważa, że „przejście od

leczenia do nadzoru, od leczenia do opieki jest, przynajmniej po części, tego konsekwencją. Skoro wyleczenie nie stanowi właściwego pojęcia, wówczas medycyna musi zamiast tego wziąć pod uwagę zapobieganie i zarządzanie. Alternatywne i pomocnicze terapie są coraz częściej wykorzystywane, zarówno przez pacjentów, jak i lekarzy. Ludzi zachęca się, aby monitorowali swój własny status zdrowotny” [Blaxter 2009: 112].

Takie ujęcie tematu może nawiązywać do stworzonej przez Goffmana w latach sześćdziesiątych XX wieku **charakterystyki ciała pacjenta**, w ramach której wszelkie działania medyczne traktowane są jako pewien rodzaj usług, co podkreślał autor w opisywanym modelu usługi. Zawarł w nim też opis medycznego spojrzenia na ciało, które staje się „własnością podlegającą naprawie” [Goffman 2011: 317]. Amerykański socjolog podkreśla jednocześnie, że „niektórych części ciała nie da się wymienić, nie wszystkie fizyczne zaburzenia można wyleczyć” [Goffman 2011: 319]. W ramach modelu przedstawionego przez Goffmana pacjent staje się usługobiorcą, a swoje ciało powierza lekarzowi – usługodawcy medycznemu. Spojrzenie na ciało, które jest przedmiotem usługi uwypukla różnice w podejściu do niego, przez lekarza i pacjenta [Trojanowska-Malinowska 2019: 71]. Usługobiorca traktuje swoją cielesność indywidualnie. Pacjentowi „trudno jest bezosobowo traktować własne ciało i pozwalać, by inni je tak traktowali, a także ignorować fakt, że w czasie, gdy jest ono naprawiane, nie można z niego korzystać tak jak zwykle” [Goffman 2011: 323]. Usługodawca traktuje je natomiast jako przedmiot oglądu i biologiczny twór, wobec którego zobowiązany jest zastosować odpowiednie leczenie. Także Foucault nawiązuje do kategorii ciała w medycynie i zauważa, że coraz częściej ciało fizyczne nie ma nic wspólnego z pacjentem, a coraz więcej ze zbiorem różnorodnych symptomów, zaburzeń i odchylen od normy: „paradoksalnie, w odniesieniu do tego, na co pacjent cierpi, jest on tylko faktem zewnętrznym; analiza medyczna powinna wziąć pacjenta pod uwagę tylko po to, by wziąć go w nawias” [Foucault 1999: 25].

W *Narodzinach kliniki* Foucault pisał, że siedemnastowieczny nowy reżim nie miał nic wspólnego z wolnością i wolnym wyborem, bowiem narzucał nowe formy nadzoru przenikające do coraz to większej liczby obszarów życia społecznego. Poglądy francuskiego filozofa zdają się szczególnie aktualne w czasach płynnej nowoczesności, w których to władza i pieniądze wielkich korporacji przy pomocy narzędzi rozprzestrzenienia treści, wywierają nadzór nad populacją – tak naprawdę kształtując społeczne poglądy i wybory. Tworzą w ten sposób społeczną definicję współczesnego pacjenta. Na temat nowych potrzeb i oczekiwań swoich pacjentek mówią także lekarki. Oddaję głos dr Grażynie:

Przychodzą do moje gabinetu śliczne dziewczyny, które błagają mnie, żebym pomogła im pozbyć się małych detali, bo twierdzą, że te mankamenty nie pozwalają im wyglądać idealnie. Gdy z nimi rozmawiam wszystkie opisują, że **wszyscy się tak bardzo skupiają na aspektach związanych z wyglądem, że i one też popadają w tę presję**. Bardzo dużo jest takich pacjentek (...). Praktycznie wszystkie pacjentki uważają, że wyglądają gorzej niż w rzeczywistości. Chyba nie zdarzyła mi się osoba, która by na coś nie narzekała (...). **Pacjentki chcą wyglądać tak samo jak kobiety na instagramie. Jeśli w jakimś czasie jest określona moda na duże usta, to chcą tak wyglądać**. Z reguły chcą zmieniać kształt i wygląd: ust, zagęszczenie włosów, cerę, zlikwidować zmarszczki oraz poprawić jędrność ciała [AIEiAK 14850].

Zacytowana wypowiedź wskazuje, że pacjentki klinik medycyny estetycznej to osoby, których potrzeby korelują z kwestiami wyglądu i aspektami z nim związanymi, jak na przykład podziw innych osób. „Problemy”, które kobiety chcą poprawić u lekarza nie dotyczą kwestii indywidualnych, ale społecznych. To co jest publicznie komentowane jako nieodpowiednie i nieatrakcyjne staje się „przedmiotem” procedury medyczno-estetycznej. W ten sposób, pacjentką nie staje się osoba z prywatną historią zdrowotną, ale człowiek, poddany nowym standardom i oczekiwaniom (to one w wielu przypadkach decydują o zastosowanej terapii). Nie zmienia to jednak faktu, że często to pacjent jest osobą wytwarzającą nowy „problem medyczny”. Wydaje się, że osobiste przyglądanie się swojej urodzie nie byłoby niczym złym o ile, coraz częściej konsekwencje indywidualnych wyborów nie wpływałyby na wybory wielu kobiet.

Nowa definicja pacjenta odnosi się do tego, na co wskazuje David Armstrong – w złożonej i nieustająco zdobywającej nowe obszary życia społecznego opiece i usługach medycznych, sami pacjenci stają się „twórcami” zdrowia, problemów medycznych i kategorii wymagających interwencji medycznej. Sama istota choroby i jej odczuwanie przesuwają się od ciała (organizmu) ku kwestiom radzenia sobie z problemami, wewnętrznymi kompleksami i niedoskonałościami, a medyczna aktywność coraz częściej ma na celu poprawę nastroju i sprostanie wymaganiom różnych branż [Armstrong 1995: 66]. Z drugiej jednak strony, jak zauważył Foucault, trudno dostępna wiedza kliniczna daje medycynie i samym lekarzom władzę, szacunek i autorytet. To zakorzenione głęboko przekonanie tym mocniej popycha pacjentów do korzystania z szerokich usług lekarskich. Jednocześnie podkreślał, że „stawianie się pacjentem” oznacza bezpośrednio zaakceptowanie swojej uległości, pasywności i posiadania niższego statusu względem medyków. Pacjent przyjmuje dyskurs, którym posługuje się lekarz i za wszelką cenę dąży do urzeczywistnienia pragnień kultury, w której żyje. Na temat dążeń i pragnień swoich pacjentek mówi dr Anastazja:

Zdarzały mi się pacjentki, które chciały osiągnąć nierealne efekty. Takie, które znacznie odchodziły od normy. Często zdarzają się pacjentki, które są pod wielką presją nie wiem skąd i gdzie, ale dążą do zmian, które osobiście uważam za karykaturalne. Coraz częściej zdarzają się w gabinecie osoby, które są w tak zwanej obsesji poprawiania się. Żadne moje słowa, argumenty medyczne nie działają. Niektóre z nich, gdy poprawiają sobie jedną rzecz, to od razu chcą zmienić coś innego. Czasami, ale zdecydowanie rzadziej, ale nadal są osoby, które dążą do zmiany w każdym elemencie swojego ciała. Spotkałam kilka takich pacjentek w swoim życiu. **Nie przyjmuję u siebie takich pacjentek, bo wiem, że prędzej czy później skończy się to źle dla mnie.** Znam jednak wielu lekarzy, którzy nie odmawiają, bo widzą, że zarobek z takiej pacjentki jest ogromny [AIEiAK 14854].

Odgórnie narzucona presja dotycząca wyglądu wbudowuje w kobiety przekonanie o konieczności wykonywania zabiegów upiększających, ale też do naprawiania wad w wyglądzie, które dotyczą każdej z nich, jak: zmarszczki, niedoskonałości skórne, cellulit czy nadmiar tkanki tłuszczowej. Wszystkie te niedoskonałości bądź fizjologiczne konsekwencje upływu czasu zyskują wymiar chorobowy. W ten sposób medycyna estetyczna staje się niezbędną formą medycznej terapii [Melosik 2010: 78]. Pomaga „walczyć” z naturalnymi procesami organizmu, wbudowując przekonanie, że to, co naturalne jest negatywne, w przeciwieństwie do tego, co jest wypracowane i stworzone za pomocą specjalistycznej terapii. Roland Littlewood i Maurice Lipsedge argumentują, że tego rodzaju podejście wskazuje na istnienie silnego związku pomiędzy „kobietą” i „pacjentem”. Zarówno pacjenci, jak i kobiety traktowani są jako osoby cechujące się biernością i pasywnością – są gotowi do podporządkowania się wartościom kultury. Kobięce ciało stanowi metaforę natury i wszystkiego co jej bliskie, wobec czego wymaga przekształceń ze strony kultury [zob. Ortner 1982]. Medycyna estetyczna staje się natomiast wcieleniem wartości kultury – męskizny i działania – nadrzędnych w stosunku do natury [Melosik 2010: 78-79].

Działania związane z ingerowaniem w urodę kobiet przy pomocy profesjonalnych usług medycznych stały się częścią społecznych przekonań i zdroworozsądkowej świadomości: **lekarki – czego odzwierciedleniem jest zebrany materiał empiryczny – wierzą, że faktycznie leczą kobiece choroby, a pacjentki przekonane są, że cierpią na określone schorzenia medyczne i wymagają ingerencji specjalisty.** W ten sposób dochodzi do zredefiniowania pojęcia normy, zarówno w zakresie społecznym i tożsamościowym. Gromkowska-Melosik opisując zmedykalizowaną rzeczywistość epoki wiktoriańskiej pisała – co jest niezwykle aktualne także dziś – „widać więc wyraźnie, że to, co medyczne,

przesycone jest tym, co społeczne, i odwrotnie: to, co społeczne, jest w coraz większym stopniu zmedykalizowane. Nie ulega też wątpliwości, że tak jak życie społeczne w coraz większym stopniu było przesycane językiem medycyny, tak i w dyskursie oraz języku medycznym zawarte były ideologie społeczne, także te, które odnosiły się do kobiecości i męskości” [Gromkowska-Melosik 2013: 16]. Także społeczne przekonanie o „biologicznej esencji kobiecości” sytuuje kobietę bliżej podatności na ogólnie rozumianą „chorobowość”, w konsekwencji czego staje się ona wyraźniejszym przedmiotem zainteresowania medycyny.

Coraz częściej można zaobserwować, że wcześniejszy dystans pomiędzy pacjentem i lekarzem ulega zmniejszeniu. Dzieje się tak przede wszystkim za sprawą tego, iż pozycja laików medycznych względem lekarzy w niektórych typach relacji umacnia się i rośnie liczba usatysfakcjonowanych pacjentów [Piątkowski 2019: 83]. Komercjalizacja rynku medycznego sugeruje jednak, że pacjent coraz częściej staje się po prostu **konsumentem produktów i usług**, co wiąże się też z nową rolą lekarza – **dostarczyciela usługi**.

Status lekarza medycyny estetycznej na tle profesji medycznych

W środowisku medycznym pracowałam 8 lat. Przez ten okres mogłam obserwować „świat lekarzy” z perspektywy jego uczestników. Dyskurs profesjonalnej biomedycyny jawił się jako wielopłaszczyznowa struktura, w ramach której istnieje wiele mniejszych „podstruktur”. Jak pisałam wcześniej, każda z nich posiada swój odrębny język, rytuały, zasady. Świat medyczny to grupa profesjonalnych przedstawicieli zawodu lekarskiego oparta na hierarchicznych regułach. Całe to otoczenie to obszar trudno dostępny dla osób z zewnątrz. W obrębie biomedycyny znajdują się wszystkie specjalizacje lekarskie, które posiadają różnorodną wartość w oczach uczestników tego świata. Status lekarzy – chirurgów cieszy się największym poważaniem. Z moich obserwacji wynika, że prestiż lekarza rośnie wraz z jego wiekiem, nabytymi tytułami i specjalizacjami, dlatego młodzi lekarze traktowani są jako mniej wartościowi, a niekiedy nawet „marginalnie”.

Główną działalnością medycyny estetycznej²⁰ jest **zapewnienie wysokiej jakości życia ludzi zdrowych**, która w dużej mierze zorientowana jest na profilaktyce starzenia się (głównie likwidacji zmarszczek) skóry oraz rekonstrukcji – odtworzenia stanu przed procesem. Nadrzędnym celem medycyny estetycznej jest poprawa fizycznych aspektów

²⁰ Początek medycyny estetycznej w Polsce datuje się na lata 90-te XX wieku. W 1993 roku do Polskiego Towarzystwa Lekarskiego wpłynął wniosek o utworzenie Sekcji Medycyny Estetycznej. Od 2010 sekcję tę przeformułowano na Polskie Towarzystwo Medycyny Estetycznej i Anti-Aging. Jedną z największych organizacji w Europie skupiających lekarzy medycyny estetycznej jest francuska *Union Internationale de Médecine Esthétique (UIME)* z siedzibą w Paryżu, powstała w latach 70-tych XX wieku.

atrakcyjności pacjentów. Zajmuje się też poprawą innych defektów estetycznych o różnorodnym podłożu: niedoskonałości skórne, cellulit, rozstępy, otyłość, blizny, rozszerzone pory i wiele innych. Celem zabiegów estetycznych jest podniesienie komfortu i satysfakcji z wyglądu pacjentów. Nie stanowią one *stricte* świadczeń zdrowotnych²¹. Z perspektywy przedstawicieli profesjonalnego dyskursu biomedycznego medycyna estetyczna nie cieszy się dużym szacunkiem. Bywa, że traktowana jest nawet jako odejście od zawodu lekarza, o czym już pisałam wcześniej, ale wypowiedź dr Bożeny wskazuje na jeszcze inne czynniki wpływające na taką pozycję medycyny estetycznej:

Uważam, że jest to w miarę spokojna specjalizacja tak się mówi, **że nie trzeba po jakiś dyżurach jeździć. Nie trzeba też aż tak dużo pracować, jak to robią na przykład lekarze w szpitalach czy chirurdzy.** Poza tym do nas przychodzi pewien typ pacjentów. Nie są to osoby z ulicy z masą jakiś problemów, a raczej osoby na poziomie, zadbane, wesole i naprawdę każda z takich osób jest bardzo ciekawe. Nie przychodzą do nas też osoby bardzo starsze. **No myślę, że jest mniejsza odpowiedzialność po prostu, a nie ma co dużo gadać, ale jest to prestiżowy zawód, nawet jeśli wielu lekarzy twierdzi inaczej. Można naprawdę zarobić no i to jest taka czysta medycyna bez tych wszystkich kwestii jak krew, kał, mocz, zapalenia, owrzodzenia i tak dalej** [AIEiAK 14856].

Wypowiedź dr Bożeny wskazuje, że **medycyna estetyczna dystansuje się od fizjologii organizmu człowieka i separuje się od tego, co brudne.** W ten sposób staje się nowym wymiarem profesji medycznej: nie tylko nie bierze udziału w naturalnych procesach ciała człowieka, ale pomija je całkowicie. Jest to kolejna egzemplifikacja potwierdzająca oddalenie medycyny estetycznej od głównego nurtu medycyny, powtórzę raz jeszcze: zajmującego się ratowaniem życia i zdrowia pacjentów. Jest medycyną piękną i czystości – nie tylko ze względu na fakt, co ma „leczyć” (wygląd i samopoczucie człowieka), ale co tak naprawdę chce „leczyć” – sama wyznacza granice swojej działalności. Warto podkreślić, że są to granice: nowe, ale i nietypowe dla świata medycznego. O różnicach środowiska biomedycyny i lekarzy medycyny estetycznej z jeszcze innej perspektywy mówi też dr Aleksandra:

Zawsze interesowały mnie nieinwazyjne specjalizacje medyczne. **Nie chciałam być nigdy chirurgiem, to jest bardzo obciążająca specjalizacja, zarówno czasowo jak i mentalnie.**

²¹ Świadczenie zdrowotne (SWZ) - zespół czynności lub pojedyncza czynność stosowana w Systemie Opieki Zdrowotnej, mająca na celu zmianę stanu zdrowia, co najmniej do poziomu uznanego w danej społeczności za prawidłowy [<https://www.osoz.pl/osoz/web/osoz-cms/definicje>] (Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia).

Podobała mi się dermatologia i tak właśnie zrobiłam i stopień specjalizacji z dermatologii wtedy jeszcze były stopnie i zaczęłam pracować w klinice medycyny estetycznej. Przez lata ta gałąź tak się rozwinęła już w niej zostałam i jestem zadowolona. **Mam swoją małą klinikę, lojalnych pacjentów, fajny zespół i czuję się spełniona zawodowo, mimo, że ludzie uważają, że to nie jest prawdziwe życie lekarza. Ja się po prostu z tym nie zgadzam. Nie trzeba siedzieć całe dnie na bloku operacyjnym w szpitalu, żeby być lekarzem** [AIEiAK 14855].

Zarówno wypowiedź dr Bożeny, jak i dr Aleksandry wskazują na jeszcze inny powód niższego statusu lekarzy medycyny estetycznej w środowisku medycznym. **Mniejsza odpowiedzialność lekarza medycyny oraz fakt, że nie jest to specjalizacja medyczna - są kolejnymi egzemplifikacjami deprecjacji pozycji lekarza medycyny estetycznej.**

Zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. (Dz. U. Nr 213, poz. 1779 z uwzględnieniem późniejszych zmian: Dz. U. z 2007 r. Nr 13, poz. 85) r.²² medycyna estetyczna nie jest oficjalną specjalizacją medyczną. Traktowana jest w środowisku medyków jako komercyjna gałąź medycyny. Na podstawie przeprowadzonych wywiadów i spotkań z lekarkami mogę stwierdzić, że tylko dwie poznane przeze mnie lekarki były specjalistami w dyscyplinie lekarskiej. Żadna z nich nie posiadała tytułu doktora nauk medycznych. Może to wskazywać, że medycyna estetyczna staje się **alternatywą dla tych lekarzy, którzy nie chcą pozostawać w oficjalnym dyskursie ratowania zdrowia i życia pacjentów.** Oddaję głos dr Kseni:

Przyjemna, najmniej stresująca z lekarskich specjalizacji. **Nie trzeba chodzić na dyżury i mieć kontakt z różnymi ludźmi, czasami z marginesu społecznego. Nie chciałoby mi się tak**

²² Szkolenie specjalizacyjne odbywa się w oparciu o jednolity ramowy program każdej specjalizacji w skład, którego wchodzi:

1. Staż specjalizacyjny obejmujący zakres wiedzy teoretycznej i umiejętności praktycznych wymaganych w ramach określonej specjalności;
2. Pogłębianie wiedzy i umiejętności poprzez:
 - (1) kurs wprowadzający;
 - (2) jednolity dla wszystkich specjalności kurs w zakresie zdrowia publicznego;
 - (3) kursy szkoleniowe;
 - (4) samokształcenie (napisanie pracy pogładowej);
 - (5) wykonanie określonej liczby zabiegów;
 - (6) odbycie staży kierunkowych (dawniej zwanych cząstkowymi);
 - (7) oraz pełnienie nie mniej niż 3 dyżurów w miesiącu.

Specjalizacja może być realizowana w jednostce akredytowanej, której działalność odpowiada profilowi prowadzonej specjalizacji (może to być publiczny jaki i niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej oraz indywidualna praktyka lekarska). Warunkiem uzyskania akredytacji jest spełnienie odpowiednich wymogów. Lekarz w tym samym czasie może odbywać tylko jedną specjalizację. Kierownika specjalizacji oraz jego podopiecznych obowiązują regulaminy wewnętrzne jednostki, w której specjalizacja jest realizowana. Nadzór nad przebiegiem specjalizacji w akredytowanej jednostce powinna sprawować komisja powołana do tego celu. [<https://www.cmkp.edu.pl/akredytacja/programy-specjalizacji-dla-jednostek-akredytowanych#0731>].

pracować. Moje koleżanki ze studiów, które wybrały inne specjalizacje wyglądają jak trupy – ciągle zmęczone, zawałone pracą kliniczną. Ja mam czas, żeby dbać o siebie, nie pracuję nawet czterdzieści godzin tygodniowo, a zarabiam więcej niż lekarze w moim wieku. Czego oczekiwać więcej. Moi pacjenci są pogodni, ciekawi, pozytywnie nastawieni. Efekty są szybkie i dające obopólne zadowolenie. Nie muszę też bardzo dużo pracować [AIEiAK 14843].

Zacytowane słowa informaterek są potwierdzeniem tezy, że medycyna estetyczna staje się „opcją zawodową” dla wielu lekarzy, zwłaszcza tych, którzy nie chcą mierzyć się na co dzień z typowymi trudami pracy lekarskiej. Sądzę, że tego rodzaju podejście środowiska medycyny estetycznej potęguje rozłam wśród samych lekarzy, ale i jest kolejną egzemplifikacją potwierdzającą istotne różnice pomiędzy perspektywą biomedyczną a światem medycyny estetycznej.

Przez okres kilkuletniego uczestniczenia w świecie medycznym spotkałam tylko jednego lekarza powyżej 50-tego roku życia, który zajmował się medycyną estetyczną. W przypadku kobiet ta statystyka była zdecydowanie inna. Mimo to, lekarki medycyny estetycznej to osoby młode lub w średnim wieku (do 55. roku życia). Przyczyn tego zjawiska można doszukiwać się w tym, że profesja ta nabiera dopiero popularności. Rozwija się prężnie i szybko, przez co zyskuje poparcie w młodym pokoleniu lekarzy. Podczas prowadzonych terenowych badań etnograficznych uwypukliło się zjawisko pokazujące, że starsze pokolenia medyków zdecydowanie bardziej preferują drogę zawodową opartą na posiadaniu profesjonalnej specjalizacji lekarskiej. Młodsze pokolenie wykazuje mniejszą przynależność do tego modelu. Świadczyć może o tym chociażby fakt, że wielu młodych lekarzy wybiera medycynę estetyczną jako podstawowy nurt swoich zainteresowań zawodowych.

Problematyczną kwestią wciąż pozostają procedury obowiązujące w zabiegach estetycznych, które do tej pory nie zostały prawnie uregulowane, kreując falę nieporozumień pomiędzy innymi grupami zawodowymi uzurpującymi sobie prawo do wykonywania tych praktyk. Deprecjacja otoczenia medycyny estetycznej w całym środowisku biomedycznym może wynikać też z jej działalności – **kreowania wyglądu, a nie leczenia pacjentów**. Ponadto złą sławę przynosi jej „przenikanie się” z branżą kosmetyczną. Podczas terenowych badań etnograficznych obserwowałam, jak kosmetolodzy, kosmetyczki czy linyerystki²³

²³ Kosmetyczka - zawód kosmetyczki można uzyskać już po 2 latach studium kosmetycznego, którego ukończenie daje nam tytuł technika usług kosmetycznych. W tego rodzaju ośrodkach edukacji przedstawiane są uczniom podstawowe przedmioty z zakresu zdrowia i budowy człowieka takich jak anatomia, fizjoterapia dermatologia, chemia kosmetyczna, higiena, dietetyka czy kosmetologia Kosmetyczka kończąca 2-letnie studium może jedynie wykonywać podstawowe zabiegi bez możliwości przerywania ciągłości naskórka. A więc w zakresie

wchodziły w zakres kompetencji lekarza i wykonywały zabiegi z zakresu medycyny estetycznej. Może, ale nie musi, niepokoić kwestia upowszechniania się profesjonalnych zabiegów estetycznych, przypuszczalnie zarezerwowanych wyłącznie dla lekarzy, wśród osób bez studiów medycznych. Polskie przepisy dotyczące wykonywania zabiegów z zakresu medycyny estetycznej nie są jednoznaczne, co prowadzi do wielokrotnych nadużyć różnych środowisk tej niejasności. Powszechne interpretacje przepisów również nie gwarantują jednoznacznego stanowiska, kto może dokonywać przerywania ciągłości skóry i kto powinien się domagać tego prawa na wyłączność.

Podczas prowadzonych badań częstym zjawiskiem, które obserwowałam, było wykonywanie zabiegów iniekcyjnych, takich jak: wstrzykiwanie botoksu, powiększanie ust, wykonywanie mezoterapii igłowej, obstrzykiwanie kwasem hialuronowym i wielu innych przez osoby trudniące się profesją kosmetyczki. Nie były to pojedyncze przypadki, a raczej dość powszechna praktyka. Ponad połowa wszystkich kobiet, które miałam okazję poznać podczas badań, potwierdzała, że co najmniej raz lub dwa razy w życiu korzystała z zabiegów medycyny estetycznej wykonywanych przez kosmetyczkę lub linergistkę. Swoją decyzję usprawiedliwiała niższą ceną za zabiegi. Te powszechne przypadki budzą intensywny sprzeciw środowiska lekarzy medycyny estetycznej, mocno nagłaśnianych przez Konsultanta Krajowego w dziedzinie Dermatologii i Medycyny Estetycznej. Mimo to, z powodów komercyjnych i oszczędności pieniędzy, pacjentki chętnie korzystają z tańszych usług. Wielu lekarzy podaje, że stają się to główną przyczyną rozpowszechniania się tak zwanej „psedo-medycyny estetycznej” i niesie bezwzględne zagrożenia dla zdrowia i życia pacjentek.

pracy kosmetyczki leży m.in. wykonywanie henny i regulacji brwi, manicure, masaż, zabiegi pielęgnacyjne na ciało.

Kosmetolog – by zostać kosmetologiem trzeba ukończyć wyższe studia na uczelni medycznej, po których ukończeniu uzyskujemy tytuł mgr kosmetologii. Na uczelniach wyższych student poznaje zagadnienia: zakresu zdrowia i budowy człowieka takich jak anatomia, fizjoterapia, dermatologia, chemia kosmetyczna, higiena, dietetyka, kosmetologia, biochemii, toksykologii, immunologii, histologii, masażu, onkologii, chirurgii plastycznej, farmakologii i języków obcych. Kosmetolog o wiele bardziej precyzyjnie przygotowujący jest do przyszłego wykonywania swojego zawodu. Większa jest również ilość godzin przeznaczonych na zajęcia teoretyczne jak i praktyczne, które należy odbyć. Dodatkowo jest też konieczność odbycia praktyk zawodowych po ukończeniu każdego semestru studiów wyższych. Stanowią one formę egzaminu praktycznego dla przyszłego kosmetologa. Osoba posiadająca wykształcenie kosmetologa może wykonywać szerszy zakres usług takich jak pedicure, zaawansowane masaże na ciało jak endermologia, zabiegi odmładzania skóry wykorzystujące działanie wiązki światła (zabiegi laserowe na przykład ipl) Należy jednak pamiętać, że przed każdym zabiegiem wykorzystującym nową technologię urządzeń kosmetolog powinien przejść szkolenie z zakresu działania i przeprowadzania zabiegu.

Inne zabiegi, te bardziej inwazyjne, na poziomie skóry właściwej i tkanki podskórnej przeznaczone są tylko dla lekarzy lub przy jego ścisłej współpracy z kosmetologiem.

Linergistka – wizażystka, której specjalnością jest wykonywanie trwałego makijażu [<https://medicor.krakow.pl/wpis-blog/kim-jest-linergistka-i-czym-sie-zajmuje/>].

Inną trudnością w jednoznacznym definiowaniu medycyny estetycznej są jej potoczne konotacje z chirurgią plastyczną. Uważam więc za niezwykle istotne uporządkowanie wiedzy i wskazanie czytelnikowi informacji definiujących chirurgię plastyczną i medycynę estetyczną – zwłaszcza, że także w literaturze przedmiotu można zaobserwować liczne synonimiczne stosowanie pojęć: chirurgia plastyczna / estetyczna *versus* medycyna estetyczna.

Chirurgia plastyczna należy zarówno do tak zwanego nurtu rekonstrukcyjnego – a nawet ratującego życie pacjentów i estetycznego. Jest to „dziedzina medycyny zajmująca się rekonstrukcją wad wrodzonych i nabytych ciała, korektą rzeczywistych lub odczuwanych defektów ciała. Jest to dziedzina medycyny zajmująca się leczeniem oparzeń, oraz chirurgią ręki, zarówno wad wrodzonych jak i urazami ręki a szczególnie replantacjami urazowych amputacji. Zalicza się tu także ogromny wachlarz chirurgicznych i niechirurgicznych zabiegów estetycznych. Chirurgia plastyczna jest więc związana ściśle z chirurgią dziecięcą, neurochirurgią, laryngologią, okulistyką, traumatologią, ortopedią oraz równie ważnymi jak fizjologia, patologia, immunologia, rehabilitacja, psychologia, psychiatria [https://pl.wikipedia.org/wiki/Chirurgia_plastyczna].

W przeciwieństwie do medycyny estetycznej, chirurgia plastyczna jest prawnie uregulowaną specjalizacją medyczną, o której rozpoczęcie mogą ubiegać się lekarze z aktualnym prawem wykonywania zawodu. Ale warto zaznaczyć, że ilość miejsc rezydenckich jest bardzo ograniczona [www.cmkp.programspecjalizacjizchirurgiiplastycznej]. Na tej podstawie można zauważyć, że zdobycie miana chirurga plastycznego nie jest łatwym zadaniem, bowiem wymaga wieloletniej pracy i nauki. Z tego też powodu – jak zaznacza dr n. med. Andrzej Sankowski – rodzą się inne problemy: „Wielu lekarzy traktuje chirurgię plastyczną jako sposób szybkiego zarabiania pieniędzy. Część z nich nie posiada ani kierunkowego wykształcenia ani specjalizacji w tej dziedzinie. Wykonują rutynowe zabiegi, prezentowane w czasie szkoleń, na tym właściwie kończąc swoją edukację w zakresie procedur estetycznej chirurgii plastycznej. Zabiegi przeprowadzane przez osobę, niebędącą specjalistą, stwarzają zagrożenie dla zdrowia pacjenta. Nie istnieją niestety regulacje prawne, mówiące o tym, kto może wykonywać takie zabiegi. Od pewnego czasu, masowo pojawiają się nowe określenia, takie jak; chirurgia estetyczna, kosmetologia, medycyna estetyczna, dermatochirurgia. Chciałbym podkreślić, że takie specjalizacje nie istnieją, jednak Ministerstwo Zdrowia, zdaje się nie dostrzegać problemu i pomija go milczeniem” [<https://www.estheticon.pl/novosci/rozmowa-z-dr-andrzejem-sankowskim>].

Poniżej w tabeli przedstawiam zasadnicze różnice pomiędzy medycyną estetyczną i chirurgią plastyczną:

RÓŻNICE POMIĘDZY MEDYCYNĄ ESTETYCZNĄ vs CHIRURGIĄ PLASTYCZNĄ		
	<u>Medycyna estetyczna</u>	<u>Chirurgia plastyczna</u>
Specjalizacja medyczna	Nie jest specjalizacją medyczną.	Jest specjalizacją medyczną.
Kwestie formalno-prawne	Jest „profesją” ²⁴ komercyjną i nie jest uregulowana prawnie. Nie ma prawnej konieczności wykonywania określonych szkoleń przez lekarzy medycyny estetycznej. Wielu z nich odbywa kursy, które sami wybiorą bądź nie wybierają ich w ogóle. W ten sposób pacjenci gabinetów medycyny estetycznej nie mają pewności czy dany lekarz ukończył stosowne szkolenia.	Jest prawnie uregulowaną specjalizacją medyczną. Posiada ściśle zaplanowany program specjalizacyjny, jak na przykład odbyte szkolenia, staże, odpowiednia ilość wykonanych zabiegów na bloku operacyjnym oraz samodzielnych dyżurów i etc.
Sposób zdobycia zawodu	Lekarzem medycyny estetycznej może zostać każda osoba, która posiada czynne prawo wykonywania zawodu i jest absolwentem medycyny oraz ma ukończone stosowne kursy medyczne. Kwestia posiadanych szkoleń z zakresu medycyny estetycznej nie jest usankcjonowana i niekiedy dwudniowy kurs na przykład z podawania kwasu hialuronowego powoduje, że medyk zostaje nazwany lekarzem medycyny estetycznej. Mimo, że wielu lekarzy wybiera taką ścieżkę zawodową, to są i tacy, którzy kończą kilkanaście kursów doszkalających i dopiero wówczas zaczynają pracę w gabinecie. Należą jednak do zdecydowanej mniejszości. Brak regulacji prawnych sprawdzających odbyte	Żeby zostać chirurgiem plastycznym należy dostać się do ośrodka biomedycznego (na tak zwaną rezydenturę, a w przypadku chirurgii plastycznej jest to niezwykle trudne, gdyż miejsc specjalizacyjnych w danym roku na terenie całego kraju jest niewiele) posiadającego uprawnienia do prowadzenia takiej specjalizacji wówczas rozpoczyna się pięcioletnią praktykę kończącą się egzaminem specjalizacyjnym.

²⁴ Rozumienie terminu profesja przyjął za Piątkowskim.

	szkolenia oraz specjalizacji z medycyny estetycznej skutkuje szeroką działalnością niekompetentnych lekarzy na rynku usług medyczno-estetycznych. Lekarzem medycyny estetycznej może zostać każdy lekarz, zarówno bez specjalizacji medycznej, ale także specjalista – bez względu na to, jaki jest główny zakres jego działalności, jak na przykład ortopeda.	
Miejsce praktykowania	Miejsca, w których praktykowana jest medycyna estetyczna, to gabinety i kliniki prywatne wyłącznie o charakterze komercyjnym.	Ośrodki chirurgii plastycznej: to instytucje biomedyczne (głównie oddziały szpitalne) leczące między innymi wady rozwojowe, ale też gabinety i kliniki prywatne nastawione w większej mierze na cele komercyjne.
Rodzaj działalności	Jej działalność związana jest wyłącznie z nurtem estetycznym.	Należy do nurtu medycyny: „ratującej życie”, rekonstrukcyjnej i estetycznej.
Rodzaj procedur	Zabiegi z zakresu medycyny estetycznej nie należą do procedur silnie ingerujących w ciało i z reguły nie wymagają szczególnej rekonwalescencji. Niekiedy może się zdarzyć (po niektórych zabiegach na przykład, laserach czy dermapenii), że wskazane jest wycofanie się z aktywności zawodowej do około dwóch dni. Jest to jednak kwestia estetyczna, jak na przykład zaczerwieniona twarz, nie zaś zdrowotna.	Procedury chirurgii plastycznej to z reguły zabiegi inwazyjne i bardzo inwazyjne, które wymagają stosownej rekonwalescencji, na przykład kilkutygodniowej po zabiegu powiększania piersi. Leczenie wykonywane przez chirurgów plastycznych to procedury estetyczne, ratujące życie i zdrowie pacjentów i wówczas trudno jest mówić o przybliżonym okresie rekonwalescencji. Do takich zabiegów należą między innymi: leczenie wad rozwojowych twarzy, zniekształceń poroższczeniowych twarzy, zniekształceń pourazowych, chirurgiczna korekcja zniekształceń nosa, powiek, uszu, warg i etc. [https://www.gov.pl/web/cskmswia/oddzial-chirurgii-plastycznej--rekonstrukcyjnej-i-szczekowej].
Różnice uprawnień lekarskich	Lekarze medycyny estetycznej nie mają uprawnień do wykonywania zabiegów z zakresu chirurgii plastycznej.	Specjaliści chirurgii plastycznej mogą wykonywać zabiegi z zakresu medycyny estetycznej i chirurgii plastycznej.

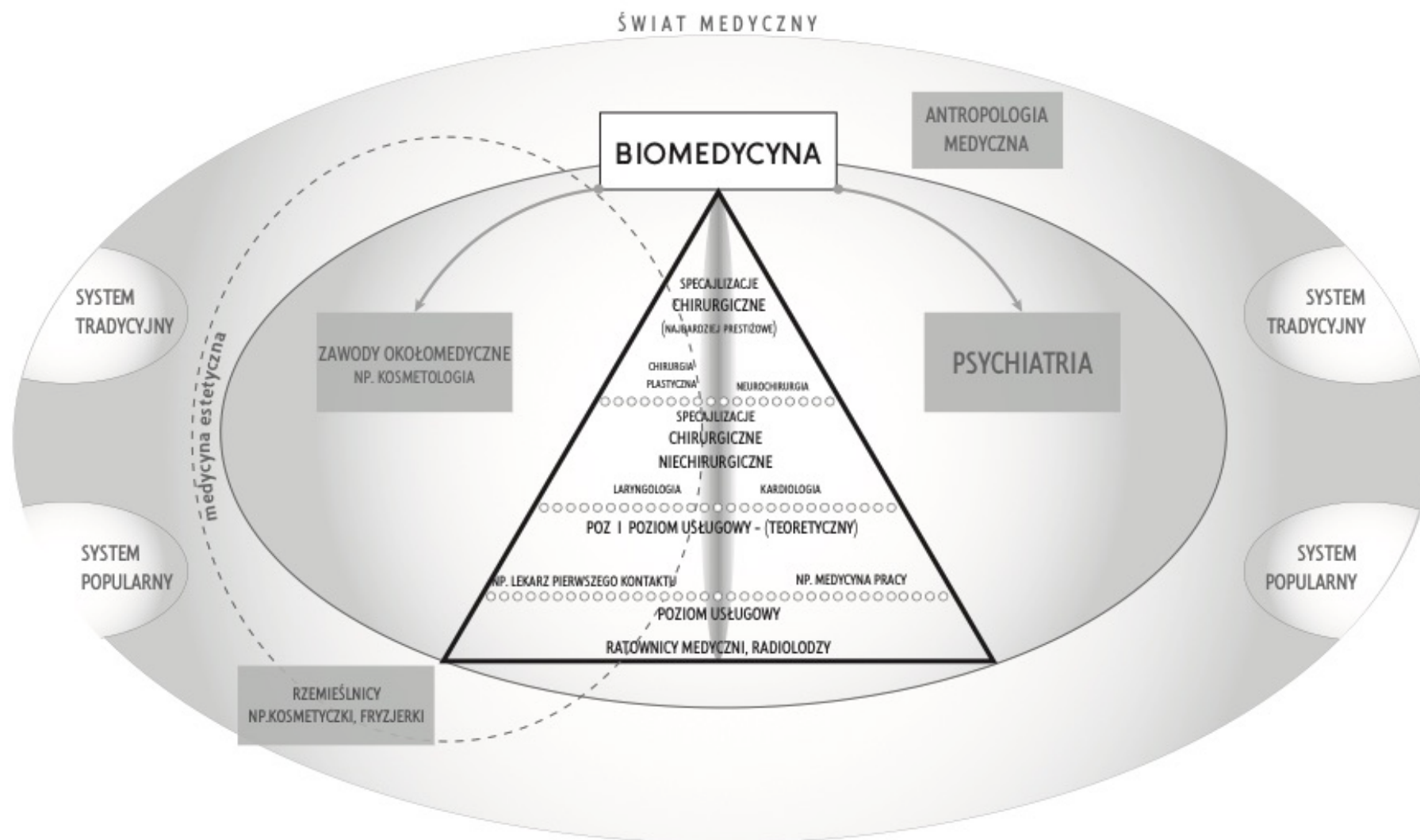
Tab. 2 różnice pomiędzy medycyną estetyczną a chirurgią plastyczną

Źródło: Opracowanie własne

Podsumowując zaprezentowane różnice pomiędzy medycyną estetyczną i chirurgią plastyczną, należy podkreślić, że obie te gałęzie medyczne, z perspektywy świata medycznego, zdają się mieć jedną cechę wspólną: odpowiadają na **zwiększone potrzeby estetyczne** nowoczesnych społeczeństw²⁵ – z tym, że dla medycyny estetycznej to **jedyna forma aktywności na rynku usług medycznych**, natomiast dla chirurgii plastycznej to jedno **z kilku głównych zainteresowań** – choć zdaje się, że najsilniej rozwijających się na świecie. Wypowiedź doktora n. med. Sankowskiego wydaje się potwierdzać prowadzone przeze mnie dywagacje: „estetyczna chirurgia plastyczna dąży do opracowywania takich zabiegów, które pozwolą na uzyskanie pożądanego efektu w bezpieczny sposób. Mamy coraz większe doświadczenie i dysponujemy nowoczesnymi technikami, umożliwiającymi nam osiągnięcie wyznaczonego celu. Niezwykle istotne jest stałe doszkalanie się, doskonalenie swoich umiejętności i wymiana poglądów i doświadczeń z innymi lekarzami. Nieinwazyjne zabiegi estetyczne stanowią alternatywę dla pacjentów, chcących lepiej wyglądać, ale obawiają się operacji lub nie mogą sobie pozwolić na przerwę w pracy ze względów czasowych i/ lub zawodowych. Dlatego w mojej Klinice powstał „dział bez skalpela”. Oferowane w nim procedury są uzupełnieniem chirurgii, nie stanowią jednak dla niej zagrożenia, ponieważ efekty nie są permanentne i nigdy nie będą tak spektakularne” [<https://www.estheticon.pl/novosci/rozmowa-z-dr-andrzejem-sankowskim>].

Na podstawie licznych rozmów pilotażowych, spotkań wstępnych, wywiadów z przedstawicielami świata medycznego, zarówno profesjonalnego nurtu biomedycyny i środowiska medycyny estetycznej, przedstawiam obraz „świata medycyny” z perspektywy prowadzonych przeze mnie etnograficznych badań terenowych.

²⁵ Dla badaczy zajmujących się społecznym wymiarem ciała i zainteresowanych ingerencją medycyny w wizerunek ciała, nie bez znaczenia pozostaje francuska artystka występująca pod pseudonimem Orlan. Znana jest ze swoich bezprecedensowych happeningów, których głównym przedmiotem stało się jej własne ciało. Przypadek absolwentki paryskiej Akademii Sztuk Pięknych, który uznać należy za szczególnie interesujący dla szerokiego grremium odbiorcy. W wieku czterdziestu trzech lat performerka podejmuje decyzję o przeobrażeniu się w kobietę idealną przy pomocy komputera i chirurgii plastycznej. Podejmuje się realizacji projektu podważając jednocześnie współczesny mit piękna: poddając się serii operacji, których celem była zmiana wyglądu twarzy, tak by odwzorowywała ponadczasowy model piękna: „kształt nosa jest komputerowym połączeniem nosa Diany z jej różnych obrazowych wcieleń w XVI-wiecznej Szkole Fontainebleau. Usta pochodzą od Europy Bouchera, czoło od Mona Lisy Leonarda, podbródek od Venus Botticellego, a oczy należą do Psyche Gerome” [Leszkowicz 1995: 170]. Podczas zabiegów operacyjnych artysta odczytuje święte teksty związane z indyjską boginią Kalii. Słowa wypowiedziane przez Orlan dotyczą ujmowania ciała jako kostiumu czy worka, który można z łatwością wymienić lub usunąć [Buczkowski 2005: 291]. Działalność Francuzki należy odczytywać nie jako szczególną interpretację, a raczej jako „smutne świadectwo”. Dariusz Czaja zwraca uwagę, że twarz artystki to maska i, że praktycznie każdy z nas może „założyć” swoją maskę i wykreować „nowe ja” od początku [Czaja 1999: 96-97].



Ryc. 4 Świat medyczny

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań terenowych i kilkuletniej obserwacji środowiska lekarskiego i świata medycznego.

Tak jak już wspomniałam wcześniej, stworzona przeze mnie rycina mająca odwzorowywać świat medyczny jest wizją całego środowiska medycznego z uwzględnieniem przyjętego w antropologii medycznej podziału na trzy systemy medyczne: biomedyczny, popularny i tradycyjny. Skupiłam się na szczególnym zaznaczeniu tych obszarów, które wskazał mi materiał terenowy. Najmniejsza elipsa została nazwana przeze mnie biomedycyną, gdyż to ten system zdrowotny był w centrum moich zainteresowań. W jej wnętrzu znajduje się trójkąt, który odwzorowuje hierarchię specjalizacyjną w świecie medyków pracujących w szpitalu. Zgodnie z nią, na samej górze znajdują się, cieszący się największym autorytetem chirurdzy, jak na przykład: chirurdzy plastyczni, kardiochirurdzy i neurochirurdzy; poniżej specjalizacje chirurgiczne i niechirurgiczne cieszące się nieco mniejszym prestiżem, jak na przykład: laryngologia (specjalizacja chirurgiczna), gastroenterologia (niechirurgiczna); jeszcze niżej znajdują się przedstawiciele medycyny teoretycznej, między innymi lekarze podstawowej opieki zdrowotnej; najniżej umiejscowiony jest – nazwany przeze mnie – poziom usługowy, do którego należą na przykład: ratownicy medyczni i radiolodzy. Forma, którą przyjąłam nie jest przypadkowa. Przedstawiony trójkąt ma odzwierciedlać hierarchię panującą w świecie lekarzy. Celowo nie umieściłam w tym miejscu psychiatrii ze względu na jej specyficzny charakter w antropologii medycznej. Osobno znajdują się również tak zwane zawody około-medyczne, jak: fizjoterapeuci, kosmetolodzy – gdyż w przeciwieństwie do ratowników medycznych i radiologów, nie pracują oni wyłącznie w ośrodkach biomedycznych, ale też w klinikach prywatnych o charakterze komercyjnym. Bogactwo materiału, jaki zdobyłam podczas badań, liczne rozmowy z przedstawicielami tego środowiska, ale także moje prywatne obserwacje skłoniły mnie do spozycjonowania medycyny estetycznej na granicy tych różnych przestrzeni. Z jednej strony, w pewien sposób należy ona do dyskursu biomedycznego (bądź się z nim jedynie przeplata, chociażby ze względu na pozycję lekarza), z drugiej – łączą ją szczególne znaczenia z przedstawicielami każdego poziomu hierarchii świata medycznego i tak dla przykładu: bywa utożsamiana z chirurgią plastyczną, ale ma charakter usługowy i etc. Ma też wiele, może niekiedy i więcej, wspólnego z zawodami około-medycznymi, jak na przykład kosmetolodzy. Brak usankcjonowanych reguł prawnych dotyczących medycyny estetycznej chciałam pokazać za pomocą przerywanych linii, które na płaszczyźnie symbolicznej oznaczają niezdefiniowane granice – ale także przestrzeń, którą zajmuje ta profesja: nie ma jednoznacznego położenia. Łączy się z wieloma grupami, ale z żadną nie na tyle ściśle związana, by z łatwością ją umiejscowić. Poza okręgiem oznaczającym biomedycynę zaznaczyłam też tak zwanych rzemieślników, do których zaliczam: fryzjerki, lingerystki,

makijażystki czy kosmetyczki. Mimo, że nie należą do świata medycznego to fakt, że na co dzień w wielu przypadkach współpracują z kosmetologami i lekarzami medycyny estetycznej spowodowało, że umieściłam ich na rycinie. Także materiał terenowy uwypuklił mi taką konieczność.

Celem tego fragmentu tekstu nie jest deprecjonowanie statusu jednych lekarzy na rzecz drugich, ale oddanie w ręce Czytelnika jak najdokładniejszej wizji świata lekarskiego z perspektywy jego uczestników. Drugim istotnym czynnikiem, który skłonił mnie do stworzenia tego schematu, jest pewien chaos pojęciowy. Utożsamianie lekarza medycyny estetycznej z chirurgiem plastycznym jest szczególnym nadużyciem dla środowiska medycznego. Zamienne stosowanie określeń medycyna estetyczna i chirurgia plastyczna z powodów czysto merytorycznych jest niepoprawne i krzywdzące dla wielu osób. Niestety muszę przyznać, że jest tak nadal i to nie tylko w świadomości potocznej, ale także w szeroko pojętej literaturze nauk humanistycznych. Podobnie jest z synonimicznym traktowaniem kosmetologów i kosmetyczek – dwóch oddzielnych zawodów. Moim celem jest więc usystematyzowanie pewnej wiedzy potoczno-medyczno-naukowej o świecie, który przez wiele lat miałam okazję obserwować.

Medycyna estetyczna a estetyzacja życia codziennego

Jedną z cech społeczeństw ponowoczesnych jest estetyzacja życia codziennego przejawiająca się głównie w tym, że „tradycyjne cechy sztuki przenosi się na rzeczywistość, codzienności nadaje się artystyczny charakter” [Welsch 1999: 13]. W takim świecie zmieniają się wartości, które opisują jednostkę – staje się ona *homo aestheticus*. Cechują ją kompetencje estetyczne, których doskonalenie i rozwijanie stanowi główne zadanie dla współczesnego człowieka [Maj 2013: 83]. Stylizuje i kreuje on wszystko dookoła, skupiając szczególną uwagę na swoim ciele. Zdaniem Wolfganga Welscha w ponowoczesnym społeczeństwie jednostka staje się „człowiekiem wrażliwym, wykształconym hedonistą, a przede wszystkim ma wysublimowany gust [Welsch 1999: 19]. Bauman przyczyn tego zjawiska poszukuje w upadku dawnych, tradycyjnych systemów wyznaczających normy estetyczne oraz pojmowania, zarówno społecznego i indywidualnego „projektu”, który odbywa się „tu i teraz” [Bauman 1995: 18].

Mike Featherstone, pisząc o estetyzacji życia, podobnie jak John Urry (2007) nawiązywał do pojawienia się kapitalizmu i procesów industrializacji jako czynników bezpośrednio wpływających na ukształtowanie nowej, estetycznej rzeczywistości. Jednym z

najskuteczniejszych zespołów praktyk estetyzujących ludzki wygląd stała się nowoczesna medycyna. „Jest dziś ona zinstytucjonalizowaną przestrzenią społeczną, w której eksperckie działania jej przedstawicieli upiększają, usprawniają, modelują, modyfikują i regenerują ciało. Medycyna bowiem jest kulturowym narzędziem uspołeczniania ciała, momentem współczesnego dystansu estetycznego wobec biologicznej natury człowieka (...). Medycyna jest ważnym komponentem współczesnej strategii estetyzującej jako oferta usług, dzięki którym ich odbiorca zaspokaja estetyzujące ciało potrzeby indywidualne” [Barański 2005: 326].

Współczesne doświadczanie ciała staje się specyficznym, bo dominującym trybem postrzegania estetyzowania wyglądu. Ponowoczesne ciało, zwłaszcza kobiece staje się tym bardziej przedmiotem odczuwanym i postrzegany, zgodnie z nowymi strategiami, w których kategorie estetyczne warunkują jego doświadczenie [Barański 2005: 327]. W tej rzeczywistości medycyna kształtuje coraz aktywniej dystans piękna do ciała: sekularyzując je jako organizm z procesami fizjologicznymi, ale też poddaje je społecznej presji jako przedmiot obserwacji i manipulacji. W tym kontekście posiadanie ciała i konieczność dbałości o jego zewnętrzną reprezentację jest podstawowym działaniem człowieka *par excellence*.

Następuje to jednak wielu trudności, z czego jedna, zdaniem Anthony’ego Giddensa, odnosi się właśnie do cech dzisiejszej rzeczywistości – nowoczesności, która „radikalnie przekształcała charakter życia codziennego i przewartościowała najbardziej osobiste doświadczenia człowieka” [Giddens 2010: 11]. Późna nowoczesność wzmocniła i przyspieszyła liczne transformacje, ale zmieniła także zasięg i działalność różnorodnych instytucji. Podważając tradycyjny model znaczeń, zaczęła stymulować ludzi do większej refleksyjności²⁶ dotyczącej egzystencjalnych problemów, jak: śmierć, życie ich symboliczne sensy. Kreowanie i podtrzymywanie indywidualnej tożsamości oraz „bycie tu i teraz” stały się istotnymi dylematami nowoczesnego człowieka [Shilling 2019: 193]. To zagubienie człowieka coraz częściej kieruje jego uwagę na estetyczne wartości ciała.

Niegdyś, gdy to tradycja była wyznacznikiem ludzkiego losu, tożsamość jednostki nadawana była w sposób automatyczny w obrębie licznych rytuałów i obrzędów, które umacniały więź człowieka z jego ciałem. Dzisiejsza tożsamość – jak ujmuje to Jean-François Lyotard – jest *deliberatywna*, co oznacza, że budowana jest refleksyjnie wokół jednej zasadniczej wartości: fizyczności podmiotu. W takim kontekście ciało staje się

²⁶ Zdaniem Giddensa współczesna refleksyjność łączy się z projektem oświeceniowym.

indywidulany projekt związany z jednostkową i indywidulaną wizją tożsamości. Nowoczesna cielesność funkcjonuje w rzeczywistości jako powierzchnia znacząca, ale wyłącznie poprzez swój wizerunek. Adam Buczkowski zwraca uwagę, że dziś wartością nadrzędną jest: widowiskowość [Buczkowski 2005: 289]. Coraz częściej zdarza się, że ci, którzy nie mogą eksponować swojego wizerunku, czują się deprecjonowani, bowiem podkreśla się, że piękno i atrakcyjny wygląd nie są wartościami naturalnymi, a wypracowanymi i zdobytymi. W tym ujęciu ciało należy pokazywać, zwłaszcza w sferze publicznej. Kategoria „naturalności” została zdekonstruowana i zastąpiona przez cechy nowoczesnego społeczeństwa: technologię i procesy „racjonalizacji”, które wdrażane są za pomocą kategorii medycznych. Obie te cechy nabierają szczególnego znaczenia w kontekście rozwoju profesji lekarskich: jak chirurgia plastyczna czy młodej w stosunku do niej – medycyny estetycznej²⁷

Popularność i ekspansja medycyny estetycznej

Można zaryzykować stwierdzenie, że dzisiejsze kobiety tyranizowane są przez ekspansywny rynek gloryfikujący nowoczesne kategorie piękna. Dariusz Czaja zwraca uwagę, że „ciało współcześnie należy do kultury konsumpcji: jest tyleż ciałem konsumującym, co konsumowanym. W pierwszym przypadku ciało jest nienasyconym odbiorcą coraz to nowych i coraz bardziej ekscytujących wrażeń i przeżyć; zmienia się w narzędzie dostarczania przyjemności. Ciało jest także nie znającym granic konsumentem dóbr [Czaja 1999a: 9]. Przemysł i rynek usług medycznych, który wchodzi w sferę współczesnej konsumpcji, odpowiada na te potrzeby, oferując natychmiastowe terapie – urzeczywistniające doskonałe „ja”. Jednym z najpopularniejszych takich sposobów jest medycyna estetyczna, która stała się akceptowalnym społecznym narzędziem ucieleśniania współczesnej kategorii piękna. Zdaniem Melosika obowiązująca wiedza na temat współczesnej kategorii urody zawarta jest właśnie w dyskursie medycznym i w określony sposób nasycona jest władzą dotyczącą pożądanых kształtów ciała i tożsamości kobiety. W tym kontekście medycyna estetyczna jest krystalizacją tej władzy [Melosik 2010: 72]. Z racji jej głównego działania: „skupiona

²⁷ Jeszcze 10- 15 lat temu medycyna estetyczna ustępowała miejsca chirurgii plastycznej, jako tej profesji, która posiada większe możliwości zmiany kobiecego wizerunku. Obecnie chirurgię plastyczną bardzo często traktuje się jako ostateczną alternatywę zmiany wyglądu. Gabinety medycyny estetycznej rozszerzyły swoją ofertę o wiele procedur, które wcześniej były wyłącznie domeną chirurgii plastycznej. Coraz częste stają się zabiegi bezinwazyjnego powiększenia piersi, podniesienia oraz powiększenia pośladków, odsysania tłuszczu czy niechirurgicznego liftingowi twarzy [Zob. <http://skinfinity.com.pl/zabiegi/>].

wyłącznie” na kategoriach związanych z estetyką, wpisuje się w normy zjawiska tyrani: szczupłego, pięknego i doskonałego ciała.

Davis wskazuje, że ogólny wzrost znaczenia zabiegów z zakresu medycyny estetycznej wynika głównie z poszerzania się jej dostępności [Davis 1995: 18-19]. Dyskurs estetyczny odpowiada nie tylko na potrzeby wizerunkowe współczesnych kobiet, ale realizuje je w zgodzie z przyjętymi w czasach nowoczesności zasadami: szybko i spektakularnie – staje się przez to modny i powszechny. Na pytanie, czy tak faktycznie jest, odpowiada pacjentka Monika:

Medycyna estetyczna daje duże i wyraźne efekty w krótkim czasie i bez zbędnej rekonwalescencji. Jest to niewątpliwą zaletą tej metody. Za pomocą medycyny estetycznej można pozbyć się naprawdę strasznych kompleksów i poprawić w znacznym stopniu swój wygląd. Poprawić swój wygląd w taki sposób, jak nigdy dotąd nie było to możliwe. Medycyna estetyczna daje szerokie możliwości dbania o siebie. Pozwala poprawić swój wygląd niemalże w każdym zakresie. Zmiana, którą może dokonać medycyna estetyczna, jest ogromna. Możemy praktycznie zmienić swój wygląd. Dzisiaj mówi się tyle o kwestiach związanych z wyglądem [AIEiAK 14860].

Zacytowana wypowiedź, choć potwierdza słowa Davis, to może też wskazywać, że wybór medycyny estetycznej jako przyjętej formy dbania o wygląd jest obecnie tak popularny i powszechny, bowiem odpowiada warunkom współczesnego świata. Kwestię tę potwierdza także pacjentka Agnieszka:

Dużo się teraz mówi o tego rodzaju wpływie na poprawienie urody, stało się to po prostu modne i w związku z tym, kobiety chętnie z tego korzystają. **Poza tym, efekty są szybkie i potrafią być spektakularne** [AIEiAK 14858].

Słowa informatorki, ale też język, jakiego używa: „szybkie”, „spektakularne”, opisują efekty medycyny estetycznej jako narzędzia idealnie odzwierciedlającego realia nowoczesności. Pacjentka Teresa też odnosi się do tego tematu, jednak jej wypowiedź koresponduje z głosami lekarek medycyny estetycznej na temat omijania instytucji systemu medycznego, jakimi są szpitale. Medycyna estetyczna ma, w ich opiniach, dawać szybkie efekty bez konieczności zetknięcia się z przykrymi doświadczeniami hospitalizacji i niepotrzebnej straty czasu:

W przeciągu kilku dni od wykonania zabiegów można zyskać nowy wygląd. Warto dodać, bo jest to **ogromną zaletą medycyny estetycznej, że nie trzeba leżeć w szpitalu czy po prostu być wyjętym z życia, na długi okres czasu**. Może też tak trochę jest, że medycyna estetyczna jest najpopularniejszym narzędziem dbania o siebie i my kobiety po prostu o tym wiemy i zgodnie z tym postępujemy. Kobiety chcą być atrakcyjne, więc wybierają najbardziej skuteczne metody by poprawić wygląd [AIEiAK 14868].

Opowieści moich informaterek korespondują z tym, na co zwraca uwagę Libera, że „współczesna kultura, a wraz z nią medycyna dążą do przekształcenia ciała w rzecz (...). Tak pojmowane wchodzi ono na rynek. Komerccjalizm i merkantylizm objął medycynę, a z nią ciało. Znamy wreszcie wymierną jego wartość. Mamy nową hierarchię jego części: miejsce szlachetnych i nieszlachetnych organów zajęły narządy wartościowe i bezwartościowe dla funkcji życiowych, drogie i tanie – cenę wyznacza rynek” [Libera 1999: 28]. Zdaje się więc, że to wspomniany rynek usług i standardy urody wskazują, które narzędzia w dbaniu o piękno są odpowiednie, a które nie. W ten sposób możliwości, jakimi dysponuje medycyna estetyczna, „poprawiają” właśnie te cechy wyglądu, które nie są związane z funkcjami biologicznymi, ale z kanonami nowoczesności.

Kolejna informatorka dr Wioletta opowiada o zabiegach estetycznych z perspektywy nie tylko efektywności i szybkości uzyskania nowego wyglądu, ale i mody kulturowej na tego typu zabiegi. Oddaje jej głos:

Kobiety korzystają z usług medycyny estetycznej, bo jest to **niezwykle szybka metoda poprawy wyglądu. Można w piątek popołudniu przyjść do gabinetu, a w poniedziałek rano pójść do pracy, jako zupełnie inna osoba**. Ponadto zabiegi tego rodzaju są po prostu obecnie popularne. **Istnieje przekonanie, że jeśli ktoś jest osobą modną i chce o sobie dbać to powinien korzystać z takich usług. Coraz więcej osób przyjmuje taki sposób myślenia** [AIEiAK 14849].

Obie zacytowane wypowiedzi podkreślają głębokie związki znaczeniowe pomiędzy medycyną estetyczną a współczesną kulturą. Wydaje się, że ta istotna relacja w dużym stopniu wpływa na wybór tej formy dbania o wygląd. Z kolei Judith Butler zwraca uwagę, że nowoczesne profesje medyczne (medycyna estetyczna, chirurgia plastyczna, dermatologia i inne), które są niezbędne do osiągnięcia pożądanego społecznie obrazu ciała, cechują się dużą ekspansywnością, ze względu na manipulacyjne stosowanie i negatywne definiowanie takich pojęć, jak: zdrowie, choroba i pacjent [Butler 2008: 60-61]. Takie podejście zakłada także ścisły związek pomiędzy kategoriami binarnymi jak: pacjent – kobieta, lekarz – mężczyzna,

które to, uwarunkowane są kulturowo-historyczną proveniencją. Barbara Enrenreich i Deirdre English w *Complaints and Disorders. The Sexual Politics of Sickness* twierdzą, że „głównym wkładem medycyny do seksistowskiej ideologii jest opisywanie kobiet jako chorych i potencjalnego źródła choroby dla mężczyzn” [Enrenreich, English 2011: 1] – i jak dalej piszą – „w tradycji myśli zachodu mężczyzna to całość, siła i zdrowie. Kobieta zaś jest <<<niewydarzonym mężczyzną>>>, słabym i niepełnym” [Enrenreich, English 2011: 28-29]. Zarówno kobiety, jak i pacjenci utożsamiani są z tym co bierne, słabe, zależne i podporządkowane działaniom kultury²⁸. Ich ciała stanowią więc egzemplifikację natury i jak dowodzi Sherry Ortner, na płaszczyźnie symbolicznej poddawane są transformacji: czyli „socjalizowania” i „kulturalizowania” [Ortner 1982: 118]. W tym kontekście lekarz medycyny estetycznej stanowi uosobienie kultury²⁹ [Melosik 2010: 78].

Również Elaine Showalter zwraca uwagę na krzywdzące identyfikacje, które – jej zdaniem – od wieków przynosiły korzyści głównie lekarzom, supremacji patriarchatu i różnorodnym gałęziom medycznym [Showalter 1987: 18-20]. Jak dodaje Wolf: gwarantowały bowiem zysk wszędzie, gdzie były kobiety z klasy średniej [Wolf 2014: 277]. Historia ciała uwypukla, że kobiety od wieków utożsamiane były z tym, co chore, histeryczne i słabe, by z łatwością poddawać je nadzorowi, kontroli i regulacji. Wraz z przemianami społeczno-ekonomicznymi i wchodzeniem kobiet w przestrzeń publiczną, na skutek rosnącego zapotrzebowania na siłę roboczą, rolę paradygmatycznej choroby w miejsce agorafobii czy hysterii zaczęły zajmować „**obawy dotyczące prezentowania**” zewnętrznej części ciała [Shilling 2019: 104]. Jak zauważa Wolf, „kobieta epoki wiktoriańskiej została zredukowana do jajników tak samo jak dzisiejsza kobieta – do <<<urody>>>. Jej reprodukcyjna wartość,

²⁸ Gromkowska-Melosik zauważa, że apogeum ekspansji i ingerencji medycyny w ciało kobiety miało miejsce w dziewiętnastowiecznym – wiktoriańskim kulcie histerycznych kobiet, a ówczesna medycyna traktowała wszystkie normalne zjawiska, zaburzenia, pragnienia, anatomię i fizjologię kobiecą za dewiacyjną i patologiczną, to zdaje się, że nowoczesny rynek medycyny estetycznej czy chirurgii plastycznej w dużym stopniu realizuje obecnie ten sam model, używając jedynie odmiennych kategorii. Współcześnie bowiem to nie zachowania kobiet są najczęściej medykaliżowane, ale ich wygląd [Gromkowska-Melosik 2013: 133- 169].

²⁹ Podobnych przykładów dostarcza Turner w *teorii porządku społecznego*, zwracając uwagę, że zagrożenia związane z miejskim życiem klasy średniej w XIX wieku skupiły się na kobietach jako tych, szczególnie narażonych na seksualne niebezpieczeństwa. Kiedy nadzór i kontrola miast osiągnęły najwyższy punkt, a wszelkie podróże kobiet stały się całkowicie bezpieczne, lęki i obawy mężczyzn przed wzrostem niezależności kobiet wzrosły, wówczas pojawiły się medyczne argumenty o istnieniu **agorafobii**. Dotyczy ona „lęku przed wyjściem z domu, samotnego podróżowania, a nawet pójścia do sklepu. (...) osoba cierpiąca na agorafobię odczuwa lęk przed seksualnym uwiedzeniem i tłumi seksualne zainteresowanie nieznajomymi. Agorafobia u żony wyraża lęk przed przejściem kontroli nad gospodarstwem domowym męża, ale jest ona także manifestacją zależności żony od bezpieczeństwa i statusu mieszczańskiego rodzinnego domostwa” [Shilling 2010: 104]. Zatem lęk przed zmianami związanymi z terenami miejskimi i przeobrażeniami na rynku został przemieniony na jednostkę chorobową „legitymizujący władzę męża na żonę” [Turner 1984: 108]. Podobnym zabiegiem było „wytworzenie osobowości histerycznej” u kobiet w XIX wieku [Gromkowska-Melosik 2013: 151-152].

jak <<<estetyczna>>> wartość twarzy i ciała dziś, <<<stałą się uświęconą odpowiedzialnością, której musi stale strzec w interesie swojej rasy>>>” [Wolf 2014: 278].

Jak prawdopodobnie ująłby to Bauman – płynna nowoczesność nadaje centralne miejsce wartości ciała i jego zewnętrznej reprezentacji. Tego rodzaju perspektywa wiąże się z *koncepcją stylu życia* Giddensa, zgodnie z którą jednostki „próbują ustanowić niezawodne oraz nasycone znaczeniami poczucie tożsamości w warunkach późnej nowoczesności. Styl życia odnosi się do względnie zintegrowanego zestawu praktyk wybieranych przez jednostkę po to, aby nadać materialną formę poszczególnym narracjom tożsamości” [Giddens 2010: 16-18]. Im bardziej tradycyjne wartości i wielkie narracje, jak na przykład religia, tracą wartość, tym poczucie zagubienia człowieka w świecie wzrasta. Z uwagi na fakt, że poczucie jego tożsamości nie jest już stabilnie zdefiniowane, większe znaczenie przypisuje on swoim wyborom [Giddens 2010: 114-115]. Koncepcja stylu życia nawiązuje do kreowania tożsamości jako *projektu ciała*. Zdaniem Shillinga, style życia wpływają na wygląd i kształt ciała, bowiem jednostki w warunkach nowoczesności stosują się do *reżimów ciała*, które są elementem obowiązującego stylu życia. „Reżimy ciała są to programy zachowania związane z kultywowaniem określonych cech ciała, a stosowanie się do nich stało się na Zachodzie szeroko rozpowszechnione [Shilling 2019: 193-194]. Właściwą egzemplifikacją tej tezy będzie sytuacja, w której coraz większa część życia jednostek podporządkowana jest reżimowi fitnessu i medycznych interwencji, a dr Alicja mówi o konsekwencjach takiego postępowania:

Wydaje mi się, że w społeczeństwie i kulturze powstało przekonanie, że ludzie, którzy korzystają z tego rodzaju zabiegów, znajdują się na wysokim poziomie finansowym oraz że prezentują środowisko, które dba o siebie, przez co wszyscy chcą do nich dążyć. Zatrudniać ich, robić z nimi interesy, spotykać się, przyjaźnić i tym podobne. Jest to jeden z głównych powodów wykonywania zabiegów estetycznych [AIEiAK 14847].

Wypowiedź lekarki pokazuje, że osoby korzystające ze społecznie akceptowanych form zachowywania się i dbania o siebie, uznane są i posiadają aprobatę w oczach innych. Moja informatorka twierdzi, że ten aspekt – potrzeba akceptacji w grupie – może być powodem poddawania się procedurom medyczno-estetycznym. **Podkreśla to jedynie, że wartości związane z pięknem określają i nadają wartość nowoczesnym kobietom i to w stopniu większym niż można było się tego spodziewać.** Sądzę, że chodzi tu zwłaszcza o te kobiety, które z licznych powodów, takich jak na przykład branża, w której pracują, czy

aktywność w czasie wolnym, są szczególnie podatne na presję dotyczącą wizerunku. Na temat społecznej akceptacji, którą uzyskuje się przez stosowanie zabiegów medycyny estetycznej, mówi też dr Ksenia:

Korzystanie z usług medycyny estetycznej rozumiane jest w kategoriach społecznych jako odniesienie sukcesu, bowiem stać cię na wykonanie takich zabiegów. Jest to w jakimś stopniu połączone, z pojęciami takimi jak, władza oraz pieniądze. W dzisiejszych czasach odnotowuje się duży wyścig szczurów. Myślę, że wykonywanie zabiegów wchodzi nieco w taką rzeczywistość [AIEiAK 14843].

Podobnie jak poprzedniczka dr Kseni zauważa i ona, że powszechność medycyny estetycznej może wynikać z faktu, iż osoby, które korzystają z takich usług są nie tylko akceptowane społecznie, ale uznawane za ludzi sukcesu, którym sprzyja los i szczęście. Takie rozumowanie w dużym stopniu może zakrzywiać proces podejmowania decyzji o skorzystaniu lub nie, z procedur estetycznych. Swoją opinią na ten temat dzieli się także jedna z pacjentek, Martyna:

Dzięki jej technikom można zatrzymać młodość na dłużej i naprawdę poprawić swój wygląd. **Nie mówiąc już o tym, że zabiegi te są popularne wśród sławnych i bogatych, a zwykli ludzie też chcą się poczuć jak ich ulubieńcy i chcą sobie oferować namiastkę luksusu** [AIEiAK 14861].

Wypowiedzi kobiet, z którymi rozmowałam, nawiązują do tego, o czym pisze Melosik, że coraz częściej „tożsamość jest stopniowo wymywana z tego, co tradycyjnie nazywano umysłem lub duszą i przenoszona na <<powierzchnię>> – zaczyna być odgrywana przez ciało. Niekiedy w procesach wizualizacji ciała to tożsamość staje się ciałem. Tożsamość ciała staje się ciałem tożsamości. Tożsamość jest wówczas uosabiana poprzez wizualne reprezentacje” [Melosik 1996: 72]. Ten sam autor podkreśla jednocześnie, że orientacja skupiająca się na ciele stanowi remedium na współczesne poczucie zagubienia i braku kontroli. Wizualność, szczególnie ta, którą uosabia ciało, podtrzymywana jest przez różnego rodzaju środki komunikacji traktujące piękno, jako towar kultury konsumpcyjnej. Rozpowszechnianie tego przekonania powoduje, że dbałość o wygląd za pomocą najnowszych rozwiązań medycznych staje się akceptowalna, a wręcz pożądana. W ten sposób wzrasta także presja ze strony otoczenia, by wspierać swój wizerunek za pomocą nurtu medyczno-estetycznego [Melosik 2010: 80]. Featherstone uważa, iż ciało ma trwałe cechy,

jak: struktura kostna czy wzrost, to istnieje współcześnie tendencja do postrzegania go jako formy plastycznej. Przekonuje się ludzi, że dzięki odpowiedniemu wysiłkowi i pracy nad zewnętrzną reprezentacją ciała można osiągnąć idealny wygląd [Featherstone 2008: 112].

Nowoczesność definiuje urodę jako wartość „zdobytą” i „wypracowaną”. Piękno nie jest już kategorią naturalną, a coraz bardziej medycząno-technicyzowaną. Na ten temat mówi też dr Ksenia w następujący sposób:

Ponadto, korzystanie z zabiegów tego rodzaju daje duże możliwości poprawy wyglądu, w stosunkowo krótkim czasie i z łatwą dostępnością. Wszędzie możemy spotkać gabinety tego rodzaju. Natomiast gama proponowanych współcześnie zabiegów jest na tyle ogromna, że naprawdę każdy znajdzie coś dla siebie. **Ponadto, obecne kanony wizerunkowe wspierają kobiety w korzystaniu z usług medycyny estetycznej, dlatego, że wszystkie ikony urody w dzisiejszych czasach osiągnęły swój wygląd, dzięki pomocy lekarza. Jeśli kanonem urody są duże i pełne usta, to jak je inaczej osiągnąć, niż za pomocą zabiegu ich powiększenia?** Tak naprawdę, jak się nad tym zastanowić to kobiety, które naprawdę chcą zadbać o siebie, mają szansę zrobić to dobrze [AIEiAK 14843].

Wypowiedź lekarki podkreśla, że dzisiejsze piękno jest kategorią niemożliwą do osiągnięcia bez pomocy z zewnątrz. Można więc powiedzieć, że współczesna atrakcyjność to nie tylko uroda, ale także korzystanie z nowoczesnych rozwiązań medycznych. Na kwestię współczesnego piękna, które osiąga się za pomocą wizyty u lekarza medycyny estetycznej, opowiada dr Ania:

Poza tym, **współczesne kanony kobiecego piękna zakładają, że kobieta musi się poprawiać. Wszystkie uznawane za dzisiejsze piękności kobiety są poprawione, więc przekaz w stronę zwykłych kobiet jest taki, że i ty musisz się poprawiać.** Z drugiej strony, te wszystkie gwiazdy, które uznawane są za piękności również mają na sobie dużą presję ze strony producentów filmowych, prezesów dużych koncernów [AIEiAK 14845].

Słowa dr Ani potwierdzają jedynie opinię jej poprzedniczki. Również pacjentka Gabriela dzieli się swoim stanowiskiem na ten temat, przedstawiając opresyjność tego systemu i własne (choć kulturowo skonstruowane) konformistyczne poczucie konieczności dołączenia do świata medycyny estetycznej:

Zdecydowałam się odwiedzić gabinet medycyny estetycznej z wielu powodów. **Przed wszystkim wszyscy to robili, a ja nie chciałam zostać w tyle, więc trochę nie miałam wyboru.** Poza tym, od wielu lat widzę takie, a nie inne wizerunki, które mi się też podobają, więc i

ja chciałam też tak wyglądać. **Wiedziałam przecież, że moja usta od ćwiczeń czy diety nie urosną.** Dziś każda szanująca się kobieta powiększa sobie usta. **Nie mogłabym być sama dla siebie atrakcyjna bez pomocy lekarza** [AIEiAK 14857].

W opinii tej informatorki, nie istnieje jej własne piękno bez interwencji lekarskiej. Poziom jej atrakcyjności związany jest z określonymi zabiegami estetycznymi. Natomiast pacjentka Agnieszka opowiada o współczesnych kanonach piękna w następujący sposób:

Zabiegi z zakresu medycyny estetycznej wykonują nasi ulubieni aktorzy, celebryci i tak dalej, stąd my również je wykonujemy, bo chcemy wyglądać jak ludzie z wielkiego ekranu. Tak było na przykład w moim wypadku. **Podpatrzyłam, że Ewa Chodakowska ma zrobione usta, więc sama też pomyślałam, że jak takie osoby to robią, to nie ma nic w tym złego.** Wiele polskich kobiet wzoruje się na takich postaciach, jak Natalia Siwiec, która jest fanką medycyny estetycznej (...). Z drugiej strony, **popularne wizerunki, które publicznie uznane są za piękne, typu Natalia Siwiec zdobywają swój status atrakcyjnej kobiety przez fakt, że stosują dużo zabiegów z zakresu medycyny estetycznej. Wskazuje to na, że dziś atrakcyjność to przede wszystkim zabiegi z zakresu medycyny estetycznej.** Presja, żeby je wykonywać jest zatem ogromna, ale z drugiej strony nie widzę w tym nic złego, jeśli umie się z tego korzystać [AIEiAK 14858].

Pacjentka Agnieszka wskazuje, że poza tym, o czym już wspomniałam (współczesne piękno wymaga interwencji lekarskiej), to fakt, że zabiegi estetyczne wykonują sławne osoby, sprzyja popularności takiej formy dbania o siebie. W ten sposób, na wiele współczesnych kobiet, poza potrzebą posiadania atrakcyjnego wyglądu i świadomości, jak się go zdobywa, oddziałuje fakt, że osoby, które podziwiają i darzą sympatią, korzystają z takich możliwości. Zabiegi estetyczne stają się popularne, bowiem odnoszą się do poziomu emocjonalnego wielu osób. Tak duża liczba bodźców przeważająca za skorzystaniem z terapii medyczno-estetycznej wskazuje na to, o czym mówi Agnieszka Gromkowska-Melosik, że współcześnie kobiecość „konstruowana jest <<wokół konsumpcji>>” [Gromkowska-Melosik 2002: 97]. Ciało staje się towarem, który można dowolnie kreować i sprzedawać, a gwałtowny rozwój gałęzi medycznych zajmujących się estetyczną stroną cielesności, jedynie ugruntowuje to przekonanie – powodując jednocześnie – jeszcze większy ekspansjonizm i zawłaszczanie przestrzeni społecznej, w której, to właśnie wygląd ciała odgrywa kluczową rolę. Davis podkreśla, że współczesne piękno jest „integralnym elementem składowym społecznego podporządkowania kobiet. Stanowi ono <<idealny sposób utrzymywania kobiet na granicy>> – poprzez nieustanne podsycanie ich czujności w sferze sprawowania kontroli nad własnym

ciałem” [Davis 1995: 48-49]. Obie badaczki uważają, że wygląd i jego „odpowiednie wersje” są kobietom narzucane.

Bordo zauważa z kolei, że coraz częstszym zjawiskiem jest niezadowolenie kobiet z własnego wizerunku z jednocześnie wzrastającą ilością czasu poświęcanego na dbanie o niego. Trywializuje ona jednak ten brak satysfakcji tłumacząc, że jest to jedynie „moda” – która jest upolityczniona i zależna od zmieniających się warunków społecznych i procesów racjonalizacji [Bordo 1995: 21]. Gromkowska-Melosik umieszcza ową „modę” poza granicami kulturowej krytyki [Gromkowska –Melosik 2002: 108]. Popularne powiedzenie, że „kobieta nigdy nie jest zadowolona ze swojego wyglądu” oznacza więc, że jest to naturalna cecha kobiet, co skutkuje, że przyczyn tego zjawiska nie poszukuje się w odwiecznym internalizowaniu, dyscyplinowaniu³⁰ i lokowaniu w kobiecych ciałach trudnych do urzeczywistnienia kanonów, a jedynie rozpowszechnia się popularny dyskurs, „instruujący” płęć żeńską jak kreować „nową siebie”.

W tym kontekście niezwykle interesujące – jak sądzę – jest przywołanie wypowiedzi moich informaterek o powodach zgłoszenia się do kliniki medycyny estetycznej. Pacjentka Jadwiga krótko podsumowuje, dlaczego podjęła decyzję o skorzystaniu z takich usług:

Wszyscy korzystają z tego to i ja też. Sama uważam, że naprawdę dobry lekarz medycyny estetycznej może zrobić więcej, niż najlepszy psycholog [AIEiAK 14859].

Słowa pacjentki zwracają uwagę na to, jak niezwykle istotną funkcję terapeutyczną dla kobiet związanych z tym środowiskiem pełnią zabiegi. Porównuje wykonywanie procedur estetycznych do terapii psychologicznej, która zajmuje się między innymi leczeniem: wewnętrznych konfliktów czy nieprzepracowanych traum. W moim odczuciu pokazuje to jedynie, jak wielkie oczekiwania przypisuje się zabiegom poprawiającym urodę. Takie postrzeganie medycyny estetycznej może rodzić liczne problemy natury emocjonalnej i brak ostatecznej satysfakcji z przeprowadzonych zabiegów. Z kolei Teresa, pacjentka, podaje inne,

³⁰ Na temat kontroli kobiecych ciał we współczesnych społeczeństwach w bardzo interesujący sposób pisze Sarah Nettleton, która uważa, że kontrola kobiecych ciał ma na celu głównie podtrzymywanie ogólnego porządku społecznego. Współczesny dyskurs dyscyplinowania cielesności wskazują na dwa podstawowe kierunki. Pierwszy z nich dotyczy „trenowania – dyscyplinowania” ciała w celu uzyskania „odpowiednich” modeli zachowywania się. Polega on na procesie socjalizacji, w którym ukrywamy swoje immanentne uczucia, instynkty i zachowania na rzecz obowiązujących społecznie standardów. W ten sposób jednostki stają się takie, jakimi kształtuje ich grupa, w której żyją. Ludzie noszą odzież w określony sposób, malują twarz i paznokcie zgodnie z przyjętymi standardami czy dążą do powiększenia ust jako akceptowanego synonimu atrakcyjności. Drugi kierunek polega na kontrolowaniu oraz weryfikowaniu odpowiednich rezultatów uzyskanych na drodze „powszechnej socjalizacji”. Różni ludzie i instytucje władzy/wiedzy egzekwują, czy ktoś spełnia oczekiwania społeczne czy nie. Jednostki, których wygląd ciał odbiega od przyjętych norm zostają alienowani i stygmatyzowani [Nettleton 2005: 40-64].

jej zdaniem ważne powody, które skłoniły ją do pierwszej wizyty w klinice medycyny estetycznej:

Wiedziałam, że medycyna estetyczna jest bardzo skutecznym narzędziem. Gdy zaczęłam chodzić na wizyty do lekarza medycyny estetycznej **widziałam bardzo wiele metamorfoz: moich koleżanek, koleżanek moich koleżanek, obcych osób na ulicy i bardzo wielu znanych ludzi w mediach społecznościowych, telewizji czy na portalach plotkarskich.** Chciałam być atrakcyjna i szukałam najlepszej do tego metody [AIEiAK 14868].

Dwie różne opowieści mówiące o powodach korzystania z usług estetycznych mogą wskazywać na złożoność tego zjawiska. Trudno jest wyodrębnić wszystkie z nich, ale w słowach moich rozmówczyń zauważam także liczne spójności. Wypowiedź Teresy nawiązuje do wspomnianej już przeze mnie popularności stosowania zabiegów ze względu na rozpowszechnienie się tego zjawiska w mediach i kulturze popularnej, ale i stosowania ich przez znane osoby. Sądzę więc, że zacytowane słowa wskazują, że dbanie o siebie przy udziale medycznego świata wpisuje się w kategorię współczesnej „normy”. Jeszcze dekadę wcześniej wszelkie zabiegi medyczne miały raczej charakter rekonstrukcyjny ³¹. Rozpowszechniony dyskurs idealnego wyglądu spowodował, że zabiegi z zakresu medycyny estetycznej stały nie tyle akceptowalne, ile „obowiązującą normą”. Współczesność charakteryzuje się upowszechnianiem ciał dalekich od naturalnych i biologicznych kształtów – są to wizerunki, których współczesna kobieta nie osiągnie bez pomocy „igły” czy „skalpela”. Celem tego rodzaju technologii medycznej jest nie tylko cofnięcie zegara biologicznego i zachowania atrybutów młodości jak najdłużej, ale kreowanie wizerunku, zgodnie obowiązującymi współcześnie kanonami. Ciało staje się metaforą społeczeństwa i kultury, odbijając ich cechy w swoim wyglądzie. Gromkowska-Melosik pisze, że:

niczym w areszcie śledczym, kobieta – jak podejrzany o przestępstwo – wie, że szklana tafla kryje za sobą widza, wielkiego Krytyka, który poszukuje znamion przestępstwa: zmarszczek, fałdek, tłuszczu, brak właściwych proporcji. Metafora lustra dobrze oddaje – uwewnętrznione w trakcie socjalizacji – *poczucie*

³¹ Zabiegi, których celem było wykreowanie nowego wizerunku ludzkiego ciała były znane od stuleci, ale ich podstawowym zadaniem była rekonstrukcja wad biologicznych, nie zaś sama estetyka. Od początku XX wieku tendencje te stopniowo się zmieniają, by pod koniec XX i na początku XXI wieku przyjąć formę apogeum (już w latach sześćdziesiątych znane były zabiegi „upiększające”, ale były dostępne dla wąskiego grona znanych osób, na przykład Marilyn Monroe czy Michael Jackson). Współczesna medycyna obrała dwa główne kierunki swoich działań. Pierwszy z nich, to medycyna ratująca ludzkie życie i zdrowie. Skomplikowana, bolesna, często związana z dużym ryzykiem i cierpieniem oraz nie zawsze uprzejmym personelem. Drugi kierunek to medycyna estetyczna (czy chirurgia plastyczna z niektórymi swoimi zainteresowaniami), której celem jest poprawienie wyglądu i samopoczucia z niego płynącego. Przedstawiana jako miła, przyjemna, bezbolesna gałąź medyczna z uprzejmym i przyjaznym personelem [Kościński, Zaczynski 2006: 50-57].

kobiety, że żyje w świecie pełnym luster, że od męskiego oka uciec nie może. Poddawana – od wczesnego dzieciństwa – nieustannemu oglądowi kobieta pozwala w końcu męskiemu oku stać się integralną częścią swojej tożsamości. Lustro jest w niej – Wielki Krytyk zagnieżdża się w jej mózgu, jej podświadomości. Kobieta patrzy na siebie męskim okiem, pragnie wyglądać tak, jak sądzi, że mężczyzna pragnąłby, aby wyglądała [Gromkowska-Melosik 2002: 109].

Melosik podkreśla, że w tym kontekście biologiczne reprezentacje przestają stanowić definitywne ograniczenie, a medycyna estetyczna staje się „naturalną” ingerencją w ciało [Melosik 2010: 80]. Dla kobiety, która nie jest w stanie spełnić kulturowych i społecznych wymogów bycia piękną, medycyna estetyczna przedstawia szereg alternatyw rozwiązujących te problemy. Stając się w ten sposób jedynym możliwym remedium, by poczuć się bardziej akceptowaną i wartościową jednostką. Davis wskazuje, że nowoczesna technologia medyczna pomaga nie tylko podważyć biologiczny wiek człowieka, ale przekracza także wrodzone, naturalne, etniczne i kulturowe cechy, a nawet identyfikację płciową [Davis 1995: 18]. Powoduje też, że kobiety stosujące zabiegi estetyczno-medyczne postrzegają swoją atrakcyjność w odmienny sposób i nie chodzi tu tylko o to, czy są faktycznie atrakcyjniejsze w kategoriach subiektywnych, ale że samo wykonywanie procedur upiększających daje im takie przekonanie. Również moje rozmówczynie – choć nie artykułują tego bezpośrednio – zwróciły uwagę na ten aspekt. Cytuję wypowiedź pacjentki Gracji:

Byłam bardzo zadowolona z efektu. **Nadal korzystam z usług mojej lekarki i muszę przyznać, że zdecydowanie częściej ludzie mnie komplementują. Choć może po prostu ja czuję się ze sobą lepiej i z tego powodu przyjmuje w ogóle te komplementy, bo wcześniej miałam z tym problem.** Nawet jak ktoś powiedział mi coś miłego, to miałam wrażenie, że się ze mnie nabija lub po prostu chce zrobić mi przykrość. **Odkąd stosuje zabiegi estetyczne czuję się bardziej pewna siebie i wiem, że nikt nie chciałby się ze mnie naśmiewać, a raczej jedynie komplementować** [AIEiAK 14869].

Zmiana podejścia pacjentki Gracji do komplementów może być egzemplifikacją, że **przemiana w postrzeganiu siebie zaczyna się już na etapie podjęcia decyzji o skorzystaniu z usługi i – może, nie zawsze dotyczy wyłącznie efektu finalnego.** Kilka słów od siebie dodaje też pacjentka Martyna, która mówi w następujący sposób:

Nie będę ukrywała, że zabiegi u lekarza medycyny estetycznej były **w moim przypadku bardzo trafione i oceniam je jako bardzo pozytywne.** Zdecydowanie sprawiły mi dużo zadowolenia i radości [AIEiAK 14861].

Moim zdaniem, wypowiedzi Martyny, ale też jej poprzedniczki, wskazują, że w niektórych przypadkach opinia o przeprowadzonych zabiegach jest aprobująca, bo dotyczy tych aspektów, które były faktycznie istotne dla pacjentki, ale niekiedy – wewnętrzne powody o skorzystaniu z leczenia, jak na przykład traktowanie samej usługi jako czynności poprawiającej, może w niektórych przypadkach budzić kontrowersje. Ze względu na fakt, że to liczne czynniki skłaniają kobiety do podjęcia decyzji o wykonaniu terapii – co może powodować, że trudnym jest postawienie jednoznacznej granicy pomiędzy pozytywnymi a negatywnymi konsekwencjami stosowania procedur medycyny estetycznej. Również literatura przedmiotu i wielu badaczy zainteresowanych społecznym obrazem ciała podzieliło się zasadniczo na dwie grupy: tych, którzy uważają, że wykonywanie zabiegów estetycznych jest w gestii jednostki i w przypadku korzystania z takich usług z rozsądkiem, nie widzą w tym nic niepokojącego; oraz na tych, którzy są zdecydowanie temu przeciwni – widząc w dyskursie medyczno-estetycznym opresję wymierzoną w stronę kobiet. Zwolennicy tej perspektywy (Virginia L. Blum, Kathryn Morgan) deklarują, że współczesny przemysł technicyzowanej medycyny ingerującej w wygląd jest kolejnym narzędziem społecznej kategorii dyscyplinowania kobiet. W ten sposób pogłębia się jedynie fałszywe przekonanie wielu jednostek, że nadzór nad ciałem, daje im kontrolę nad życiem. Rozwój i ekspansjonizm profesji medycznych, takich jak: medycyna estetyczna, chirurgia plastyczna, dermatologia estetyczna, stomatologia estetyczna i wiele innych, należy rozumieć jako narzuconą formą produkowania uległych ciał. W tym kontekście – mówiąc językiem Giddensa – w czasach ponowoczesności esencją kobiecości staje się **ideologia „poprawiania natury”**, a medycyna estetyczna czy chirurgia plastyczna nie są rzeczywistym rozwiązywaniem problemu dyscyplinowania kobiecych ciał i uwalniania ich z uścisku władzy patriarchatu, ale tak naprawdę same kreują i podtrzymują **„estetyczną presję”**. Sadzę, że większość z moich informatek staje się ofiarami tej ideologii, o czym świadczyć mogą ich wypowiedzi. Tylko kilkadziesiąt nich potrafi zachować umiar i nie wpada w opisywaną presję, a zaprezentowane przeze mnie koncepcje teoretyczne znajdują potwierdzenie w materiale empirycznym.

Morgan traktuje wykonywanie różnorodnych zabiegów „upiększających” jako wyraz strachu i lęku, ale też przemocy nad tożsamością współczesnych kobiet [Morgan 1994: 251-253]. Ta sama autorka uważa, że utopią jest traktowanie decyzji jednostki o wykonaniu zabiegu, jako świadomej i racjonalnej, chociażby ze względu na możliwość wystąpienia licznych skutków ubocznych i powikłań zdrowotnych, które mogą wystąpić. Mimo to, wiele kobiet przekonanych jest, że ich wybór jest autonomiczny i pozbawiony wpływu z zewnątrz.

Zdaniem Morgan, zabiegów estetycznych nie należy traktować jako próby wyzwolenia i wyjścia poza ramy natury [Morgan 1994: 240-249]. Melosik pisze, że współczesne branże medyczne ingerujące w zewnętrzne reprezentacje kobiecych ciał stanowią narzędzie władzy nad cielesnością jednostek [Melosik 2010: 80]. Z kolei Bordo zauważa, że prawne uregulowanie zabiegów o charakterze medyczno-estetycznym stanowi ingerencję w wolność wyboru jednostki [Bordo 1993: 20]. Sugeruje bowiem, co jest preferowanym wyborem.

Zdaniem wielu badaczek, kupowanie odpowiedniego wyglądu, przedłużonej młodości i spełnianie w ten sposób społecznych oczekiwań jest wyrazem podporządkowania się zasadom narzuconym przez dyskurs władzy / wiedzy kierowanej przez patriarchat [Etkoff 2000: 115-116]. Dążenie do nowego ciała daje przyzwolenie na pogłębianie się panującej supremacji patriarchatu i dalszego kontrolowania jednostek [Morgan 1994: 251-253]. Jean Baudrillard podkreśla, że w tym kontekście kobieca cielesność traktowana jest jako „obiekt” podlegający nieustannej obserwacji „wewnętrznego nadzorcy”, permanentnie oceniających innych kobiet i najsurowszego ze wszystkich sędziów: mężczyzny [Baudrillard 2006: 171-174]. Tego rodzaju perspektywa przywodzi na myśl panoptyczny model nowoczesnej władzy Jeremy’ego Bentham’a, który może kontrolować setki kobiet przez zinternalizowanie w ich umysłach „męskiego inspektora” [Gromkowska-Melosik 2002: 24]. „Kobieta, która sprawdza wielokrotnie swój makijaż w ciągu dnia, po to, aby sprawdzić czy przypadkiem jej fluid nie rozmazał się, a jej maskara nie pokruszyła, która martwi się, że wiatr lub deszcz zniszczył jej fryzurę, która wielokrotnie sprawdza czy jej pończochy nie zmarszczyły się, lub – czując się tłusta – monitoruje wszystko, co je, stała się z pewnością – tak samo, jak mieszkaniec panopticonu – policjantem, który pilnuje samego siebie, jaźnią zaangażowaną do nieustającej samoinwigilacji. Ta ostatnia stanowi formę posłuszeństwa wobec patriarchatu. Jest ona także odzwierciedleniem świadomości kobiety, że jest ona inwigilowana w sposób, który nigdy nie odnosi się do mężczyzny” [Gromkowska-Melosik 2002: 25: za Bartky 1998: 42]. Zdaniem Bauman’a, współczesne ciało jest opresyjnie atakowane przez nieustające spojrzenie obserwatora, od którego nie może ono uciec [Bauman 2000b: 43]. W tym kontekście medycynę estetyczną można ujmować w kategoriach narzędzia, które ma dyscyplinować i nadzorować ciało oraz tożsamość kobiety [Morgan 1994: 247-249].

We współczesnej kulturze ciało kobiety nie jest postrzegane tak jak kiedyś – w kontekście jej zdolności reprodukcyjnych – bowiem cała uwaga skupiona jest na jej wyglądzie. Samo zainteresowanie kobiecym pięknym nie jest niczym nowym – nowa zdaje się być władza i zasięg zorientowanego na wizualne reprezentacje cielesnego *image*. Nowe jest też spopularyzowanie takiego modelu piękna na kobiety ze wszystkich klas, który kiedyś

zarezerwowany był dla kurtyzany lub arystokratki, dziś – zobowiązane są go wypełniać: nastolatki, matki, babki, panny i mężatki, kobiety zamożne i te bez dobrej sytuacji finansowej – po prostu wszystkie [Bartky 1998: 42].

Wśród badaczy zainteresowanych społecznym obrazem ciała znajdują się i tacy, którzy nie traktują medycyny estetycznej czy chirurgii plastycznej jedynie jako narzędzia opresji wobec kobiet. Wiele z nich poddaje się takim zabiegom – nie widząc w tym nic sprzecznego z ideą współczesnego feminizmu. Perspektywa ta jest bliska zwłaszcza Davis, która odrzuca determinizm i istnienie „społecznego więzienia” zmuszającego kobiety do urzeczywistnienia obowiązującej esencji kobiecości. Twierdzi, że takie podejście jest dużym ograniczeniem i nadużyciem oraz, że nie należy traktować każdej ingerencji medycznej w wygląd jako postawy konformistycznej [Melosik 2010: 81]. Jednocześnie, odrzuca traktowanie kobiet jako ofiar współczesnej ideologii, bowiem wykonywanie procedur medycznych ingerujących w wygląd ciała oderwane jest od szerszego kontekstu dyscyplinowania w ogóle. Kontestuje, że w życiu współczesnej kobiety istnieje duża liczba codziennych – wolnych wyborów, które każda z nich dokonuje na podstawie swoich subiektywnych doświadczeń [Davis 1995: 25]. Z kolei Naomi Wolf w *Micie piękna* pisze, że nawet najbardziej trywialny wybór kobiety uwikłany jest w szeroki kontekst społeczno-kulturowy, a wszelkie normy zachowań i postaw z niego wyrastających zdominowane są przez władzę patriarchy [Wolf 2014: 83].

Davis i inne zwolenniczki jej perspektywy nie kwestionują pewnych podstaw kulturowych, takich jak: męska dominacja, warunki środowiskowe, grupa społeczna czy dyskurs władzy, bowiem kobieta zdolna jest świadomie partycypować w grupie i podejmować świadome wybory. W tym kontekście decyzja o poddaniu się zabiegom estetycznym nie może być traktowana jako wykonywanie narzuconej ideologii nad ciałem kobiety – ponieważ, jak twierdzi Davis – nie jest ono przedmiotem społecznego dyscyplinowania, lecz raczej podmiotem – przez który kobiety wyrażają swoją osobowość i konstruują tożsamość. Mimo to, takie ujęcie ingerencji medycyny w urodę kobiety traktowane może być jako dyskurs możliwy do interpretacji, ale wyłącznie wówczas, gdy ciało zaczyna być ujmowane jako część kultury [Melosik 2010: 83].

Przedstawione powyżej stanowiska wobec medycznych ingerencji w ciało kobiety pokazują, jak trudne pozostaje przyjęcie jednoznacznego stanowiska wobec tej kwestii. To, co można współcześnie nazwać dyscyplinowaniem lub wolnością wyboru jednostki, należy do grupy pojęć bliskich sobie, a uchwycenie wyraźnej granicy zależy od punktu widzenia badacza, perspektywy społecznej czy określonej aksjologii [Melosik 2010: 84]. Podejmując

się wejścia w rolę metanarratorki podkreślę, że bliższe mi są poglądy Morgan. Mimo to uważam, że perspektywa Davis jest słuszna – o ile przyjmujemy jednostkowy punkt widzenia. Bogactwo zebranego przeze mnie materiału terenowego pokazuje, że znaczna większość kobiet jest zadowolona z efektów zabiegów estetycznych, ale uwidacznia też, że powody o zastosowanej usłudze medyczno-estetycznej miały różnorodny charakter³². O trudności przyjęcia wyraźnego stanowiska w tej kwestii stanowią opowieści moich informaterek, których opinie niekiedy są bardzo zróżnicowane. Cytuję wypowiedź pacjentki Teresy:

Dodało mi to też pewności siebie. **Mam też takie poczucie, że jestem bardziej dowartościowana**, no bo jednak korzystam z zabiegów medycyny estetycznej. No nie każdy może sobie na to pozwolić. Czuję się wtedy taka bardziej na czasie i modna, **bo robię to, co robią ludzie uważani za atrakcyjnych, no tacy ludzie, których podziwiamy** [AIEiAK 14868].

Zacytowane słowa Teresy potwierdzają, że wiele pacjentek utożsamia atrakcyjny, bo wypracowany przez lekarza wygląd, z posiadaniem wysokiej samooceny i czynnikami psychologicznymi. O swoich subiektywnych odczuciach opowiada też pacjentka Jagoda w następujący sposób:

Na pewno zawsze, gdy idę do mojej lekarki towarzyszy mi uczucie i potrzeba dbania o siebie. To jest takie ważne dla mnie uczucie, które staram się realizować. **Wizytę w gabinecie odbieram jako coś wyłącznie dla mnie. To są takie moje momenty**. Wszystkie moje wizyty i zabiegi, które wykonałam były dla mnie bardzo satysfakcjonujące [AIEiAK 14865].

Z kolei pacjentka Jagoda traktuje wizyty u lekarza medycyny estetycznej jako szczególne momenty w swoim życiu. Sądzę, że w niektórych przypadkach może dojść do „przemieszania” potrzeb psychologicznych z kategoriami dotyczącymi innych aspektów. Pacjenci traktują medycynę estetyczną jako aprobowaną formę dbania, ale nie tylko o wygląd, lecz także dbanie o siebie – w szerokim znaczeniu tego słowa. W bardzo osobistym tonie mówi też Oliwia:

Osobiście już po pierwszej wizycie byłam zadowolona i muszę powiedzieć, że naprawdę poprawia taka wizyta humor. **Z czasem, to nie mamy wyjścia i trzeba chodzić, bo inaczej będziemy starzeć się w sposób, który nie chcemy**. Dla mnie medycyna estetyczna to szansa na piękny wygląd bez względu na wiek [AIEiAK 14874].

³² Mówiąc o zabiegach estetycznych w tym miejscu pracy mam na myśli nie tylko te, które oferuje medycyna estetyczna, ale także ofertę chirurgii plastycznej.

Oliwia mówi o braku wyboru, a wręcz konieczności korzystania z takich usług. Także lekarki dzielą się przemyśleniami na ten temat. O swojej perspektywie opowiada dr Anastazja, która wskazuje na utożsamianie atrakcyjności ze zdrowiem i – podobnie jak niektóre jej przedmówczynie – z większą samooceną. Oddaję jej głos:

Uważam, że wyglądam po tych zabiegach korzystniej, młodziej i świeżej, także zdrowiej. Wiem, że dzięki temu czuję się bardziej atrakcyjnie, młodziej i pewniej siebie. Jednak z drugiej strony wiem, że moja praca tego wymaga [AIEiAK 14854].

Niemalże wszystkie moje rozmówczynie wskazują, że zabiegi, którym się poddały, dały im dużo satysfakcji i zadowolenia oraz wbudowały w nie przekonanie o istnieniu większych możliwości, zarówno w sferze prywatnej i zawodowej. Mówią też o innych czynnikach między innymi psychologicznych, które poprawiają za pomocą usług medyczno-estetycznych. Wśród informaterek tylko dr Marta wspomniała o innej stronie stosowania zabiegów estetycznych:

Dla mnie dbanie o siebie to korzystanie z takich usług. Nie da się w inny sposób odświeżyć skóry czy wypełnić zmarszczek. **Myślę, że wszystko jest dla ludzi, jeśli potrafi się znaleźć umiar.** W jakimś celu wszelkie te dogodności zostały stworzone. **Niestety dzieje się tak, że wiele osób przesadza, bo nie potrafi znaleźć umiaru i później ludzie, którzy nie mają do czynienia z medycyną estetyczną myślą, że powiększanie ust to jest robienie warg na rybojada.** Kobiety, które rozsądnie korzystają z tego typu zabiegów są nie do poznania dla zwykłego człowieka. Nie ma możliwości, żeby mógł on podejrzewać, że kobiety te stosują jakieś zabiegi z zakresu medycyny estetycznej [AIEiAK 14846].

Dr Marta jako jedna z nielicznych lekarek artykułuje problematykę negatywnych skutków korzystania z tego rodzaju terapii. Jej słowa są potwierdzeniem, że stosowanie zabiegów medyczno-estetycznych może przynosić niechciane konsekwencje. Warto dodać, że moje rozmówczynie niechętnie dzieliły się niekorzystną czy chociażby neutralną opinią na temat medycyny estetycznej. Często miałam wrażenie – czego potwierdzeniem były rozmowy w kulisach, podczas których kobiety dzieliły się nieco innymi spostrzeżeniami – że w trakcie przeprowadzania wywiadów, zarówno pacjentki i lekarki, reklamują swoje środowisko, a nawet starają się bronić własnych wyborów. Także, tylko jedna z pacjentek – Justyna wskazała na konsekwencje wykonywania zabiegów, o których istnieniu dowiedziała się dopiero wówczas, gdy podjęła decyzję o ingerencji w wygląd. Mówi następująco:

Choć czasami łapię się na tym, że odkąd tak profesjonalnie dbam o siebie, to zauważyłam wiele innych rzeczy, które powinnam poprawić, a których nie wiedziałam wcześniej. No chyba tak się oko wyostrza i z biegiem czasu widzimy coraz więcej [AIEiAK 14870].

Justyna podkreśla, że podjęcie decyzji o skorzystaniu z wizyty u lekarza medycyny estetycznej może przynosić niechciane skutki w postaci potrzeby poprawiania swojego wizerunku coraz bardziej. Nawiązuje to do tego, o czym pisze Bauman, że „ciało ludzkie jest dziś w pierwszym rzędzie organem konsumpcji i miarą jego należytego stanu jest zdolność wchłonięcia i zasymilowania wszystkiego tego, co społeczeństwo konsumpcyjne ma do zaoferowania” [Bauman 2008: 99]. Bourdieu zwraca uwagę na różnorodne formy *utowarowienia ciała* współcześnie – i o tym w języku potocznym mówi pacjentka Justyna. Wielorakie systemy społeczne łączą się w rozmaite konfiguracje pól, które nadają wartość różnym rodzajom ciał. W ten sposób wzrasta tendencja do coraz ściślejszego wiązania jednostkowej tożsamości z ciałem [Shilling 2019: 198]. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera analiza „Piętna” Goffmana, która podkreśla, że na tożsamość jednostki znaczący wpływ ma opinia innych członków społeczeństwa na temat wartości wizualnej jej ciała [Goffman 2005: 33]. Mimo to, jak twierdzi Featherstone, wartości przypisywane ludzkiej cielesności nie są trwałe i mogą się nagle zmienić, wywołując jeszcze większe poczucie niepewności wobec ciała [Featherstone 2001: 175].

Taki stan rzeczy, gdy nowoczesność zwrócona jest w szczególny sposób na wartości związane z ciałem i pozycją ekonomiczną jednostki – to za odpowiednią opłatą można wykreować nową tożsamość. Procesy utowarowienia ciała wpływają, zdaniem Wolf, na podniesienie wymagań wizerunkowych, którym muszą sprostać kobiety [Wolf 2014: 76]. Jej zdaniem dzieje się tak dlatego, że współczesne kanony wizerunkowe nie dotyczą tylko samego ciała. Liczy się nie tylko rozmiar, młodość czy jędrność sylwetki, ale także czy wizerunek wskazuje na zdrowie organizmu, czy jednostka podąża za współczesnymi normami *pracy nad ciałem*, na przykład makijażem, odpowiednim strojem czy fitnesssem lub czy jej wygląd wpisuje się w powszechny nurt ingerencji medycznych w ciało. Nowoczesny dyskurs tyranizowania ciał wykracza daleko poza ramy natury, ale jest też ściśle związany z pozycją ekonomiczną jednostki. Dzisiejsze piękno ma wymiar finansowy co zdaje się bardzo dobrze odzwierciedlać powszechna paralela: *im drożej tym piękniej*. Na temat relacji piękno – pieniądze – uroda w interesujący sposób eksplikowały także moje rozmówczynie. Oddaję głos dr Malwinie, która zwraca uwagę na istotne kwestie:

Przede wszystkim dlatego, że je na to stać i jeśli mogą to będą opóźniać procesy starzenia się. **Korzystanie z zabiegów medycyny estetycznej świadczy też o dobrym statusie materialnym.** Zdecydowanie częściej z zabiegów korzystają kobiety wykształcone i **zamożne** lub takie, ale jest ich niewiele, które po prostu na to stać, bo na przykład mąż im to sponzoruje. Nie jest to dla mnie nic dziwnego, **bo wiadomo, że kobiety chcą dobrze wyglądać, ale teraz mogą sobie realnie pomóc** [AIEiAK 14844].

Wypowiedź lekarki podkreśla ścisły związek współczesnej kategorii piękna z wysoką pozycją finansową, co może wskazywać, że obie te wartości są ze sobą ściśle połączone i nie można mówić o pięknie bez skorelowanych z nim wartości ekonomicznych. Na ten temat mówi pacjentka Pola:

Sama poszłam pierwszy raz do lekarza medycyny estetycznej w wieku dwadzieścia cztery lata, bo wszystkie moje koleżanki chodziły, więc i ja chciałam powiększyć usta. Poza tym przez korzystanie z usług medycyny estetycznej jesteśmy odbierane jako kobiety wyżej sytuowane. Jest coś takiego w medycynie estetycznej, że osoby, które wykonują zabiegi jakby należą do pewnej określonej grupy. Grupy, która jest wyżej sytuowana ze względu, że robi te zabiegi. (...). Podobały mi się usta moich koleżanek. **Chciałam także uzyskać prestiż społeczny – czyli chodzić do lekarza medycyny estetycznej i stać mnie na to.** Jestem wtedy KIMŚ. Dało mi to pewność siebie, poczułam się lepiej i od tego czasu słyszę wiele komplementów. **Myślę też, że zostałam zakwalifikowana jako dobra partia, bo jestem wyżej sytuowana, skoro korzystam z usług medycyny estetycznej.** A to mi się bardzo podoba [AIEiAK 14866].

Wypowiedź Poli także wskazuje na łączenie sfery piękna z kapitałem finansowym. Dla porównania przytaczam wypowiedź dr Wioletty:

Korzystanie z medycyny estetycznej stało się samo w sobie niezwykle popularne, świadczy także o sukcesie w wielu dziedzinach życia. **Tego rodzaju zabiegi nie są dostępne dla każdego ze względu na duże koszty,** więc jeśli kogoś na nie stać inni uważają, że osiągnął sukces, bo jest w stanie korzystać z takich usług [AIEiAK 14849].

Z przytoczonych przeze mnie eksplikacji pacjentek i lekarek wynika, że osiągnięcie pożądanego społecznie wizerunku daje kobiecie bilet wstępu – mówiąc językiem Maxa Webera – do uzyskania aprobaty w oczach innych ludzi. To, że współczesne piękno wymaga szczególnych nakładów finansowych powoduje, iż jego definicja nie odnosi się wyłącznie do kategorii związanych z urodą, ale oznacza też status materialny człowieka. Taki stan rzeczy na temat jednostkowej cielesności przywołuje na myśl koncepcję ciała jako nośnika

symbolicznych znaczeń, znajdującej się w centrum teorii reprodukcji społecznej Bourdieu. Potwierdza się także zamysł Eliasa, który podobnie jak francuski socjolog, zauważa wzajemną relację między rozwojem ludzkiej cielesności, a położeniem społecznym jednostki – obaj podkreślają zarządzanie ciałem jako kluczowy czynnik do nabywania dystynkcji i statusu społecznego [Bourdieu 2005: 145]. Ciało – jak twierdzi Pierre Bourdieu i Norbert Elias – stanowi nieukończony byt rozwijający się równolegle z innymi siłami społecznymi, istotnymi dla utrzymania społecznych nierówności [Shilling 2019: 139].

W perspektywie teorii społecznego formowania ciała Bourdieu, ludzka cielesność nosi znamiona klas społecznych na skutek rozwoju trzech istotnych czynników: położenia społecznego, habitusu i gustu. W świetle prowadzonych rozważań szczególnie interesującą kategorią wydaje się **gust**. Odnosi się on do kategorii i procesów, które przejmowane są przez ludzi jako własny styl życia, który w rzeczywistości jest głęboko zakorzeniony w przymusie materialnym [Shilling 2019: 142]. Wewnętrzne procesy kształtowania się określonego gustu są tak naprawdę zinternalizowane i mają istotny wpływ na podejście jednostki wobec własnego ciała. Zdaniem Bourdieu, gust jest „kulturą przekształconą w naturę, czyli kulturą ucieleśnioną (...); stanowi on ucieleśnioną zasadę klasyfikacji rządzącą wszelkimi formami wcielania, wybiera i dokonuje zmiany tego wszystkiego, co ciało wchłania, przeżuwa oraz przyswaja fizjologicznie i psychologicznie” [Bourdieu 2005: 237].

Stosowanie zabiegów medycznych w celu poprawy wyglądu jest egzemplifikacją tego, jak gust wpływa na kobiece ciało i przekształca się w „klasowo zdeterminowane materialne położenie” jednostki [Shilling 2019: 142]. Także Wolf wskazywała, że stosowanie zabiegów estetycznych przy udziale lekarza staje się w czasach płynnej nowoczesności symbolem sukcesu i przedsiębiorczości współczesnych kobiet [Wolf 2014: 68-70]. Dokładnie to potwierdziły przeprowadzone przeze mnie badania etnograficzne. W tym kontekście – ciało jako byt nieukończony – formowane jest przez swoją partycypację w rzeczywistości społecznej i w ten sposób zostaje naznaczone atrybutami klasowymi. Zdaniem Giddensa, ciało przesunęło się ze sfery „natury” i przynależy obecnie „kulturze”. Natura nie jest już wyznacznikiem ludzkiego losu i „wtrąca” się jedynie w momentach przełomowych, jak śmierć czy narodziny. Redefinicji uległy też sytuacje graniczne określane przez chorobę, bowiem współcześnie jednostka narażona jest permanentnie na „nowe” jednostki chorobowe. Nie ma więc mowy o tymczasowym stanie, a o stałych dolegliwościach, takich jak: porowata skóra, piegi czy tłuszcz na brzuchu. W tej perspektywie widoczny staje się dualizm rozgraniczający „naturę” od „kultury”, zaniedbujący fakt, że ewolucja ciała zawsze łączy w sobie procesy społeczne i biologiczne. Shilling zauważa, że „ciało w późnej nowoczesności

coraz bardziej otwarte jest na rekonstrukcję, ale wciąż stanowi podstawę relacji społecznych i postępów technologicznych, które te rekonstrukcję ułatwiają” [Shilling 2019: 197].

Zabiegi medycyny estetycznej

Dyskurs medyczno-estetyczny – co podkreśla Davis – jest jedną z niewielu dróg do osiągnięcia pełnej akceptacji siebie [Davis 1995: 19-21]. Lekarze zaangażowani w branżę *beauty* wskazują, że poprawa wyglądu niesie się ze sobą poprawę jakości życia i przekłada się też na inne sfery życia: zawodową, społeczną i prywatną. Wydają się, że to, co w dużej mierze skłania kobiety do wybierania tej formy dbania o wygląd – poza społeczną akceptacją, a niekiedy nawet obowiązkiem stosowania procedur medycznych i presją medialną – są szybkie rezultaty, duża ilość specjalistycznych preparatów i szeroka gama ich zastosowania. Warto jedynie dodać, że gama zabiegów medycyny estetycznej jest dostosowana do każdej grupy wiekowej. O możliwościach procedur medyczno-estetycznych opowiada pacjentka Karolina:

Zabiegi medycyny estetycznej mogą powodować spektakularne efekty. To nie są zabiegi kosmetyczne. **Można w dwie godziny pozbyć się zmarszczek lub wyszczuplić sylwetkę o półtora centymetra. Myślę, że efektywność zabiegów jest rzeczą, która bardzo przyciąga kobiety to medycyny estetycznej.** Do innych rzeczy należy to, **że te zabiegi nie wymagają jakiegos zwolnienia, leżenia w szpitalu czy czegoś takiego. Można zrobić zabiegi w piątek, a w poniedziałek idzie do pracy nowa osoba. Są i takie zabiegi, po których już następnego dnia idzie się normalnie do pracy.** Medycyna estetyczna stała się też popularna, ale to przez to, że jej efekty są spektakularne. Każda z nas chce lepiej wyglądać, a medycyna estetyczna wydaje się mieć najlepsze do tego narzędzia, no i kobiety korzystają z niej [AlEiAK 14862].

Rozszerzenie działalności medycyny estetycznej (i chirurgii plastycznej) skutkuje tym, że osiągnięcie pożądanego wizerunku powoduje, iż kobieta otrzymuje akceptację i może ubiegać się o „przynależność” do grupy ludzi kontrolujących swoje ciało i tożsamość [Davis 1995: 18-19]. Osoby wykonujące zabiegi medycyny estetycznej, stają się w oczach społeczeństwa wyżej sytuowane i łączy się je z dobrobytem i przedsiębiorczością [Davis 1995: 68-70]. Bogactwo materiału terenowego uwypukla, że kobiety korzystające z takich usług uważane są w pewnych środowiskach: na przykład wśród ludzi aktywnych na Instagramie, czy osób z branży *beauty*, za bardziej prestiżową grupę i to tylko ze względu na fakt, że korzystają z medycznych rozwiązań. Moje rozmówczynie zdają sobie z tego sprawę,

a niektóre z nich wspominają, że między innymi z tego powodu korzystają z usług lekarza medycyny estetycznej. Dodatkowym skutkiem takiego postrzegania osób jest poczucie podlegania nieustającemu osądzaniu ze strony innych osób. Oddaję głos pacjentce Gabrieli, która dzieli się swoim doświadczeniem bycia obserwowaną i ocenianą przez inne kobiety:

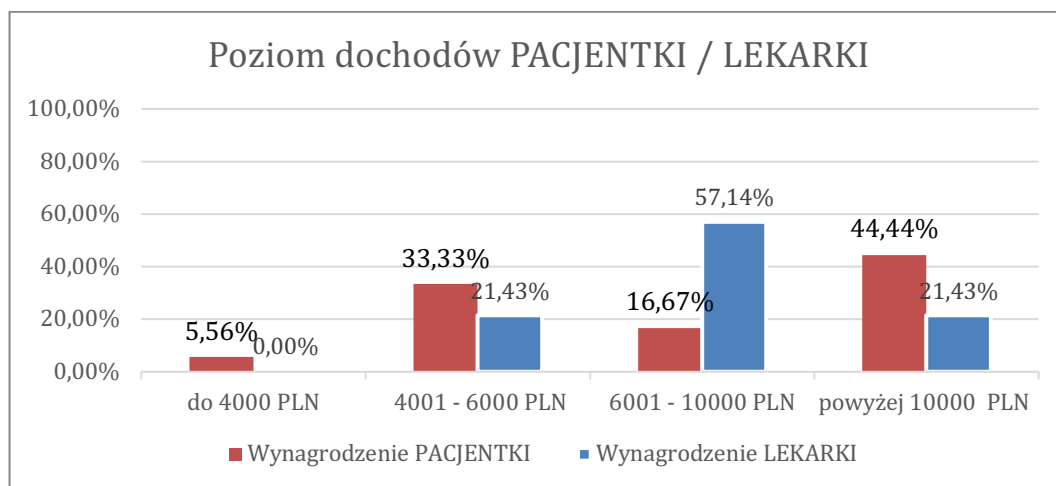
Panuje moda na robienie takich zabiegów. **Wśród moich znajomych jest to bardzo popularne, żeby dobrze wyglądać, oczywiście za pomocą medycyny estetycznej. Jeśli bym nie wyglądała na taką osobę, która korzysta z takich zabiegów, to nie byłam dobrze widziana w wielu kręgach znajomych.** Poza tym ludzie uważają mnie za osobę superatrakcyjną i powiedzmy sobie szczerze, że jest to zasługa medycyny estetycznej. **Dzięki korzystaniu z takich zabiegów mam poczucie, że jestem trochę lepsza od innych. Na przykład, gdy chodzę na paznokcie to inne, tak zwane zwykle klientki patrzą się na mnie inaczej, pewnie z powodu, że tak dobrze wyglądam. Czuję się wtedy bardzo podbudowana.** Przez robienie takich zabiegów ludzie postrzegani są jako osoby bogate, bo nie są to tanie zabiegi. Poza tym, jeśli wszyscy popularni celebryci stosują takie zabiegi, to i my też chcemy z takich możliwości korzystać [AIEiAK 14857].

Moja informatorka potwierdza fakt bycia obserwowaną, ale jej wypowiedź wskazuje też, że jeśli stosuje się procedury medyczno-estetyczne, to proces oceniania indywidualnej urody ma charakter pozytywny. Sądzę, że taki sposób myślenia ma znaczący wpływ na rozpowszechnianie się medycyny estetycznej jako remedium (w ocenie kobiet) na poprawienie urody, a co ujawniła moja antropologiczna analiza, także na uniknięcie nieprzyjemnych konsekwencji społecznych. Większość informaterek w trakcie wywiadów przyznawała, że usługi medycyny estetycznej nie są tanie (w przypadku lekarek – świadczenie, które oferują). Pani Martyna, jedna z pacjentek, podkreśla:

Widzę jedną przyczynę, która powoduje, że kobiety wcale nie korzystają z takich usług często. Myślę, że dużą barierą są koszty. Takie usługi należą do bardzo drogiej nawet dla kobiet, które zarabiają w miarę dobre pieniądze. **Myślę, że gdyby nie ta kwestia to dużo więcej kobiet chciałoby korzystać z usług lekarza medycyny estetycznej.** Te, które są w stanie pozwolić sobie na tego rodzaju usługi to na pewno duża część z nich korzysta z takich możliwości [AIEiAK 14861].

Z raportu GUS wynika, że średni poziom wynagrodzenia brutto w latach 2015-2019 wynosił od 3980 – 5169 PLN ³³. Poniżej przedstawiam zarobki obu grup informaterek w latach 2015-2019.

Poziom wynagrodzenia netto lekarek i pacjentek w latach 2015-2019 (wartości %)³⁴



Ryc. 5 Poziom wynagrodzenia netto lekarek i pacjentek w latach 2015-2019

Źródło: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań

W tabeli poniżej przedstawiam uśredniony, przykładowy cennik (łódzkich klinik urody) najpopularniejszych zabiegów medycyny estetycznej:

Przykładowy cennik zabiegów medycyny estetycznej³⁵

Nazwa zabiegu	Okolica	Preparat	Zalecana liczba zabiegów	Cena
Wypełnianie zmarszczek kwasem hialuronowym	1. Bruzdy nosowo-wargowe 2. Zmarszczka poprzeczna czoła – „lwia zmarszczka” 3. Zmarszczki nad górną wargą – „zmarszczki palacza” 4. Zmarszczki poniżej kącików ust	Kwas hialuronowy	1 zabieg raz na 6 - 8 miesięcy	800 -1200 zł/ 1 ml wypełniacza

³³ <https://wynagrodzenia.pl/gus/dane-roczne>

³⁴ Podane kwoty zarobków respondentek przedstawione są w kwocie netto. Przed przystąpieniem do terenowych badań uznałam, że ze względu na możliwość posiadania kilku źródeł dochodów i prowadzenia szerokiej działalności gospodarczej, wartości przychodów i dochodów mogłyby się znacząco różnić, zwłaszcza w obrębie grupy, w której część osób prowadzi działalność gospodarczą, a reszta pracuje w oparciu o umowę o pracę lub umowę cywilnoprawną. Moim celem było pokazanie poziomu dochodu respondentek oraz możliwość ich porównania w obu grupach, by uzyskać możliwie najdokładniejszy profil interesowały mnie wyłącznie kwoty netto.

³⁵ Przedstawiony zestaw cen zabiegów medycyny estetycznej jest stworzony na podstawie cenników pięciu dużych Klinik Urody w Łodzi. Koszt usług medycyny estetycznej różni się znacząco w zależności m.in. od lokalizacji. Tym samym ceny zabiegów w Warszawie stanowią od 50 do 75 % więcej, w stosunku do ceny wyjściowej łódzkich gabinetów. Cennik ten dotyczy obowiązujących cen w latach 2015-2019.

Niechirurgiczna korekta kształtu nosa	Nos	Kwas hialuronowy	W zależności od potrzeb	1200 zł – jeden zabieg
Zabiegi volumetryczne twarzy	1. wypełnienie doliny łez 2. Uwypuklenie policzków	Kwas hialuronowy	1 zabieg raz na 6 - 8 miesięcy	1000 zł – jeden zabieg
Nawilżanie i powiększanie ust	Usta	1. Juvederma 2. Teosyal RHA1 3. Teosyal RHA2 4. Teosyal RHA1	W zależności od potrzeb	1. 1000 zł/ 1 ml 2. 900 zł / 1ml 3. 1000 zł/ 1ml 4. 1100 zł / 1ml
Zabiegi z użyciem mieszanek kwasu hialuronowego, witamin, minerałów i biopeptydów – mezoteria igłowa	1. Twarz 2. Korekta cieni i ubytków pod oczami 3. Twarz 4. Twarz	1. Restylane Vital 2. Teosyal Redestinity II 3. Saypha Rich 4. Neauvia Organic Hydro Delux	W zależności od potrzeb	1. 900 zł / 1 amp. 2. 800 zł/ 1 amp. (dwa zabiegi) 3. 550 zł 1 ml 4. 500 zł / 1ml 800 zł / 2,5 ml
Zabiegi z użyciem toksyny botulinowej	1. Okolica (kurze łapki lub łwia zmarszczka lub zmarszczki poprzeczne czoła 2. Zmarszczki wokół ust (palacza) 3. Zmarszczki brody (tzw. broda brukowana) 4. Zmarszczki nosa (tzw. królicze) 5. Uniesienie brwi	Toksyna botulinowa	W zależności od potrzeb	1. 400 zł 2. 250 zł 3. 250 zł 4. 250 zł 5. 250 zł
Modelowanie twarzy	Twarz	1. Stimulate&Lift 2. Radiesse 3. Crystalis 4. Lipolifting wypełnianie zmarszczek własną tkanką tłuszczową 5. Nici z polidiodksanu	W zależności od potrzeb	1. 4000 zł 2. 1400 zł / 1,5 ml 3. 1300 zł / 1 amp. 4. od 4500 zł 5. 500 zł / nić
Frakcyjne mikronakłuwanie	1. Twarz lub szyja lub dekolt 2. Twarz i szyja 3. Twarz, szyja i dekolt	dermapen	Od 1 do 3 zabiegów	1. 1000 zł – jeden zabieg 2. 1800 zł – jeden zabieg 3. 2500 zł – jeden zabieg
Fotoodmładzanie	1. Twarz 2. szyja i dekolt 3. dłonie	fotoodmładzanie	Od 1 do 3 zabiegów	1. 400 zł – jeden zabieg 2. 500 zł jeden zabieg 3. 300 zł- jeden zabieg
Peelingi laserowe	1. Twarz 2. Twarz i szyja 3. Twarz, szyja i dekolt	Peeling laserowy	Od 1 do 3 zabiegów	1. 800 zł – jeden zabieg 2. 1000 zł – jeden zabieg 3. 1200 zł – jeden zabieg

Lasery frakcyjny CO2	Resurfacing twarzy lub dekoltu	Lasery frakcyjny CO2	Od 1 do 2 zabiegów	1000 – 1200 zł - jeden zabieg
Modelowanie sylwetki	1. Całe ciało – ujędrnienie i redukcja cellulitu 2. Problematiczne strefy. Wyszczuplenie, redukcja cellulitu, poprawa stanu skóry 3. Problematiczne strefy. Rozbicie tłuszczu 4. Problematiczne strefy. Leczenie cellulitu połączone z redukcją tkanki tłuszczowej, modelowanie ciała i poprawa napięcia skóry	1. endermologia LPG – Alliance 2. Termogenique – termogeniczny zabieg 3. Medkryo – kriolipoliza komórek tłuszczowych. Jedna okolica 4. Karboksyterapia – likwidacja cellulitu	1. Od 9 do 12 zabiegów 2. Od 6 do 12 zabiegów 3. Od 8 do 10 zabiegów 4. Od 8 do 10 zabiegów	1. 1980 – 2400 zł – koszt serii zabiegów 2. 1600 -2400 zł – koszt serii zabiegów 3. 400 zł – jeden zabieg. 4. Jeden zabieg 200 zł. Koszt serii 1400 - 1500 zł

Tab. 3 Przykładowy cennik łódzkich klinik medycyny estetycznej w latach 2015- 2019

Źródło: Opracowanie własne

Zaprezentowane powyżej zestawienie zarobków (w kwocie netto) z cennikiem zabiegów estetycznych, jak sądzę, stanowi wartościowe uzupełnienie mojej pracy i daje Czytelnikowi pełniejszą wiedzę na temat badanego środowiska.

Może się pozornie wydawać, że zabiegi medycyny estetycznej są skuteczną i akceptowaną społecznie metodą w dążeniu do idealnego wizerunku, ale coraz częściej stają się – w perspektywie badanych kobiet – konieczne. Dzieje się tak ponieważ, obowiązujące współcześnie kanony piękna zakładają pomoc lekarza jako jedno z podstawowych działań osób uznawanych za atrakcyjne. Jeśli duże i pełne usta są atrybutem pięknej kobiety, to żadna z nich nie jest w stanie tego osiągnąć ciężką pracą lub dyscypliną. W ten sposób nie pozostawia się (jeśli kobiety chcą uzyskać miano atrakcyjnej) wyboru i „nakłania” się je do odwiedzenia gabinetu medycyny estetycznej – dotyczy to także innych elementów wizerunku. W ten sposób medycyna estetyczna staje się uprawomocnionym elementem kreującym ciało kobiety³⁶ i tożsamość jednostki. Na ten temat mówi pacjentka Gabriela:

Myślę, że bardzo ważnym powodem, przez który medycyna estetyczna jest aż tak bardzo rozpowszechniona są współczesne wizerunku piękna. **Dzisiejsze piękno zakłada, że każda z nas musi być poprawiona, a to nam się też po prostu podoba. Inaczej mówiąc, nie możemy osiągnąć wymarzonego wyglądu bez wizyty u lekarza. Jakby się nad tym zastanowić to**

³⁶ W roku 1985 Eugenia Chandris w *The Venus Syndrome* poruszyła kwestię dużych bioder i pośladków nazywając je problemami medycznym. Przy okazji badania historii paleolitycznych figurek kultu płodności, omyłkowo napisała, że kobiety od zawsze miały problem z niektórymi partiami ciała. Jak podkreśla Wolf, kwestia ta stała się rzeczywistym problemem od momentu, kiedy go tak nazwano [Wolf 2014: 283].

jesteśmy zmuszone do stosowania medycyny estetycznej. Dla mnie to jest akurat dobre, bo lubię takie dobrze zrobione wizerunki [AIEiAK 14857].

Współczesna atrakcyjność, zdaniem moich informaterek, to piękno, które wymaga szczególnej poprawy. Taki rodzaj atrakcyjności obejmuje nie tylko kategorie wyglądu, ale jest czynnikiem kreującym nową tożsamość jednostki. Niestety tego rodzaju podejście do wyglądu kobiet powoduje w wielu przypadkach, że „wymagana” poprawa ciała jest zbyt duża. Zdarza się niekiedy, że w mediach prezentowane są rezultaty źle przeprowadzonych zabiegów, które wzbudzają w odbiorcach negatywne emocje – co zdaniem Vivien Walsh – paradoksalnie powoduje stopniowe osvajanie się z perspektywą poddania się zabiegom i ich ewentualnych negatywnych konsekwencji³⁷. W ten sposób medyczne narzędzia poprawiające wygląd mogą wydawać się „racjonalne”, ponieważ rzeczowo przedstawia możliwe komplikacje [Goleman 1985: March 19] i skutki uboczne³⁸. W efekcie coraz częściej kobiety decydują się na poprawienie jakiegoś elementu ich wyglądu. Moje informatorki poświęciły dużo czasu opowiadaniu o najsukurszejszych zabiegach medycyny estetycznej. Bogactwo materiału terenowego pozwoliło stworzyć zestawienie najpopularniejszych zabiegów w opinii informaterek – które prezentuję Czytelnikowi w porządku alfabetycznym.

³⁷ Współczesna kultura i rynek konsumpcyjny wspierany przez medycynę kreuje (dla własnego zysku) kategorie zdrowia, choroby i odnoszących się do nich efektów ubocznych. Tak było m.in. w przypadku tabletek antykoncepcyjnych, które w zależności od społecznych nastrojów definiowane były jako przyczyna wielu kobiecych chorób lub przeciwnie – jako źródło atrakcyjności. Do lat dwudziestych XX stulecia antykoncepcję uważano za niezdrową i niesprzyjającą kobiecemu organizmowi. Miała powodować bezpłodność i umysłową niepełnosprawność u potomstwa. Kiedy jednak społeczeństwo (ogólny mainstream) potrzebował kobiet wolnych seksualnie, to skutki uboczne antykoncepcji nie były już tak groźne dla kobiecego zdrowia jak kilka lat wcześniej. Popularne kobiece magazyny rozpisywały się nad pozytywnymi skutkami przyjmowania doustnej antykoncepcji na przykład poprawy wyglądu cery [Walsh 1980: 202].

³⁸ Restylan – jedna z najpopularniejszych marek oferujących produkty do zabiegów medycyny estetycznej – na swojej oficjalnej stronie internetowej uprzedza wszystkie kobiety o możliwych powikłaniach oraz skutkach ubocznych. Do najczęstszych zaliczają się: zasinienia, zaczerwienienia, obrzęki i bąble. Jednocześnie marka od razu zaznacza, że ich wystąpienie, o ile się w ogóle zdarzy, jest wyłącznie krótkotrwałe i nie pozostawia stałych efektów. Używając odpowiedniej metanarracji marka Restylan zapewnia, że zabieg może skończyć się tylko sukcesem [<http://www.restylane.com/pl-PL/Poland/?start=1>].

Najpopularniejsze zabiegi medycyny estetycznej w opinii lekarek i pacjentek

Rodzaje zabiegu / preparatu	Wskazania	Miejsce zabiegu	Efekty	Opinia informaterek
Botoks	Toksyna botulinowa zwana potocznie botoksem jest naturalnym białkiem, które hamuje przewodzenie impulsów nerwowych pomiędzy: komórką a mięśniem. Botoks jest preparatem, który powoduje czasowe (do 6 miesięcy) kurczenie się mięśnia i sprawia, że jest on nieruchomy. W ten sposób zmarszczki przestają być mniej widoczne, gdyż zahamowana jest mimika w miejscu podania preparatu. Botoks jest skuteczny jedynie przy zmarszczkach o charakterze dynamicznym, czyli tych, pojawiających się wraz z mimiką twarzy – natomiast nie wygładza zmarszczek statycznych, które pojawiają się wraz z utratą sprężystości i elastyczności skóry [https://tarkiewicz.pl/zastosowanie-toksyny-botulinowej-typu-a-w-medycynie-estetycznej/]. Wskazaniem do zastosowania botoksu są głównie działania prewencyjne i zapobiegające starzeniu.	W medycynie estetycznej botoks stosuje się w celu korekty zmarszczek mimicznych twarzy (czoło, okolice oczu, okolice ust). Czasami jest też stosowany do leczenia nadpotliwości rąk, stóp i pach [https://evospa.pl/zastoso-wanie-toksyny-botulinowej-w-medycynie-estetycznej/].	Toksyna botulinowa powoduje, że zmarszczki są mniej widoczne. Twarz wydaje się wypoczęta, gładka i młoda. Botoks może zamrozić całkowicie lub umiarkowanie mimikę twarzy.	Robię głównie botoks, bo likwiduję nim zmarszczki mimiczne. Poza tym botoks ma drugie działanie, które w opinii powszechnej nie jest popularne, stosuje się go prewencyjnie, by opóźnić wystąpienie zmarszczek. Coraz więcej osób stosuje tą formę zapobiegania zmarszczkom [AIEiAK 14845]. Botoks stosuję, by wygładzić zmarszczki, ale również by działać prewencyjnie na te, które się dopiero z wiekiem pojawiają. Zwykle ludzie nie wiedzą, że botoks stosowany jest jako główny preparat, obok laseroterapii, w prewencji oznak starzenia [AIEiAK 14847]. Jeśli chodzi o botoks, to jest stosowany do zamrożenia zmarszczek. W dzisiejszych czasach takie rzeczy jak młodość, czyli młody wizerunek są bardzo w modzie [AIEiAK 14865]. Zabiegi odmładzające są popularne, bo akurat jest moda na taki wygląd, no na przykład panuje obecnie moda na gładką i zdrowo wyglądającą skórę, dlatego jest to dla mnie jasne, że modny jest botoks [AIEiAK 14870].
Dermapen	Dermapen inaczej nazywany jest mezoterapią mikroigłową lub mikronakłuwaniem.	Dermapen można stosować na całej twarzy szyi, dekolcie, brzuchu,	Skóra po zabiegu jest odżywiona, dobrze nawilżona, napięta i	Regularnie wykonuję dermapen, tak cztery razy do roku, świetnie działa na moją cerę i wszelkie niedoskonałości, których jest sporo [AIEiAK 14862].

	Mikronakłuwanie należy do zabiegów nieingerujących w wygląd i rysy twarzy. Dermapen stosuję się w celu poprawy struktury skóry, jej zagęszczenia i odmłodzenia. Niweluje też oznaki starzenia i niedoskonałości skórne [https://klinikaotco.pl/artykuly/dermapen-co-to-jest-efekty-zalecenia/].	pośladkach i udach. Także na skórze głowy u mężczyzn.	zagęszczona. Wygląda młodziej i zdrowiej. Przy pomocy mikronakłuwania skóry można usunąć płytkie zmarszczki i niewielkie przebarwienia. Zmniejsza się też widoczność porów, blizn potrądzikowych i powypadkowych.	Jeśli chodzi o taki świeży, młody i taki zdrowy wygląd, to gama takich zabiegów jest bardzo szeroka i należą do nich kwasy i dermapeny. Osobiście ubóstwiam dermapen przede wszystkim przez jego wysoką skuteczność [AIEiAK 14866]. Dużą popularnością cieszą się zabiegi z grupy tak zwanej mezoterapii bezigłowej, to znaczy dermapen. Kobiety go uwielbiają. On działa na wszystko i nie jest tak bardzo bolesny jak na przykład laser. Przyznam szczerze, że dla mnie wytrzymanie lasera jest bardzo trudne. Później mam dwa dni bóle głowy. Jest to chyba najbardziej bolesny zabieg (...) [AIEiAK 14866] Bardzo często wykonuję peelingi, dermapeny, by dbać o cerę na twarzy. Dbam też o skórę na szyi i dekolcie, też wykonuje tam regularnie dermapen [AIEiAK 14856].
Kwas hialuronowy	Kwas hialuronowy – „to glikozoaminoglikan (rodzaj polisaharydu), który występuje we wszystkich żywych organizmach. (...). Znajduje się on w macierzy pozakomórkowej tkanki łącznej, chrząstce szklistej, cieple szklistym oka, jądrze krążków międzykręgowych, sznurze pępowinowym. Kwas ten wiąże wodę w organizmie. Jeden gram kwasu kwasu hialuronowego może związać ok 6 litrów wody. Kwas ten posiada również właściwości przeciwzapalne i antyoksydacyjne, a także pełni funkcję nośnika, tj. substancji ułatwiającej wprowadzenie innych związków w głąb skóry” [http://www.klinikaurody.org.pl/kwas-hialuronowy-w-medycynie-estetycznej-2/]. Kwas hialuronowy znajduje się w	Kwas hialuronowy stosuje się na całą twarz, szyję i dekolcie, by zwiększyć poziom nawilżenia skóry. Preparaty z nieusieciowanym kwasem hialuronowym stosowane są do nawilżania i powiększania ust. (Efekt takiego zabiegu jest bardzo naturalny i trudny do zauważenia). Stosuje się go do wygładzenia zmarszczek: poprzecznych czoła, łwiej zmarszczki, wokół ust, fałdów wargowo-nosowych.	Zapewnia wyższy poziom nawilżenia. Zwiększa elastyczność skóry. Wygładza zmarszczki i rozświetla skórę, nadając jej blasku i świeżości. Widocznie opóźnia procesy starzenia.	Kwas hialuronowy stosowany jest do nawilżenia i wygładzenia skóry. Osobiście jestem uzależniona od niego (...). Od kilku lat wykonuję też obstrzykiwanie koktajlami z kwasem hialuronowym szyi i dłoni [AIEiAK 14860]. Kobiety lubią zabiegi związane z podawaniem kwasu hialuronowego. Tutaj zakres preparatów i okolic, na które stosujemy ten zabieg, jest szeroki. Ogólnie mówiąc, zabiegi z użyciem kwasu hialuronowego nawilżają, przebudowują oraz odświeżają wygląd naszej skóry. Wygładzają też zmarszczki. Jednak kwas hialuronowy nie działa tak jak jad kielbasiany, potocznie nazywany botosem, który powoduje paraliż mięśni i zmarszczki po prostu się wyprasowują. Preparatami na bazie kwasu hialuronowego powiększa się usta. Takie usta są nawilżone przede wszystkim, a jedynie dodatkowo powiększone. Efekt jest zdecydowanie bardziej naturalny niż ten, który osiąga się preparatami wolumetrycznymi [AIEiAK 14865]. Niezwykle popularnym zabiegiem jest wygładzanie zmarszczek, na przykład za pomocą kwasu hialuronowego. Praktycznie wszystkie moje

	całym ciele, wypełnia on przestrzeń międzykomórkową, a w skórze stanowi ponad 50%. W młodej skórze kwasu hialuronowego jest bardzo wiele, co zapewnia jej sprężystość i brak zmarszczek. Dlatego na przykład dzieci mają tak delikatną i gładką skórę. Z wiekiem ilość kwasu maleje. W późniejszym czasie skóra człowieka się starzeje, traci zdolność wiązania wody i powstają zmarszczki. Wskazaniem do zastosowania kwasu hialuronowego są już pierwsze oznaki starzenia, które według wskazań medycznych zaczynają się już po 30. roku życia. Natomiast po 40. roku jego ilość zmniejsza się o połowę.			pacjentki wykonują ten zabieg, różni je jedynie preparat, bo sam kwas hialuronowy może mieć różne usieciowanie. Po takim zabiegu osiągamy gładką cerę i odświeżenie wizerunku (...). Na pewno regularnie wypełniam sobie zmarszczki, zarówno na czole, obstrzykuję też łwią zmarszczkę. Wypełniam też bruzdy nosowo-wargowe oraz lekko obstrzykuję zmarszczki mimiczne oka. Nie ukrywam, że robię to, bo nie jestem już nastolatką i po prostu pojawiły mi się zmarszczki. Z reguły do zabiegów stosuję kwas hialuronowy lub preparaty nawilżające [AIEiAK 14849]. Myślę, że najpopularniejsze są te zabiegi, które dotyczą odmładzania, czyli wygładzania zmarszczek przy pomocy kwasu hialuronowego [AIEiAK 14853].
Laseroterapia	Do laseroterapii stosowanych jest wiele zróżnicowanych laserów: diodowych, argonowych, aleksandrytowych, rubinowych, neodymowo-yagowych i CO2 – redukujących zmarszczki i wiele innych). Częstotliwość i moc lasera zależą od licznych czynników na przykład potrzeb skóry, głębokości zmian etc. Laseroterapię można przeprowadzić u osób w każdym wieku. Do najczęstszych wskazań laseroterapii estetycznej należą: usuwanie zmian naczyniowych, pieprzyków i tatuaży. Sprawdza się też w nieablacyjnym fotoodmładzaniu skóry, redukcji zmarszczek i przebarwień, dermabrazji, ujednoliceniu kolorytu skóry, a także niwelowaniu rozstępów.	Zabiegi laserowe stosuje się praktycznie na całym ciele na przykład twarzy, szyi, dekolcie, udach, pośladkach, plecach, dłoniach.	Do najważniejszych efektów laseroterapii należą: usuwanie blizn, w także tych potrądzikowych, rozstępów, usunięcie rumienia, wygładzenie struktury skóry, zniwelowanie zmarszczek, podniesienie owalu twarzy, odmłodzenie twarzy, szyi i dekoltu. Usunięcie nadmiernego owłosienia, ale też tatuażu i makijażu permanentnego.	Poza tym bardzo często wykonuję lasery, których celem jest poprawa ogólnego wyglądu: likwidacja przebarwień, blizn, znamion, niedoskonałości, także cellulitu [AIEiAK 14847]. Niezwykle popularne są zabiegi laserowe, które mają dość szerokie zastosowanie. Myślę, że kobiety często wykonują zabiegi laserowe, których celem jest odmłodzenie skóry, pozbycie się niepożądanych plam i przebarwień lub odświeżenie wyglądu [AIEiAK 14864]. Niezwykle popularne są też szeroko stosowane lasery. Poprawiają jakość skóry, likwidują przebarwienia, znamiona i zmarszczki. Stosuje się je praktycznie na każdą część ciała, od twarzy po szyję, dłonie, dekolt, dłonie, brzuch, nogi i pośladki. Znacznie poprawiają jędrność skóry (...). Regularnie wykonuję także lasery i peelingi. Mam tendencję do rozszerzonych porów oraz problemy z kolorytem cery. Moja cera jest bardzo ziemista i wygląda niezdrowo. Zarówno lasery i peelingi bardzo mi pomagały w tym zakresie [AIEiAK 14848].

	Laseroterapia stosowana jest też w usuwaniu nadmiernego owłosienia [https://dermaesthetic.pl/medycyna-estetyczna/warto-wiedziec-zabiegiem-laseroterapii/].			Ponadto regularnie wykonuję zabiegi złuszczące, bo mam tendencję do strasznych przebarwień. Lubię też wszelkiego rodzaju lasery, które mi bardzo służą, faktycznie wyglądam po nich super dobrze [AIEiAK 14873].
Lipoliza	Lipoliza iniekcyjna jest nieinwazyjnym modelowaniem ciała polegającym na wprowadzeniu substancji rozbijającej komórki tłuszczowe. „W rezultacie komórki ulegają rozpuszczeniu, uwolnione tłuszcze są rozkładane w procesie przemiany materii i wydalone z organizmu” [https://www.dermedika.pl/lipoliza/]. Zabieg lipolizy wykonywany w gabinetach medycyny estetycznej jest alternatywą dla bolesnych, mocno ingerujących w ciało, zabiegów chirurgicznych. Z tego powodu, lipoliza uważana jest za niedrogą i bezpieczniejszą metodę efektywnego usuwania tkanki tłuszczowej [https://www.dermedika.pl/lipoliza/]. Zabieg lipolizy wykonywany jest u osób z normalną masą ciała lub niewielką nadwagą. Nie sprawdza się w przypadku dużej nadwagi i otyłości. Działanie lipolizy ma charakter miejscowy, pomaga usunąć komórki tłuszczowe z trudno dostępnych partii ciała.	Lipoliza najczęściej wykonywana jest w okolicach z nadmierną ilością tkanki tłuszczowej: ud, pośladków, wokół kolan i pach, także podbródka i brody.	Efektu zabiegu lipolizy to: utrata kilku centymetrów w miejscu iniekcji, poprawa wyglądu skóry, redukcja cellulitu.	Miałam kilka razy robioną lipolizę, żeby pozbyć się tłuszczu, ale nikt o tym nie wie. Mogłoby to trochę zniszczyć moją reputację. Nie ma co jednak ukrywać, że w pewnym wieku nie będzie się wyglądało jak dwudziestolatka [AIEiAK 14860]. Coraz częściej kobiety korzystają z zabiegów ujędrniających i wyszczuplających ciało. Na takie zabiegi, w sezonie letnim, w naszym gabinecie jest kolejka około dwóch, trzech tygodni. Kobiety coraz częściej poza twarzą interesują się właśnie wyglądem sylwetki. Stąd coraz większa popularność lipolizy, alternatywy liposukcji, którą można wykonać w gabinecie medycyny estetycznej bez strasznej rekonwalescencji. Lipoliza jest drogim zabiegiem, ale naprawdę dużo pań go wykonuje. Naprawdę kobiety próbują się odchudzać i ujędrniać za wszelką cenę. Mają na tym punkcie nawet obsesję [AIEiAK 14862]. (Pacjentki – przypis A.F.) wykonują lipolizę, która ma redukować poziom tkanki tłuszczowej, modeluje i podnosi pośladki [AIEiAK 14857]. Można zmniejszyć widoczność tkanki tłuszczowej na brzuchu o nawet 6 cm za pomocą lipolizy, której wykonanie zajmuje jedynie godzinę czasu [AIEiAK 14847].
Mezoterapia	Zabiegi mezoterapii wskazane są osobą w różnym wieku (od 25 i nawet do 70 roku życia), których celem jest odmłodzenie twarzy i innych okolic, zredukowanie niedoskonałości skóry i zmniejszenie objawów starzenia. Zastosowanie preparatów do tego	Skóra twarzy, okolice oczu, szyja, dekol, dłonie, skóra głowy i niektóre części ciała na przykład uda.	Już po jednym zabiegu widoczna jest wyraźna poprawa gęstości skóry, zniwelowanie zmarszczek i niedoskonałości, a także rozświetlenie i	Czasami zdarzyło mi się wykonywać mezoterapię na twarz, pod oczy i na włosy. Ogólne zastosowanie mezoterapii to poprawa gęstości skóry i faktycznie różnica jest, ale mezoterapia nie należy do bardzo mocnych zabiegów [AIEiAK 14858]. Do najpopularniejszych zabiegów należą: (...) mezoterapia. Do mezoterapii jest wiele

	zabiegu jest niezwykle szerokie, a wybór odpowiedniego zależy od: wieku, płci, czynników genetycznych, koloru skóry, sposobu odżywiania, problemów skórnych i wielu innych. Mezoterapia należy do zabiegów poprawiających i odświeżających, a nie ingerujących w rysy twarzy czy wygląd. Ma również działanie prewencyjne. Zabieg ten jest szczególnie wskazany wówczas, gdy problemem jest: zmęczona skóra, nadmiar stresu odbijający się na twarzy, zmiany potrądzikowe, przebarwienia, wiotka i pozbawiona elastyczności skóra [https://www.ollie.pl/mezoterapia-iglowa/]. Wskazaniem do zastosowania mezoterapii mogą być również wypadające włosy lub problemy ze skórą głowy. Ale też poprawa wyglądu i odmłodzenie dłoni, szyi i dekoltu. Coraz częściej stosowana jest na różne okolice ciała na przykład w celu usunięcia cellulitu.		odmłodzenie skóry. Pogrubienie skóry wykazuje silnie działanie anti-aging i wygładzające i zmarszczki. W przypadku mezoterapii na skórę głowy widoczne jest zagęszczenie i zwiększenie ilości włosów.	różnorodnych preparatów, poza tym firmy kosmetyczne prześcigają się w wytwarzaniu coraz to nowszych. Myślę, że zabiegi odmładzająco-odświeżające są aż tak bardzo popularne, ponieważ z odpowiednio dobranym, według potrzeb, preparatem mogą dać spektakularne efekty. Dodatkowo mezoterapia igłowa nie jest zabiegiem bardzo inwazyjnym, czas rekonwalescencji jest krótki, około 1 dnia, a efekty są naprawdę szybko widoczne. Mezoterapia to nie jest zabieg, który jest tak inwazyjny jak wstrzykiwanie preparatów wolumetrycznych czy botoksu. Mezoterapia poprawia jedynie strukturę skóry i ją nawilża. Pacjentki uwielbiają ten zabieg. Do najpopularniejszych mezoterapii należą: pod oczy, na skórę twarzy, na cellulit, na skórę głowy, dłonie i szyję. (...) Sama wykonuję mezoterapię na skórę twarzy, głowy i pod oczami. Utrzymują one mój wygląd na dostatecznym poziomie. Staram się robić te zabiegi w miarę regularnie, czyli tak kilka razy w ciągu roku [AIEiAK 14865]. Uwielbiam zabieg mezoterapii, który stosuję na całą twarz, pod oczy oraz na skórę szyi. Mezoterapia przy użyciu dobrych preparatów uzupełnia niedobory kwasu hialuronowego oraz witamin. Pobudza także komórki kolagenowe do działania. Uwielbiam mezoterapię również dlatego, że odświeża moją skórę. Ona nie ma działania wygładzającego, ale powoduje, że struktura skóry jest lepiej ukrwiona, pozbawiona brzydkiego kolorytu oraz bardziej nawilżona [AIEiAK 14844]. Kobiety wykonują także mezoterapię różnych elementów ciała, która należy do najpopularniejszych zabiegów odświeżających wygląd. Najczęściej robią mezoterapię twarzy, pod oczami, skóry głowy i szyi. Coraz częściej jednak wykonuję ją na cellulit. Mamy wiele nowoczesnych preparatów, które przeznaczone są do różnych sfer ciała, ale wszystkie muszą być podane za pomocą małej igły [AIEiAK 14846].
Modelowanie	Modelowanie sylwetki jest zabiegiem polegającym na stymulacji	Skóra twarzy i całe ciało.	Do najważniejszych efektów zabiegów	Coraz większą popularność zyskują zabiegi poprawiające jędrność skóry, rozprawiają się z

ciała / Usuwanie cellulitu	komórkowej przez zasysanie i „ugniatanie” skóry. Zabieg ma działanie wyszczuplające i ujędrniające.		modelujących ciało należą: redukcja cellulitu, ujędrnienie, zagęszczenie i wygładzenie skóry.	cellulitem oraz modelujące sylwetkę. Te zabiegi wydają się totalnym szaleństwem. Ze względu na to, czasami jest ciężko się umówić, bo wszystkie terminy na tego rodzaju zabiegi są zajęte i trzeba naprawdę czasami poczekać, na przykład dwa tygodnie (...). Coraz częściej kobiety korzystają na wielką skalę z zabiegów poprawiających jędrność ciała. Zabiegi na cellulit są niezwykle popularne, każda z nas zmaga się z nieszczęsną skórą pomarańczową. Dodatkowo kobiety chcą modelować kształt swojego ciała za pomocą zabiegów u lekarza medycyny estetycznej [AIEiAK 14857]. Coraz częściej mówi się też o stosowaniu jakiś zabiegów pielęgnacyjnych na ciało, jak na przykład masaż bańką chińską lub endermologię na ciało, żeby je trochę wymodelować. No same ćwiczenia i dieta niestety nie wystarczą (...). Z tego co się orientuje, to coraz częściej kobiety chcą poprawić wygląd swojego ciała. Wygładzają cellulit – to jest chyba jeden z najczęstszych powodów wizyty w gabinetach urody. Wyszczuplają sylwetkę, redukują tłuszcz, wygładzają powierzchnię skóry, by była bardziej napięta. Redukują też rozstępy [AIEiAK 14867]. W ostatnich dwóch latach bardzo popularne stały się zabiegi na ciało. Głównie kobiety chcą je wyszczuplać, usuwać tłuszcz, usuwać cellulit i ujędrniać. Naprawdę takie zabiegi regularnie wykonywane, z zachowaniem odpowiedniej diety i ćwiczeniami, mogą przynieść oszałamiające rezultaty. Myślę, że endermologia jest najbardziej popularna, ale ona ogólnie ujędrnia, a na przykład alma speed to po prostu rozbija tłuszcz. Niestety jest dużo droższa. Akurat te zabiegi są popularne, bo tak jak mówiłam wcześniej, wynika to z takiej mody [AIEiAK 14856].
Nici liftingujące	Nici liftingujące należą do tych zabiegów estetycznych, które są alternatywą dla operacji plastycznej – chirurgicznego liftingu. Mimo, że nici	Cała twarz, szyja i dekolt. Niekiedy też inne części ciała.	Nici liftingujące zapewniają poprawienie owalu twarzy, redukują też symetrię owalu i	Dużo kobiet korzysta też z nici, które naprawdę dają super efekty w napinaniu skóry [AIEiAK 14858]. Coraz bardziej popularne są nici, jako alternatywa zabiegu chirurgicznego takiego jak lifting. Naprawdę

	liftingujące są od wielu lat stosowane w chirurgii, to w medycynie estetycznej dopiero od kilka lat cieszą się dużym zainteresowaniem. Zabieg z użyciem nici polega na wprowadzeniu ich pod skórę, które po około 8 miesiącach ulegają całkowitemu rozpuszczeniu. W ten sposób „podnoszą” owal twarzy, niwelują opadanie skóry i redukują tak zwane chomiki [http://aesthetic.com.pl/medycyna-estetyczna/nici-liftingujace/].		twarzy. Redukują też zmarszczki i wygładzają skórę. Mogą też modelować sylwetkę. Efekty zabiegu utrzymują się do około dwóch lat.	są bardzo skuteczne i zdecydowanie poprawiają owal naszej twarzy, a w efekcie odmładzają [AIEiAK 14866] Od kilku lat stosuję nici na szyję i twarz. Naprawdę super zabieg. Pięć lat mniej po jednym zabiegu. Robiłam też osocze, ale nie byłam tak zadowolona jak z nici [AIEiAK 14874]. Robiłam już wszystkie nici: poprawianie owalu twarzy – tak naprawdę wszystko co jest dostępne na rynku. To też wynika z tego, że jako lekarz muszę umieć odpowiedzieć na pytanie moich pacjentek, jak będzie się wyglądało po takim zabiegu [AIEiAK 14856].
Peelingi chemiczne/ kwasy	Peelingi chemiczne bardzo często stosowane są z użyciem kwasów (istnieje wiele rodzajów w zależności od problemów skórnych na przykład kwas salicylowy, migdałowy, ferulowy etc.) Wskazaniem do zastosowania zabiegu jest zmniejszenie niedoskonałości na twarzy, wygładzenie struktury skóry, niewielkie zmniejszenie płytkich zmarszczek i niwelowanie blizn potrądzikowych [https://www.wrosinski.pl/jak-wybrac-peeling-chemiczny/].	Zarówno peeling i kwasy stosowane są na skórę twarzy, szyi, pleców, dekoltu i dłoni.	Zniwelowanie płytkich zmarszczek w okolicy ust i oczu. Zniwelowanie niedoskonałości w tym przede wszystkim: piegów, melasmy i blizn potrądzikowych	Ogromnie popularne są peelingi, bo są stosunkowo tanie i dają poczucie, że coś się robi [AIEiAK 14843]. Ale powoli zaczyna kształtować się moda na piękną skórę, a nie na wypełnią kwasami maskę. Dlatego pacjentki w celach pozbycia się zmarszczek coraz częściej wykonują zabiegi złuszczone. Poza tym zależy im, żeby wyglądać na taką zdrową, więc stosują lasery i peelingi, które również mają bardzo szerokie zastosowanie (...). Stosuję peelingi chemiczne, które poprawiają wygląd mojej cery, likwidują przebarwienia i rozszerzone pory, z którymi mam bardzo duży problem [AIEiAK 14846]. Szczególnością popularnością cieszą się również zabiegi z użyciem kwasów oraz profesjonalne peelingi, bo poprawiają znacząco kondycję skóry [AIEiAK 14848].
Powiększanie i modelowanie ust	Zabieg powiększania i modelowania ust skierowany jest do osób w różnym wieku. Najogólniejszy podział preparatów do tego zabiegu to: substancje wolumetryczne i	Usta	Efekty zabiegu powiększania ust i modelowania ust są uzależnione od zastosowanego preparatu	Głównie w powiększaniu ust chodzi o to, żeby nie były takie bardzo małe, a raczej pełne i obfite, jak u Natalii Siwiec. Choć myślę, że ten zabieg może się źle kojarzyć, bo dość często można w mediach zobaczyć kobietę, która ma powiększone usta do menstrualnego rozmiaru. Takie przesadzanie z

	nawilżające. Te pierwsze nadają pełniejszy wygląd ust, natomiast preparaty nawilżające stosowane są w delikatnym powiększeniu i nawilżeniu tej partii twarzy [https://smile.expert/medycyna-estetyczna/kobieta/powiekszenie-ust/].	i oczekiwań pacjentów. Efekt utrzymuje się od 6 do 12 miesięcy.	różnorodnymi zabiegami przez niektóre osoby często doprowadza do tego, że ludzie na przykład uważają, że taki zabieg powiększenia ust to oszpecanie samego siebie. Myślę, że niewiele osób wie, że można ten zabieg zrobić naprawdę w sposób bardzo subtelny, na tyle subtelny, że nawet inni nie zauważą, że usta są powiększone (...). Na pewno zabiegiem, który wykonuję regularnie jest powiększanie ust. Robię to jednak delikatnie, że inni ludzie w ogóle tego nie rozpoznają [AIEiAK 14873]. Do kanonów kobiecego piękna na pewno należą usta. Powiększone usta są standardem dzisiejszych czasów. (...) kobieta z powiększonymi ustami to standard na warszawskiej ulicy, no może w centrum [AIEiAK 14868]. Myślę, że ogromnym atutem dzisiejszych kobiet są pełne usta. Nie ma co tu opowiadać, ale pełne usta nadają kobiecie kobiecości. Naprawdę mało kto ma swoje usta naturalnie duże. Podobają mi się właśnie usta Małgorzaty Rozenek. Ona ma zrobione te usta przez lekarza, ale wygląda to smacznie i z klasą. Niestety jest wiele osób, jak na przykład Iwona Węgrowska, które wstrzykują sobie, w mojej opinii z trzy lub cztery ampułki, i wygląda strasznie. Później takie osoby są antyreklamą medycyny estetycznej, dokładniej mówiąc powiększania ust [AIEiAK 14846]. Powiekszanie ust jest teraz topowym zabiegiem, bo wszyscy chcą mieć pełne usta. Zdecydowanie najpopularniejszą częścią ciała, którą kobiety chcą zmienić u lekarza medycyny estetycznej, są usta. Zabiegi na powiększenie i poprawienie konturu ust cieszą się wyjątkową popularnością w dzisiejszych czasach, może dlatego, że w mediach widzimy wizerunki kobiet z pełnymi ustami [AIEiAK 14849]. Ogromną popularnością, i to zarówno u mężczyzn, i kobiet, cieszą się też zabiegi powiększenia ust nowymi preparatami juvederma i takie tam. Ja powiększyłam usta, bo moje były bardzo małe i nieregularne. Miałam dużą dysproporcję pomiędzy
--	--	---	--

				górną a dolną wargą. Użyłam do tego zabiegu 1 ml teosiala, który jest przede wszystkim preparatem nawilżającym usta, a dopiero później powiększającym. Dzięki temu efekt zabiegu jest naturalny i nieprzesadzony. Poza innymi lekarzami medycyny estetycznej lub osobami, które mnie znały od wczesnych lat, nikt nie jest w stanie poznać, że coś robiłam ze swoimi ustami [AIEiAK 14854].
Zabiegi wolumetryczne, tak zwane wypełniacze	Zabiegi wolumetryczne niekiedy nazywane w języku potocznym wypełniaczami należą do zabiegów mocno ingerujących w wygląd i rysy twarzy. Cechują się dużą gęstością i plastycznością substancji (mają formę żelu), w stosunku do innych preparatów. Wolumetria twarzy to w dużej mierze zabiegi z użyciem kwasu hialuronowego, który jest dużo mniej usieciowany niż ten, który stosuje się do nawilżenia skóry bądź wygładzenia zmarszczek [https://www.dermedika.pl/voluma/]. Wolumetria jest tak zwanym modelowaniem bez użycia skalpela. Osoby ze szczupłą twarzą niekiedy decydują się na zabiegi wolumetryczne, żeby zyskać pełniejszy wyraz.	Zabiegi z użyciem kwasu hialuronowego wykorzystywane w wolumetrii zwiększają objętość, dlatego jest stosowany do powiększania ust i policzków. Jego zastosowanie pozwala na modelowanie twarzy, w tym głównie: uniesienie brwi, korekta nosa, zmiana konturu ust i kształtu płatków uszu. Podaje się go również w okolice pośladków, piersi, ud, by zwiększyć ich objętość. Zwłaszcza to zastosowanie kwasu hialuronowego jest alternatywą dla zabiegów chirurgii plastycznej, jak na przykład powiększenie piersi.	Powiększenie ust i policzków. Likwidacja dużych zagłębień i deformacji w skórze. Uwydatnienie brody. Wolumetria pozwala przywrócić właściwy owal twarzy, odbudować skórę pod oczami, poprawić gęstość i jędrność skóry oraz dokonać korekty kształtu nosa, ust i kości policzkowych	Myślę, że zabiegi z użyciem wypełniaczy są bardzo popularne, dlatego, że w szybki sposób można zmienić rysy twarzy i uzyskać młodszy wygląd (...). Pacjentki stosują także wypełniacze, by zachować jak najdłużej oznaki młodości, często również by poprawić, a nawet zmienić rysy swojej twarzy [AIEiAK 14846]. Wypełniam policzki preparatem wolumetrycznym by mieć ładniejsze rysy twarzy [AIEiAK 14868]. Wypełniam też bruzdy nosowo-wargowe. używam do tego wypełniaczy i usta juvedermą, bez tego wyglądam bardzo staro i nieatrakcyjnie [AIEiAK 14866].

Przemoc i dyscyplinowanie kobiecego ciała

Erving Goffman: *Norma i piętno nie są osobami,
a raczej perspektywami*
[Goffman 2005: 138].

Michael Foucault: *Władza jest wszędzie –
nie dlatego że wszystko obejmuje,
ale dlatego, że zewsząd się wylania*
[Foucault 1995: 84]

W tej części tekstu podejmuję problematykę przemocy, władzy i dyscyplinowania ciała kobiety uwikłanego w społeczno-kulturowe konteksty. Inspirując się lekturami takich myślicieli jak Foucault czy Bourdieu i na podstawie materiału terenowego oraz antropologicznej perspektywy, próbuję zidentyfikować mechanizmy, które powodują, że atrakcyjny wygląd ciała jest konstruowany w taki, a nie inny sposób.

Historia ciała i jego podmiotowości wpleciona jest u Foucaulta we wzajemną relację wiedzy i władzy, zatem moje analizy ciała kobiety będą interpretowane przez soczewkę pojęć zaproponowanych przez francuskiego filozofa. Prześledzę te formy wiedzy / władzy, których dostarcza mi bogactwo materiału empirycznego. Ciało ludzkie będzie w tym wypadku łącznikiem między władzą / wiedzą i ciałem społecznym oraz fizycznością indywiduum. Opowieści informaterek – niekiedy artykułowane nie w sposób bezpośredni – podkreślają istnienie wzajemnych relacji dyskursów, o których pisał Foucault.

Materiał terenowy ukazuje aktualność pojęć takich jak habitus, pole i przemoc symboliczna, o których pisał Bourdieu. Zewnętrzne instytucje i media dysponują zestawem środków narzucania i określonymi sposobami ich stosowania, o czym – w mniej literalnym duchu – mówiły informatorki, podkreślając, że jednostka podlega z góry narzuconym regułom, które za francuskim socjologiem możemy nazwać przemocą symboliczną. Jej istnienie w codziennym życiu przejawia się w sposób niezauważalny, a mechanizmy, które stosuje, zdają się niewidzialne dla zdroworozsądkowych doświadczeń, gdyż zachodzą na poziomie nieświadomym, co jedynie pogłębia ich dyscyplinujący charakter.

Wyobrażenia moich rozmówczyń nawiązują także do kwestii ciała jako miejsca wpisywania znaczeń – człowiek „staje się” poprzez swoje ciało. Problematyka ta dotyczy zagadnienia ucieleśnienia doświadczenia jednostki. W bogactwie wypowiedzi moje rozmówczynie konstatują niekoherentne opinie podkreślające, że poza znaczeniami wizualnymi ludzka fizyczność przenosi także znaczenia, które są wpisane w jego granice.

Treść tego rozdziału została podzielona zgodnie z kierunkiem wskazanym przez lekturę materiału empirycznego. W bogactwie wypowiedzi, jakie cytuję w tym rozdziale, moje rozmówczynie wielokrotnie artykułują opinie sprzeczne z ich deklaracjami postaw wobec wizualnej strony ciała, na przykład w kontekście praktyk dyscyplinujących. Okoliczność ta – jak sądzę – nie dyskwalifikuje materiału empirycznego jako źródła potocznej wiedzy o ciele kobiety, urodzie i kobiecości. Pojawiające się w wywiadach niekonsekwencje także coś znaczą – świadczą, że obszar wizualnej strony kobiecego ciała przysparza myśleniu potocznemu wiele trudności.

Dyskurs władzy / wiedzy

Zmiana obiektu kary z ciała na duszę jest najważniejszym zagadnieniem opisywanym w *Nadzorować i karać* przez Foucaulta. Zdaniem francuskiego filozofa dokonało się też zasadnicze przeformowanie dyskursu władzy: rezygnowano z bezpośredniego panowania nad fizycznością jednostki, bowiem *ujarzmienie* ciała, a nawet jego śmierć, nie zawsze oznaczały ostateczne zwycięstwo i władzę. Prymat panowania nie dokonywał się w pełni, ponieważ nie posiadano władzy nad duszą człowieka. Zdaniem Foucaulta dusza nie miała charakteru esencjonalnego – uważał, że jest dyskursywna. Stwarzana jest w dyskursie³⁹ – w pewnym systemie wiedzy, który ustanawia praktyki, obiekty, przedmioty i podmioty. Chris Barker pisze, że „dyskurs konstruuje, definiuje i wytwarza przedmioty wiedzy w sposób zrozumiały, wykluczając jednocześnie inne formy rozumowania jako niezrozumiałe. [...] inaczej mówiąc, dyskurs nadaje znaczenia obiektom materialnym i praktykom społecznym” [Barker 2005: 115]. Sam dyskurs stanowi więc produkt wiedzy wytworzony przez władzę [Rokicki 2011: 154].

³⁹ Terminu dyskurs w tej części tekstu używam wyłącznie w rozumieniu zaproponowanym przez Foucaulta. Dla pełnego zrozumienia idei francuskiego filozofa – który dzielił charakter duszy na esencjonalny i dyskursywny, czyli stwarzany przez dyskurs – uważam za istotne używać tego pojęcia w kontekście omawianych treści.

Wcześniejsza władza kreowała ludzkie ciało, które jednocześnie *blokowała*⁴⁰, torturowała, urabiała, zmuszała do różnorodnych prac, doznań i domagała się odeń znaków – musi jednak stworzyć duszę, a do tego potrzebna jest właśnie wiedza [Foucault 2009: 29]. Wobec tego wiedza ta staje się częścią władzy i sama ją przenika. Foucault traktował je obie jako diadyczny obiekt:

władza produkuje wiedzę (ale nie dlatego po prostu, że faworyzuje ją, gdy ta jej służy, lub gdy ją wykorzystuje, gdy jest użyteczna); że **władza i wiedza wprost się ze sobą wiążą; że nie ma relacji władzy bez skorelowanego z nim pola wiedzy ani też wiedzy, która nie zakłada i nie tworzy relacji władzy**. Stosunków w obrębie "władzy – wiedzy" nie da się zatem analizować, wychodząc od przedmiotu poznania, który jest albo nie jest wolny wobec systemu władzy; przeciwnie – trzeba uznać, że poznający **podmiot, poznawane przedmioty i warunki poznania są raczej skutkami fundamentalnych następstw władzy – wiedzy i ich historycznych przemian**" [Foucault 2009: 27].

Pojawienie się tak zwanej władzy dyscyplinarnej i społeczeństwa normalizacyjnego francuski filozof datuje na przełom XVII i XVIII wieku [Foucault 2009: 44–48]. Władza ta odnosiła się do ciała, sposobów spędzania czasu wolnego i pracy – przez sprawowanie nadzoru i kontroli, nie zaś kreowanie poczucia obowiązku. Sięgała do metod, które za Foucaultem nazwać możemy – dyscyplinarnymi, tworzącymi zespół norm i reguł, a te z kolei formułują „kodeks normalizacyjny” odwołujący się do ciała człowieka [Rogowska-Stangret 2019: 134]. W *Nadzorować i karać* filozof uciekał się do analiz opisujących centralne nadzorowanie i wpływ władzy właśnie na ciało jednostki, a grupy społeczne, w których istnieją takie normalizujące zasady, nie sprawują kontroli przez instytucje prawne czy ekonomiczne – a coraz częściej – przez techniki dyscyplinarne.

W społeczeństwach dyscyplinarnych⁴¹ władza wpisuje się w normę zachowań i aktywności człowieka, w system, którego podstawą jest obszar rozróżniania, struktura dyferencji i hierarchizowania jednostek w obrębie grupy oraz zasada naśladownictwa [Organista 2010: 134]. Wobec tego władza normalizuje, a norma staje się nowym przymusem. Dochodzi do szeregowania jednostek ze względu na ich „wartość” i

⁴⁰ Termin *blokować* jest jednym z głównych pojęć używanych przez Foucaulta w *Nadzorować i karać*. Tadeusz Komenda, tłumacz polskiego przekładu tej książki – zachowując najwierniejszą translację na język polski, tak definiuje neologizm „blokować”. „Aby oddać tę dwuznaczność, musiałem uciec się do rozwiązania graficznego. Stąd *blokowanie*; osobliwy zapis tego słowa ma ciągle przypominać czytelnikowi, że blokada i lokata to, zdaniem Foucaulta, dwie strony tej samej rzeczy – blokowanie przez władzę ciała. Władza ciało ujarzmi (zatem <<blokuje>>) – ale tym samym <<lokuje>> w nim, licząc na przyszłe zyski, <<ja>>” [Foucault 2009: 307].

⁴¹ Foucault nie ujmuje dyscypliny jako bliżej określonego aparatu czy instytucji, ale raczej definiuje ją jako zbiór narzędzi, technik, wpływów, obszarów i płaszczyzn stosowania – pewnego rodzaju metodę do zarządzania dużymi grupami ludzi [Organista 2010: 134].

odpowiedniość w stosunku do narzuconych wymogów oraz ich zdolności do konformizacji [Organista 2010: 134]. Foucault pisał, że to „dyscyplina wytwarza ciała podporządkowane i wyćwiczone, ciała posłuszne” [Foucault 199: 182]. Władza, wydaje się, że jest kreowaniem wiedzy, dzięki której możliwe jest utrzymanie *staus quo*. Monika Rogowska-Stangret podkreśla, że centralistyczna władza jest pojęciem związanym z teorią władzy [Rogowska-Stangret 2019: 134], zaś Foucault termin ten porównuje z bogactwem [Foucault 1998: 26] i kwestią historyczną, a to ugruntowuje ład, który ustanawia ciało społeczne [Foucault 1998: 78]. Wzajemne relacje i sensory łączące wiedzę i władzę powodują, że dochodzi do konfliktu „prawd walczących o dominację i władzę, która jednocześnie sama wytwarza prawdy mogące się ze sobą ścierać i utrzymywać napięcie pomiędzy prawdą zdominowaną a dominującą” [Rogowska-Stangret 2019: 135].

W wykładzie *Porządek dyskursu* Foucault konstatuje, że władza staje się najwyższym celem, o który toczą się „społeczne walki”. Kwestia prawdy staje się tak istotna – jednocześnie odnosi do siebie inne metody nadzorowania dyskursu – bowiem ten, kto zwycięży grę o możliwość określania tego co „prawdziwe” w zakresie społecznym, zdobywa władzę. „Najwyższa prawda nie przebywa już w tym, czym był dyskurs, ani w tym, co robił, lecz zamieszkała w tym, co mówił” [Foucault 2003: 12]. W ten sposób jednostka odpowiada na zewnętrzne bodźce, na które powinna reagować w odpowiedni sposób. Można zatem powiedzieć, że każdy człowiek funkcjonuje w społeczeństwie zgodnie z tymi prawidłowościami, które zostały nam „wdrukowane”. Istotnym przykładem takich działań – poruszanych niebezpośrednio przez Foucaulta – jest różnica pomiędzy płciami, zwłaszcza ta odnosząca się do ich ciał. Warto podkreślić, że różnice płciowe są ujmowane jako jednoznaczne i arbitralne; służą one do zdefiniowania wartości, schematów zachowania i wyglądu, obejmując cały obszar społeczny [Organista 2010: 132]. W efekcie, to ciało ludzkie staje się narzędziem reprezentacji określonych cech i przynależności do odpowiednich pól symbolicznych. Ciało społeczne staje się ciałem (od)różnionym. W przyporządkowywaniu ludzkiej fizyczności do którejś z dwóch istniejących grup: kobiecości lub męskości – nie może być najmniejszych zachwian czy niedomowień – wybór jest autorytatywny. Ze względu na podstawy biologiczne, ale też na ich wzór, tworzone jest „prawo społeczne” uwzględniające istnienie tylko dwóch binarnych kategorii – nieustająco wzmacnianych przez procesy maskulinizacji mężczyzny i feminizacji kobiet [Organista 2010: 132]. Ostatecznie to biologiczne uwarunkowania determinują życie kobiet, a samo istnienie i rzeczywista partycypacja w grupie społecznej zależna jest od spełnienia warunków określonej wizji kobiecości. Nie spełniając ich, jednostka podlega społecznej stygmatyzacji i alienacji ze

strony grupy – w przypadku ich realizacji, nie ma możliwości kreowania i zaspokajania siebie poza wymogami dyskursu ciała.

W kontekście istnienia wzajemnych relacji władzy / wiedzy określone piękno stanowi jeden z głównych obszarów konstruowania różnic między płciami. Kobiety dążą do bycia pięknymi, natomiast mężczyźni poszukują piękna w kobietach. Naturalizacja społecznie kształtowanych ideałów atrakcyjności – przepojonych dyscyplinującymi metodami odnoszącymi się do tego, co znaczy być kobietą – uzyskuje charakter obowiązującej prawdy. W ten sposób ciało kobiety staje się miejscem ucieleśniania różnorodnych prawd i esencjonalnego piękna. Powszechna bierność i konformizm wobec obowiązujących kanonów urody sprawia, że większość kobiet „rozpoznaje się jedna w drugiej” [Melosik 2010: 22] – a dbanie o wygląd zapewnia – w przekonaniu kobiet – indywidualność, a w rzeczywistości przynosi skutek odwrotny [Melosik 2010: 22].

Bordo w swojej książce *Unbearable Weight: Feminism, Western Culture and the Body* porusza kwestię traktowania ciał przez kobiety, zwraca uwagę, że współcześnie spędzają one dużo więcej czasu na „dbaniu o ciało”. Obowiązujące i narzucane im standardy piękna nie są bezwzględnie trwałe, a współczesny kanon idealnej urody jest mniej lub bardziej nieuchwytny. Postmodernistyczne wymogi stawiają przed kobietami coraz to bardziej różnorodne wymagania: nieustającą pracę nad poprawianiem i zmienianiem kształtu oraz zarysu swojego wizerunku. Oczekiwania dotyczące idealnej wagi, konturów, wyglądu określonych elementów, makijażu, ubioru – stają się scentralizowanymi regułami organizowania czasu i przestrzeni [Bordo 1993: 18]. Zdaniem Bordo, kobiety stają się więźniami swojego ciała i całą swoją energię oraz czas poświęcają na „przystrojanie” indywidualnego więzienia [Bordo 1993: 18]. Kobiety są więc zredukowane do swojego ciała, a ono z kolei do zdyscyplinowanej, ale „pięknej” reprezentacji. Foucault, rekonstruując uprzedmiotowienie ciała ludzkiego, które następuje dopiero po *ujarzmieniu*, poddaje właśnie w wątpliwość istnienie autonomicznego „ja”.

Bogactwo materiału terenowego w kontekście społecznych praktyk konstruowania kobiecości ujawnia zjawisko dyscyplinowania kobiet poprzez normalizację ich ciała. Odnosi się to głównie do regulowania wielkości, objętości i konturów kobiecego ciała, ale również jego pragnień, postaw, światopoglądu, zachowywania się i wyglądu każdego z jego widzialnych elementów [Hesse-Biber 1991: 175]. Lektura materiału empirycznego dostarcza licznych przykładów potwierdzających istnienie dyskursu władzy / wiedzy, który kształtuje normy piękna w obecnych czasach. Informatorki wskazują na istnienie określonej wiedzy na temat tego, jak ciało wyglądać powinno, mimo że ich artykulacje nie mówią o tym wprost

oraz że nie wskazują określonego źródła tej wiedzy; to podkreślają dyskursywność tych zasad.

(1) Ciało jako miejsce wpisywania znaczeń

W swoich rozważaniach Foucault poświęcił dużo miejsca na opis zmiany taktyki sprawowania władzy nad fizycznością podmiotu. Podkreślał istnienie pewnej wiedzy o ciele, która w rzeczywistości nie jest wiedzą o jego funkcjonowaniu, biologicznej naturze oraz o dominowaniu nad jego siłami – ta wiedza to coś w rodzaju tak zwanej technologii ciała [Foucault 2009: 27–28]. Nie chodzi zatem o to, by ciało było bardziej doskonałe, ale by zastosować taki mechanizm kontroli, by uczynić je podatniejszym [Organista 2010: 132]. Scentralizowana polityka przymusu sprawia, że staje się ono posłuszniejsze, a przez to bardziej przydatne władzy. Człowiek reaguje na te bodźce, na które reagować powinien. Ludzkie funkcjonowanie opiera się na ustalonych zasadach, które powodują, że w nasze ciało zostaje wpisana określona wiedza. Z reguły proces ten przebiega bez świadomego udziału jednostki, co jedynie potęguje działanie. W wyniku tych licznych przemian przestaje być ono kategorią naturalną – zarządzaną przez jednostkę. Melosik pisze, że ciało staje się tekstem, w który wpisuje się wiele różnorodnych znaczeń społecznych. Odczytywanie i interpretowanie tych społecznych sensów oraz znaczeń, jakie przenosi ciało, odbywa się w codziennym życiu [Melosik 2010: 11]; wchodzi też w sferę znaczeń potocznych i zdroworozsądkowych.

Materiał empiryczny uwidacznia liczne potwierdzenia tezy – która nie jest eksplikowana literalnie – mówiącej o wszechobecności mechanizmów definiujących treści dotyczące wyglądu i kategorii związanych z kobiecością ucieleśnianych przez jednostkę. Wskazuje to na istnienie dyskursywnych mechanizmów wywodzących się z relacji władzy / wiedzy. Wypowiedź Karoliny, jednej z pacjentek, dowodzi tego zjawiska:

Tyle się mówi o szczupłej sylwetce i widzę, że kobiety wydają swoje ostatnie pieniądze na drogie zabiegi wyszczuplające i ujędrniające. Skąd, ale nie wiem skąd, przychodzi taka moda i wtedy wszyscy ją realizujemy, to jest jakby takie wszechobecne i każda dziewczyna to robi. Jak w mediach zmienia się postrzeganie ciała i zaczną być popularni inni ludzie, to inne rzeczy są modne [AIEiAK 14862].

Słowa informatorki można interpretować w świetle tego, o czym pisał Foucault, który wskazywał, że nie należy patrzeć na podmiot jako na kategorię pierwotną, bowiem jest on

zawsze efektem rozpowszechnionych i dominujących w danym społeczeństwie norm i zasad. W przypadku kobiet sieć tych mikrowładz dotyczy głównie pojęć związanych z wyglądem zewnętrznym i ściśle zdefiniowanym pojęciem kobiecości. Fizyczność kobiety staje się więc głównym nośnikiem dyspozycji kultury prawomocnej, czego najdonioślejszym skutkiem jest postrzeganie jej cielesności jako ciała-dla-innego [Organista 2010: 133]. Wobec tego kobieta już od najmłodszych lat musi sprostać wyobrażeniom o ciele uznanym w danym czasie historycznym i kulturowym za kobiece i atrakcyjne. Tak czy inaczej musi poddać się obiektywnemu rygorowi definiującemu, jaki wygląd jest uznany za odpowiednio piękny.

Przemoc symboliczna

Francuski socjolog Bourdieu również zwracał uwagę na kwestię *ujarzmiania* jednostek poprzez wykorzystanie ciała i poszczególnych jego elementów jako medium odpowiednich treści oraz nośników akceptowanych wartości. W swojej teorii próbował pogodzić kwestię funkcjonowania makrostruktur społecznych z koncepcjami odnoszącymi się do zjawisk i aktywności w obrębie mikroskali [Ciołkiewicz 2010: 208]. Jego zdaniem, konieczne jest przyjrzenie się prawdziwym kontekstom aktywności społecznej, której najważniejsze obszary wyznaczone są przez pojęcia *habitusu* i *pola symbolicznego*. Dla Bourdieu *habitus* jest względnie trwałym i kształtowanym przez czynniki społeczno-historyczne wzorcem postawy, działania, percepcji i oceny, którego implikacją jest wchłonięcie przez ludzkie ciało tego, co społeczne [Bourdieu, Wacquant 2001: 114]. W *Reprodukcji. Elementach teorii systemu nauczania* na temat habitusu pisze, że jest to: „kompleks interioryzacji, czyli tendencji, postaw, dyspozycji uwewnętrznionych, wprowadzonych w sferę ludzkich nawyków. Habitus rozciąga się na dziedzinę ocen, emocjonalnych reakcji, stosunku do wartości” [Bourdieu 1990: 9]. Jest to więc wyrazem subiektywnych obiektywności. Bourdieu pisze dalej:

między systemem prawidłowości obiektywnych a systemem bezpośrednio obserwowalnych działań lokuje się zawsze czynnik pośredniczący, którym jest właśnie *habitus* [...]. **Tak więc *habitus* klasowy, rozumiany jako system organicznych i psychicznych dyspozycji i nieświadomych schematów myślowych, postrzeżeń i działań, stanowi właśnie czynnik sprawiający, że osoby, działające w poczuciu mocno ugruntowanego złudzenia twórczości, nieprzewidywalnej, oryginalnej i swobodnej improwizacji, mogą jednak produkować myśli, postrzeżenia i akty zachowania zgodne z obiektywną prawidłowością** [Bourdieu 1990: 9].

Dzieje się tak, ponieważ *habitus* jest koncepcją uformowaną w warunkach obiektywnie definiowanych przez te prawidłowości, a zarazem przez nie⁴². Jego istotą jest sterowanie działaniami w taki sposób, by dojść do określonego celu bez względu na to, czy ów cel jest świadomy czy nieświadomy. Nazywa on też *habitus* „społecznie ustanowiona natura”, a zaszczepianie obowiązujących standardów jest tak silne, że nie jest ono w żadnym razie postrzegane jako czynnik narzucony z zewnątrz – a jego skuteczność jest tak wysoka, że zapewnia w zdecydowanej większości automatyczne dopasowanie się do obowiązujących treści i przekazów.

Koncepcja Bourdieu jako teoria połączonych przewag do teorii stratyfikacji społecznej – odwołuje się już do historycznych źródeł nierówności, definiując źródło dysproporcji w istnieniu władzy. Zmiana *habitusu* klasowego wiąże się ściśle z *przemocą symboliczną*, która działa jak określona władza narzucająca pewne treści [Łyszkowska 2009: 26]. *Przemoc symboliczna* następuje w procesie komunikowania, w którym jednostka dominująca narzuca swoją „sztukę życia” [Bourdieu 2005: 630] – wykorzystując swój autorytet, na skutek czego rodzi się *habitus*. Z kolei pojęcie autorytetu wiąże się z kwestią akceptacji i uznania ze strony autorytetu kultury tzw. dominującej czy prawomocnej [Łyszkowska 2009: 26]. *Przemoc symboliczna* – zdaniem Bourdieu – nadaje moc ekonomiczną, prawną, niekiedy nawet moralną, którą określona grupa wykorzystuje do dominacji nad innymi. Dodatkowo potwierdza swoje istnienie różnymi środkami symbolicznymi, a ich działania są „akceptowane” przez strony uwikłane w procesy komunikacji [Łyszkowska 2009: 26–27]. Bourdieu pisze, że „przemoc symboliczna istnieje dzięki szczególnemu typowi posłuszeństwa, którego zdominowany nie może wypowiedzieć dominującemu (i dominacji), gdyż myśląc o nim i o sobie oraz o łączących ich relacjach, dysponuje narzędziem poznawania, które jest im wspólne, a które – pośrednicząc w procesie wcielenia dominacji – zarazem wprowadza tę relację jako naturalną” [Bourdieu 2004: 47].

Pole symboliczne, podobnie jak *habitus*, zapośrednicza ludzkie działania jako kategorię względnie autonomiczną i niedającą sprowadzić się do czynników zewnętrznych. Bourdieu wielokrotnie potwierdza w swoich pracach, że głównym przedmiotem zainteresowania jego socjologii nie są jednostki ani grupy czy nawet struktury i zjawiska społeczne, lecz właśnie aktywna i wzajemna relacja pomiędzy *polem* i *habitusem* [Ciołkiewicz 2010: 209]. Relacja, o której pisał, jest wielopłaszczyznowa i złożona: z jednej strony, *pole* wpływa na kształtowanie się *habitusu*, ale z drugiej strony, *habitus* również

⁴² Bourdieu wielokrotnie podkreślał, że choć *habitus* został przyjęty przez niego od Arystotelesa i Tomasza z Akwinu, to on nadał mu nowych znaczeń i treści.

konfiguruje *pole*, w obrębie którego funkcjonuje. Tym samym znajomość procesów i mechanizmów biorących udział w kreowaniu określonego *habitusu* ma kardynalne znaczenie dla uświadomienia sobie tych procesów i ich ewentualnego przewyciężenia.

Trzecią niezwykle istotną kategorią dla Bourdieu jest *przemoc symboliczna*. Polega ona na legitymizacji realnej przemocy ekonomicznej czy politycznej za pomocą symboli. Innymi słowy, klasy dominujące w najważniejszych sferach mogą wzmacniać swoją hegemonię za pomocą symboli, atrybutów i wartości, które narzucają jako obowiązujące [Ciołkiewicz 2010: 209]. W *przemocy symbolicznej* klasyfikowanie opozycyjne: wysoki / niski, biały / czarny, kobieta / mężczyzna – są elementami nierozzerwalnie związanymi z systemem klasyfikacji i różnicowanie ludzi, który leży u podstaw istnienia instytucji społecznych. Skutki tej przemocy mogą mieć swoje źródło w kwestiach związanych z kolorem skóry, pochodzeniem, językiem, ale też byciem kobietą [Bourdieu 2004: 48–49]. Antonina Kłoskowska we wstępie do książki *Reprodukcja. Elementy teorii systemu nauczania* pisze, że dla francuskiego filozofa najistotniejsze były dwa aspekty *przemocy symbolicznej*: wszczepiać grupom określone standardy wiedzy i wartości oraz mechanizm nobilitacji szkolnej [Kłoskowska 2005: 23]. Zdaniem francuskiego socjologa, każde działanie o charakterze pedagogicznym niesie ze sobą przemoc [Bourdieu 2005: 102].

Każdy wybór dokonywany przez jednostkę w zakresie różnorodnych postaw i zachowań jest egzemplifikacją *habitusu*, a obszar jego działania to *pole symboliczne*. Materiał terenowy dostarcza wiele przykładów takiej relacji. Większość informatek wypowiada się na ten temat niejednoznacznie, powielając nieświadomie bezdroża myślenia zdroworoządkowego. W niektórych wskazanych przez informatorki kategoriach związanych z kobiecym ciałem uwidacznia się bourdieuowska *przemoc symboliczna*. Niektóre z rozmówczyń eksplikowały w sposób bezpośredni istnienie narzuconej wiedzy, która stała się obowiązującym standardem wyglądu.

Wygląd zewnętrzny: ubiór

W kulturze ponowoczesnej posiadanie przez jednostkę szerokich możliwości w sferze konsumpcji stanowi jeden z najgłośniejszych sygnałów jej materialnego, społecznego i symbolicznego statusu. Już od czasów starożytnych ubiór, dodatki do niego, ale i sama moda były widzialnymi przejawami miejsca oraz pozycji człowieka w społeczeństwie. Strój pozwalał na scharakteryzowanie osoby, która go nosi, jej prestiżu społecznego i materialnego, ale też światopoglądu, a nawet cech charakteru i osobowości. Moda stała się więc narzędziem

rozróżniania i kategoryzowania ludzi oraz określania ról społecznych, ale także ich wykluczania. Roland Barthes pisał, że [odzież] „jest zarazem obiektem historycznym i socjologicznym (...), postrzeganym zawsze jako jednostkowy <<signifiant>> ogólnego <<signife>>, który jest wobec niego zewnętrzny (epoka, kraj, warstwa społeczna)” [Toussaint-Samat za: Barthes 2002: 14].

W przeszłości, dopóki podziały społeczne klas wyższych i niższych były wyraźne, moda w kwestii ubioru wśród niższych warstw społecznych nie podlegała dużym przemianom. Dopiero wyłanianie się klasy średniej wraz z jej aspiracjami w sferze społecznej zaczęło zmieniać sytuację. Dodatkową kwestią pozostawał rozwój światowego handlu, który spowodował większą dostępność ekskluzywnych tkanin. W efekcie tych przemian próbowano określić „obowiązujące” dla poszczególnych grup społecznych style ubierania tak, by przedstawiciele poszczególnych grup nadal mogli zachowywać hierarchię pod względem statusu społecznego i materialnego. Wszelkie zasady *dress codu*, które były obwarowane sankcjami prawnymi, odnosiły się wyłącznie do jakości i typów materiałów, nie definiowano jednak kwestii stylu, a dzięki temu warstwy niższe mogły próbować naśladować styl wyższych klas [Melosik 2010: 86]. Coraz częściej zdarzało się jednak, że dana stylizacja przestawała być afiliacją danej grupy, bowiem ta kierowała się w stronę adaptacji nowych trendów i ponownego wyróżnienia się [Tseëlon 1995: 125]. Thorstein Veblen uważa, że w tym kontekście kierunek przemian prezentuje wyraźne formy krępowania wizerunku poprzez wytwarzanie niewygodnego stroju kobiet, na przykład wysokich obcasów uniemożliwiających wykonywanie nawet najprostszych prac fizycznych [Veblen 1971: 154-155]. Podobnych egzemplifikacji dostarcza Gromkowska-Melosik, opisując to zjawisko na przykładzie symbolu „uwięzienia kobiecości” w epoce wiktoriańskiej, jakim był gorset [Gromkowska-Melosik 2013:72]. Kierunek zmian – jak pisał Casimir Daumas – miał powodować, że „społeczne położenie kobiet skazuje je na siedzący tryb życia i osłabia ich system mięśniowy wymagający ćwiczenia” [Perrot 1996: 148].

Wypowiedź dr Dagmary – jednej z lekarek medycyny estetycznej, z którymi spotkałam się w trakcie moich badań – odnosi się do jakości kobiecego ubioru jako wskaźnika odrębności. Potwierdza to istnienie kategorii różnicujących jednostki w obrębie grupy społecznej.

Strój kobiety powinien podkreślać zalety jej figury, być dopasowany do typu urody oraz być porządnie wykonywany z wysokiej jakości produktów. Strój powinien być modny i bardzo wysokiej jakości [AIEiAK 14853].

Lekarki wskazywały również na istnienie potocznego rozumienia terminu: uniform-fartuch lekarski, co może wskazywać, że ze względu na wykonywany zawód – bo nadal profesja lekarza jest wysoko ceniona społecznie – zaznaczają swoją odrębność i wyższość nad innymi grupami. Wykorzystują więc – świadomie bądź nie – określone konotacje tego stroju jako zarezerwowanego dla wyspecjalizowanych i prestiżowych grup. Tak na temat tej problematyki mówi dr Malwina:

Rodzaj ubioru, także to, czy jest elegancki czy nie, drogi czy tańszy, wskazuje na rodzaj wykonywanej pracy. Wiadomo, że osoba, która pracuje w sklepie na kasie, nie może sobie pozwolić na tego rodzaju rzeczy. Natomiast pani prezes już tak [AIEiAK 14844].

O uniformie konstatuje też dr Alicja:

Młode kobiety oraz takie, które są po prostu młodsze duchem, chodzą w młodzieżowym stroju (...). Kobiety na wysokich stanowiskach ubierają się bardziej elegancko niż kobiety pracujące fizycznie (...). Poza tym najnowsze badania dotyczące autorytetu wskazują, że odpowiedni strój i wygląd u sprzedawcy działa tak samo jak policyjny uniform [AIEiAK 14847].

Bogactwo materiału terenowego uwypukla, że we współczesnych społeczeństwach hierarchizująca rola stroju zdaje się mieć mniejszy i delikatniejszy zasięg, ale – choć w zredefiniowanym stopniu – istnieje nadal. Grupy o wyższym, bardziej prestiżowym statusie materialnym wciąż starają się podtrzymywać egalitarność dóbr przez dokonywanie codziennych wyborów. Featherstone zauważa, że dynamika i zmienność rozwoju kultury konsumpcji jest zaznaczona przez wyraźną symbolikę dóbr, która cechuje się początkową niepospolitością, by później stać się bardziej dostępna [Featherstone 1991: 86–88]. Dobra materialne jako atrybuty pozycji społecznej i prestiżu materialnego przywłaszczane są przez różne grupy – co w efekcie powoduje, że osoby na rzeczywiście wyższej pozycji muszą nieustająco inwestować w nowe produkty (na przykład ubrania i dodatki do niego), by utrzymać swoją pozycję i zachować dystans społeczny między sobą a innymi [Featherstone 1991: 18–19]. Zdaniem angielskiego socjologa, dodatki do ubioru i sam strój służą jako symbole statusu [Featherstone 1991: 25].

W świetle materiału terenowego uwidacznia się artykułowana przez informatorki teza o istnieniu tak zwanej „ekonomii prestiżu”, którą kobiety związane ze środowiskiem medycyny estetycznej nazywają potocznie „statusem materialnym”. Wskazują, że zarówno

pozycja finansowa, jak i społeczna może być odzwierciedlana za pomocą odpowiedniego ubioru. Pacjentka Karolina mówi na ten temat w następujący sposób:

Myślę, że na atrakcyjny wygląd kobiety wpływ ma wiele różnych czynników. Tak jak wspomniałam wcześniej, ogromne znaczenie mają rzeczy, jak ubiór (...), **to znaczy markowy i drogi ubiór (...). Na pewno po wyglądzie na przykład właśnie ciuchów możemy stwierdzić, czy dana osoba należy do majątnych, czy nie** [AIEiAK 14862].

Podobnej argumentacji dostarcza wypowiedź dr Anastazji:

Co świadczy, że kobieta jest zadbana? Przede wszystkim odnosi się to określenie do ogólnej aparycji kobiety, to znaczy, **jakie ubrania nosi, czy są dobrze dopasowane, odpowiadają jej pozycji społecznej, charakterowi** i tym podobne [AIEiAK 14854].

Kobiety związane ze środowiskiem medycyny estetycznej podkreślały też, że ubiór wskazuje na określone cechy charakteru i typ osobowości. Mimo że literalnie wskazują na tę kwestię, to jednak ich wypowiedzi oscylują bardziej wokół kategorii prestiżu społecznego niż statusu materialnego. Cytuję wypowiedź Ewy, pacjentki kliniki medycyny estetycznej:

Przypomnij sobie chociażby czasy, w których kobiety musiały nosić gorsety czy określone suknie. Dziś możemy ubrać się w sukienkę, spodnie, spodniczkę czy spódnicę (...). Po ubiorze możemy przypuszczać, jaki kobieta ma charakter i typ osobowości (...). Właśnie może fit ciało oznacza też ubiór podkreślający osiągnięte efekty, czyli jakieś obcisłe leginsy, wtedy po ubiorze widać z kim mamy do czynienia, bo uwypukla on walory sylwetki [AIEiAK 14872].

Dr Grażyna twierdzi, że ubiór mówi o tym, kim jesteśmy:

Kobieta powinna być **dobrze ubrana to znaczy modnie, ze smakiem oraz zgodnie z obowiązującymi trendami w modzie. Myślę też, że strój mówi kim jesteśmy**. Mogę opowiedzieć na przykład o pacjentce, która jest w średnim wieku, ale ubiera się jak nastolatka. Sama kiedyś powiedziała mi, że ona po prostu czuje się jak młoda dziewczyna. Znam **matki, które swoim strojem (...) wyrażają, że są matkami** i tyle [AIEiAK 14850].

Poza wyżej omówionymi kategoriami informatorce wskazują też na znaczenie ubioru jako elementu wpływającego na kobietą atrakcyjność – co potwierdza istnienie foucaultowskiej koncepcji władzy. Materiał empiryczny dowodzi, że rozmówczynie traktują strój jako dodatkowy element ciała zewnętrznego. Ich wypowiedzi podkreślą obecność hierarchizacji jednostek w obrębie grupy społecznej, czego dowodzą przykłady wyglądu

kobiet sytuowanych w wyższych klasach. Sylwia, jedna z pacjentek gabinetów medycyny estetycznej, tłumaczy, jaki ubiór powinna mieć atrakcyjna kobieta:

Poza cechami czysto fizycznymi znaczenie mają też dodatki, które uzupełniają kobiecy wygląd. **Na pewno znaczenie ma ubiór – drogi i dobrze dopasowany do naszego charakteru i ciała ma duży wpływ na to, jak jesteśmy odbierane. (...) wolimy patrzeć na ludzi dobrze ubranych** [AIEiAK 14867].

Terasa podkreśla natomiast, że ubiór nie jest jedynie dodatkiem do kobiecego ciała – jest integralną częścią współczesnych kanonów urody:

Całości dopełniają takie elementy (...). dobry ubiór. Proszę jednak zauważyć, że nie są to wyłącznie dodatki do bycia pięknym, ale same w sobie te elementy są częścią współczesnych kanonów kobiecego ciała (...). **Strój powinien wskazywać, że podąża za najnowszymi trendami (...), czyli taki modny i podkreślający atuty sylwetki** [AIEiAK 14868].

Według dr Aleksandry, nawet atrakcyjna sylwetka musi być po prostu dobrze ubrana:

Liczy się taki ogólny odbiór, a na to już wpływa wiele różnorodnych czynników. Myślę, że wszystko po trochu. Bo jednak **można mieć super figurę, ale gdy człowiek nie umie się fajnie ubrać i podkreślić swoich mocnych stron, to wygląda to niekiedy karykaturalnie (...). Tak samo jest z ciałem, ale dobrze jest, jak nasz rozmiar ciała jest dobrze ubrany. Ciało bez ubioru nie będzie miało znaczenia (...).** No bo jednak na przykład taka Magda Gessler nie należy do superszczupłych, ale jest naprawdę superubraną kobietą i jej figura jabłka, która jest jedną z najgorszych typów figur do ubrania, wygląda bardzo korzystnie [AIEiAK 14855].

Zebrany materiał terenowy wskazuje, że moda urasta do rangi ważnej kwestii społecznej. Odpowiednio dobrany ubiór, w którego skład wchodzi modne elementy, jest kategorią silnie wyznaczającą status społeczny. Maguelonne Toussaint-Samat w *Historii stroju* pisze, że z biegiem czasu strój „począł generować postawy kulturowe, rodzące z kolei nowe, coraz bardziej sztuczne potrzeby, nowe rodzaje aktywności, umiejętności wytwórcze i handlowe” [Toussaint-Samat 2002: 14].

Wygląd zewnętrzny: dodatki do ubioru

Na swój sposób moda od zawsze miała cechy ponowoczesności – negowała stabilność wyobraźni. Wpisana w nią idea ciągłej zmiany pozwalała nieustająco stymulować pragnienia, które ostatecznie nie mogły być zaspokojone. Zdaniem Veblen dojście do estetycznej perfekcji jest zadaniem niemożliwym, bowiem owa perfekcja jest zmienną konstrukcją

społeczną, która nieustająco podlega redefinicji [Veblen 1971: 156–157]. W ostatnich latach cechy mody nabrały nowego – nieco rewolucyjnego charakteru. Melosik zwraca uwagę, że stała się ona „jednym z nośników kultury upozorowania” [Melosik 2010: 89]. Ponowoczesna moda i style ubierania się są procesami, w których kobiece ciało jest permanentnie dekodowane i kształtowane na nowo. W przeszłości podlegała ona mniej radykalnym ewolucjom, trzymając się swojej wewnętrznej dynamiki; obecnie natomiast charakteryzuje się chaosem i bezładem, będąc w ten sposób symbolicznym wyrazem fragmentaryzacji współczesnych realiów [Wilson 1994: 402–404]. Dowodem tych przemian jest szybkość, dosadność, wyrazistość i zmienność cykli mody i ich trwania – co nadaje ciału charakter płaszczyzny zdarzeń i sensów, w których ludzka fizyczność z odpowiednią intensywnością musi dostosowywać się do warunków kulturowych [Melosik 2010: 89].

Powierzchnia, którą zajmuje moda, należy do tych sfer, w które wpisana jest coraz większa ilość znaków i sensów. Baudrillard uważa, że moda aktywuje pragnienia, decydując w sposób bezpośredni o akceptowalnym typie urody, atrakcyjnych ubraniach czy preferowanych dodatkach do kobiecego wyglądu [Baudrillard 1990: 90–98]. W ten sposób wszystkie te mniejsze lub większe aspekty związane z fizycznością ciała konstruują preferowany i atrakcyjny wygląd. Bauman uważa, że moda „jest szczególną formą życia, która ma zapewnić kompromis między tendencją do społecznego zrównania a tendencją do indywidualnej odrębności” [Bauman 2011: 38]. Baudrillard zauważa, że ponowoczesna moda wkracza we wszystkie sfery życia społecznego, włączając w to politykę, kulturę, jedzenie, seksualność, ekonomię i moralność. A sama moda, zdaniem francuskiego socjologa, rządzona jest przez wewnętrzny system: kolorów, koordynacji, wyrazistości, sposobów poruszania się i malowania się czy noszenia odpowiedniej biżuterii. Wszystkie te aspekty tworzą „modę dla mody” [Melosik 2010: 90].

Kobiety, z którymi rozmawiałam, również podkreślały, że na piękny wygląd wpływ mają między innymi dodatki do ubioru, które stanowią uzupełnienie kobiecej urody. Mimo że nie poświęciły tej kategorii dużo miejsca, to jednak z określoną regularnością wskazywały na tę problematykę. Materiał empiryczny uwidoczniał, że żaden bliżej określony przedmiot lub kategoria nie były objęte szczególnym zainteresowaniem ze strony informaterek, stąd – pozwoliłam sobie przyjąć za moimi rozmówczyniami – jeden ogólny termin określający wszystkie te rzeczy (zegarki, okulary, łańcuszki, bransoletki, buty i torebki): dodatki do ubioru. Warte podkreślenia jest, że konstatacje pacjentek w kontekście tej tematyki były dokładniejsze i bardziej arbitralne niż lekarek.

Szczegółnej wyrazistości nabrały wypowiedzi informaterek akcentujące znaczenie dodatków do ubioru jako jednego z elementów wpływających na współczesne piękno kobiecego ciała. Dr Marta podkreśla, że nawet najmniejsze elementy kobiecej garderoby mogą mieć znaczenie:

Myślę, że znaczenie ma to, czy **zakłada biżuterię, jeśli tak, to jaką. Wszystko to, co może być nawet małym detalem, naprawdę ma znaczenie i wpływa na to, czy ktoś jest piękny, czy nie** [AIEiAK 14846].

Sandra wskazuje, że elementy takie jak biżuteria mogą podkreślać kobiecą atrakcyjność:

Wszystkie **te dodatkowe kwestie jak biżuteria (...), wiele innych są naprawdę niezwykle ważne, by wyglądać pięknie, bo po prostu tak jest to wszystko dobrze dopasowanie, to uwypukla i podkreśla nasze piękno** [AIEiAK 14873].

Oliwia konstatuje, które dodatki mają znaczenie. Wyjaśnia rzecz następująco:

Ogromne znaczenie mają też **buty, odpowiednia biżuteria, torebka, zegarek i okulary. To taki niezbędnik współczesnej kobiety. Nie mówię, że każda z nas powinna mieć wszystkie te elementy, mówię tylko, że one też podkreślają naszą atrakcyjność (...). Na pewno zegarek też ma spore znaczenie, bo wiadomo, że po nim dużo widać, na przykład nasz status materialny. Naprawdę takie rzeczy jak dodatkowe gadżety, ubiór** [AIEiAK 14874].

Podobnie jak w przypadku stroju, dodatki do ubioru również służą do hierarchizowania ludzi w obrębie grupy społecznej. Zgodnie z koncepcjami Foucaulta, władza hierarchizuje ludzi i na przykładzie – jak sądzę, może się wydawać „nieznaczących” elementów, jakimi są dodatki do ubioru – uwypukla się działanie dyskursu władzy / wiedzy. W moim odczuciu pokazuje to tylko, jak głęboko i z jaką dokładnością oraz intensywnością definiowane są normy piękna. Nie obejmują wyłącznie – jakby mogło się wydawać – kwestii „oczywistych”, ale określają niemalże wszystko, co jest związane z zewnętrżnością jednostki. Moje rozmówczynie wskazują, że wygląd i jakość dodatków do ubioru podkreślają status materialny, a niekiedy nawet pozycję zawodową. Cytuję w tym miejscu wypowiedź Gracji potwierdzającą tę tezę:

Przez określony wygląd tych elementów naszego wizerunku **wyrażamy swój charakter, cechy osobowości, także temperament, często w ten sposób zaznaczamy swoją pozycję**

zawodową na przykład kobieta, która jest dyrektorem, będzie zakładała szpilki, drogą biżuterię i garsonkę [AIEiAK 14869].

Makijaż

Zarówno Bourdieu, jak i Foucault wskazywali na kwestie *ujarzmienia* jednostek poprzez ciało. Powoduje to, że nie tylko za pomocą fizyczności podmiotu człowiek (czy ściślej rzecz ujmując w kontekście niniejszej dysertacji) – kobieta – dokonuje reprezentacji określonych cech, ale też transformacji ciała zgodnie z narzucanymi wytycznymi. Mechanizm ten uważany jest przez Bordo za krzywdzący i niesprawiedliwy dla kobiet, ponieważ oddziałuje on na kobiece poczucie bycia w świecie [Bordo 1993: 141–158]. To powoduje też niepokój w stosunku do samej siebie – ciągle testowanie, nadzorowanie, obserwowanie i sprawdzanie, czy jest w stanie sprostać obowiązującym kryteriom. Kompulsywne przeglądanie się w lustrze, porównywanie swojego wizerunku do innych czy wykonywanie idealnie narysowanego makijażu jest jednym z najbardziej oczywistych przykładów, że współcześnie doniosłe znaczenie ma zdolność patrzenia na siebie oczami innych ludzi [Organista 2010: 132]. Takie postrzeganie ciała czyni kobiety biernymi i wrażliwymi na opinię innych oraz skłonny do ślepej imitacji tego, co robią inni.

Problematyka stosowania odpowiedniego rodzaju makijażu może przywołać na myśl drobiazgowy charakter dyscyplinowania ciała. W *Nadzorować i karać* Foucault porównywał techniki panowania nad ciałem żołnierzy podczas apelów wojskowych do współczesnych mu praktyk nadzorowania jednostki. Wydaje się zatem, że jedyna różnica pomiędzy osiemnastowiecznymi praktykami dyscyplinującymi a wykonywaniem na przykład makijażu jest taka, że w przypadku tego drugiego wpisywanie norm obowiązującego wyglądu odbywa się subtelniej [Melosik 2010: 15]. W ten sposób dyskurs władzy / wiedzy określający co znaczy być atrakcyjną i wartościową kobietą we współczesnym świecie, zostaje wkomponowany w codzienną przestrzeń – poprzez dokonywanie wyborów z przedstawionej oferty kosmetyków dostępnej na rynku makijażu. W rozpowszechniony zestaw wpisana jest wiedza na temat układu i sposobów oddziaływania na ciało – w tym wypadku na twarz – by uzyskać miano atrakcyjnej kobiety. W ten sposób kobiety podążają za określonym kierunkiem; przede wszystkim dlatego, że inne formy wiedzy są marginalizowane, a ta rozpowszechniona ma znamiona obiektywnej „prawdy” [Melosik 2010: 15].

Dobłą egzemplifikacją tej tezy jest instrukcja zrobienia idealnego makijażu w znanym polskim czasopiśmie „Dobre Rady”:

Krok 1. Zaczynij od wyczesania włosów w górę. Następnie nabierz na specjalny skośny pędzelek trochę cienie i koniecznie strzep jego nadmiar. Zaznacz krawędzią pędzelka dolną linię brwi. Krok 2. Wypełnij kolorem cały łuk. Rób to wykonując pędzelkiem krótkie ruchy skierowane ku górze i przesuwając się ku skroni. Jeśli trzeba, domaluj końcówkę łuku. Nie może być za krótki, bo wtedy kąciaki oczu optycznie się opuszczają. Znowu rozczesz włoski. Krok 3. Utrwal efekt za pomocą specjalnego żelu do brwi. Najlepiej użyć bezbarwnego. Dwa muśnięcia wystarczą, żeby włoski ładnie się ułoży i pozostały w takiej pozycji przez resztę dnia [„Dobre Rady” 2020: 23].

Przytoczony przykład wykonania makijażu jest częścią codziennych zabiegów „prawdziwej kobiety”, a zdaniem Williama Staplesa, jest to egzemplifikacja mikrodziałalności władzy będącej przejawem „kolonizacji życia codziennego” [Staples 1994: 648]. Przedstawiona instrukcja nie jest wyłącznie zestawem poprawnie wykonywanych czynności makijażowych – jej celem jest podkreślenie „naturalnych” rysów kobiecej urody zgodnie z narzuconymi przez dyskurs władzy / wiedzy regułami. Opisany zabieg malowania twarzy ma urzeczywistniać „prawdziwy” standard nakładania kosmetyków kolorowych – to znaczy kreować nową wersję prawdziwej i obowiązującej wiedzy jak powinna wyglądać atrakcyjna kobieta. W ten sposób władza / wiedza nie definiuje tylko kobiecego wyglądu i kategorii kobiecości, ale też kreuje indywidualne poczucie tożsamości jednostki.

Na istnienie podobnych „recept”, jak na przykład poprawne wykonanie makijażu, wskazują przedstawicielki środowiska medycyny estetycznej. Podczas przeprowadzonych przeze mnie badań, zarówno lekarki, jak i pacjentki poświęciły sporo uwagi tematowi stosowania określonych produktów do makijażu oraz nakładania kosmetyków w odpowiednich sferach twarzy. Dr Malwina podkreśla, że niektóre elementy makijażu są istotne, by podkreślić urodę:

Taka kobieta musi mieć delikatny makijaż, ale też niezbyt przesadnie (...), subtelny makijaż podkreślający urodę (...). Makijaż powinien być uzupełniony o rozświetlacz, który jest hitem dzisiejszych czasów. Każda szanująca się kobieta ma kilka jego odcieni. Podkreśla naszą urodę [AIEiAK 14844].

Jadwiga również wskazuje, że ważną częścią makijażu jest rozświetlacz:

Oczywiście to jak jesteśmy umalowane też świadczy o naszej atrakcyjności. Modne są makijaże przy użyciu rozświetlacza, więc jeśli kobieta chce być atrakcyjna, to musi go użyć. Jest on chyba najmodniejszym produktem do makijażu. Atrakcyjnością w tym znaczeniu będzie to, czy stosuje się obowiązujące wskazówki i reguły, a nie rzeczywista atrakcyjność [AIEiAK 14859].

Podczas terenowych badań miałam niejednokrotnie okazję porozmawiać również z wieloma mężczyznami (zdarzało się, że niektórzy towarzyszyli swoim kobietom podczas spotkań ze mną i wykazywali zainteresowanie omawianymi kwestiami) na tematy związane z wyglądem kobiety. Z licznych dyskusji wynika, że nie wiedzą oni, co to jest między innymi rozświetlacz. Nie byli w ogóle zorientowani w kwestii makijażu (poza pojedynczymi przypadkami), nie rozumieli też celowości różnorodnych działań makijażowych, natomiast sam efekt był dla nich bardzo atrakcyjny. Szeroka gama produktów do makijażu i ich „specjalistyczne” użycie może wskazywać, że wizerunek kobiety jest zdecydowanie bardziej dyscyplinowany, komentowany i obserwowany niż męski. Powstanie i promowanie określonych towarów, które stanowią niezbędnik makijażowy każdej kobiety – co podkreśla materiał empiryczny – sugeruje, że społeczne przyglądanie się urodzie kobiecej odbywa się z większą precyzją, niż może się to powszechnie wydawać. Podobnych spostrzeżeń dostarcza wypowiedź Moniki, która ponadto wskazuje, że makijaż należy do kategorii określających współczesną atrakcyjność:

Dodatkowo mamy pewne normy i zasady makijażowe, które opierają się na współczesnych trendach. Krótko mówiąc, dużo rozświetlacza, długie rzęsy, widoczne brwi no i róż do policzków. Jak kobieta jest tak właśnie umalowana, to uwypukla to jej atrakcyjność. Jest tak, że współczesna atrakcyjność to też makijaż, który jest nałożony w określony sposób [AIEIAK 14860].

Znaczenia ciała pięknego i brzydkiego, szczupłego i grubego wynikają w przeważającej mierze ze specyfiki powszechnych stosunków społecznych oraz znaczeń wpisywanych w ciało. Umberto Eco tak pisał o kategorii piękna w czasach konsumpcji:

Ci, którzy zwiedzają wystawę sztuki awangardowej, którzy kupują „niezrozumiałą” rzeźbę lub uczestniczą w happeningu, ubrani są i uczesani wedle panujących kanonów mody, noszą džinsy lub firmowe ciuchy, malują się zgodnie z modelem piękna a lansowanym przez kolorowe czasopisma, kino, telewizję czyli mass media. Wzorują się ono na ideałach piękna proponowanych przez komercyjną konsumpcję [Eco 2005: 418].

Makijaż jest jednym z przykładów dowodzących, że sensy „wdrukowywane” są w teksty ciała i wówczas możliwe jest ich odczytanie. Stąd ciało można czytać. Kobiety związane ze środowiskiem medycyny estetycznej podkreślały, że odpowiednie zrobienie

makijażu wskazuje między innymi na status materialny ich właścicielek – sytuuje też jego posiadaczkę jako osobę przestrzegającą norm społecznych. Cytuję wypowiedź dr Dagmary:

To, czy odbieramy kobietę jako atrakcyjną lub nie, uzupełniają dodatki takie jak (...) odpowiedni makijaż. Dzisiaj chodzi się w makijażu, to też oznacza jak bardzo przestrzegamy reguł społecznych. Wszędzie mówi się o dobrze wykonanym makijażu. **Im jest bardziej odpowiedni, tym pokazujemy, że jesteśmy bardziej modne i mamy lepsze życie** [AIEiAK 14853].

Dr Anastazja podkreśla natomiast, że dobór makijażu może wskazywać w bezpośredni sposób na status społeczny:

Myślę, że i makijaż ma istotny wpływ na to czy jesteśmy uważane przez społeczeństwo za atrakcyjne i takie na poziomie. Ładne rzęsy, dobrej klasy rozświetlasz, perfumy, podkład, który daje nieskazitelny wygląd bez efektu maski (...). **Za jego pomocą możemy wyrażać na przykład własną tożsamość** [AIEiAK 14854].

Podobną refleksję prezentuje wypowiedź Sandry na temat roli makijażu w dzisiejszych czasach:

Makijaż ma ogromny wpływ na to, czy kobieta jest uważana za atrakcyjna czy nie. Na pewno jest tak, że nie żyjemy w czasach, w których aspekty związane z wyglądem są ważne i wszelkie dbanie o naszą prezencję jest istotne. **Dlatego makijaż jest modny, powiedziałabym raczej, że brak makijażu jest bardzo niewłaściwy.** Dzisiejsze kobiety się po prostu malują. **Warto dodać, że makijaż też wpływa na to, co myślimy o kobiecie, bo każda z nas umie rozpoznać profesjonalny make up albo podróbkę. Dobry makijaż wskazuje, że ktoś zna się na rzeczy** [AIEiAK 14873].

Wszystkie przedstawione powyżej wypowiedzi informaterek wskazują, że aktywność dyskursu władzy / wiedzy – niezależnie od stopnia widzialności – istnieje w codziennym życiu kobiet. Poza wpisywaniem „obowiązującej” wiedzy definiującej atrakcyjność – wzajemna relacja władzy / wiedzy nakłada na kobietę też powtarzalność i regularność zadań regulujących w dużym stopniu jej codzienne życie [Staples 1994: 648]. Zdaniem Melosika każda taka działalność wpisuje się w szerszy układ praktyk dyscyplinujących, na co wskazuje między innymi obszerna ilość technik i produktów do makijażu. Metody malowania się, ale też same kosmetyki kolorowe są elementami scentralizowanego systemu urody, zdefiniowanej kobiecości, w tym też szczupłości i młodości, którym podlega współczesna kobieta [Melosik 2010: 16]. W *Nadzorować i karać* Foucault głosi, że narzucona odgórnie

dyscyplina wytwarza ciała posłuszne i wytresowane, co wydaje się mieć szczególne znaczenie w przypadku nadzorowania praktyk kulturowych dotyczących kreowania określonych wartości piękna [Foucault 2009: 182]. Zdaje się zatem, że wiedza / władza przez definiowanie, ale też organizowanie przestrzeni i hierarchii reguluje życie współczesnych kobiet.

Ważny jest rozmiar – szczupłość

Problematyka szczupłego wizerunku zaczęła absorbować kobiety po 1920 roku, gdy duża część z nich dostała prawa wyborcze [Vigarello 2012: 356–357]. Do połowy XX wieku ich sylwetki permanentnie się wydłużały⁴³ i wysmuklały [Vigarello 2011: 171–174], by na kilkanaście lat przestać być popularne za sprawą licznych obowiązków domowych [Wolf 2014: 223]. Wolf dostrzega, że akceptacja bujniejszej figury do lat pięćdziesiątych była możliwa, ponieważ płęć żeńska utożsamiana była wówczas z gospodarstwem domowym. Wraz z rosnącymi potrzebami materialnymi społeczeństw kapitalistycznych kobiety zaczęły wkraczać coraz częściej w „męskie sfery życia” i wychodzić ze swojej wcześniejszej roli gospodyni domowej [Vigarello 2011: 234]. W tym czasie następowało stopniowe zrywanie z modelem kobiety – żelaznej dziewicy uwikłanej w domowe obowiązki – w wyniku masowych procesów emancypacyjnych na całym świecie.

Jeszcze w pierwszej dekadzie XX wieku naturalna obfitość kształtów była największym atrybutem kobiecego wyglądu, co znajdowało odbicie w pragmatycznej perspektywie płodności [Vigarello 2011: 233]. Ideologia szczupłego rozmiaru ciała była coraz bardziej popularyzowana w przemyśle modowym, gdzie zmianie uległ nie tylko wizerunek sylwetki, ale także podkreślający ją ubiór [Boucher 2016: 413–425]. W 1965 roku stworzono nowy rodzaj symbolu urody, który w dużym stopniu wpłynął na redefinicję „poprawnego” rozmiaru ciała przyszłych pokoleń kobiet. Jego utożsamieniem była modelka Twiggy, której wizerunek budził różnorodne odczucia społeczne. Wolf w *Micie urody* pisze o dwóch kategoriach znaczeniowych przenoszonych przez ciało supermodelki z lat sześćdziesiątych: jej wygląd przywołuje myśl o wolności, którą kobiety zyskały (w stosunku do pokoleń wcześniejszych) dzięki zmianom w sferze płodności, bowiem kobieca tkanka tłuszczowa podświadomie utożsamiana jest z seksualnością i zdolnościami reprodukcyjnymi⁴⁴. Z drugiej

⁴³ Tendencja do wyszczuplania kobiecych ciał została zapoczątkowana już na początku XX wieku. Z czasem jedynie pogłębiała się, by w drugiej połowie XX stulecia osiągnąć apogeum swoich ambicji [Drake 1988: 31–91].

⁴⁴ Osiemdziesiąt lat temu w męskiej tradycji artystycznej kultur zachodnich puszystość kobiecych kształtów uznawana była za oznakę rozwiniętych możliwości reprodukcyjnych. Ówczesne ideały piękna

strony, ciało Twiggy potwierdzało kobiecą słabość, wątłość, głód i aseksualność. Jej ówczesna chudość nawet dla cenionego na świecie „Vogue’a” była sylwetką nad wyraz wychudzoną „<<Twiggy>> nazywa się Twiggy, ponieważ wygląda, jak gdyby silny wicher mógł ją zdmuchnąć lub powalić na ziemię [...]. Ma tak wątłą posturę, że inne modelki gapią się na nią. Jej nogi wyglądają tak, jakby nie dostawała ona w dzieciństwie wystarczająco dużo mleka” [Wolf 2014: 234]. Przedstawicielki środowiska medycyny estetycznej zdają się dostrzegać w ciele Twiggy podobne konteksty związane ze szczupłością, jak niegdyś słynny numer „Vogue’a”. Dr Grażyna podczas moich badań skonkludowała:

Współczesne ideały to przede wszystkim szczupła sylwetka. **Choć warto podkreślić, że dzisiejsza szczupłość to nie jest ta, która była modna za czasów Twiggy. Chodzi raczej o naprawdę smukłą sylwetkę, ale niewychudzoną** [AIEiAK 14850].

Dr Anastazja podkreśla, że w dzisiejszych czasach chude ciało przestało być uznawane za atrakcyjne i wskazuje, że chodzi o coś więcej:

Atrakcyjne kobiece ciało to szczupła sylwetka i tak by się mogło wydawać, że pozostaje od dekad. Nic bardziej mylnego. **Dzisiejsze ciała są szczupłe, ale niewychudzone i pozbawiane kształtów jak za czasów Twiggy czy ery modelek jak Claudia Schiffer czy Linda Evangelista. Szczupłość to faktycznie mały rozmiar, ale z zarysowanymi kobiecymi krągłościami, to znaczy z pośladkami i tracącymi na popularności piersiami. Dzisiejsza szczupłość jest seksualna. Na rozmiar ciała ma wpływ również poziom jego wytrenowania.** Chyba nigdy kobiety tyle nie ćwiczyły, co w dzisiejszych czasach. Ich sylwetki są szczupłe, ale wyrzeźbione, przynajmniej taki wygląd jest pożądany [AIEiAK 14854].

Od początku lat siedemdziesiąt rozprzestrzenił się wizerunek smukłej, nieco mniej okrągłej, chłopięcej modelki [Melosik 2010: 47]. Z biegiem czasu utrwalała się jedynie tendencja do coraz mocniejszego wyszczuplania kobiecych sylwetek⁴⁵. Historyczka mody Ann Hollander przed nową falą szczupłości lat 90-tych pisała, że współczesna nam epoka, jak żaden inny okres w ich historii świata, nie negowała w takim stopniu pojęcia kobiecości. Podkreślała, że obecny dyskurs sylwetki w modzie to nic innego jak wizerunek biednego, nerwowego, chorego i wyczerpanego ciała [Hollander 1988: 151–152]. Z kolei Bordo zwraca

prezentowały seksualne aspekty kobiecego ciała, jak chociażby: pulchne twarze, ramiona i ręce. Od początku XIX wieku przedstawiano coraz bardziej obfite pośladki i uda aż do XX wieku [Wolf 2014: 233].

⁴⁵ Na przełomie XX i XXI wieku przeciętna modelka była o około osiem procent „większa” niż dekadę wcześniej. Inny eksperyment przeprowadzony przez Phillipa N. Myersa i Franka A. Biocę pokazywał, że 95% kobiet (uznanych ogólnie za zdrowe) odczuwa wyższą wagę swojego ciała niż w rzeczywistości [Myers, Biocca 1992: 114].

uwagę na silną negację naturalnych potrzeb ciała, takich jak na przykład zaspokojenie głodu. Liczba kobiet – zwłaszcza młodych chorujących na anoreksję – pokazuje władzę mechanizmów dyscyplinujących ulokowanych w ciele. Amerykańska profesor podkreśla, że jeśli udaje się jednostce „wygasić” procesy biologiczne organizmu, aby zaspokoić społeczne oczekiwania dotyczące piękna, to władza dyscyplinarna umiejscowiona w ciele ma się bardzo dobrze [Bordo 1993: 155–158]. W *Historii seksualności* Foucault podkreśla, że kobieca seksualność zawsze podlegała ścisłej kontroli, a panowanie nad nią było jednym z kluczowych elementów utrzymywania władzy nad kobietami [Foucault 1995: 136]. Zwracał jednak uwagę, że dominująca pozycja nie należy do strony, która mówi, ale do tego, kto słucha i obserwuje [Organista 2010: 139]. Pokazuje to jedynie, że kobiece ciała ze względu na swoje biologiczne uwarunkowania są idealnym narzędziem służącym do kontrolowania.

Bourdieu również zwracał uwagę na kwestię *ujarzmiania* jednostek poprzez wykorzystanie ciała i jego elementów, które uznawał za nośnik określonych wartości. Ukształtowanie społeczeństwa poprzez zdefiniowanie kategorii męskości jako działania i kobiecości jako bierności nazywa somatyzacją społecznych stosunków dominacji [Bourdieu 2004: 34]. Natomiast Melosik pisze, że władza uderza bezpośrednio w ciało, dlatego że jest ono miejscem kreowania tożsamości jednostki. Ciało staje się więc tekstem kultury, z którego można odczytywać narzuconą wizję rzeczywistości dotyczącą kwestii związanych z seksualnością, kobiecością i męskością. Zauważa on jednak, że we współczesnej kulturze mamy do czynienia z feminizacją kobiecego ciała – atrakcyjna kobieta uważana jest bardziej za „kobietę” niż brzydką [Melosik 2010: 80].

Materiał terenowy, który zebrałam, pokazuje, że atrakcyjność kobiety jest współcześnie kategorią, która definiuje jednostkę – jako wartościową lub nie. Jednocześnie, doświadczenia i obserwacje pacjentek i lekarek, z którymi rozmawiałam, potwierdzają tezę Melosika o feminizacji ciała kobiecego. Moje rozmówczynie podkreślały, że atrakcyjność jest przepustką do wielu sfer życia, awansu społecznego, a także uznania, że jej życie prywatne i uczuciowe jest szczęśliwe. W tym kontekście słuszna wydaje się teza, że ciało jest tekstem kultury. Rozważania obu grup informaterek wskazują na istnienie „głębokich” pojęć kulturowych, czyli takich, które posiadają szerokie, ukryte znaczenia. Szczupła sylwetka nie była traktowana przez lekarki i pacjentki wyłącznie jako rozmiar ciała, ale również jako dyscyplina i samozaparcie.

Współczesna idea szczupłego ciała potwierdza foucaultowską koncepcję związków wiedzy / władzy. Zdefiniowanie obrazu smukłej sylwetki pozostaje w ścisłym związku z dyscyplinarną władzą opisaną przez francuskiego filozofa, który podkreślał, że w każdym

społeczeństwie toczy się walka różnorodnych form wiedzy o uzyskanie statusu wiedzy „prawdziwej”. Te formy wiedzy stanowią przedmiot różnych pól badawczych: biologii, medycyny, socjologii, filozofii, antropologii, ale również tego, co należy do kategorii potocznych i zdroworozsądkowych. Melosik pisze, że „ciało nie istnieje samo w sobie, wyłącznie jako biologiczna całość. Nie ma ciała naturalnego – jest ono zawsze definiowane przez kulturowe i społeczne procesy” [Melosik 2010: 13]. W trakcie licznych działań społeczno-kulturowych wiedza na temat odpowiedniego wyglądu zostaje zredefiniowana i systematycznie uaktualniana, a społeczna presja wywierana na jednostki powoduje, że jest ona przez nie ucieleśniana i praktykowana [Melosik 2010 :13]. Wiedza regulująca, jak wyglądać powinno szczupłe ciało (które ma być przedmiotem pożądania i obserwacji), przyjmuje formę normatywnych i dyscyplinujących nakazów.

Mimo to, współczesne sposoby dyscyplinowania ciał nie są już tak jednoznaczne i oczywiste, jak opisywał to niegdyś Foucault – wynika to z innego systemu sprawowania kontroli, czyli z braku władzy scentralizowanej [McLuhan 2001: 37–39]. Nie oznacza to jednak, że różne formy przemocy nad kobiecą fizycznością i jej kontrolowaniem przestały być aktualne, przeciwnie – nieustająco się odnawiają. Dyscyplinowanie stało się nierozrwalną częścią współczesnego świata, jak na przykład pragnienie uzyskania idealnego rozmiaru jest działaniem wychodzącym od społeczeństw [Brocki 2001: 166]. Nadal więc, zmieniając jedynie poziom działania, funkcjonuje foucaultowska koncepcja, że „dusza więzi ciało”.

Kobiety związane ze środowiskiem medycyny estetycznej podkreślały, że dzisiejsze ciało kobiety podlega różnorodnym oczekiwaniom, które jednocześnie nieustająco się podwyższają. Wiele moich rozmówczyń opowiada też o zmieniającej się modzie na „odpowiedni” wygląd. Dr Wioletta eksplikuje, że bez odpowiedniego rozmiaru sylwetki kobieta „traci” wartość w oczach innych:

Oczekiwania społeczne są dzisiaj bardzo duże. Dzisiaj oczekujemy od kobiet nienagannej sylwetki. **Jej ciało musi być nie tylko szczupłe, ale lekko umięśnione, ale cały jego obwód powinien być bardzo mały (...).** Nadal obowiązują nas kanony na szczupłość, ale dzisiejsza szczupłość ma być uzupełniona o figurę z zaznaczonymi mięśniami (...). Ogromną popularnością cieszą się zabiegi poprawiające jędrność skóry oraz zmniejszające rozmiar. Szczupła sylwetka jest nadal w modzie. Ogólnie rzecz ujmując, jeśli nie wygląda się odpowiednio, czyli na przykład szczupło, to nie liczymy się. Trzeba dążyć za wszelką cenę do takiego wyglądu [AIEiAK 14849].

Wymagania określające status kobiety w społeczeństwie nieustająco się zmieniają, a wyróżniki neutralizują się i stają się w efekcie normą. To, co ekskluzywne staje się z czasem normą. Egzemplifikacją tej tezy jest wypowiedź Danuty, jednej z pacjentek gabinetów medycyny estetycznej, która podkreśla, że kiedyś wystarczyło być „tylko” szczupłym, ale dzisiejsze wymagania są już wyższe, bowiem sama smukłość ciała jest już niewystarczająca. Oddaję jej głos:

Kiedyś miałyśmy być szczupłe. Dzisiaj mamy być nie dosyć, że filigranowe, czyli takie szczuplutkie, to jeszcze wysportowane (...). Rozmiar ciała szczupły, ale jędrny i lekko ukształtowany (...). Wszystko lepiej na nas leży, gdy nie mamy niepotrzebnych dodatkowych kilogramów. Po prostu osoby szczupłe lepiej się prezentują (...). Kobiety często chcą zmienić rozmiar ciała, z reguły chcą zeszczupłeć. Ponadto szczupłość i jędrność ciała są kategoriami niezwykle popularnymi w obecnych czasach [AIEiAK 14863].

Zdaniem informaterek, współczesne wymagania dotyczące idealnego wyglądu są trudniejsze do spełnienia niż kiedyś. Warto w tym momencie dodać, że pomimo tych rosnących żądań kobiety starają się, choć w jakimkolwiek stopniu je zaspokoić. Przywodzi to na myśl tezę: o nigdy niekończącej się walce o lepsze ciało. Z drugiej strony uważam, że ta rywalizacja powoduje, że kobiety coraz mniej czasu poświęcają na sprawy związane ze swoimi indywidualnymi potrzebami i wyborami. Pozostają zajęte rzeczami społecznie „ważnymi” i coraz częściej nie zastanawiają się nad odnalezieniem swoich właściwych wyborów.

(1) Tyrania szczupłego ciała

Idea rozpowszechniania szczupłego wizerunku nie ma na celu wyłącznie panowania nad tożsamością kobiet i nadzorowania ich, ale jest jednym z najefektywniejszych mechanizmów różnicowania ludzi w kulturze postmodernizmu. Funkcjonowanie społeczeństw opiera się na wytwarzaniu antynomii pomiędzy jego członkami. Zdaniem Lawrence’a Grossberga, z tego powodu w dużych grupach ludzkich działają „maszyny różnicujące” jednostki, które mają charakter normalizujący. Ich aktywność polega na kreowaniu binarnych form tożsamości typu ja – inny, my – inni [Grossberg 1992: 103]. W tym kontekście zjawisko szczupłego wizerunku potwierdza relatywny charakter istnienia wiedzy / władzy. Powszechna dziś wiedza na temat tego, jak ciało wyglądać powinno na przykład w odniesieniu do jego rozmiaru, jest niepodobna do „obowiązującej wiedzy” sprzed kilku dekad [Melosik 2010: 45].

Wypowiedź dr Ani, jednej z moich rozmówczyń, dostarcza odpowiednich egzemplifikacji potwierdzających tę tezę:

Współczesne kanony kobiecego piękna to przede wszystkim szczupła sylwetka. Wydaje mi się, że szczupłość zawsze była i jest na czasie. **Choć dzisiaj nie mówimy o szczupłości bliskiej anorektycznej sylwetce.** Moim zdaniem czasy, gdy Anja Rubik i modelki o podobnej sylwetce były popularne, odeszły. Po prostu patrzymy na nie jak na niesmaczne kobiety. Dużo też zmieniło się w samym świecie mody. Tak, wiem o tym, ponieważ sama często wyjeżdżam na pokazy mody, na przykład do Mediolanu. **Modelki nadal są szczupłe, ale ich ciała nie straszą chudziźną (...). Cały czas w cenie jest szczupłość i filigranowość (...)** Dodatkowo kobiety coraz częściej chcą wykonywać zabiegi związane z utratą wagi lub tłuszczu po to, by wyglądać szczuplej. Jak ktoś jest szczupły, to znaczy, że jest lepszy, bo na przykład gruby znaczy, że jest człowiekiem, któremu źle się powodzi [AIEiAK 14845].

Idea szczupłej kobiecej sylwetki kreuje podporządkowane jednostki przez poczucie identyfikacji i partycypacji w grupie. W tym ujęciu różnice w wyglądzie, takie jak otyłość, nadwaga, jędrność, brak jędrności, szczupłość, anoreksja, stanowią aksjomat klasyfikowania i podporządkowania ludzi w społeczeństwie [Gromkowska-Melosik 2013: 63–65]. Podczas badań, jakie przeprowadziłam, dr Anastazja zauważyła, że gruba sylwetka jest oznaką niepowodzenia życiowego:

O atrakcyjności kobiety świadczy przede wszystkim figura, szczególnie gdy jest szczupła i smukła. Dzieje się tak dlatego, że kultura od dawna gloryfikuje taki rodzaj sylwetki. Przez co kobieta, która wpisuje się w ramy kulturowo postrzeganej szczupłości, jest uważana nie tylko za szczupłą, ale też za osobą o szczęśliwym życiu prywatnym i zawodowym; za zdrową, wykształconą i tak dalej. Innymi słowy, szczupłość nie oznacza wyłącznie rozmiaru ciała, ale promieniuje również na inne aspekty życia kobiety. Tak jest w przypadku Ewy Chodakowskiej, ona ma szczególnie szczęśliwe życie prywatne, jest zdrowa, bogata, ma pracę, którą kocha, bo jest atrakcyjna. Dzieje się to chyba dlatego, że tak wielki nacisk jest położony na odpowiedni rozmiar ciała. Sama bardzo to widzę jako kobieta, a jako lekarz mogę obserwować to u wielu kobiet, które twierdzą, że jeśli uda im się być szczuplejsze, to ich życie diametralnie się zmieni [AIEiAK 14854].

Zdaniem Melosika, wizerunek szczupłego ciała potwierdza zasadność pojęcia „afektywnych panik”, które kształtują codzienne życie współczesnych kobiet. Uważa on, że ich celem jest potwierdzenie, że coś ma realne znaczenie [Melosik 2010: 44]. Grossberg pisze natomiast, że „afektywne paniki” prowadzą do wytwarzania licznych form energii i

zaangażowania ludzi przez kolonizację przestrzeni codzienności. Ludzie przestają się identyfikować z ulubionymi politykami czy innymi autorytetami, a koncentrują swoją uwagę na sposobach odnajdywania się w sytuacji paniki dotyczącej posiadania szczupłego rozmiaru ciała [Grossberg 1992: 103]. Jak słusznie zauważa – w takiej sytuacji mamy do czynienia ze zjawiskiem „zdyscyplinowanej mobilizacji” wokół określonych kwestii [Grossberg 1992: 294]. Kobiety zaczynają poświęcać swoją energię, czas i zaangażowanie na aktywności, które jeszcze dwie dekady wcześniej traktowane były jako niepoprawne, a dziś duża część osób skupia się na tym, by zrzucić kilogramy i osiągnąć odpowiedni rozmiar ciała [Vigarello 2012: 345–346]. Gabriela, jedna z pacjentek medycyny estetycznej, zwraca uwagę na istnienie panik dotyczących odpowiedniego rozmiaru ciała.

Dzisiejsze ciało powinno być przede wszystkim szczupłe, ale to nie jest ta szczupłość sprzed wielu lat wcześniej. **Jest to trudniejsza do osiągnięcia szczupłość, dlatego że oprócz tego ciało musi być jędrne, bez cellulitu i gładkie. Szczupłość, o której tu mówię, zakłada, że każdy element naszego wyglądu powinien być wypracowany, czyli wyrzeźbiony. Takie ciało powinno mieć w zasadzie tylko widoczne mięśnie i bardzo niski poziom tłuszczu w organizmie. (...) Szczupłe i jędrne ciało są synonimami młodości (...). Dzisiaj walka o odpowiedni rozmiar sylwetki jest jakby czymś bardzo ważnym.** Kobiety są głównie na tym skupione i to niezależnie od wieku [AIEiAK 14857].

Warto zwrócić uwagę, że wiele moich rozmówczyń używa „szczególnego” języka do opisu procesu kształtowania swojego wizerunku zgodnie z obowiązującym kanonem. Wiele z nich posługuje się imperatywami takimi jak: obowiązujący, modny, odpowiedni etc. Michał Głowiński język ten nazywa nowomową. Twierdzi, że należy ją rozumieć, jako społeczny styl funkcjonalny. W swojej książce *Nowomowa i ciągi dalsze. Szkice dawne i nowe* twierdzi:

uksztaltowała ona elementy, jakie na styl się składają, a więc w zakresie doboru słownictwa (...). Jedną z jej podstawowych właściwości jest to, że ma ona ambicje uniwersalne (...) atakuje pozostałe rejony języka i zmierza do podporządkowania ich sobie (...) zagarnia ona pod swoje władanie wszystkie poziomy języka: od intonacji do reguł budowania wypowiedzi, od fonetyki do retoryki (...). Co wydaje mi się w nowomowie najważniejsze: narzucanie znaku wartości, który nie może ulec zakwestionowaniu, nie stanowi przedmiotu dyskusji (...). Charakter apodyktyczny ma tu nie tylko odpowiednio sformułowana wypowiedź, mają ją – lub przynajmniej powinny mieć – elementy, z których wypowiedzi się buduje: słowa i związki frazeologiczne [Głowiński 2009: 15].

Głowiński zwraca także uwagę, że częścią nowomowy są wszystkie elementy budujące wypowiedzi, jak słowa i struktura składniowa. Jednym z najczęstszych sposobów

wprowadzania elementów wartościujących są właśnie przymiotniki – które w określonych kontekstach społecznych narastają oraz niekiedy stanowią one nietajoną ekspresję postaw normatywnych („słuszny”, „niesłuszny”, „prawidłowy” i tym podobne).

Wiele z pacjentek i lekarek, z którymi rozmawiałam, używało również imperatywów: trzeba, musi, powinno, należy, które na płaszczyźnie języka kultury mogą oznaczać: przymus, konieczność, podporządkowanie i obowiązek. Tego typu **retoryka kobiet wskazuje na narzucenie określonych kategorii, wartości, postaw i estetycznych gustów na tę pleć**. Sądzę, że określenie: dyskurs organizująco-każący sytuuje tego typu stylistykę w swoim centrum.

Otyłość

W XX wieku insygnia otyłości przestają należeć do świata ludzi rzeczywiście grubych, bowiem stają się atrybutami osób z nadprogramową ilością kilogramów lub z górną średnią wartością medycznego BMI. Otyłość to dzisiaj zupełnie nowe zjawisko: ma status epidemii i przenosi szerokie kulturowo-społeczne sensy i znaczenia. Zmianie uległa też autonarracja. Coraz mocniejsza identyfikacja jednostki z własnym ciałem – związana z kulturą konsumpcji i trybem zmiany życia: przyglądania się najmniejszym „przypadłościom” ciała – pogłębia w przypadku osób z „nieodpowiednią” wagą wewnętrzne rozdarcie, powodując niekiedy nawet utratę tożsamości. Wreszcie, mamy do czynienia z przejawem niespotykanego dotąd zainteresowania i znaczenia ciała oraz jego kondycji [Vigarello 2012: 377]. Na zdroworozsądkowym poziomie zdaje się istnieć jedno rozwiązanie o charakterze nieco patetycznym: „zrzucanie” zbyt wysokiej wagi.

Jedną z głównych przyczyn rozpowszechniania się wizerunku szczupłej sylwetki kobiety – a więc negocjowania najmniejszych oznak nadwagi – była nowa ideologia [Vigarello 2012: 339–343, 345–348]. Nowa perspektywa została zapoczątkowana głównie w Stanach Zjednoczonych i pociągnęła za sobą zmianę dotyczącą zasad diety i redukcji wagi [Melosik 2010: 46], zdefiniowania na nowo kategorii szczupłe / grube czy propagowania aktywności sportowej [Vigarello 2014: 153–163]. Badania dotyczące wyglądu kobiet z ostatnich dwóch dekad w Stanach Zjednoczonych pokazują, że kobiety z roku na rok mają być coraz szczuplejsze i mniej „pulchne”, a warstwy tłuszczu powinny być zamieniane w masę mięśniową. W efekcie tych przemian osoby, które niegdyś uważane były za „normalne”, dziś określane są jako grube [Gordon 1990: 68–69]. Szczupły wygląd, który jeszcze w latach pięćdziesiątych był atrybutem gwiazd telewizji i modelek na pokazach mody, stał się

obecnie standardowym wizerunkiem dziewcząt już w klasach średnich i na uniwersytetach [Bordo 1993: 154].

Określone standardy atrakcyjności stały się popularne za sprawą masowych mediów i mediów społecznościowych, których przekazy są bardzo skuteczne w kreowaniu odpowiedniej wizji ciała [Myers, Biocca 1992: 111]. Jednym z głównych komunikatów kampanii reklamowych jest przepisywanie osobom szczupłym pozytywnych cech, takich jak: sukces zawodowy, szczęśliwy związek czy zdrowie. Natomiast kobiety z nadwagą postrzegane są jako niewykształcone, chore czy pozbawione kontroli nad swoim życiem. To właśnie standardy estetyczne stały się podstawą współczesnych strategii reklamowych, przeobrażając się w jeden z głównych wyznaczników obowiązujących kanonów. Są one dodatkowo umacniane przez przypisywanie osobom atrakcyjnym innych pozytywnych cech, jak na przykład wysokiego prawdopodobieństwa odniesienia sukcesu zawodowego, dobrego zdrowia, powodzenia w relacjach osobistych, aż po samozadowolenie i akceptację. Analogicznie „otyłość” (rozumiana społecznie jako nadwyżka zaledwie kilku kilogramów) stała się współczesnym synonimem niepowodzenia [Kirk 1993: 31–32]. Dzisiejsza idealna kobieta to taka, która przez kontrolowanie spożywanych kalorii i wytrwałości w ćwiczeniach fizycznych pokazuje otoczeniu, że jest wartościowa i przydatna dla społeczeństwa. W tym kontekście coraz częściej kobieta staje się wypełniającym społeczne oczekiwania buforem, a masowe media jedynie pogłębiają przepaść pomiędzy ciałem własnym a ciałem będącym produktem społecznym [Melosik 2010: 47–48]. W wielu społeczeństwach wysoko rozwiniętych, w tym także w Polsce, waga i rozmiar sylwetki stanowią istotny wyznacznik atrakcyjności; zgodnie z zasadą: „im mój wygląd jest bardziej zbliżony do obowiązujących standardów, tym suwerenne samozadowolenie i rzeczywista społeczna partycypacja w grupie wzrasta”. W analogiczny sposób: im wygląd kobiecego ciała odbiega od przyjętych kanonów, tym samospełnienie spada [Melosik 2010: 48]. Mechanizmy te potęgują i tak już duży niepokój oraz nieustanną walkę [Kilbourne 1994: 396–397] w dążeniu do upragnionego, ale nieosiągalnego ideału [Bordo 1993: 164–165]. Podobnych egzemplifikacji dostarcza wypowiedź Karoliny, która podkreśla, że osoby z nadwagą są leniwe i cechuje je pobłażliwość względem siebie:

Na pewno podobają mi się dość szczupłe kobiety, nawet może bardzo. Ale nie wychudzone, tak zdrowo wyglądające. Myślę, że po prostu szczupła osoba to oznacza, że jest zdrowa, bogata i może nawet ma dobrą pracę, ponieważ każdy wie, ile czasu, pieniędzy i emocji kosztuje taka drobna sylwetka. **Gruba osoba natomiast jest po prostu leniwa, bo nie chce jej się wstać i**

coś zrobić z jej zżyciem. Wydaje mi się, że grubi ludzie są mniej wykształceni, bo nawet nie mają pojęcia, co jest zdrowe, a co nie. Są to osoby, które sobie non stop pობлаżają we wszystkim [AIEiAK 14862].

Pod wpływem presji kulturowej i waloryzowania szczupłej sylwetki narasta wśród kobiet przekonanie, że jej posiadanie zapewnia sukces życiowy i materialny. W konsekwencji nadwaga ujmowana jest jako brak dobrego statusu finansowego, o czym mówi moja rozmówczyni Danuta. Jej zdaniem, nadprogramowe kilogramy świadczą o tym, że kobiety nie stać na ekskluzywne produkty pomagające zrzucić wagę oraz zabiegi wyszczuplające z zakresu medycyny estetycznej:

Gruba sylwetka może komuś sugerować, że ktoś nie dba o siebie, że nie ma dostatecznie dużo pieniędzy, by kupować drogie produkty czy korzystać z zabiegów medycyny estetycznej (...). Znaczenie ma rozmiar ciała. W wielu zawodach osoba, która ma nadwagę, nie zostanie przyjęta do pracy, bo rekruter pomyśli, że jest leniwa albo chora [AIEiAK 14863].

Przytoczone przeze mnie wypowiedzi kobiet, z którymi rozmawiałam, wskazują, że „nieodpowiedni” wygląd ciała kobiety nadaje jednostce określoną – negatywną tożsamość społeczną. Powyższa konstatacja Danuty stanowi egemplifikację tego założenia. Dywagacje na ten temat prowadzą mnie w kierunku teorii piętna / stygmatyzacji opisanej przez Goffmana. W przedmowie książki *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości* Joanna Tokarska-Bakir pisze, że „piętno jest zjawiskiem obdarzonym wielką siłą, nierozłącznie związaną z różnym wartościowaniem tożsamości społecznych” [Tokarska-Bakir 2005: 19]. Zdaniem Goffmana, bez względu, o jakim rodzaju piętna⁴⁶ mówimy, odnajdujemy te same właściwości socjologiczne – gdy „ktoś” bez trudu, w zauważalny sposób zostaje naznaczony piętnem, staje się jednocześnie jego nosicielem. W efekcie, jednostka ta zostaje zdeprecjonowana ze względu na swoje na przykład właściwości fizyczne, co modyfikuje nasze społeczne rozważania wobec określonej osoby – nadając im negatywnej wymowy. W świetle zebranego materiału terenowego, kobiety, których wygląd definiowany był jako „prawidłowy” i odbiegający od jednostek objętych piętnem, za Goffmanem można nazwać – *normalsami* [Goffman 2005: 25].

⁴⁶ Goffman pojęcie piętna opisywał w trzech perspektywach: deformacje fizyczne, czyli tak zwana brzydota cielesna; wady charakteru, czyli słaba i nieujarzmiona wola oraz grupowe piętna rasowe [Goffman 2005: 23].

Wizerunek szczupłego ciała jest nierozdzielnie związany z ideą zdrowia, samozadowolenia i władzy nad swoim życiem. Otyła kobieta z góry postrzegana jest jako osoba z problemami zdrowotnymi, a ta, która swoim ciałem spełnia wymagania kulturowe i społeczne, traktowana jest jako okaz zdrowia. W tej perspektywie otyłość, a nawet nadwaga, traktowane są jako społeczna przegrana jednostki, a walka o dotarcie do szczupłego rozmiaru sylwetki ma znamiona kwestii moralnych. Agnieszka, jedna z pacjentek gabinetów medycyny estetycznej, uważa, że jej życie zmieniło się na lepsze, gdy udało jej się zrzucić nadprogramowe kilogramy. Konstatuje również, że szczupły rozmiar ciała pomógł jej w przezwyciężeniu samotności:

Gdy byłam grubaską, nie miałam w ogóle znajomych. Teraz jest inaczej, wygląd stał się przepustką do niebycia samemu. Im lepiej wyglądam, tym łatwiej wiedzie mi się też w pracy, bo pracodawcy zwracają uwagę na wygląd pracowników. Poza tym poprawia mi to humor, więc tak naprawdę wpływa to na każdy aspekt mojego życia [AIEiAK 14858].

Dr Alicja twierdzi, że oprócz wspomnianych wcześniej aspektów, nadwaga wskazuje też na brak dbałości o siebie i swoje ciało.

Gruba sylwetka może wskazywać, że ktoś nie dba o siebie, że nie ma dostatecznie dużo pieniędzy, by kupować drogie produkty czy korzystać z zabiegów medycyny estetycznej [AIEiAK 14847].

Wypowiedź dr Alicji i pacjentki Agnieszki są przykładami pokazującymi, jak wygląda proces stygmatyzacji współczesnych kobiet. Zgodnie ze *Słownikiem Socjologicznym*, ze stygmatyzacją mamy do czynienia wówczas, gdy jednostce zostaną przypisane nieodwracalne cechy, które powodują eliminację określonej osoby z grupy społecznej. W nieco węższym znaczeniu stygmatyzacja jest odrzuceniem jednostki ze względu na naruszenie niezwykle istotnych dla wspólnoty wartości i reguł [Sztompka 2020: 303]. W świetle materiału empirycznego kobieta, której rozmiar ciała odbiega od społecznie przyjętych norm, zostaje odrzucona przez grupę. Jednocześnie „przypisuje się” jej: negatywne cechy charakteru, niską pozycję materialną i społeczną, które wskazują między innymi na brak dbania o siebie czy niedostateczną ilość pieniędzy, uniemożliwiającą wykonywanie „czynności” aprobowanych przez wspólnotę, takich jak wykonywanie zabiegów medycyny estetycznej.

Opowieści moich kobiet, z którymi rozmawiałam, wskazują, że w rozmiar ciała wpiswane są różnorodne znaczenia społeczno-kulturowe, w których coraz częściej nadwaga

rozumiana jest jako nieprzywiązywanie wartości do kategorii wizualnych – te zaś zdają się wpływać na postrzeganie charakteru i osobowości kobiety. Dr Ksenia konstatuje, że nadwaga rozumiana jest jako brak chęci do dbania o siebie i o swoje życie, a to ma wpływ na pojawienie się wielu dolegliwości zdrowotnych:

Szczupłość stoi w opozycji do promowanej szeroko w mediach tendencji dla otyłości, która wcale się nikomu nie podoba, i o której wiemy, że jest przyczyną wielu dolegliwości. Nadwaga to nic innego jak brak dbałości o siebie [AlEiAK 14843].

Posiadanie szczupłego ciała stało się dla wielu współczesnych kobiet gwarancją poczucia szczęścia i powodzenia życiowego [Bordo 1993: 55], a sama zmiana standardów wyglądu spowodowała, że coraz więcej współczesnych kobiet postrzeganych jest jako osoby z nadwagą⁴⁷. Powszechne przekazy idealnie wyglądającego ciała – oglądane przez kobiety w różnym wieku i nastolatki – wytwarzają w ich pojęciowości coraz większą przepaść pomiędzy ciałem własnym a idealnym, co kreuje stały niepokój o wygląd i wagę [Melosik 2010: 48]. Zdaniem Bordo, kobiety wciągane są w walkę bez „szans na wygraną; pełne desperacji, pasji i obsesji poszukują sposobów urzeczywistnienia ideałów” [Bordo 1993: 109].

Proces stygmatyzowania jednostek „przez” i „za pomocą” ciała opisywał także Foucault – uważał, że celem karania i dyscyplinowania jest normalizacja, a na nią składają się: hierarchizacja, homogenizacja i wykluczenie. Porównywanie „jednostek prowadzi do ich rozróżnienia, następnie do ustalenia hierarchicznego porządku pomiędzy nimi, wytworzenia co najmniej minimalnego poziomu jednolitości w granicach przejętej normy i – w końcu – wykluczenia <<nienormalnych>>” [Rokicki 2011: 157]. Do tych z ostatniej grupy zaliczamy wszystkich, którzy z powodów „zdefiniowanej” obiektywności biologicznej bądź świadomej lub nieświadomej odmowy podporządkowania się obowiązującym nakazom, nie zostają bądź nie mogą zostać częścią grupy społecznej i poddać się narzuconym zasadom [Rokicki 2011: 157]. Foucault uważał, że „funkcją kary dyscyplinarnej jest redukcja odstępstwa od normy” [Foucault 2009: 176]. Norma staje się więc wartością względną i subiektywną, bowiem odnosi się do konkretnej grupy i jej systemu społecznego. Dla Foucaulta wynika ona z wiedzy, która w danym okresie historycznym i w obrębie danej zbiorowości zostaje uznana za

⁴⁷ Idealnym przykładem ilustrującym znaczne zredefiniowania standardów piękna jest osoba Marilyn Monroe. W latach 50-tych i 60-tych była uznawana za symbol seksu i ówczesnej popkultury. Już na początku lat 70-tych jej wygląd uznawany był za nieco puszysty. Rozpowszechnione pod koniec XX i na początku XXI wieku kanony urody określają rozmiar ciała Marilyn Monroe jako gruby i z nadwagą.

„obowiązującą”. W tym kontekście normą staje się określony rozmiar ciała, który zgodnie z „prawdziwą” wiedzą definiuje najmniejsze odstępstwa jako „grubą” sylwetkę, a nawet nadwagę.

W środowisku medycyny estetycznej, którego wyobrażenia o idealnym ciele, mogą, ale nie muszą odwzorowywać światopoglądu innych grup – waga ciała stanowi istotny wyznacznik atrakcyjności fizycznej i posiada ogromny wpływ na samopoczucie społeczne kobiet [Myers, Biocca 1992: 113]. W świetle zebranego materiału terenowego uwidacznia się znaczne obniżenie samozadowolenia kobiet, gdyż w dużej mierze jest ono związane z ogólnie przyjętymi normami dotyczącymi tego, co jest atrakcyjne, a co nie. Tendencja do przeceniania wagi wynikać może z „kłopotów z ciałem” – które we współczesnej kulturze są dominującym paradygmatem doświadczenia kobiecości [Melosik 2010: 48].

Ciało wysportowane

Sposobem prowadzącym do panowania nad ciałem jednostek jest dyscyplina. W procesie nadzorowania i kontrolowania, który polega na „pracy nad ciałem, przemysłanej manipulacji jego częściami, ruchami, czynnościami” konstruowane są „ciała podporządkowane i wyćwiczone, <<ciała podatne>>” [Foucault 2009: 133]. Zdaniem Foucaulta, idealnym przykładem dyscyplinowania ciała – zarówno w wymiarze symbolicznym i przedmiotowym – jest osiemnastowieczne prezentowanie broni wykonywane przez żołnierzy na hasło „Prezentujcie broń!” [Foucault 2009: 148]. Przywołana przez francuskiego filozofa egzemplifikacja ma „zaszyfrować” ciało i zdyscyplinować je w określony sposób:

prawą ręką w wyrżnięciu kolby chwytą się za broń, zamek się płazem w pole obraca lewą ręką, bez poruszenia palców kolby. Broń się żywo prawą ręką z ramienia zrywa i przed usta się przenosi, wraz z lewą ręką za nią się chwytą z uderzeniem, a to tak, aby mały lewey ręki palec na sprężynie się od zamku oparł wielki zaś iey palec aby na przeciwko ust przyszedł [Foucault 2009: 148].

Z poligonu wojskowego – gdzie władza miała duże możliwości kreowania praktyk dyscyplinujących – dyscyplina przeniknęła do świata społecznego, by z czasem trafić także do codziennego życia jednostek. Wnikała w ludzi tak głęboko, że z wolna stała się ich integralną częścią – i to w najważniejszym punkcie: w centrum samego *ja* [Rokicki 2011: 156]. Efektem końcowym tej działalności staje się jednostka *ujarzmiona*.

Niegdyś dyscyplinowanie ciała przyjmowało formę przemocy bezpośredniej, a panowanie nad normami i „prawdziwą” wiedzą było wyraźne [Melosik 2010: 13]. Obecnie

nadzorowanie ludzkich ciał – poprzez wpisywanie w nie „prawdziwej” wiedzy – odbywa się bardziej subtelnie. Kontrola na fizycznością jednostek ma charakter rozproszony i z reguły trudno jest znaleźć jej źródła oraz wzajemne połączenia – dryfuje i nieustająco się przemieszcza [Melosik 2010: 14]. Współczesną egzemplifikację praktyk dyscyplinujących dostarcza między innymi artykuł zamieszczony w popularnym w Polsce czasopiśmie „Women’s Health”⁴⁸:

Perkusista w siadzie: usiądź ze skrzyżowanymi nogami, trzymając w dłoniach końce lin, tak by wnętrza dłoni były zwrócone do siebie. Zaangażuj core, na zmianę unosząc (do wysokości podbródka) i opuszczając ręce – tworząc linami fale. Trzaskanie biczem: zacznij w płytkim przysiadzie z nogami rozstawionymi szerzej niż barki. Złap liny i unieś je wysoko nad barki, żeby z zamachem jednocześnie uderzyć nimi w podłogę. Powtarzaj dalej [„Women’s Health” 2020: 21].

Na przykładzie przedstawionej instrukcji użycia lin do ćwiczeń widoczne są praktyki dyscyplinujące, o których niegdyś pisał Foucault⁴⁹. Współczesne *ujarzmianie* jednostek odbywa się poprzez ciało, zdaje się jednak, że mając mniej bezpośrednie formy panowania ciałem, mogą być niekiedy bardziej dyscyplinujące niż mogłoby się wydawać.

Nieodłącznym elementem idei szczupłego i idealnego ciała jest zjawisko fitnessu. Dotyczy ono nie tylko odpowiedniego rozmiaru kobiecej sylwetki, lecz także wskazuje, że powinna ona być jędrna, sprężysta, silna i sprawna. Moda na ćwiczenia fizyczne i fitness przywędrowała ze Stanów Zjednoczonych, głównie z Kalifornii, skąd w latach 90-tych rozpowszechnił się kult wysportowanego ciała zachęcający kobiety do aktywności sportowej w każdej wolnej chwili. Od tego czasu kobiety dążą do permanentnego zeszczuplenia, ale również wyeliminowania wszelkich niedoskonałości, jak fałdy tłuszczu, wybrzuszenia, brak jędrności skóry czy cellulit [Melosik 2010: 52]. Kobieta ma więc ważyć nie tylko odpowiednią ilość kilogramów, lecz także dbać o to, by jej ciało było gładkie, jędrne i coraz częściej miało mocno widoczne mięśnie. Dąży się więc do usunięcia wszystkich „nieprzyjemnych dla oka” zwiotczałych i pofałdowanych części ciała. Jak zauważa Bordo, im ciało kobiety jest szczuplejsze, tym prędzej widać na nim wszelkie skazy – a to pozwala

⁴⁸ Czasopismo „Women’s Health” ukazuje się w Polsce od 2013 roku jako miesięcznik. Magazyn rozpowszechniony jest na całym świecie i doczekał się publikacji w większości zachodnich państw. Porusza głównie tematykę z zakresu: zdrowia, ćwiczeń, wyglądu, diety.

⁴⁹ W przypadku przytoczonego przeze mnie czasopisma, wydaje się mieć miejsce dodatkowa – na pierwszy rzut oka niewidoczna – forma dyscyplinowania zawarta w nazwie magazynu. „Women’s Health” (ang.) w dosłownym polskim tłumaczeniu oznacza *zdrowie kobiety*, co może – ale nie musi – wskazywać czytelniczkom, że kontent periodyku zawiera kwestie związane ze zdrowiem i zdrowym stylem życia, co jeszcze bardziej przekonuje, że informacje zawarte w magazynie są wiedzą *stricte* medyczną – nie mającą nic wspólnego z ustanowioną przez dyskurs władzy / wiedzy „prawomocną” wiedzą na temat zdrowia.

zrozumieć, dlaczego wiele kobiet z niską wagą nadal czuje się tłustymi [Bordo 1993: 187–191]. Zdaje się, że nie chodzi w tym przypadku wyłącznie o niską wagę – ta nie zapewnia kobiecie poczucia bycia szczupłą, bowiem chodzi o coś więcej: brak jędrności, „wybrzuszenia skórne”, „miękkosć” skóry – naturalne procesy starzenia się organizmu – przywołują na myśl o stygmatyzowanej społecznie grubości i otyłości ciała. Nie wystarcza być współcześnie kobietą z niską wagą – to jest zdecydowanie za mało.

Świadczą o tym opowieści kobiet, które udzieliły mi wywiadów. Informatorki wskazują, że sam „odpowiedni” rozmiar ciała nie jest wystarczającym kwalifikatorem do bycia uznaną w oczach innych za kobietę atrakcyjną. Widoczne gołym okiem mięśnie czy ujędrniona skóra są widzialnymi manifestacjami nowego, szczupłego, wysportowanego ciała. Agnieszka, jedna z pacjentek gabinetów medycyny estetycznej, eksplikuje, że taki wygląd jest co prawda pożądanym, ale wymaga od kobiety dużej ilości pracy.

Do tej szczupłości ciała dodana jest również umięśniona sylwetka. Obecnie panuje duża moda **na wyćwiczoną sylwetkę z widocznymi mięśniami, oczywiście zarysowanymi, ale nie bardzo postawna figura. Myślę, że jest to trudny wizerunek do osiągnięcia, bo wymaga bardzo wiele czasu i pracy.** Z jednej strony, mamy być szczupłe, ale z drugiej, ta szczupłość ma być jędrna. **Dzisiejsze kobiety naprawdę mają dużo do zrobienia, aby wyglądać tak, jak ich ulubione idolki** [AIEiAK 14858].

Współczesne idolki kobiet, do których niewątpliwie możemy zaliczyć między innymi Ewę Chodakowską i Annę Lewandowską, cieszą się dużym uznaniem ze względu na swoją profesję, którą w szerokim znaczeniu nazwać możemy: dbaniem o wygląd. Promują aktywność fizyczną oraz „zdrową” dietę, zachęcając kobiety do wykonywania programów treningowych przez nie przygotowanych oraz kupowania planów dietetycznych ze swoich stron internetowych. Ich wygląd stanowi lustrzane odbicie społecznych wyobrażeń. Taka sylwetka stanowi punkt kulminacyjny pragnień wielu kobiet, które za wszelką cenę starają się upodobnić się do swoich ulubionych idolek. Popularność sylwetki, której posiadaczką jest Chodakowska, pokazuje coraz większą presję wyglądu i wymagań narzucanych na płęć żeńską. Wykonywanie planów treningowych, przestrzeganie ścisłej diety, wspomaganie się zabiegami z zakresu chirurgii plastycznej i medycyny estetycznej czy zażywanie odpowiedniej ilości suplementów, to tylko część wymagań, do których zachęcają znane celebrytki. Jest to aktywność wypełniająca bardzo dużą ilość wolnego czasu, co skutkuje tym, że w walce o atrakcyjny wygląd kobietom pozostaje niewiele możliwości na kwestie związane z ich rzeczywistymi upodobaniami.

Teresa, inna pacjentka, podkreśla, że istnieje obecnie moda na szczupły wizerunek, ale jednocześnie wysportowany. Konstatuje, w jaki sposób można taką sylwetkę osiągnąć: duża ilość i regularność treningów:

Ponadto, ciało powinno być szczupłe, ale **wysportowane i lekko umięśnione. Widoczne mięśnie są dzisiaj bardzo na czasie i wiele kobiet katuje się na siłowni, ze mną włącznie, by zarysować trochę ciało. Jest to naprawdę ciężkie przynajmniej w porównaniu z sytuacją mężczyzn, bo nasze ciała trudniej się rzeźbi ze względu na większą ilość tłuszczu w organizmie (...). Takie fit ciało oznacza wysportowane, wyrzeźbione, jędrne, smukłe, ale lekko umięśnione ciało. Głównie odnosi się to do takiego sportowego wyglądu. Takiego, po którym od razu można zauważyć, że ktoś ćwiczy i tego rodzaju sylwetka jest teraz najbardziej popularna w naszym kraju, ale żeby osiągnąć taki wysportowany i umięśniony wygląd z małą ilością tłuszczu, trzeba uprawiać dużo aktywności fizycznej, myślę, że około pięć razy w tygodniu, oraz odpowiednio się odżywiać [AIEiAK 14868].**

W takim ujęciu kobieta powinna być nie tylko szczupła, ale w odpowiedniej proporcji także umięśniona i sprawna. Jak podkreśla Wolf,

kulturowa fiksacja dotycząca kobiecej szczupłości nie jest obsesją związaną z kobiecym pięknem, lecz kobiecym posłuszeństwem. (...) Nie chodzi tu o cholesterol (...), lecz o to, jak dużo wolności społecznej da się lub odbierze kobietom (...). Prowadzone przez media analizy niekończącej się sagi kobiecego tłuszczu i walki z nim stanowią w rzeczywistości kronikę walki płci: co kobiety zyskują, a co tracą i jak szybko [Wolf 2014: 236].

W latach sześćdziesiątych i siedemdziesiątych w celu uzyskania pożądanego, nad wyraz szczupłego ciała, stosowano regularne głodówki⁵⁰ – współcześnie są one niewystarczające, by uzyskać wymarzony wygląd. Melosik podkreśla, że:

anoreksja jest skrajnym (ubocznym, choć logicznym) przejawem dyscyplinowania ciała kobiecego w kulturze Zachodu. Dyskursy szczupłego ciała i diety są rozproszone. Ich naturalizacja odbywa się za pomocą środków masowego przekazu, które są źródłem społecznych „panik” dotyczących młodości, zdrowia i piękna (...). W ten sposób (...) ciało anorektyczki staje się – absolutną manifestacją

⁵⁰ Wolf wskazuje, że długotrwałe stosowanie głodówek doprowadza w konsekwencji do zaburzeń odżywiania. Bulimia i anoreksja to choroby, które w ponad 90% przypadków dotyczą płci żeńskiej. Dotykają kobiety w wieku od 9. do 90. roku życia. Anoreksja posiada najwyższy, zaraz po depresji, odsetek śmiertelności pośród wszystkich chorób psychicznych. Do medycznych skutków zarówno bulimii, jak i anoreksji, należą także: bradykardia, hipertrichoza (zwiększona ilość włosów na całym ciele), obrzęki, zaburzenia hormonalne, bezpłodność, a nawet śmierć. Skutki bulimii są podobne, dotyczą głównie: zaburzenia pracy serca, zepsute zęby, powiększone węzły chłonne, zaburzenia równowagi elektrolitycznej, a nawet śmierć [Wolf 2014: s. 230–231; Blumberg 1988: 24].

dominującej formy wiedzy / władzy, dotyczącej preferowanych sposobów bycia kobietą we współczesnym społeczeństwie [Melosik 2010: 65].

Wcześniejszy dyskurs „niejedzenia” został dzisiaj wsparty o nurt ćwiczeń fizycznych, stawiając kobietom coraz to wyższe i bardziej niemożliwe do zrealizowania cele. Idealnie szczupłe oraz „odpowiednio zbudowane” ciało stanowi kwintesencję współczesnej kobiecości, którą można zdobyć przez samodyscyplinę i ciężką pracę. Stąd coraz bardziej popularne stają się, oprócz tradycyjnych zajęć fitness, także ćwiczenia na siłowni jako uzupełnienie podstawowego treningu dla kobiet. Wyćwiczone i szczupłe ciało oprócz norm estetycznych, uzewnętrznia również atrakcyjność seksualną, powodzenie zawodowe, sukces i pewność siebie [Wolf 2014: 52].

Wypowiedzi informaterek związanych ze środowiskiem medycyny estetycznej również podkreślają wzajemne związki wysportowanego wyglądu i posiadania określonych cech charakteru, odpowiedniego statusu materialnego czy odniesienia sukcesu zawodowego w życiu. Gabriela, jedna z pacjentek tłumaczy, że wysportowana sylwetka odnosi się do tego, czy dana osoba jest zdyscyplinowana w swoich działaniach, ale może nawet wskazywać na zadowolenie z życia w ogóle. Oddaję jej głos:

Fit ciało oznacza szczupłą, ale lekko umięśnioną sylwetkę. To taki najbardziej pożądaný wygląd. **Taką figurę możemy uzyskać dzięki dużej ilości ćwiczeń fizycznych i odpowiedniej diecie oraz suplementach. Fit ciało oznacza również wypracowany wygląd. Osoba, która tak wygląda, uznawana jest za pracowitą i zdyscyplinowaną, myślę, że nawet szczęśliwą. Określenie to nie odnosi się jednak wyłącznie do wyglądu, ale raczej znaczy coś więcej. Mówi o naszych cechach charakteru, o naszej wewnętrznej sile, ale także o tym, ile jesteśmy w stanie poświęcić czy zapłacić za określony wygląd.** Taki wizerunek wskazuje również, że osoby takie są w dużym stopniu zajęte sobą [AIEiAK 14857].

Z powyższej wypowiedzi Gabrieli wynika, że współcześnie ciało stało się kategorią najważniejszą dla grupy społecznej, ale posiada też istotną rolę w obrębie kultury. Egoizm cielesności staje się dużym zagrożeniem zarówno dla samych kobiet, ale również ich relacji społecznych. Dzisiejsze ciało definiuje jednostkę względem grupy – i coraz częściej, od jego zewnętrznej aparycji zależy ocena i aprobata wspólnoty. Na kwestię zdyscyplinowanego charakteru, o którym świadczy wysportowany wizerunek, wskazuje też Jagoda. Twierdzi, że poza cechami charakteru taki wygląd jest modny, bo na jego podstawie można odczytać

wszystkie pożądane w dzisiejszych czasach atrybuty kobiety, między innymi.: skrupulatność, dokładność, pracowitość, a nawet zdrowie:

Tak, teraz zdecydowanie panuje moda na takie wyrzeźbione i wysportowane ciało. No z modą to jest tak, że co jakiś czas się zmienia. **Teraz właśnie akurat panuje moda na taki wyrzeźbiony image (...).** Taki rodzaj sylwetki wskazuje także na pewne cechy charakteru, jak na przykład pracowitość, poukładanie, przestrzeganie zasad higieny, zdrowy organizm. Więc taki wygląd to jest wysportowany, świadczy też o naszej osobowości, na przykład o tym, że jesteśmy zdyscyplinowane i umiemy dążyć do celu. Także to, że potrafimy być dokładne i regularne, a to raczej nie jest powszechna cecha. Pewnie takie ciało jest modne, bo właśnie dużą wagę przywiązuje się do tego, czy kobiety potrafią być takie skrupulatne i zdyscyplinowane. No i taki wysportowany look właśnie o tym świadczy [AIEiAK 14865].

Na kwestie pozaestetyczne w kontekście wysportowanego ciała wskazują również lekarki. Dr Malwina uważa, osoby z takim wyglądem są nastawione na osiąganie celów, a widoczne mięśnie u kobiety podkreślają silne cechy jej charakteru.

Co do kwestii wysportowanego ciała, to wydaje mi się, że jest ona obecnie po prostu bardzo popularna. Całe media huczą od promowania mody na szeroko pojęte bycie fit. Ciągłe pokazywane są zdjęcia osób, które uprawiają dużą ilość aktywności sportowej bądź po prostu ludzi związanych z tym biznesem na stałe, jak na przykład sportowcy (...). Taka sylwetka powinna być zgrabna, czyli nie za chuda i nie za gruba z odpowiednimi uwypukleniami w stosownych miejscach. **Ponadto powinna być jędrna, co jest efektem długiego treningu. Pokazuje to wówczas, że taka kobieta jest absolutnie zdyscyplinowana i nastawiona na osiąganie sukcesów. Jej ciało powinno być także proporcjonalne i ogólnie ładne. Sylwetka w dzisiejszych czasach musi być wysportowana w takim stopniu, by miała zarysowane mięśnie, to świadczy nie tylko o urodzie, ale także o charakterze kobiety** [AIEiAK 14844].

Wiele pacjentek i lekarek, z którymi rozmawiałam, mówiło o popularności przekonania, że kobiecy wizerunek powinien wskazywać na siłę fizyczną jak na przykład uwydatnione mięśnie. Na płaszczyźnie symbolicznej oznaczać to może próbę wyzwolenia się spod dominacji patriarchy, tym bardziej, że posiadanie wizualnych oznak siły fizycznej zarezerwowane było od wieków wyłącznie dla mężczyzn. W tym kontekście mamy do czynienia ze zjawiskiem paradoksu feminizmu: z jednej strony, kobiety dążą do wyzwolenia się spod męskiej dominacji przez przyjmowanie wizualnych atrybutów męskiej siły, gdy z drugiej, dążą do sfery zajętej przez patriarchy. Zdaje się więc, że działania

tego rodzaju nie prowadzą kobiet w nowym kierunku, a jedynie dają złudne przekonanie, że tak jest.

Oczywistość i naturalność asocjacji wysportowanego wyglądu i określonych cech charakteru może stanowić inspirację dla antropologa tropiącego mity teraźniejszości⁵¹. Barthes, autor *Mitologii* stwierdza, że mit jest pomieszczeniem porządków natury i kultury – to co naturalne i biologiczne, uchodzić ma za społeczne. Ponadto mit jest „syntezą znaczeniową, czy to słowną, czy wizualną: zdjęcie będzie dla nas słowem z tego samego powodu co artykuł w gazecie; same przedmioty mogą stać się słowem, jeśli cokolwiek znaczą” [Barthes 2008: 239].

Wydaję mi się, że w dyskursie potocznym termin „ciało” przynosi na myśl powszechne skojarzenie, że oznacza ono określone treści. Cytując Barthesa – dokonała się „kradzież znaku”. Ciało „przechwycone przez mit” stało się zestawem pojęć określającym stosowne postawy, zachowania i wyobrażenia. Moim celem jest ich etnograficzne opisanie, a nie jak postuluje Barthes – obnażenie mitu, czyli odczytanie jego ukrytego znaczenia. Dr Wioletta konstatuje, że kobieta z wysportowanym ciałem jest osobą, która potrafi narzucać sobie określone cele i je wytrwale realizować:

W modzie są wystające mięśnie, nawet u kobiety (...). W obiegowej opinii pokutuje przekonanie, że osoba, **która jest wysportowana jest jednocześnie bardzo zdyscyplinowana, bo potrafi narzucać sobie wymagania i się ich trzymać** [AIEiAK 14849].

Elementem łączącym perspektywę lekarek medycyny estetycznej i perspektywę pacjentek jest fakt, iż w obu grupach mamy do czynienia z mityzacją polegającą na mieszanii – po Barthesowsku – szyków natury i kultury. Zarówno lekarki, jak i pacjentki w fizyczności ciała kobiety upatrują aspektów proveniencji społecznej, skonstruowanej w obrębie grupy. Co doprowadza je do wspólnego wniosku, że ciało szczupłe, jędrne i wysportowane musi należeć do osoby zdyscyplinowanej, wymagającej, poukładanej, dobrze zorganizowanej i skazanej na sukces.

Dzisiejsza szczupłość bez zaznaczonych mięśni nie spełnia wymagań kobiecości, stąd zwykła aktywność fizyczna wsparta została zestawem ćwiczeń na siłowni. Dobrze rozwinięte, ale i szczupłe ciało odzwierciedla – w mniemaniach moich rozmówczyń – szczęśliwe życie i

⁵¹ Termin „mit” w humanistyce funkcjonuje w trzech różnych kontekstach znaczeniowych: (1) jako święta, prawdziwa opowieść o początkach świata i etiologii człowieka oraz różnych rzeczy, opowieść, która dostarcza wzorów na temat świata i określonych postaw – możemy ją spotkać w dziełach Eliadego, (2) pomieszczenie porządków kultury i natury oraz historii – opowieść fałszywa, którą spotykamy powszechnie to jest w reklamach na przykład u Barthesa, (3) jako tradycyjny światopogląd, czyli tak zwane myślenie mityczne, które opisywał na przykład Stomma [Latocha 2017: 66].

piękno. Wyraża także coś więcej: poczucie niezależności, seksualną i społeczną pewność siebie, a nawet władzę. Taki wizerunek staje się definicją współczesnej kobiecości, którą możemy osiągnąć dzięki sile charakteru. Powtarzalność i intensywność treningu jest kierunkiem, dzięki któremu można spełnić wymagania społeczne, ale też łatwo je stracić, gdy zaprzestanie się aktywności fizycznej [Kirk 1993: 10; Bordo 1993: 56]. Popularne polskie czasopismo o ćwiczeniach fizycznych, zdrowiu i diecie „Be Active” (którego redaktor naczelną jest Chodakowska) przekonuje: „wierzymy, że poświęciłaś trochę (albo trochę więcej niż trochę) czasu na to, by przed latem pozbyć się cellulitu oraz ujędrnić uda i pośladki. Skoro włożyłaś niemały wysiłek, szkoda byłoby stracić osiągnięte efekty” [„Be Active” 2017: 29]. Na łamach tego czasopisma rozpowszechnia się przekaz, zgodnie z którym należy poświęcić dużą ilość pracy, by osiągnąć „obowiązujący” wzorzec wyglądu. Ponadto „Be Active” jako atrakcyjność definiuje, ale też i promuje, budowanie mięśni:

zawsze trzymaj wciągnięty i napięty brzuch. To pomoże ci utrzymać równowagę. No i włączy w trening mięśnie tułowia (...). Warto też pamiętać, że utrzymanie kolan nad stopami zmusza do większej pracy pośladki, a wysunięcie ich do przodu przenosi część pracy na mięśnie czworogłowe ud [Be Active 2017: 52].

Pismo to rozpowszechnia wzorcowy trening, który wzmocni ciało i zbuduje masę mięśniową, a jednocześnie spali nadmiar tłuszczu. Coraz częściej wyraźniejsze staje się przekonanie, że widoczne mięśnie u kobiety mogą dawać jej siłę „do walki” na równi z mężczyznami o: miejsca pracy, pozycję finansową, status społeczny i kompetencje w wielu innych dziedzinach życia. Przyjęcie przez kobietę takiego stylu życia sugeruje też troskę o swój sposób prezentowania się, energię, silną wolę, kontrolowanie infantylnych zachowań, ale i panowanie nad własną seksualnością [Craik 1994: 69]. Podobnych kontekstów wpisanych w kobiecie ciało dostarcza wypowiedź Ewy, mojej rozmówczyni:

Jak patrzę na te sylwetki tych wszystkich kobiet dzisiaj, to mam takie wrażenie, że te ich ciała są takie silne, no wysportowane i niekiedy przypominające męskie, bo może kobiety dzisiejszych czasów walczą o większą przestrzeń w zakresie, no nie wiem, jak to nazwać, władzy? Wolności? Równouprawnienia w dostępie do wielu rzeczy [AIEiAK 14872]?

Bogactwo materiału terenowego implikuje, że pomimo oczywistych zalet zdrowotnych i estetycznych aktywności fizycznej coraz częściej pojawia się ambiwalentny stosunek do ćwiczeń sportowych w ogóle. Podkreśla się – i to nie tylko w kuluarach –

„przymus” do ćwiczeń fizycznych, zwłaszcza jako jednego z narzędzi władzy / wiedzy, którego celem jest *ujarzmianie* kobiet za pomocą ich ciał. Jednocześnie wymusza on zerwanie z „dawnym” modelem kobiecości – pełnym pasywnej i biernej postawy. W kontekście prowadzonych analiz i na podstawie materiału empirycznego nurtu fitnessu ma przemieniać gospodynie domowe w silne, wysportowane i coraz częściej niezależne kobiety – w rzeczywistości jednak, w zawoalowany sposób dyscyplinuje on jednostki. Mimo wyraźnie rozpropagowanej mody na umięśnią sylwetkę – w wielu krajach zachodnich, także w Polsce – zbyt mocno wyrzeźbione kobiece ciało postrzegane jest jako nadmiernie przypominające męską sylwetkę i / lub jako wyraz narcyzmu [Melosik 2010: 51]. W rezultacie uznane jest za niekobiece, asekualne i aspołeczne. Uwidaczniają się „racjonalne” wzory – mieszczące się w ramach obowiązujących form dyscyplinowania kobiet. Definiują one ściśle to, co jest wyglądem akceptowalnym, a co nie. Mocno rozbudowane mięśnie u kobiety traktowane są jako odejście od współczesnej esencji kobiecej seksualności, dlatego wizerunek współczesnej „kulturystki” jest powszechnie negowany – odrzuca i kwestionuje panujące kanony dotyczące kobiecości.

Bourdieu w *Męskiej dominacji* zwracał uwagę na kwestię panowania nad jednostkami poprzez ukształtowanie określonej definicji męskości i kobiecości jako społecznie akceptowanych norm [Bourdieu 2004: 17]. Jego zdaniem, mechanizm ten doprowadzał do hierarchizowania ludzi w społeczeństwie. Egzemplifikacją koncepcji francuskiego socjologa może być mocno rozbudowana kobieca sylwetka, która zaburza istnienie i funkcjonowanie podstawowego podziału na płcie, ale także różnorodne procesy stratyfikacji wewnątrz grupy. Kobiety o zbyt muskularnej sylwetce utożsamiane są z pejoratywnie interpretowanym modelem lesbijki, jako tej, która zakłóca naturalny patriarchalizm. W rezultacie coraz częściej zdarza się, że tego typu postawy definiuje się jako społeczny margines, a osoby o takim wyglądzie poddawane są społecznej stygmatyzacji [Kirk 1993: 19–21].

Współczesny ideał wysportowanego ciała zdaje się – jak sądzę – jednym z najsilniej rozpowszechnionych narzędzi normalizacji kobiecego wizerunku. Jest też wzorową egzemplifikacją wpisywania w ciało znaczeń i tekstów kulturowych – co bez wątpienia potwierdza foucaultowską teorię władzy rozproszonej. Taka forma wizerunku konstytuuje podstawę do kreowania tożsamości opartej na samodyscyplinie:

w tym kontekście w kulturowych reprezentacjach „mikrokosmosu ciała fizycznego” występują symboliczna reprodukcja, krystalizacja i metaforycznie kodowanie niepokojów „makrokosmosu”, to

znaczy ciała społecznego. Niepokoje te są z kolei w coraz większym stopniu związane z poczuciem braku kontroli nad rzeczywistością i tendencjami rozwojowymi współczesnej cywilizacji [Melosik 2010: 70].

W efekcie szybko postępującego rozwoju różnorodnych narzędzi i technologii „kształtujących” i kontrolujących ciało zostaje pokreślona antynomia pomiędzy rozumem a ludzką fizycznością; w ten sposób, że rozum działa na rzecz dyscyplinowania ciała poprzez przyjmowanie i akceptowanie obowiązujących normy kulturowych. Natomiast ciało staje się biernym narzędziem, które musi spełniać stawiane mu wymagania za pomocą, między innymi, aktywności sportowej. Featherstone przyrównuje współczesne dbanie o wygląd do pojęcia ciała jako maszyny – bowiem identycznie jak inne zjawiska i dobra konsumpcyjne – ludzka fizyczność wymaga pracy i troski by zachować największą wydajność [Featherstone 2001: 170–176]. Tak więc tożsamość i atrakcyjne kobiece ciało oceniane są w kategoriach zwycięstwa, osiągnięcia pożądanej sylwetki, bądź przegranej – zaprzestania aktywności sportowej [Kilbourne 1994: 8–9].

Media

Featherstone ukuł trafne sformułowanie „estetyzacji życia codziennego”, która, jego zdaniem, polega między innymi na tym, że „rosnący, gęsty i nieprzerwany strumień wszechobecnych obrazów we współczesnym świecie popchnął nas ku jakościowo nowemu społeczeństwu” [Featherstone 1996: 307]. Angielski socjolog wskazuje, że ówczesne⁵² kampanie reklamowe za najważniejszy cel swoich działań ustanowiły potrzebę uczenia populacji, jak należy myśleć, a nie, co należy myśleć [Featherstone 2001: 175], a tradycyjne wartości wykorzystywane przez strategie marketingowe i kulturę konsumpcji obejmowały głównie potrzebę zaspokojenia ludzkiej przyjemności i kategorii „tego co dostępne dla oka” [Featherstone 1996: 305–311]. W bardziej dosłownym sensie, estetyzacja życia codziennego polegała na wniknięciu estetyki w: piękno, urodę, sztukę, w kategorie osądu i doświadczenie. Doniosłą rolę w rynkowej manipulacji obrazami odgrywają środki masowego przekazu, reklamy, sklepowe witryny, spektakle wielkomiejskich przestrzeni, które kształtują schematy codziennego życia i nieustająco przeformowują ludzkie pragnienia – „nie należy więc sądzić, że społeczeństwo konsumpcyjne wyzwala jedynie postawy materialne – ukazuje ono przecież ludziom obrazy ich marzeń, które przemawiając do pragnień, estetyzują i odrealniają rzeczywistość” [Featherstone 1996: 307].

⁵² Chodzi między innymi o kampanie modowe, makijażowe, produktów do odchudzania się, sportowe, zdrowotne i etc.

Baudrillard podkreśla, że należy zwrócić uwagę na nadmiar informacji, które dostarczane są przez media, bowiem to one przekazują ludziom niesłabnące strumienie obrazów i symulacji, powodując, że „telewizja staje się światem” [Baudrillard 2005: 148]. W takiej hiperrzeczywistości estetyczna fascynacja staje się procesem obecnym wszędzie: „nad wszystkim unosi się aura niezamierzonej parodii, technicznego naśladownictwa i nieokreślonej sławy, z którą związana jest estetyczna przyjemność” [Baudrillard 2005: 151]. W tym kontekście jedną z form kultury ponowoczesnej stają media społecznościowe, w których całodobowo publikowane są różnorodne obrazy z życia codziennego ludzi. Estetyczne hierarchie, historia i kierunki przemian ulegają zakłóceniu, a niekiedy nawet zdewaluowaniu – przez mieszanie zdjęć, treści, wywiadów, artykułów sztuki wysokiej, form komercyjnych i popularnych. Ciągły strumień rozmaitych obrazów trudno jest skonsolidować w istotny przekaz, gdzie intensywność i nasycenie różnorodnymi treściami osiąga niezwykle wysoki poziom. Aleksander Woźny podkreśla, że przekaz mediów masowych zawiera głównie treści ukryte. Píše, że przekaz medialny:

wysyła sygnały zachęcające do pogłębionej lektury, do odbioru, który odsłoni napięcia między nadawcą a odbiorcą. Zakamuflowany, skryty sposób mówienia w tekście i przez tekst (...) – to konsekwencje dobrze znane wnikliwemu czytelnikowi literatury, widoczne także w tekstowym świecie mediów [Woźny 2003: 7].

Bourdieu traktuje szeroko pojęte dziennikarstwo i pole jego działania jako względnie autonomiczny obszar rządzący się swoimi własnymi regułami i wytwarzający określone zwyczaje, praktyki, zachowania oraz procesy rywalizowania uczestników. Podkreślał, że w przypadku tego pola sytuacja jest wyjątkowo trudna, bowiem relacje i zasady wytworzone w tej sferze przekładają się na wytwory, które mają coraz większe znaczenie społeczne, polityczne i ekonomiczne [Ciołek 2010: 210]. W książce *O telewizji. Panowanie dziennikarstwa* zajmował się głównie problematyką telewizji jako idealnego przykładu narzędzia przemocy symbolicznej służącego, jego zdaniem, klasom wyższym i dominującym do narzucania tych postaw, wartości i światopoglądu, które były wygodne dla ich najważniejszych przedstawicieli [Bourdieu 2009: 33–36]. Już na pierwszych stronach swojej pracy zabiera głos w kwestii wpływu telewizji na odbiorców, poddając ją gruntownej krytyce. Wskazuje, że jest ona zagrożeniem dla innych sfer twórczości kulturowej (sztuki, nauki, filozofii, literatury). W podobnym duchu na temat telewizji wypowiadali się w *Dialektyce Oświecenia* Max Horkheimer i Theodor Adorno, podkreślając, że telewizja w rzeczywistości

oddala ludzi od siebie, stwarzając jedynie iluzję bliskości. Drugą jej ważną cechą jest podatność na ideologizację i propagandowość [Horkheimer, Adorno 2010: 123–129]. Dzięki projekcji określonych klisz „wdrukowuje” ona do świadomości swoich odbiorców odpowiednie wartości i wzory, podwyższając swoją przewagę, czyniąc to w tonie rozrywkowym – praktycznie niezauważalnym dla zwykłych ludzi [Adorno 1990: 17–19].

Mass media, ale dzisiaj rzecz też można, że i media społecznościowe narzucają swoją wizję jako szczególną interpretację prawomocną i „odpowiednią”. Bourdieu wskazuje, że istotnym aspektem przemocy symbolicznej jest sposób selekcji informacji – pokazywanie tego, co uważa się za wartościowe, a ukrywanie spraw obiektywnie istotnych. Osoby odpowiedzialne za kreowanie przekazu medialnego wybierają te zdarzenia, które można uznać za sensacyjne, skandaliczne czy szokujące, co prowadzi do wypaczenia obrazu rzeczywistości [Ciołkiewicz 2010: 212]. Zdaniem francuskiego socjologa, w mediach pojawiają się nieustająco te same newsy, które po wielokroć poddawane są obróbce komentatorskiej i w nieco zmienionej formie ponownie są publikowane.

Agnieszka Zwiefka-Chwałek za Richardem Lanhmanem wyróżnia dwa sposoby patrzenia na słowo pisane w mediach internetowych: *looking at* (patrzenie na) i *looking through* (patrzenie przez). Podejście *looking through* jest charakterystyczne dla mediów działających w świecie elektroniki i oznacza, że słowo pisane staje się zupełnie przezroczyste. „Patrzenie przez” oznacza zagłębienie się w opowieści, co – jak podkreśla autorka – jest celem większości tekstów publikowanych w sieci. Dlatego media społecznościowe – oparte na obrazie – postrzegane są bardziej intuicyjnie i bez analizy, co daje im przewagę nad tymi, które wykorzystują jedynie tekst pisany [Zwiefka-Chwałek 2003: 24].

Właśnie na kwestię intensywności i nasycenia obrazami kobiecego ciała w mediach społecznościowych wskazywały informatorki podczas moich badań. Ich wypowiedzi dostarczają egzemplifikacji, że oba wspomniane czynniki mają duże znaczenie w powielaniu przez współczesne kobiety określonych wzorców wyglądu. Rozmówczynie konstatują często, że to właśnie popularne *social media* odgrywają istotną rolę w kreowaniu ogólnie przejętych standardów piękna i ich upowszechnianiu. Wypowiedź Agnieszki, jednej z pacjentek gabinetów estetycznych, opisuje wspomniany proces z perspektywy indywidualnych doświadczeń:

Mamy erę social mediów. Dzisiaj wszystko, co się dzieje znaczącego na świecie, ma swoje odbicie w social mediach. **Jest też powszechne przekonanie, że jeśli nie masz konta na facebooku, to nie istniejesz, i faktycznie coś w tym jest.** Dużą częścią naszego świata są

właśnie social media, mamy nawet nowe zawody, kierunki na studiach podyplomowych i wiele innych skupionych właśnie na social mediach. **Wizerunki pokazywane na takich portalach mają duży wpływ na zwykłe odbiorczynie. Po pierwsze, dlatego, że mamy ogromną modę na używanie social mediów. Poza tym ich zasięg jest ogromny, sięgają do znacznie większej liczby osób niż zwykłe media. Poza tym żyjemy dzisiaj w zgodzie z modą, która panuje na portalach społecznościowych, przyjmujemy to za wzór. Wydaje mi się, że chodzi po prostu o ich intensywność. Najpopularniejsze osoby mają założone konta w mediach społecznościowych i gdy wstawiają swoje zdjęcie, to nagle wszyscy chcą tak wyglądać.** Warto podkreślić, że dużą sławę zdobywają ci, którzy naprawdę mają coś do zaoferowania zwykłym kobietom. Inni próbują dogonić tych najlepszych będąc oszustami. Warto dodać, że niektóre zdjęcia wstawiane na portale są prawie w stu procentach retuszowane, po prostu retuszuje się teraz wszystko, żeby wizerunek na zdjęciu wyglądał perfekcyjnie, poza tym należą do osób, których wygląd jest wypracowany przez sztab stylistów [AIEiAK 14858].

Większość z rozmówczyń mówi o panujących i narzuconych odgórnie normach piękna, podkreślając, że atrakcyjność w mediach społecznościowych jest dla przeciętnej osoby niemożliwa do osiągnięcia. Jagoda, jedna z pacjentek medycyny estetycznej, konstatuje:

Z przykrością patrzę też na kwestię Instagrama, ale w ogóle wszystkich mediów społecznościowych. Chyba mało kto widzi presję, pod jaką my kobiety żyjemy. Nikt nie zwraca na to uwagi, a ktoś manipuluje treściami i wydają mi się, ale może się mylę, że większość kobiet nie widzi tego, że to jakaś ustawiona moda. Jesteśmy zalani określonymi zdjęciami i obrazami. Wydaje mi się, że to ktoś, nie wiem, może przemysł modowy, dyktuje nam, co jest teraz uznane za atrakcyjne, a co nie [AIEiAK 14865].

A oto zdanie na ten temat dr Magdaleny:

Niestety wiele portali społecznościowych lub po prostu całe media zasypują nas wizerunkami ciał jak Chodakowska. Więc i my chcemy wyglądać tak ja ona. Panuje obecnie moda na wyrzeźbione ciało dlatego, że w mediach taki rodzaj wizerunku jest najczęściej pokazywany. Wydaje mi się, że nie ma to nic wspólnego z naszymi indywidualnymi upodobaniami [AIEiAK 14848].

Wypowiedzi moich rozmówczyń wskazują na to, o czym pisze Bourdieu, który uważa, że przesyt obrazami medialnymi i nieustająco powtarzające się newsy, publikacje oraz komentarze na określony temat powodują homogenizację produktów medialnych. Odwołując się do Baudrillarda tworzy się implozja znaczenia i powstaje w ten sposób hiper rzeczywistość. Nieskrępowany i nieograniczony dostęp do pewnych informacji oraz

wcześniejszych zdarzeń i komentarzy skutkuje tym, że media tracą kontakt z obiektywną rzeczywistością, którą miałyby opisywać [Baudrillard 2005: 18–19]. Nielimitowany czasowo dostęp do informacji i newsów sam w sobie stanowi proces różnicowania ludzi. Bourdieu wskazywał, że kwintesencją tego terminu jest rozróżnienie polegające na: „świadomości bez świadomości, intencjonalności bez intencji (zamiaru) oraz praktycznego opanowania prawidłowości świata, pozwalającego wyprzedzać przyszłość bez potrzeby jej określania jako takiej” [Bourdieu 1990: 10]. W tym kontekście jednym ze współczesnych narzędzi kreowania określonych *habitusów* są właśnie media społecznościowe. Istnieją w bezczasowej terażniejszości, publikując coraz to nowsze treści przez całą dobę. Obrazy w nich przedstawiane dotyczą szerokiej różnorodności, plądrując treści ważne i naukowe, nadając im przekaz komercyjny ⁵³ . Ciągły strumień znaczeń przenoszonych przez portale społecznościowe dociera niemalże do każdego odbiorcy, podkreślając jedynie swoją siłę oddziaływania.

Do metaforycznego opisu zasięgu i roli mediów, zwłaszcza mediów społecznościowych możemy użyć za Foucaultem Benthamowskiego *Panopticonu* ⁵⁴ – więzienia, które filozof traktuje jako metaforę współczesnego *ja*. Niezwykłość tego *Domu Nadzoru* polega głównie na tym, że jego konstrukcja umożliwia więziennym strażnikom na stałe obserwowanie skazańców. Intencją takiego działania było wprowadzenie dostatecznie silnego uczucia niepewności wśród więźniów – czy w danym momencie są obserwowani, czy nie. Foucault przedstawia rolę *Panopticonu* w podwójny sposób. Z jednej strony, jest narzędziem *ujarzmiania* człowieka w obu wymiarach: cielesnym i duchowym. Z drugiej natomiast – stał się metaforą *ja* we współczesnej epoce poklasycznej [Rokicki 2011: 160]. Podobną formę nadzoru i obserwacji osób publikujących treści w Internecie stosują dzisiejsze social media. Pomimo że mechanizm kontroli ma łagodniejszy wymiar, to techniki dyscyplinujące jednostkę pozostają nadal takie same jak niegdyś opisywane przez Foucaulta.

⁵³ Zdaniem Zwiefki-Chwałek, prymat komunikacji wizualnej nad werbalną widoczny jest również w postaci znaczącej istotnej pozycji „obrazu” na pierwszych stronach popularnych gazet codziennych [Zwiefka-Chwałek 2003: 55].

⁵⁴ Foucault w *Nadzorować i karać* używa zaprojektowanego przez Jeremy’ego Benthama *Panopticonu* jako przykładu podejścia do nowoczesnego systemu karnego.

(1) „Medialny wygląd” i autorytety

Kobiety, z którymi przeprowadziłam wywiady, dużo miejsca w swoich opowieściach poświęciły wyglądowi współczesnego ciała pokazywanego w mediach. Podkreślały, że idea wysportowanej i szczupłej sylwetki, które zdaniem informaterek są jednymi z obowiązujących standardów piękna, jest rozpowszechniana głównie przez media, które to stały się głównym kreatorem kształtu, wagi i wyglądu sylwetki. Propagowanie określonego wizerunku w ten sposób odbywa się za pomocą dyscyplinowania spojrzenia i perspektywy widzów, czytelników i internautów, tworząc powszechne i zdroworozsądkowe standardy. Coraz częściej mają one też decydujący wpływ na definiowanie ciała przez same kobiety [Etcoff 2000: 247–251]. Mass media kreują świat, w którym jednostki stają się bardziej emocjonalnie podatne na zewnętrzny przekaz – samodzielnie monitorują swoje niedoskonałości cielesne i dążą do nieustającej walki o lepsze ciało [Featherstone 2001:175]. Dzieje się tak – zdaniem kobiet związanych ze środowiskiem medycyny estetycznej – między innymi, przez prezentowanie pięknych ciał opatrzonych przekazem, że tego rodzaju wygląd zdobywa się z łatwością – kreując w ten sposób nowy wzór życia dla kobiet. Wypowiedź dr Dagmary wskazuje, że w mediach dominują obrazy idealnie wyglądających kobiet wsparte argumentacją, że taką sylwetkę zdobywa się bez szczególnego wysiłku:

W mediach pokazywany jest przede wszystkim wygląd, który wskazuje na dobrą kondycję, zdrowie oraz wysportowaną sylwetkę. Takie ciało jest niezwykle smukłe, jędrne, idealnie gładkie, bez cellulitu. Wszystkie części ciała pasują do siebie w idealny sposób (...). Wygląd prezentowany w mediach jest idealny. Kobiety te wyglądają idealnie bez najmniejszego wysiłku, nie mają żadnych problemów z utrzymaniem wagi, z utrzymaniem niskiego poziomu tkanki tłuszczowej w organizmie. Ich twarz jest idealnie piękna. Nigdy nie mają worków pod oczami, zęby są śnieżnobiałe. Mają idealną pracę, mężów i zarobki, są po prostu kobietami sukcesu [AIEiAK 14853].

Informatorki konstatowały, że ze względu na rozpowszechnione w mediach obrazy idealnie wyglądających wizerunków – zwłaszcza osób lubianych i popularnych – kobiety za wszelką cenę dążą do osiągnięcia podobnego wyglądu. Woźny w *Scenariuszach kultury w mediach i w medycynie narracyjnej* podkreśla, że w narracjach polskich mediów przeważa mechanizm naśladownictwa [Woźny 2020: 24]. Pacjentka Gabriela wskazuje na istnienie dwóch czynników wpływających na podążanie drogą trudnej walki uzyskania lepszego ciała. Uważa, że na ten stan rzeczy mają wpływ perfekcyjne sylwetki, które są często pokazywane.

Ponadto, pięknie prezentujące się wizerunki należą do osób popularnych i sławnych, które podziwiamy. Oddaję głos Gabrieli:

To, jaką **modę wymyślą sobie sławni ludzie, powoduje, że później kolejno każdy z aktorów celebrytów i tak dalej ją stosuje, a to wpływa na to, czego pragniemy my zwykli ludzie. Chcemy też tak wyglądać. Ponieważ wizerunki sławnych ludzi są szeroko rozpoznawalne, ich twarze często obecne są w mediach, stąd nie ma problemu z dotarciem do szerokich grup ludzi.** Trzeba dodać, że ich wizerunki są uznawane często za perfekcyjne, bo za ich wyglądem stoją duże pieniądze, sztab stylistów, lekarzy itd. Wtedy i my, zwykli obywatele dążymy do takiego wizerunku, jaki promują nasze ulubione gwiazdy [AIEiAK 14857].

Agnieszka, jedna z pacjentek tak mówi o mediach społecznościowych:

Skupiają się one wyłącznie w kontekście kobiecych kwestii na aspektach związanych z naszym wizerunkiem. Z reguły są to zestawienia, newsy, posty i inne dotyczące, jak wyglądamy, kto ma najlepszą sylwetkę, kto ma najgorszą, jaka gwiazda przytyła, a jaka więcej ćwiczy. Tym żyjemy, bo to ciągle widzimy. Rzadko widoczne są newsy z informacjami na temat tego, jak pracujemy, ile czytamy czy o poziomie naszego wykształcenia (...). Najbardziej popularne osoby w naszym kraju i nie tylko wyglądają w taki sposób, więc nie ma co się dziwić, że my zwykli ludzie też chcemy wyglądać według określonych kryteriów. Ja na przykład marzę o tym, żeby wyglądać jak Ewa Chodakowska. **Najpopularniejsze konta w mediach społecznościowych, których zasięg jest ogromny, prezentują właśnie taką sylwetkę. Sama Ewa Chodakowska ma ponad 1,6 miliona followersów. Poza tym popularni ludzie, jak aktorzy, celebryci i inni też dążą do takiego wizerunku (...).** Wydają się, że to osoby popularne nadają kierunek temu, jak my odbiorcy chcemy wyglądać. (...) nie da się być atrakcyjną kobietą w dzisiejszych czasach bez dużej dawki aktywności fizycznej, taki też wizerunek lansowany jest w mediach [AIEiAK 14858].

Dr Ania konstatuje, że główne komunikaty, które znajduje w popularnych mass mediach, dotyczą wizerunków aktualnych „autorytetów” w kwestii wyglądu (Chodakowskiej czy Lewandowskiej):

Obecnie wysportowany wizerunek jest najbardziej dominującą formą przedstawienia kobiecych ciał. Taką modę dyktują szeroko pojęte media. **Wszędzie dostępne są wizerunki wysportowanych, młodych i jędrnych kobiet. Są to zarówno gazety, Internet, telewizja, kino akcji, reklamy. Jesteśmy z każdej strony bombardowani tym samym obrazem młodej, wysportowanej, szczupłej i zdrowej. Dużo jest też programów poświęconych ćwiczeniom, zdrowej diecie, także o tym, jak ćwiczyć, jak umiejętnie poświęcać każdą chwilę swojego życia, by dobrze wyglądać.** Największą medialną popularnością cieszą się osoby z dobrym wizerunkiem. W dzisiejszych czasach modne stało się pojawianie się osób, które uchodzą za

guru fitnessu. Chyba każdy zna Ewę Chodakowską czy Annę Lewandowską. **Ich popularność świadczy o wysoko rozwiniętym kulcie wysportowanego wizerunku. Myślę, że przez duży zasięg mediów takie osoby, prasa tak naprawdę, to nie wiem, kto za tym stoi, z łatwością mogą manipulować ludźmi i narzucać im obowiązujące standardy** [AlEiAK 14845].

Wszystkie moje rozmówczynie podkreślają, że szeroko pojęte mass media mają istotny wpływ na rozpowszechnienie określonego wyglądu, ale ich wpływ – jak sądzę – ma szczególne znaczenie w kontekście promowania biernej postawy. Jednostki są zobligowane, by robić to, o czym się najczęściej mówi. W podobny sposób działa również kobieca prasa. Popularne magazyny nawołują kobiety do zmiany wielkości sylwetki tuż przed rozpoczęciem istotnych wydarzeń w ich życiu, jak na przykład zmiana pory roku, komunia dziecka, czterdzieste urodziny etc.⁵⁵. W innych czasopismach, które w języku potocznym możemy nazwać „plotkarskimi”, pojawiają się notowania dotyczące wyglądu ciał osób znanych i lubianych, które z nich przytyły, a które schudły, które mają cellulit, a które nie. Ponadto reklamy telewizyjne, internetowe i te zawarte w prasie kolorowej prześcigają się w promowaniu „super” środków pomagających schudnąć. Począwszy od: suplementów diety, wyszczuplających rajstop, przyspieszających metabolizm pigułek, po szeroką gamę zabiegów kosmetycznych redukujących wagę i dietę. Kobieta, która przystępuje do dyskursu „szczupłego ciała”⁵⁶ (w rzeczywistości nie ma innego wyjścia), nigdy już nie pozostanie istotą anonimową i suwerenną. Każde nawet najmniejsze wahanie wagi nie jest kwestią prywatną, staje się natomiast zjawiskiem społecznym. Jej ciało jest nieustannie obserwowane, omawiane i osądzone [Wolf 2014: 166].

Kampanie i reklamy propagujące modę na ćwiczenia fizyczne [Vigarello 2011: 246-249]⁵⁷ i „zdrowy” styl życia odwołują się nie tylko do utraty zbędnych kilogramów i posiadania szczupłej sylwetki. Ich nadrzędnym celem jest kreowanie i podtrzymywanie

⁵⁵ W ostatnich latach media promują płyty CD z ćwiczeniami znanych osób na określoną partię ciała. Tego rodzaju treningi zyskały dużą popularność, o czym może świadczyć fakt, że sprzedające je trenerki stają się tak zwanymi ekspertami od ćwiczeń i zdrowego odżywiania. Swoją popularnością „zalewają” popularne media, zwiększając zasięg swoich odbiorczyń. Ich konta w mediach społecznościowych należą do najpopularniejszych w kraju, ciesząc się – dużą jak na polskie warunki – ilością „followerów”. Dla przykładu konto Chodakowskiej obserwowane jest przez 1,9 ml osób i ta tendencja jest nieustająco w fazie szybkiego wzrostu.
[<https://www.instagram.com/chodakowskaewa/>].

⁵⁶ Początki normalizacji odchudzania i wyszczuplania sylwetek datuje się na XIX wiek i były głównie skierowane na stronę kobiet. W czasopismach kobiecych z drugiej połowy XIX stulecia można odnaleźć liczne adnotacje opisujące ten proces [Vigarello 2012: 345-348].

⁵⁷ Reklamy produktów dietetycznych bardzo często wykorzystują antynomię: duma versus wstyd. Efekty wytrwałej diety są powodem do zadowolenia i dumy (których symbolem w kampaniach marketingowych jest motyw wyrzucania starych ubrań – rozpoczęcia nowego życia oraz narodzin nowego ja) – kolei nieudana walka o upragniony rozmiar ujmowana jest w kategoriach wstydu i porażki [Melosik 2010: 55].

przekonania, że nowy rozmiar sylwetki przyniesie także lepsze życie oraz nową tożsamość. Jak podkreśla jedno z popularniejszych reklamowych haseł: *ludzie, znajomi nie mogli uwierzyć, że to ja, już nigdy nie wrócę do starego wyglądu*. W reklamach propaguje się pogląd, że zdobycie nowego ciała i tożsamości diametralnie zmienia status konsumenta w społeczeństwie. Szczupła kobieta jest ogólnie akceptowana przez grupę – a w bezpośredni sposób wpływa to także na jej indywidualne poczucie wartości. Jadwiga, jedna z pacjentek gabinetów medycyny estetycznej, w następujący sposób mówi o tym zjawisku, nie ukrywając dojmującej świadomości tego, że idealny wygląd jest jednak niedoścignionym wzorem:

Reasumując, **wygląd pokazywany w mediach to mocno wysportowana, ale szczupła sylwetka, z widocznymi mięśniami, płaskim brzuchem i dużymi pośladkami. Często z powiększonym biustem i ustami. Można powiedzieć, że te wizerunki są nieosiągalnymi dla normalnych kobiet ideałami, ale sama przyznaję, że mi się to podoba**. Naprawdę uważam, że takie sylwetki są piękne. Nie zmienia to jednak faktu, że **gdy myślę o nich w perspektywie swojego wyglądu, to wiem, że nigdy nie będę tak wyglądać, a to już jest bardzo nieprzyjemnym uczuciem. Zdarza mi się, że czuję klucie w sercu, gdy widzę takie wizerunki. Jestem trochę rozdarta, bo wiem, że jest to atrakcyjne, ale boli, że ja nie mogę taka być** [AIEiAK 14859].

Fragmentaryzacja współczesnych przekazów medialnych przybiera coraz częściej formę zajawki, noty i krótkiego komentarza, stając się podstawą komunikowania współczesnych lapidarnych treści publikowanych w mediach. Zdaniem Ryszarda Kapuścińskiego, termin „lapidarium” oznacza:

miejsce (skwer w mieście, dziedziniec w zamku, patio w muzeum), gdzie składa się znalezione kamienie, szczątki rzeźb i fragmenty budowli – a to odłamek tułowia albo ręki, a to kawałek gzymsu czy kolumny, słowem, rzeczy będące częścią nieistniejącej (już, jeszcze, nigdy) całości i z którymi nie wiadomo co zrobić [Kapuściński 1999: 5].

Zdaje się, że Internet jest właśnie strukturą o charakterze fragmentarycznym i rozproszonym. Parafrazując z kolei słowa Petera Bergera, można sformułować wniosek, że adresem człowieka w społeczeństwie jest miejsce jego ciała i odwrotnie – społeczeństwo „wdrukowuje się” w jednostkę, „zmuszając” ją do internalizacji norm właśnie poprzez ciało.

Podsumowanie

Czytelnik tej części dysertacji może odnieść wrażenie, że w stosunku do jednostki społeczeństwo odgrywa rolę instytucji totalnej. Choć od reszty świata nie oddzielają jej wysokie mury czy nakazy prawne, to jednak ze wzajemnie przenikających się związków człowieka i otaczających go kulturowo-społecznych zasad, nie może się on wycofać. Jest pensjonariuszem i strażnikiem tych kategorii. Staje się twórcą i tworzywem instytucji, która go stwarza i (re)socjalizuje [Goffman 2005: 15]. Widać to najlepiej na przykładzie procesu stygmatyzacji, któremu podlegają kobiety o „nieodpowiednim” wyglądzie. Opiera się on na stosowaniu różnego rodzaju dyskryminacji i deprecjacji – przez co kobiety łatwiej ulegają społecznej presji wyglądu. Dodatkowo, wykorzystuje się różnego rodzaju kategorie dyscyplinowania i narzucania obowiązującej wizji – i w przeciwieństwie do tych opisywanych niegdyś przez Foucaulta – mają one delikatniejszy, ale wyłącznie dla oka wyraz. Nie stanowią bowiem, bezpośredniej formy przymusu, jak chociażby ograniczanie wolności, ale przez powszechność idealnie wyglądających obrazów, wspartych odpowiednią retoryką i imperatywami słownymi, oparte są na tym samym mechanizmie przemocy. W efekcie dają podobny skutek.

Mimo że pozornie wydawać się może, że zasady, jakim podlegają dzisiejsze jednostki, są subtelniejsze – chociażby ze względu na ograniczenie bezpośrednich form nakazu, to współczesna kultura przynosi ze sobą nowe narzędzia przymusu. Internet, a wraz z nim szeroko rozpowszechnione media społecznościowe, narzucają w „niewidzialny” sposób kanony urody. I choć wydawać by się mogło, że ciało pozostaje kategorią nader trywialną to jednak jego historia i uwikłanie go w różnego rodzaju procesy dyscyplinowania opisywane przez Bourdieu czy Foucaulta i tym razem spowodowały, że staje się ono centralnym miejscem wpisywania dyskursu przemocy nad tożsamością człowieka w ogóle.

Materiał terenowy pokazuje, że współczesne dyscyplinowanie jednostek nabiera silnego wyrazu w przypadku kobiet. Pogłębianie procesów równouprawnienia, większa swoboda obyczajowa, równe prawo do edukacji dla obu płci zdaje się ilustrować, że płć żeńska uzyskała więcej. Interpretacja materiału empirycznego dowodzi jednak inaczej. Odwrócono działanie mechanizmu dyscyplinowania: z bezpośredniego zakazu, na przykład, pełnienia określonych zawodów, który powszechnie uważa się za swobodniejszy niż kiedyś, narzucono kobiecie nową pracochłonną rolę – dążenia do sprostaną rosnącym wymaganiom wyglądownym. W efekcie, wiele z nich nie znajduje czasu na nowe możliwości. Te, które

zdecydują się na drogę wolnego wyboru pozostają uwikłane w nieustającą i bolesną walkę z oceną społeczną.

Materiał terenowy pokazuje również, że kobiety poddawane są wyższej presji kulturowej dotyczącej wyglądu niż mężczyźni. Na podstawie analizy opowieści lekarek i pacjentek uwypuklają się trzy perspektywy spoglądania na ciało kobiety: przez inne kobiety – rywalki, mężczyzn oraz przez media i władzę, które wspólnie nazwać możemy „patriarchatem”. Te trzy spojrzenia nieustająco definiujące i oceniające wygląd współczesnych kobiet wpływają na kreowanie presji, której wszystkie chcą sprostać, by zaspokoić społeczne oczekiwania. Bardzo często kategorie wizualne łączą się w sieć wzajemnych powiązań z rolami społecznymi, silnie zdefiniowanymi przez społeczeństwo, takimi jak: matka, żona, kochanka, pracownica, podwładna, lekarka czy pacjentka. W tym sensie wizerunek oceniany jest w kategoriach „ładny” „nieładny”, pomijając przy tym mnogość ról społecznych, które każda kobieta przyjmuje każdego dnia.

Trafne wydaje się stwierdzenie, że obecnie władza nad ciałem kobiety przyjmuje postać (pozornego) wolnego wyboru, bowiem przestaje być wyprowadzana z „góry”. Coraz częściej rytm życia codziennego wyznaczany jest przez wzajemną relację jednostki ze swoim ciałem. Wraz ze zmniejszającą się kontrolą człowieka nad środowiskiem „wycofuje się on w ciało”. Kontrolowanie swojego wyglądu i jego powierzchowności (muśnięcia rozświetlaczem policzków i liczenia każdej spalonej kalorii) daje mu poczucie kontroli nad życiem. Ciało, zwłaszcza kobiety staje się płaszczyzną, w którą wpisywane są różnorodne znaczenia – czego dowodzi materiał empiryczny. Chaos, przesyt i dzisiejsza wieloznaczność świata powodują coraz silniejszą potrzebę nadzorowania własnej fizyczności, o czym wspominały moje rozmówczynie. Parafrazując Bauman, można odnieść wrażenie, że jest to „ucieczka przed wieloznacznością”. Zamykamy się w ciało, które z pozoru może wydawać się azylem, w rzeczywistości stanowi więzienie.

Nowy antropologiczny atlas ciała kobiety

Ernst Jünger: *Dopiero nasze pokolenie
zaczyna jednać się z maszyną
i widzieć w niej
nie tylko coś użytecznego,
ale i pięknego*
[cyt. za: Theweleit 2015: 685]

Mary Douglas: *Ciało społeczne
określa sposób
w jaki postrzegamy ciało fizyczne*
[Douglas 2004: 111]

W 1995 roku znany polski etnolog Adam Paluch opublikował ważną książkę w polskiej etnografii traktującą o ludowej wizji ciała człowieka: *Etnologiczny atlas ciała ludzkiego i chorób*. Pozycję, którą bezsprzecznie można uznać za przełomową, przede wszystkim ze względu na jej wartościowy wkład w polską etnologię. *Atlas* Palucha to kompendium wiedzy o ciele i chorobie w polskiej kulturze ludowej. Niewątpliwym walorem tej książki jest jej porządkujący (dotychczasową wiedzę o ciele ludzkim i chorobie) charakter. Polskie piśmiennictwo zainteresowane ludową wizją ciała i lecnictwem ludowym posiada w swoim dorobku cenione prace, jak chociażby: *Lecznictwo ludu polskiego* Henryka Biegeleisena z 1929 roku, *Kultura ludowa Słowian* Kazimierza Moszyńskiego (choć tylko w niektórych fragmentach odnosi się one do ciała i lecnictwa ludowego), *Dzieła wszystkie* Oskara Kolberga czy prace Libery: *Medycyna ludowa. Chłopski rozsądek czy gminna fantazja i Ziemsy Bogowie*⁵⁸. Jednak nadal – jak sądzę – problematyka ta wymaga głębszej uwagi z racji dynamicznego charakteru przedmiotu badań w kulturze współczesnej.

Inspirując się dziełem Palucha, spróbuję stworzyć *Nowy antropologiczny atlas ciała kobiety*, w którym ujmuję ciało nie tylko jako kwestię anatomiczną czy fizjologiczną, a przede wszystkim jako twór przekazujący nowe kulturowe i społeczne znaczenia – za pomocą symbolicznych kontekstów w niego wpisanych. Jednak moim zadaniem będzie odnalezienie bardziej współczesnego wymiaru znaczeń kulturowych wpisanych w kobiece ciało. Całość

⁵⁸ Wspomnieć należy też o książkach Libery dotyczących ciała w kulturze ludowej takich jak: *Wstęp do nosologii*, *Rzyć aby rzyć. Rzecz antropologiczna w trzech aktach z prologiem i epilogiem* i *Mikrokosmos, makrokosmos i antropologia ciała* i wielu innych. Sądzę, że należy w tym miejscu wspomnieć o słynnej pozycji Kowalskiego: *Leksykon Znaki świata. Omen, przesąd, znaczenia* traktującej między innymi o częściach ciała człowieka.

atlasu uzupełniona będzie fragmentami z wywiadów, które udało mi się zebrać w trakcie prowadzonych terenowych badań etnograficznych. Forma tego rozdziału, podobnie jak dzieło Palucha, przyjmuje charakter słownika, a hasła, które zdecydowałam się w nim umieścić, zostały wyznaczone przez bogactwo materiału empirycznego. Środowisko, w którym prowadziłam badania terenowe, podyktowało mi treść, ale i zakres części ciała, które należy w nim umieścić. Zanim przejdę do właściwej części atlasu, wprowadzę czytelnika do zagadnień związanych z wizją ciała w kulturze ludowej, aby w ten sposób nakreślić szerszy kontekst przemian obrazu ciała kobiety w kulturze współczesnej.

Celem tej części dysertacji jest zestawienie ze sobą dwóch perspektyw zainteresowanych ciałem człowieka: światopoglądu ludowego i kultur dawnych, tradycyjnych z perspektywą środowiska medycyny estetycznej. Przy pomocy kategorii antropologicznych i etnograficznego warsztatu badacza – jak sądzę – uda mi się znaleźć odpowiedź na pytanie: **które konteksty znaczeniowe i symbole zawarte w ciele przetrwały do dnia dzisiejszego (w badanym środowisku), a które uległy dewaluacji, zatarły się lub tylko rudymmentarnie tkwią we współczesności.** W podsumowaniu wskażę różnice i punkty wspólne obu stanowisk. Prześledzę również te aspekty ciała, które odnoszą się do dawnej instytucji tabu oraz jej współczesnego oblicza.

Ciało w kulturze ludowej

„Człowiek jest miarą wszechrzeczy, w najbardziej elementarnym sensie” [Szpakowska 2008: 5] – pogląd ten przez wieki stanowił podstawę ludzkich mniemań o ciele. W świadomości mitycznej ludzkie ciało stało się uniwersalnym modelem organizacji i opisu wszechświata [Paluch 1995: 157]. Obraz ciała jest tylko fragmentem obrazu świata. <<Mowa ciała>> jest częścią kulturowej komunikacji. <<Język ciała jest jednym z wielu kodów kultury>>” [Libera 1997: 112]. Piotr Kowalski pisze, że „zgodnie z rudymmentarnym doświadczeniem egzystencji człowiek i jego ciało ulokowani są w centrum tego świata, a fenomenologiczny opis świata zaczyna się od określenia takiego usytuowania doznającego i poznającego podmiotu” [Kowalski 1998: 1]. Z tego utożsamienia w myśleniu tradycyjnym wyprowadzane są głębokie związki organizacji Kosmosu i Mikrokosmosu, którym jest ciało człowieka [Libera 1997: 91]. Kultura ludowa dokonuje nieustających porównań pomiędzy wszechświatem

(makrokosmosem) i człowiekiem (mikrokosmosem). To dzięki tym zależnościom ludzkie ciało kreuje pierwotne i tradycyjne klasyfikacje⁵⁹.

Myślenie mityczne w kulturach magicznych jest strukturą zorientowaną wokół określonego centrum [zob. Kowalski 1998: 45-48]. Fundamentalne kategorie kultury i natury oraz ich najistotniejsze symbole i pojęcia swoje źródło mają w ludzkiej fizyczności. Ośią centralną, do której wszystkie te znaczenia i analogie się odnoszą, jest właśnie ciało człowieka [Eliade 1988: 28-29]. Immanuel Kant twierdził, że punktem centralnym całego życia jest właśnie ciało. To z niego wywodzi się jak, twierdzi Yi-Fu Tuan, poczucie kierunków, miary i wagi, a także waloryzacja przestrzeni [Szpakowska 2008: 1]. Libera podkreśla, że społeczeństwa tradycyjne XIX wieku (ale w mniejszym stopniu niż kultury archaiczne) nie oddzielały się od Wszechświata, ale traktowały siebie jako jego istotny składnik, „w którym wszystkie części są zależne, różne jego elementy (krajobraz, rośliny ... i człowiek, dom narzędzia itd.) mają wspólną naturę i na tej podstawie wszystkie elementy bytu objawiają ład naturalny, wywodzący się z niego” [Libera 1997: 91].

W takim modelu świata wszelkie powiązania magiczne mają charakter powiązań znaczeniowych. Ten paralelizm nie jest figurą stylistyczną, lecz stanowi odwzorowanie wzajemnej relacji uniwersum i człowieka. Ten sam zbiór służy do opisu nie tylko człowieka i poszczególnych części jego ciała (rzyć, brzuch czy uszy), ale i przyrody oraz całego świata [Libera 1997: 23-25]. Kod antropomorficzny opisuje **rośliny** (opisywanie roślin kategoriami ludzkimi odzwierciedla się w nazwach, na przykład „bicie miazgi na podobieństwo bicia, czyli pulsowania krwi” [Libera 1997: 113]; **dom** jest związany w sposób symboliczny z ciałem człowieka (ten izomorfizm odwzorowuje się na przykład w ujmowaniu pieca jako brzucha domu) [Kowalski 1998: 88]; **krajobraz** (ludowa rzyć, niekiedy też oko rozumiane były jako otwory w ziemi); **życie społeczne** (ojciec jest głową rodziny, a kobieta szyją i głową kręci – dlatego gospodarz podczas wieczerzy w „głowie siada” [Libera 1997: 113]; **odzież** (buty mają nosy, a koszula rękawy; **narzędzia** (ludzkie żyły „łączą rękę cepa z bijakiem na podobieństwo tego, jak <<żyły>>, tj. ścięgna i nerwy spinają różne części ciała” [Libera 1997: 113]. W takim ujęciu cielesność stanowi lustrzane odbicie całego

⁵⁹ Niegdyś dla etnografów i antropologów ciało stanowiło wyłącznie biologiczną podstawę kultury i wartości społecznych. Pomiędzy ciałem i kulturą nie obserwowano żadnych związków [Libera 1997: 6]. Podstawowe dyktomy: ciało – dusza, natura – kultura sprawiały, że fizyczność podmiotu nie była w kręgu zainteresowań antropologów i socjologów. W myśli socjologicznej ciało posiadało status zjawiska bez refleksji teoretycznej [Wieczorkiewicz 2000: 9]. Ten brak oparty był na dziedzictwie ontologicznego rozróżnienia umysłu i ciała zapoczątkowanego przez Kartezjusza. Shilling tę perspektywę nazywa „nieobecną obecnością” [Shilling 2019: 216-217].

Wszechświata⁶⁰. Rozumiana jest jako organizm funkcjonujący przez analogię, tak samo jak cały Kosmos *par excellence* [Tomiccy 1980: 51-54]. Człowiek staje się odbiciem tego obrazu, a w jego ciele zaszyfrowane są podstawowe i uniwersalne reguły organizacji kosmosu [Brocki 2001: 140].

Ciało człowieka może być też opisywane różnymi elementami przyrody, domu czy społeczeństwa. W polskiej kulturze ludowej często porównuje się człowieka do krajobrazu, poszczególne części ciała do roślin i drzew, „nogi mają odpowiadać korzeniom, tułów – pniowi, skóra – spermie, a o bezpłodnej kobiecie mówi się ta, co <<nie kwitnie>>” [Libera 1997: 113]. Także za elementarne miary przestrzeni mogą być uznane poszczególne części ciała:

włos (jego grubość), palec (jego szerokość lub długość), cal (długość członu jednego z palców), dłoń (jej szerokość), piędź (rozpiętość dłoni), łokieć (odległość między końcami palców a stawem łokciowym, [...]) stopa (jej długość) krok. [...] inne wyznaczniki miar mogą być określone za pomocą wysokości człowieka i jej pochodnych [Ciołek: 1976: 85-86].

Jak dalej pisze Luca Pacioli: „Natura ten boski impuls, tworząc ciało człowieka posłużyła się jego głową wyposażoną we wszystkie proporcje, które korespondowały z pozostałymi częściami ciała” [cyt. za: Dziechcińska 1996: 38].

Także podstawowe opozycje istniejące w kulturze: przód – tył, góra – dół, lewe – prawe odnoszą (wywodzą się z niego) się do ciała i są przez nie w określony sposób wartościowane w otaczającej człowieka rzeczywistości. Odpowiednio z przyjętą przez człowieka pionową postawą przestrzeń jest waloryzowana i sakralizowana [Paluch 1995: 157]. Zarówno góra, przód i prawa strona nacechowane są pozytywnie i odnoszą się do tego co: dobre, znane, jasne, a nawet boskie. Tym samym dół, tył i lewa strona symbolizują: destrukcję, Tamten Świat, porządek diabelski, chtoniczność, niebezpieczeństwo. „Przodem człowiek widzi”, wszystko, co jest przed nim, człowiek doświadcza jako oświecone, zdolne do uchwycenia wzrokiem. Z kolei „tył jest w cieniu”, jest niewidoczny, nieczysty (łączy się go z defekacją), tajemniczy, związany z nieopanowaną przez człowieka sferą. Symbolizuje zło, rozkład, wszystko co znajduje się po tej stronie ciała, jest wartościowane negatywnie i ma właściwości niebezpieczne: „śmierć choremu za plecami stoi”.

⁶⁰ Potwierdzeniem tej magicznej logiki były mity kosmogoniczne, w tym też chrześcijańskie poczucie, że człowiek (mężczyzna) stworzony został na podobieństwo Boga [Eliade 2009: 424-426]. W kulturze ludowej i innych kulturach etnologicznych takie potwierdzenia nie sprowadzały się jedynie do relacji, w której jednostka jest obrazem najwyższego bóstwa uranicznego. Człowiek jest też podobny do innych zjawisk [Simonides 2010: 47-50].

Szczególne znaczenia dla przedstawicieli kultur magicznych miały otwory i wydzieliny ciała. Mary Douglas podkreśla, że otwory ciała traktowane są jako miejsca graniczne, tak zwane słabe punkty: wszystkie struktury są najsłabsze na swoich końcach [Douglas 2004: 99-123]. Z kolei wydzieliny, przekraczając granicę ciała, również mają charakter medialny. Libera zwraca jednak uwagę, że tych cielesnych marginalności nie można traktować w oderwaniu od innych granic: czasowych i przestrzennych oraz w oderwaniu od kontekstu społeczno-kulturowego [Libera 1995b: 16]. Podobnych uzasadnień dostarcza też Edmund Leach: „Każde miejsce posiada swe specyficzne funkcje chronione przez tabu; oddanie stolca w kuchni, jest takim świętokradztwem jak gotowanie w łazience” [Leach 1989: 68-69].

W kontekście rozważań o ciele istotne jest bliższe omówienie instytucji tabu – która pojawiła się już u kolebki myśli antropologicznej i stanowi punkt wyjścia światopoglądu mitycznego. Zgodnie z tym przekonaniem – które opisywało świat i wszelkie jego zjawiska za pomocą sakralnych zdarzeń, faktów i przedmiotów – tabuizacja określa idę ludzkich początków: eliminuje wszelkie momenty skalania i zbrukania, tworząc sytuację symbolicznej czystości. W niemalże wszystkich opisach etnologów i religioznawców traktujących o religiach ludów archaicznych mowa jest o staruchu, lęku czy respekcie społecznym (których przyczyn należy poszukiwać w wierzeniach), że za przekroczenie zakazanej granicy grożą surowe konsekwencje. Paul Ricoeur w *Symbolice Zła* tak pisze o nieczystości: „Sama zmaza jest do pewnego stopnia przedstawieniem, to zaś tonie w specyficznym strachu, który paraliżuje refleksję. Wraz ze zmazą wkraczamy do królestwa Strachu” [Ricoeur 1986: 27].

Palmę pierwszeństwa w sformułowaniu poważnej koncepcji tabu należy oddać Douglas. Brytyjska antropolog, łącząc podejście socjologiczne z myślą antropologii społecznej, dowodziła o uniwersalnym rodowodzie podziału na czyste i skalane. Podkreślała, że nic nie jest brudne czy nieczyste samo w sobie, lecz wszystko to, co nie posiada jednoznacznego statusu w obrębie jakiejś sfery znaczeniowej [Douglas 2004: 20-37]. Jerzy Wasilewski, interpretując dzieła Douglas, pisze:

od paru dziesiątków lat mówi się o „ciele społecznym”. To **społeczeństwo i jego instytucje – od mitotwórstwa po medycynę – mają konstruować ciało, ta widząc jego produkty i granice, takie nakładając na nie akcenty, że wyraża ono wizję ludzkiej zbiorowości i rozlicznych w niej stosunków, zwłaszcza relacji władzy, niż sam byt fizyczny. (...) według niej fizjologiczne i społeczne funkcjonowanie ciała jest ze sobą sprzężone: uwaga przykładana przez dany system wierzeniowy do granic ciała jest pochodną uwagi skierowanej ku granicom grupy społecznej, kontrola czystości fizycznej jest wyrazem troski o czystość społeczną** [Wasilewski 2010: 18].

Także Mircea Eliade głosił, że tabu może stać się lub być każdy przedmiot, osoba lub czynność posiadająca w sobie „moc”, której natura jest mniej lub bardziej wyraźna na skutek indywidualnych czynników i sposobu bycia bądź nabywa tej „siły” w wyniku przekroczenia bariery ontologicznej [Eliade 2009: 26].

Nowy antropologiczny atlas ciała kobiety – kontekst medycyny estetycznej

Nowy antropologiczny atlas ciała kobiety składa się z 28 pozycji, które będą przedstawione zgodnie z porządkiem alfabetycznym. Zawiera on hasła odnoszące się wyłącznie do ciała i jego poszczególnych elementów, a każda pozycja zawiera krótką introdukcję nawiązującą do światopoglądu ludowego, którą uzupełniam o zebrany przeze mnie materiał empiryczny. Zatem „nowy atlas” za swoje źródło i podstawę bierze tradycyjne wyobrażenia o ciele, ale przede wszystkim pokazuje, jakim przemianom one uległy w kontekście współczesnej medycyny estetycznej. Pewnym hasłom z mojego atlasu poświęciłam więcej miejsca niż innym, co stanowi odzwierciedlenie struktury wyobrażeń moich rozmówczyń o kobiecym ciele. W środowisku medycyny estetycznej cellulit czy wygląd skóry są takimi kluczowymi kwestiami. Co ciekawe, z perspektywy przemian w kulturowym obrazie ciała, w dziele Palucha kategoria cellulitu w ogóle nie występuje. Współcześnie – w „nowym atlasie” – zajmuje ona centralną pozycję.

Brwi

Brwi jako widoczna część twarzy nie była dla mieszkańców tradycyjnej wsi istotnym elementem wizualnym. Nie wiązano ich także ze szczególnymi znaczeniami, wobec czego nie poświęcano im uwagi i najczęściej wspominane były w kontekście bogatej symboliki włosów [zob. Włosy s. 248]. Z tego względu bywają łączone są ze sferą *orbis exterior* i demonami, a w *Młocie na Czarownice* ich bujny kształt był atrybutem czarownicy. W różnych kulturach świata najczęściej określane są jako łukowata wypukłość na kości czołowej nad oczodołem, którą porastają krótkie włosy [Cichocki, Litwin, Mirecka 2002: 223]. W kulturze ludowej gęste brwi, zwłaszcza u kobiet, mogły wskazywać na niedojrzałość, a nawet aseksualność. W powiecie łączyckim powszechnym działaniem było przyczernianie ich barwy za pomocą węgla drzewnego lub sadzy, by uzyskać „jaskółczy” kształt (popularny w niektórych okolicach słowiańszczyzny) [Dłużewska-Sobczak 2012: 2]. W niektórych rejonach Polski stosowano sadło niedźwiedzia, by uwydatnić ich wygląd, ale też w celu utrwalenia efektu. Ich

przycinanie lub niekiedy nawet golenie było popularnym zabiegiem o charakterze estetycznym w starożytnym Egipcie. Wierzano, że odpowiednio przecięte i umalowane brwi, zwłaszcza u kobiet, zbliżą do bogów. W tym celu malowano je węglem lub sproszkowanym galenitem, by osiągnąć efekt bujnych, ale zadbanych brwi.

Zebrany przeze mnie materiał terenowy przedstawia, że współcześnie kobiety przywiązują dużą wartość do estetycznego wyglądu brwi. Są też jednym z kluczowych aspektów kobiecej twarzy. W swoich opowieściach informatorki zwróciły uwagę na kilka najważniejszych cech ich wyglądu, które świadczą o ich atrakcyjności. Oddaję głos pacjentce Agnieszce:

Mamy też wzór, jak powinny wyglądać nasze brwi, to znaczy **być duże, zaznaczone i ciemnawe. Są naprawdę ważnym elementem wyglądu dzisiejszej atrakcyjnej kobiety** [AIEiAK 14858].

Zacytowana wypowiedź może wskazywać na przyznawanie większego znaczenia poszczególnym elementom i detalom wizerunku. Brwi nie są już tylko częścią ludzkiej twarzy, a stanowią osobną jej cechę wymagającą szczególnych działań. W ten sposób ciało kobiety ulega nadzorowi władzy, co jest to szczególnie wyraźne w kontekście *fragmentaryzowania ciała* przez kulturę popularną. Holistyczne spojrzenie na fizyczność uległo rozmyciu na rzecz eksponowania pojedynczych elementów ciała. Powszechność dbania o wygląd pojedynczych elementów ciała, jak na przykład brwi, spowodowało też kilka następstw, o których mówi dr Alicja:

Mamy także linergystki ⁶¹, które zajmują się wyłącznie zabiegami permanentnymi, ale głównie to są brwi. Naprawdę brwi są bardzo ważne [AIEiAK 14847].

O skutkach wyłonienia nowego zawodu opowiada pacjentka Justyna:

Bardzo popularne są nowoczesne metody robienia makijażu permanentnego. **Teraz praktycznie każda z nas ma wykonany makijaż permanentny z tymi nowymi, profesjonalnymi i superwyglądającymi metodami.** Oczywiście o brwiach mówię [AIEiAK 14870].

⁶¹ Linergistka to osoba specjalizująca się w wykonywaniu trwałego makijażu, tak zwanego permanentnego. Zabiegi mikropigmentacji dotyczą głównie: brwi, ust, kresiek dolnych i górnych [<https://jppstudio.pro/blog/linergistka-kto-to-taki-i-czym-sie-zajmuje>].

Powszechność makijażu permanentnego⁶² zdaje się odpowiedzią na wymagania **współczesnej kultury popularnej, której jedną z cech dominujących jest szybkie tempo życia, sprzyjające trwałym sposobom dbania o wizerunek**. Pokazuje to też, jak wielką rolę odgrywa piękno oraz jak istotnemu rozprzestrzenieniu uległo zjawisko *fragmentaryzacji ciała*, zwłaszcza w stosunku do kobiet. Jest to szczególnie interesujące w kontekście polskiej kultury ludowej, dla której ciało oznaczało bardziej holistyczny byt niż podzieloną na części całość.

Z kolei dr Katarzyna zauważa, że istnieją różnorodne style malowania makijażu permanentnego, zakładając powszechność makijażu permanentnego brwi.

Praktycznie każda kobieta w dzisiejszych czasach ma wykonany makijaż permanentny, zwłaszcza brwi. **Obecnie moda jest na brwi w stylu ombre lub microblading** [AIEiAK 14852].

Kwestię wyglądu brwi i różnorodnych technik jego wykonywania podsumowuje dr Malwina:

Brwi powinny być zrobione permanentnie lub umalowane z najnowszymi trendami jak microblading [AIEiAK 14844].

Powstanie nowego zawodu i wykreowanie nowoczesnych metod utrwalania wyglądu brwi podkreśla, że kobiety dbają nawet o najmniejszy fragment wizerunku, który ma istotne znaczenie, choć – jak wskazuje bogactwo materiału terenowego – niektóre części ciała są bardziej istotne niż inne. Można zaryzykować stwierdzenie o istnieniu **hierarchii elementów kobiecego ciała**, o czym będę pisała w dalszej części tekstu. Artykulacje moich rozmówczyń wskazują też na zjawisko wyspecjalizowania zawodowego. Kultura ponowoczesności w odróżnieniu od kultury ludowej wykazuje zwiększone dążenia do kreowania różnorodnych specjalności. Sądzę, że jest to idealna egemplifikacja, iż zwiększone zainteresowanie wartościami estetycznymi widoczne jest między innymi na rynku kompetencji zawodowych.

⁶² **Makijaż permanentny** jest formą tatuażu, choć jego trwałość nie jest aż tak długa. W przeciwieństwie do tradycyjnego tatuażu podawany jest zdecydowanie płycej oraz przy użyciu odpowiednich barwników i ich odcieni (czarny kolor jest najbardziej trwałym kolorem). Makijaż permanentny jest specjalistycznym zabiegiem kosmetycznym, „polegający na trwałym podkreśleniu ust, oczu i brwi. (...) to także skuteczna alternatywa dla bardziej inwazyjnych zabiegów chirurgicznych, ponieważ zabieg wykonany odpowiednią techniką zapewnia widoczny i naturalny efekt liftingu. Profesjonalny **makijaż permanentny** nie tylko podkreśla walory kobiecej urody, ale także doskonale maskuje niedoskonałości, między innymi tuszując defekty skóry, takie jak blizny, przebarwienia czy plamy pigmentacyjne” [<https://www.permanentny.com/co-to-jest-makiaz-permanentny>].

Brzuch

W *Etnologicznym atlasie ciała ludzkiego* Paluch, choć wyodrębnił brzuch jako osobną kategorię, to podkreśla jedynie jego biologiczną naturę. Do opisu tego organu wewnętrznego używa określeń: *jelita, bebechy, flaki czy kiszki* [Paluch 1995: 37]. Zwraca też uwagę na jego fizjologię i podkreśla funkcje, za które odpowiada. Kowalski natomiast wspomina o *lonie*, w którym znajduje się nienarodzone dziecko, podkreślając jego symbolikę i znaczenia [Kowalski 1998: 58]. Z kolei Libera pisze, że

kultura ludowa przejawia minimalne wręcz zainteresowania problemami budowy i położenia danych części ciała w porównaniu z uwagą, jaką poświęca się ich funkcjom” – i dalej – „dlatego poszukiwania anatomicznych i topograficznych opisów ciała w źródłach etnograficznych są zwykłą stratą czasu” [Libera 1997: 115] – podkreśla, że „folklor i język potoczny metaforyzują ciało człowieka jako dom: brzuch – „to izba z piecem” [Libera 1997: 115].

Bohaterka *Wahadla Foucaulta* tłumaczy, że „brzuch w środku jest piękny, bo rośnie tam dziecko (...) więc dlatego są piękne i ważne pieczary, wąwozy, szyby, podziemia, a nawet labirynty, które zupełnie przypominają nasze pocziwe i święte kiszki” [Eco 1993: 366]. W psychoanalizie metaforyzuje się go jako jaskinię i bezpieczne ukrycie. W średniowieczu wierzono, że brzuch jest siedliskiem brudu i żądź, które prowokują do obżarstwa i nieczystości. Uważano, że jest miejscem gazów, gdy jego wygląd jest „rozpychający” [Vigarello 2012: 39]. Zdarza się, że różnorodne tradycje kosmologiczne wyrażają symbolikę środka w nawiązaniu do embriologii: „najświętszy stworzył świat na modłę embrionu. Jak embrion rozwija się od pępka, tak Bóg stworzył świat od pępka, a od pępka świat rozprzestrzenił się na wszystkie strony” [Eliade za: Wensicka 2009: 391]. W niektórych kulturach świata, na przykład afrykańskich, bujne kształty brzucha symbolizują dostatek i bogactwo, natomiast w nowoczesnych krajach zachodnich jego szczupły wygląd związany jest z dobrobytem. W kulturze ponowoczesnej opisuje się go jako element ciała fizycznego, a zainteresowanie nim jako narządem anatomicznym zarezerwowane jest wyłącznie dla lekarzy.

Metaforyczne znaczenie brzucha odzwierciedlone jest też w języku potocznym i najczęściej służy do opisu stanów emocjonalnych, takich jak zdenerwowanie, strach, zakochanie i podekscytowanie. Do najpopularniejszych przykładów należą: „poczułam motyle w brzuchu”, „ścisnęło mnie w dołku”, „coś zaświerbiło w trzewiach”, „żołądek mi się ścisnął” czy „żołądek podszedł mi do gardła”. Niektóre uzasadnienia popularnych frazeologizmów związane są ze współczesną medycyną. Michael Gershon w *The Second*

Brain: A Groundbreaking New Understanding of Nervous Disorders of the Stomach and Intestine wyjaśnia, iż pewne anatomiczne części jamy brzusznej są istotnym neuroprzekaznikiem emocji [Gershon 1999: 8-11].

Zebrany materiał terenowy ukazuje, że w środowisku medycyny estetycznej brzuch traktowany jest jako znacząca część ciała zewnętrznego. Informatorzy nie wskazują na jego funkcje jako organu wewnętrznego, za to podkreślają, że jest on jednym z najistotniejszych atrybutów wizerunku współcześnie. Jego wygląd jest także szczególnie ważnym elementem współczesnych kanonów piękna. Rozmówczynie przedstawiły cechy pożądanego wyglądu brzucha. Na ten temat mówi pacjentka Agnieszka:

Osobiście uważam, że płaski brzuch jest jednym z najmodniejszych ideałów kobiecego ciała. Talia i brzuch z mięśniami to atrybuty kobiecości w dzisiejszych czasach. Dzisiejsza atrakcyjność to widoczne mięśnie u kobiety i dobrze rozbudowane, zwłaszcza na brzuchu. (...). Brzuch jest innym elementem, na który zwraca się ogromną uwagę. Musi być odtłuszczony, umięśniony, bardziej lub mniej, ale muszą być widoczne mięśnie. Krata na brzuchu u kobiet jest znakiem rozpoznawalnym dzisiejszych czasów [AIEiAK 14858].

Na temat cech atrakcyjnego brzucha opowiada też pacjentka Patrycja. W jej perspektywie również dominują estetyczne aspekty tej części ciała:

Współcześnie bardzo popularnym elementem kobiecego ciała stał się brzuch, który **musi być płaski, umięśniony z wyraźnie zaznaczoną kratką, tak nazywa się mocno zarysowane mięśnie na brzuchu. Taki rodzaj brzucha jest bardzo pożądanym (...). Najpopularniejsze obecnie elementy to brzuch, który powinien mieć zarysowane mięśnie. Oczywiście musi być płaski z małą ilością tłuszczu. Mała ilość tłuszczu akurat na brzuchu to połączenie wręcz zabójcze (...)** [AIEiAK 14864].

Obie wypowiedzi pacjentek podkreślają bardzo konkretny obraz atrakcyjnego brzucha współcześnie, którego atrybutami mają być: płaskość, beztłuszczowość i zarysowane umięśnienie. Na ten temat z perspektywy lekarki mówi dr Grażyna, która zwraca uwagę na różnicę między biologicznymi predyspozycjami kobiety a idealnym wzorem:

Szczególnie brzuch powinien być mocno wyrzeźbiony, co w przypadku kobiety jest niezwykle trudne, bo ze względów biologicznych po prostu nie mamy do tego predyspozycji. Taki brzuch powinien mieć kratkę, mniej lub bardziej widoczną, więc co jest chyba oczywiste, powinien być całkowicie odtłuszczony. Mięśnie nie mogą być widoczne przy zbyt dużej ilości tłuszczu (...). Bardzo podobają mi się mięśnie na brzuchu. Uważam, że

wygląda to bardzo atrakcyjnie, **poza tym szczupły brzuch potęguje wrażenia dużych dysproporcji między biodrami a talią, a to jest już bardzo seksowne** [AlEiAK 14850].

Wypowiedź lekarki wskazuje nie tylko na dysonans między kulturowym wzorem a biologiczną rzeczywistością, ale także na ocenę kobiecego ciała przez pryzmat seksualności. Coraz częściej brzuch symbolizuje sprawność fizyczną i siłę – co sprawia, że następuje przesunięcie w stronę bardziej męskiego ciała. Kobięce dążenie do uzyskania silniejszego i sprawniejszego wyglądu (w tym przypadku brzucha) nawiązuje do obrazu ciała żołnierza Jonathana Littella: gładkiego, naprężonego, twardego i sprężystego [Littell 2009: 32-38]. Taką wizję wydaje się podzielać pacjentka Jadwiga:

Brzuch z mięśniami to symbol współczesnych silnych kobiet. Moim zdaniem wskazuje, że możemy przejmować męskie role i jesteśmy bardziej samowystarczalne [AlEiAK 14859].

Jadwiga jako jedyna z informaterek podkreśliła bardziej symboliczne ujęcie tematu, mające związek ze współczesnym wizerunkiem silnych kobiet. Moim zdaniem słowa informatorki odnoszą się do zjawiska trwającego przez stulecia w kulturze Zachodu, w którym ciało w wymiarze symbolicznym pełniło dwie podstawowe funkcje. Na podstawie wyglądu jednostki można było określić jej płeć i status społeczny. Z drugiej strony, zewnętrzne oblicze ciała człowieka wskazywało na niektóre predyspozycje jednostki w sferze: moralnej, emocjonalnej i duchowej. Muskularne ciało od „od zawsze” oznaczało „męską, fizyczną siłę i podkreślało seksualną dominację mężczyzny nad kobietą” [Gromkowska-Melosik 2002: 136]. Współcześnie natomiast coraz częściej umięśniona sylwetka staje się aprobowanym społecznie elementem wizerunku kobiety. Te przemiany można interpretować w ramach maskulinizacji wzorca ciała i chęci kobiet do bycia silniejszymi oraz bardziej samowystarczalnymi niż kiedyś.

Cellulit

W dosłownym rozumieniu cellulit oznacza „nierównomierne rozmieszczenie tkanki tłuszczowej występujące razem z obrzękowo-włóknistymi zmianami tkanki podskórnej. Najczęściej jego pierwsze oznaki pojawiają się w okresie dojrzewania i z reguły dotyczą kobiet i dziewcząt ze względu na większą ilość tkanki tłuszczowej w organizmie. Objawy cellulitu nasilają się z wiekiem, zwłaszcza: w ciąży, podczas menopauzy i w terapiach bądź zaburzeniach hormonalnych [Rossi, Vergnanini 2002: 252-254]. Jego wizualnym efektem jest pofałdowana, nierówna i grudkowa powierzchnia skóry: nóg, pośladków, ramion, pleców i

brzucha. W przypadku bardziej zaawansowanego stadium widoczne są duże zgrubienia mogące powodować ból.

Problematyka cellulitu do lat siedemdziesiątych XX wieku nie była w ogóle poruszana. Stąd też próżno jest szukać odniesień na ten temat w tekstach dotyczących wcześniejszego okresu. Brak tej kategorii także w *Etnologicznym atlasie*. Palucha – cellulit nie był prawdopodobnie zdefiniowany, a jako taki nie był przedmiotem problematyzacji. Po raz pierwszy termin ten pojawił się w 1973 przy okazji publikacji nowego numeru amerykańskiej edycji *Vogue* [Wolf 2014: 283]. I to właśnie od tamtego momentu w dużej mierze zmieniło się postrzeganie wyglądu skóry na kobiecych udach. W pierwszym okresie po publikacji pamiętnej edycji tego prestiżowego magazynu, temat cellulitu poruszany był jedynie w Stanach Zjednoczonych po to, by w następnych latach nieodpowiedni naskórek skóry stał się tematem żywej dyskusji na całym świecie trwającej do dnia dzisiejszego. Od tego momentu skóra na udach i pośladkach „przeciętnej” kobiety poddana została trzy stopniowej klasyfikacji cellulitu. Wolf w *Micie Urody* pisze, że posiadanie cellulitu traktowane jest jako oszpecająca, paskudna, obrzydliwa i zanieczyszczona toksynami część kobiecego ciała [Wolf 2014: 283]. Coraz częściej jego posiadanie rozumiane jest jako efekt szczególnych zaniedbań i może doprowadzić do stygmatyzowania osoby, która go posiada.

Na kwestie estetyczne dotyczące cellulitu wskazywały także moje rozmówczynie. Jedna z pacjentek kliniki medycyny estetycznej, Patrycja, mówi na ten temat w następujący sposób:

Nawet publicznie, a nie tylko w zaciszu naszych domów mówi się, że **wiotka skóra i cellulit są niedopuszczalne i trzeba się ich pozbyć. No, to taka choroba dzisiejszych kobiet.** O tym mówi się w komentarzach pod zdjęciami sławnych osób. Faktycznie dziewczyny narzekają, że nie mogą pozbyć się cellulitu (...). **Muszę naprawdę przyznać, że mój cellulit jest to największy problem i schorzenie mojego życia, czuje się przez niego ograniczona** [AIEiAK 14864].

Przytoczona wypowiedź Patrycji przywołuje na myśl rozważania Sontag o aprobowanych społecznie sposobach stygmatyzacji za pomocą metafor. Metafora niesienie ze sobą ambiwalentne spojrzenie na chorobę – piętnuje osoby chore przez przypisywanie im dodatkowych negatywnych aspektów. Z kolei studia Goffmana wskazują, że ludzie posiadają tendencję do postrzegania swojego ciała na zasadzie lustrzanego odbicia, w którym to obraz uformowany jest przez społeczne poglądy i oczekiwania [Goffman 2005: 37]. Terenową

egzemplifikacją tego zjawiska jest wypowiedź dr Marty, w perspektywie której posiadanie cellulitu jest postrzegane w kategoriach piętna:

Oczywiście nie powinno być tam cellulitu. Pojawia się on przecież wtedy, gdy prowadzimy siedzący tryb życia i źle się odżywiamy. **Nie sądzę, żeby fizjologia naszego organizmu miała tu znaczenie. Po prostu, gdy się źle odżywiamy i się nie ruszamy to powstaje cellulit. Tak owszem, można uznać go w pewnym kontekście za chorobę, tak samo jak udar, czy nadciśnienie. Wszystkie te choroby spowodowane są złą dietą i brakiem ruchu** [AIEiAK 14846].

Moja informatorka w sposób bezpośredni mówi o powodach powstawania cellulitu i o tym, że jest on – w jej mniemaniu – taką samą jednostką chorobową jak nadciśnienie czy udar. Pomimo że zarówno udar, jak i nadciśnienie sklasyfikowane są w ogólnie przyjętej klasyfikacji chorób, a cellulit już nie – to w opinii lekarki – są to choroby spowodowane podobnymi czynnikami, jak: zła dieta czy brak ruchu. Tego rodzaju podejście można interpretować w goffmanowskich kategoriach piętna. Jak przekonuje amerykański socjolog „nosiciel piętna dzieli na ogół z nami przekonania na temat tożsamości; (...) normy, które ktoś taki przejmuje od społeczeństwa, sprawiają, że doskonale zdaje sobie sprawę z tego, co bywa uznawane za słabość, a to z kolei każe mu choćby przelotnie podzielać opinię, iż faktycznie nie jest w stanie sprostać stawianym mu wymaganiom” [Goffman 2005: 37-38], które nie wpisują się w obowiązujący wymiar tego, co jest uznawane za zdrowe. Na temat cellulitu wypowiadają się też pacjentki. Oddaję głos Jadwidze:

Walka z cellulitem objęła chyba wszystkie kobiety w naszym kraju. **Na popularnych portalach plotkarskich często pojawiają się zdjęcia cellulitu gwiazd, a autorzy tych postów wskazują, że takie kobiety są gorsze, bo mają właśnie cellulit. Może żaden z nich nie był kobietą i nie wie jak trudno się tego pozbyć. Sama później myślę, że taki cellulit to jakaś choroba** [AIEiAK 14859].

Wypowiedź Jadwigi należy rozpatrywać w kontekście, iż pokazywanie zdjęć sławnych kobiet z widocznym cellulitem powoduje, że „zwykłe” odbiorczynie tych obrazów zaczynają także siebie postrzegać jako osoby mniej wartościowe. W takim kontekście samo działanie, jakim jest publikowanie tego rodzaju przedstawień, interpretowane jest na płaszczyźnie społecznej jako czynność deprecjonująca. Pokazuje się mankamenty, a nie zalety jednostki. Przedstawianie zdjęć sławnych kobiet, których wygląd nie wpisuje się we współczesną normę piękna – wsparty dodatkowo negatywnymi artykulacjami – wpływa na

odbiór swojej cielesności przez kobiety. Bez wątpienia przekazy te są niezwykle skuteczne i w świadomości młodych kobiet „rzeźbiona jest wizja idealnego ciała” [Myers, Biocca 1992: 110-111]. Shilling podkreśla, że istniejące we współczesnej kulturze konsumpcji *utowarowienie ciała* sprawia, że tożsamość jednostki wiązana jest z „określonymi, społecznie uznawanymi wartościami zależnymi od rozmiaru, kształtu i wyglądu ich ciała” [Shilling 2010: 29].

Analizując materiał terenowy, uznałam za istotne przybliżenie Czytelnikowi medycznej definicji cellulitu. W swojej książce dr Marie-Claude Martini tłumaczy, czym on jest:

cellulit jest często mylony z otyłością. Są to dwa różne stany, chociaż często występują łącznie. Cellulit również dotyczy tkanki tłuszczowej, ale jest zlokalizowany i może pojawić się także przy całkowitym braku otyłości. Otyłość jest natomiast uogólniona i nie musi powodować pojawienia się cellulitu. (...) nie jest stanem zapalnym komórek, tak jak wskazywałaby nazwa. Jest to choroba tkanki tłuszczowej polegająca na zmianach obrzękowo-włóknisto-stwardnieniowych tkanki podskórnej. Chociaż jest on źle zdefiniowany i niedostatecznie poznany, to jednak pojęcie to jest powszechnie używane [Martini 2007/2008: 300].

Interpretując słowa Martini, można wysnuć przekonanie, że w ogólnym ujęciu mamy do czynienia z dwoma rodzajami cellulitu: w pierwszym wypadku jest on związany z otyłością. W drugim występuje u osób szczupłych i może być wynikiem zmian obrzękowo-włóknisto-stwardnieniowych.

Z prac Martini na temat cellulitu wynika uogólnienie, które wydaje się mieć szczególne znaczenie w kontekście prowadzonych prze mnie analiz: **cellulit tylko w pewnych „przypadkach” może być uznany za chorobę w języku biomedycznym.** Chcę podkreślić, że moje rozmówczynie nie mówiły o różnych stopniach skórki pomarańczowej i bez względu na jego stadium, uznawały go za chorobę spowodowaną określonymi czynnikami: złą dietą i brakiem ruchu. Sądzę, że interesujące dla Czytelnika będzie spostrzeżenie, że podczas licznych spotkań miałam okazję do przeprowadzenia wielu obserwacji i sporządzenia notatek, które dały mi pełne przekonanie, że przynajmniej większość kobiet, które spotkałam, nie posiadało cellulitu w stadium, które w języku biomedycznym nazwać możemy chorobą. Mówiąc kategoriami potocznymi: cellulit był niezauważalny „gołym okiem”. Jest to więc egzemplifikacja medykalizacji wyglądu. Kleinman uważa, że w takim przypadku możemy też mówić o istnieniu *illness*. Zdaniem autora „doświadczenie *illness* zawiera kategoryzowanie i wyjaśnianie w

zdroworozsądkowych kategoriach dostępnych możliwości dla wszystkich członków grupy społecznej, form lęku spowodowanych przez patofizjologiczne procesy” [Kleinman 1988a: 4].

Sontag w swojej książce *Choroba i metafora. AIDS i jego przemiany* pisze następująco:

choć tajemniczy charakter choroby uzewnętrznia się w zderzeniu ze zjawiskiem na wskroś nowoczesnym, to znaczy z wiarą w nieograniczone możliwości człowieka, lęk jaki choroba (...) wywołuje, ma niezwykle długą historię. Każda choroba, która kryje w sobie jakąś tajemnicę i powoduje silny strach, będzie postrzegana również jako moralnie, jeśli nie dosłownie, zakaźna [Sontag 2016: 8].

W kontekście społecznej „zaraźliwości” i przepojenia idealnym wizualizacjami, kobiety mogą postrzegać najmniejsze oznaki cielesne jako choroby związane z wyglądem.

Poniższy cytat wskazuje na mieszanie porządków estetycznych i medycznych, o czym wielokrotnie piszę w różnych miejscach mojej pracy, ale w tej konkretnej wypowiedzi pacjentka Pola pokazuje, że z tym zjawiskiem kobiety mają do czynienia w codziennych sytuacjach; jedną z nich jest kontekst siłowni, który wymaga wystawiania ciała na widok publiczny:

Myślę, że jest on obecnie uznawany za chorobę. Jakoś tak się utarło, że jest on wyłącznie wynikiem złej diety, używek i braku aktywności, ale mnie się tak nie do końca wydaje. No dlatego, że widzę dziewczyny w szatni na siłowni, które widać, że są bardzo wyćwiczone, a jak się rozbierają to widać cellulit. Oczywiście nie mają one takiego ogromnego, tłuszczowego cellulitu, ale zdecydowanie jest tam skórka pomarańczowa. Ten typ cellulitu, który widuję u dziewczyn z siłowni jest identyczny jak ten pokazywany na popularnych portalach u gwiazd. Taki cellulit jest wtedy szeroko komentowany jako ogromne zaniedbanie czy choroba. Sama się przyznam, że mam spory cellulit. Nie jem za bardzo fast foodów, dobrze się odżywiam, ale też mam trochę taką sylwetkę gruszki, czyli szczupła na górze, a szeroko na dole. Może mam jakiś problem zdrowotny po prostu, że mam taki cellulit, bo mówi się, że jak ktoś zdrowo się odżywia, to nie ma takiego cellulitu, a ja jednak mam [AIEiAK 14866].

Moim zdaniem, w wypowiedzi Poli manifestuje się to, co można określić jako goffmanowską kategorię lęku przed odpowiednim prezentowaniem się. Strach przed pokazywaniem swojego ciała nie ma wymiaru wyłącznie estetycznego, ale przede wszystkim jest rodzajem lęku przed stygmatyzacją medyczną. Buczkowski pisze, że:

medycyna jest dziedziną mocno zakorzenioną w społeczeństwie i ulegająca wpływowi, dlatego, pomimo aspiracji naukowych, nie jest ona czystą nauką w sensie pozytywistycznym. **Wbrew powszechnej opinii choroba jest konstruowana w ludzkim działaniu, w diagnozowaniu i poszukiwaniu symptomów (...).** **Diagnoza medyczna za każdym razem staje się procesem interpretacyjnym, w trakcie, którego choroba jest konstruowana.** W tym też sensie termin „medykalizacja” podkreśla społeczne osadzenie medycyny i jej imperialne dążenia [Buczowski 2006: 145].

W tym przypadku możemy mówić o swoistym „wytwarzaniu” nowych, ale odnoszących się wyłącznie do kobiet chorób; a jak wiemy dzięki Sontag, choroba może być metaforą pociągającą za sobą daleko idące konsekwencje w życiu społecznym. Problematyka ta jest przedmiotem refleksji teoretycznej. Nowakowski wskazuje, w jaki sposób laicy i profesjonaliści definiują i posługują się definicjami zdrowia i chorób w warunkach ponowoczesności: „w toku tych procesów na poziomie ponadjednostkowym wytwarza jest <<kultura terapeutyczna>>, a na poziomie jednostkowym – człowiek o <<zmedykalizowanej> tożsamości” [Nowakowski 2015: 10]. Z kolei Gromkowska-Melosik uważa, że punktem kulminacyjnym wejścia procesów medykalizacji w życie kobiet jest między innymi:

przekonanie o „biologicznej” esencji kobiety i wynikające z niego społeczne urzeczywistnienie (...). Biologiczność zawiera sama w sobie podatność na „chorobowość”, która wydaje się przy tym uleczalna. A jeżeli kobieta jest „biologiczna” w znaczeniu większym stopniu niż mężczyzna, jeżeli jest bardziej podatna na choroby i patologie (...), to bez wątpienia ciało kobiety staje się w coraz większym stopniu przedmiotem zainteresowania medycyny [Gromkowska-Melosik 2013: 16].

Każde społeczeństwo i funkcjonujące w jego ramach klasy i grupy społeczne definiują zarówno kategorię normy związaną z wyglądem ciała, ale też wszelkie formy dewiacyjne – używając języka Goffmana – cielesne stygmaty [Jakubowska 2009: 11]. Na poziomie przeprowadzonych przeze mnie badań egzemplifikacją odstępstwa od tej normy byłaby niedoskonałość związana z obecnością cellulitu na kobiecym ciele.

Zdaje się, że współczesny dyskurs leczenia chorób związanych z wyglądem ciała przejął niemalże wszystkie sposoby dyscyplinowania kobiecych „chorób psychicznych”, których proveniencja sięga zinstytucjonalizowanej histerii XIX wieku – podtrzymując dawne metody utożsamiania tego, co chore, z tym, co kobiece. Wydaje się, że opisane praktyki stanowią idealną egzemplifikację opisującą dzisiejszą ingerencję medycyny w ciało kobiety. Światopogląd społeczny ma znaczący wpływ na wytwarzanie definicji medycznych: zdrowia

i choroby, bowiem to co społeczne przesycane jest tym co medyczne – i odwrotnie [Gromkowska-Melosik 2013: 16-17]. Moje badania natomiast wskazują, że także w przypadku somatycznych „chorób” (na przykład cellulitu) mamy do czynienia z dyscyplinowaniem kobiecego ciała.

Medykalizację, w tym wypadku medykalizację wyglądu dotyczącą współczesnych kobiet, można określić jako definiowanie procesu, w którym problemy związane z wizerunkiem rozwiązywane są i postrzegane w życiu społecznym, jak gdyby były problemami medycznymi [Gromkowska-Melosik 2013: 16]. Na ten temat, choć nie bezpośrednio mówi pacjentka Martyna:

By ciało było fit, trzeba **pozbywać się wszelkich niedoskonałości, przede wszystkim cellulitu, który jest zmorą każdej kobiety. Nie leczy się go jednak wyłącznie dietą i ćwiczeniami, ponieważ są one niewystarczające. Do walki z nim trzeba włączyć także zabiegi estetyczne.** Szczególnie popularne są zabiegi na ciało, takie jak: masaż bańką chińska, endermologia [AIEiAK 14861].

Pacjentka Teresa uważa natomiast, że:

Zmarszczki, cellulit, niedoskonałości i brak jędrnej i wyćwiczonej skóry to choroby dzisiejszych czasów, na które cierpimy wszystkie. Trzeba zatem dużo pracować, żeby zmienić te rzeczy i chodzić do lekarze, żeby to leczyć [AIEiAK 14868].

Bogactwo materiału terenowego ukazuje, że rozszerzenie współczesnej definicji choroby nie jest związane wyłącznie z estetyzacją wyglądu, ale wpływa także na fizjologiczne aspekty kobiecego ciała. Powstawanie cellulitu u osób szczupłych – a z takimi osobami prowadziłam wywiady – mimo, że w wielu przypadkach spowodowane jest zaburzeniem gospodarki lipidowej skutkuje tym, że kobiety zaczynają postrzegać biologiczne cechy swojej kobiecości jako chorobę wymagającą leczenia. Ponadto, jak dowodzi pacjentka Teresa, chorobą nazywany jest również brak odpowiedniej postawy wobec swojego ciała. Informatorka mówi, że niedostatecznie wyćwiczona skóra i nietrzymanie diety widziane jest jako przyczyna wystąpienia objawów chorobowych. W tym kontekście „chore” jest też podejście do swojego wyglądu i codzienne nawyki.

Z kolei Etcoff uważa, że choroba i związane z nią liczne dolegliwości od dawna były „piękne” [Etcoff 2000: 7-14]. Eksplikacje moich rozmówczyń nawiązują do teorii Eliasa dotyczącej ciała, które zdaniem autora podlega procesom indywidualizacji. Swoje

spostrzeżenia łączy z procesem przesuwania konfliktów, które urzeczywistniają się *pomiędzy* ciałami – do wnętrza jednostki, spowodowanych rosnącymi oczekiwaniami wobec kontrolowania swojego ciała. Skutkiem tych przemian jest pozostawienie jednostki samej ze swoją fizycznością, przy jednoczesnej konieczności wkładania coraz większego wysiłku w kontrolowanie własnej cielesności, kierowania i zarządzania nią oraz dbania o jej zewnętrzną reprezentację. W ten sposób człowiek traci satysfakcję płynącą z dogadzania i rozpieszczania na rzecz społecznych oczekiwań, wskazujących mu jak powinien wyglądać [Shilling 2019: 29]. Schilling zwraca uwagę, że na skutek rozwoju nowoczesnych technologii w różnorodnych sferach życia społecznego, w tym między innymi chirurgii plastycznej i medycyny estetycznej, jednostka ma coraz więcej możliwości kontroli własnego ciała. Autor zwraca jednak uwagę, że istnieją dwa czynniki wpływające na widoczność ciała współcześnie: „mamy obecnie bezprecedensowe środki sprawowania kontroli nad ciałami, jednocześnie jednak żyjemy w epoce, która w radykalny sposób poddaje w wątpliwość wiedzę na temat tego, czym jest ciało i jak powinniśmy je kontrolować [Shilling 2019: 17]. O tym, jak kontrolować ciało by nie było na nim widocznych objawów „choroby” w postaci cellulitu mówi dr Wioletta:

Fit ciało to sylwetka pozbawiona cellulitu, a każdy lekarz wie, że nawet zawodowi sportowcy z niskim poziomem tłuszczu w organizmie mają cellulit. Wiele czynników ma wpływ czy faktycznie będziemy mieli cellulit czy nie, i **u niektórych osób trzeba się po prostu wspomóc zabiegami medycznymi na przykład mezoterapią** [AIEiAK 14849].

Pacjentka Monika również negatywnie waloryzuje cellulit, lecz zwraca uwagę, że często jest on wpisany w naturę kobiecego ciała, w zależności od typu sylwetki:

Atrakcyjne ciało jest chociaż w lekkim stopniu wyćwiczone. **Bez jędrnej i pozbawionej cellulitu skóry nie będziemy wpisywać się w przyjęte kanony. Cellulit to chyba największy temat dotyczący naszego ciała we współczesnych czasach. Niektóre osoby mają taką budowę, jak na przykład sylwetka typu gruszka, że ciężko jest im pozbyć się cellulitu z dolnych partii ud i pośladków, bo właśnie tam, odkłada się im skórka pomarańczowa. Ciężko jest żyć z czymś takim** [AIEiAK 14860].

Zacytowana wypowiedź uwypukla, że dla wielu kobiet problem cellulitu może być zagadnieniem, które wpływa na radość i zadowolenie z życia (lub ich brak). Pokazuje to, że jego widoczność na skórze dotyczy nie tylko kategorii estetycznych, ale ma duże znaczenie

psychologiczne – czego potwierdzeniem są słowa pacjentki Moniki o niemożliwej do wygrania walce ze skórą pomarańczową.

Moje informatorki w swoich konstatacjach poza aspektami estetycznymi cellulitu wskazywały też na inne, ich zdaniem ważne kwestie. Swoją osobistą historią na ten temat dzieli się pacjentka Natalia:

Dzisiejsze ciało to ciało bez cellulitu. O tym to chyba napisano już tyle, że starczy. Cellulit to niezwykle szkodliwa rzecz i dzisiaj się go usuwa, bo pogarsza wizerunek każdej z nas. **Myślę sobie, że jego całkowite usunięcie może być trudne albo prawie niemożliwe, może przynajmniej chcę w to wierzyć, bo jednak łatwiej jest znieść fakt, gdy się go ma, wmawiając sobie, że jest trudny do usunięcia. Osobiście mogę powiedzieć, że cellulit jest moją złą. Naprawdę dbam o siebie, a jednak mam straszny cellulit. To naprawdę może pogarszać nastrój, bo tu niby człowiek tyle walczy, żeby się go pozbyć, a efektu brak i jak później widzę w Internecie jakieś posty celebrytów od ćwiczeń, że można go usunąć, jeśli się dużo pracuje, to przyznam szczerze, że wpadam w duże przygnębienie. Bo niby ile pracy trzeba w to włożyć? Ja nie jestem w stanie tego zrobić, chyba żebym nawet zrezygnowała ze znajomych, pracy i z jakichś swoich pasji i żyła tylko treningami i treningami, które mają usunąć to straszne coś na moich nogach i pupie [AIEiAK 14871].**

Materiał terenowy ukazuje, że cellulit na kobiecych ciałach może być rozpatrywany jako istotna kategoria modelująca sposób życia wielu kobiet. Wydaje się, że niektóre z nich podporządkowują wiele istotnych spraw i zajęć tylko po to, by pozbyć się niechcianego problemu.

Także lekarki wypowiadają się na temat cellulitu, choć ich opowieści nie dotyczą subiektywnych odczuć, a raczej przedstawiają perspektywę medyczną, która zakłada skorzystanie z pomocy lekarza w celu pozbycia się tego problemu. Cytuję dr Anię:

Nie da się uzyskać pięknego ciała bez zabiegów estetycznych, ponieważ nawet najlepsze ćwiczenia i dieta nie redukują cellulitu w 100 %. (...) bardzo często kobiety chcą robić zabiegi usuwające cellulit. Prawie każda moja pacjentka narzeka na skórę pomarańczową (...). Osobiście staram się za wszelką cenę usuwać cellulit, bo lekarki też go mają [AIEiAK 14845].

Wypowiedź lekarki wskazuje, jak wiele kobiet boryka się z cellulitem. Potwierdzeniem słów dr Ani, jest wypowiedź dr Aleksandry:

Nie zlikwidujemy cellulitu samym sportem i dietą, **potrzebne jest coś jeszcze, a zabiegi tego rodzaju (medycyny estetycznej – przypis A.F.) stanowią świetne uzupełnienie ćwiczeń.** Zdecydowanie polecam [AlEiAK 14855].

Zacytowane opowieści lekarek świadczą o tym, jak wiele kobiecych problemów – i to nie tylko o charakterze estetycznym – rozwiązuje medycyna estetyczna. Jest to też idealna egzemplifikacja szerzących się procesów medykalizacji we współczesnym społeczeństwie. Lekarki klasyfikują cellulit jako przedmiot medycznych praktyk, a jako taki zdefiniowany zostaje w kategoriach schorzenia, co stanowi historyczny i kulturowy konstrukt.

Cera

Dla mieszkańców tradycyjnej wsi cera była istotnym elementem wizerunku i w dużym stopniu podkreślała wygląd twarzy. Za atrakcyjną, czyli „normalną” uważana jest „lekko zaróżowiona, natomiast blada jak <<papier>> uważana jest za śmiertelną, chłodną, chorą, ale także <<pańską>>, delikatną” [Paluch 1995: 105]. W polskiej kulturze ludowej kolor cery odnosi się do wartości naturalnych, ale też wskazuje na rodzaj wykonywanej pracy. Najbardziej pożądana była dostatecznie jasna cera z widocznymi „rumieńcami, które były oznaką młodości i drzemiącej w człowieku energii. Wszelkimi sposobami próbowano osiągnąć pożądany kolor i w tym celu „dziewczęta myły się w wodzie z mirtem, w mleku lub serwatce. Nacierwały też twarze białkiem, smarowały roztartymi poziomkami. Dla uzyskania wymaganego odcienia skóry kobiety malowały policzki sokiem z buraków ćwikłowych lub tarły wilczym łykiem – tak jak w łęczyckiej śpiewce być „<<rumianą jak róża czerwona>>” [Dłużewska-Sobczak 2012: 3]. Z kolei na Podolu i Bukowinie korzenie kokoryczki służyły do wybielania cery – „dobre są na ogorzeliń od słońca” [Paluch 1989: 82].

Georges Vigarello podkreśla, że przez większość stuleci dominowała tendencja do jasnej cery, zwłaszcza w wyższych klasach społecznych. Jego argumentacje potwierdzają liczne egzemplifikacje odnoszące się do prób ochrony skóry twarzy przed słońcem i dotyczą między innymi wieków XVI-XIX [Vigarello 2011: 49]. Dziewiętnastowieczne opisy ciała obfitują w egzemplifikacje wskazujące, że jasny kolor cery nadawał kobiecie nie tylko atrakcyjności, ale był też wizualną oznaką statusu. W epoce wiktoriańskiej dominowały specjalne pudry nadające skórze twarzy określony odcień i gładkość. Większość specyfików, takich jak: kremy, maści i wybielacze – należało nakładać grubą warstwą i pozostawać bez ruchu na długie godziny. Codzienną praktyką było też picie octu, który zapewniał błądź skóry [Gromkowska-Melosik 2013: 67]. Juź w latach dwudziestych XX wieku pojawiają się

liczne opisy wskazujące, że jasna i blada skóra twarzy jest niezdrowa, co często utożsamiano z brakiem elastyczności i występowaniem różnego rodzaju znamion. Natomiast cera osoby zdrowej powinna mieć lekko brązowy odcień. Melosik wskazuje, że kształt wiedzy dotyczącej określonego koloru i wyglądu cery od początku XX stulecia ulega ciągłej redefinicji, w zależności od panującej mody [Melosik 2010: 12].

Na temat odpowiedniego kolorytu cery i jej wyglądu w dzisiejszych czasach wiele do powiedzenia mają moje rozmówczynie. Wypowiedź dr Alicji jest przykładem trwania dawnych kanonów we współczesności:

Współczesne ideały piękna to także twarz z jasną porcelanową cerą (...). Na pierwszy rzut oka widoczna jest także cera, która powinna być atrakcyjna i gładka. Najlepiej jasna, pozbawiona zmarszczek, przebarwień i rozszerzonych porów [AIEiAK 14847].

Dr Anastazja rozszerza ten kanon o dodatkowe komponenty estetyczne dezawuuujące starzenie się kobiecego ciała:

Współczesne piękne kobiety to zadbane osoby, a pod tym określeniem mieści się wiele różnorodnych aspektów jak (...) porcelanowa cera. Dużą uwagę zwraca się też na cerę, która powinna być atrakcyjna i gładka. Najlepiej prawie przezroczysta, bez zmarszczek, wyprysków, krost, przebarwień i rozszerzonych porów (...). Nieskazitelna cera to ważny element twarzy bez zmarszczek, przebarwień i żadnej skazy [AIEiAK 14854].

Obie wypowiedzi lekarek podkreślają, jak istotną rolę w wyglądzie kobiet odgrywa cera. Również dla pacjentek jest to istotny element wizerunku podkreślający kobiecą urodę. Oddaję głos Jagodzie:

Oczywiście cera, znaczy jej wygląd, jest bardzo ważny współczesne. Dzisiejsze kobiety na wielką skalę dbają o swoją cerę przede wszystkim po to, by była gładka, miała jak najmniej zmarszczek, była pozbawiona porów i zanieczyszczeń. W ogóle ładna cera to jest bardzo ważny element ideału piękna współcześnie. (...) cera też wpływa na odbiór kobiety. Jeśli jest ładna, jasna i taka gładka to na pewno wpływa na to czy, uznajemy daną osobę za atrakcyjną czy nie [AIEiAK 14865].

Moją uwagę zwróciło niezwykle podobieństwo perspektyw lekarek i pacjentek w kwestii pożądanego wyglądu cery. Swoją opinią na ten temat podzieliła się też inna pacjentka, Gabriela:

Skóra na twarzy powinna być jasna i bardzo młoda oraz pozbawiana wszelkich zmarszczek (...). Kobiety chcą mieć (...) gładką skórę na twarzy, bez zmarszczek, więc robią bardzo dużo zabiegów, by poprawić wygląd swojej cery (...). Na pewno dużo pacjentek gabinetów medycyny estetycznej dąży do poprawienia swojej skóry na twarzy. **Chcą wygładzać zmarszczki, poprawiać jędrność skóry, wygładzać ją oraz usuwać wszelkie niedoskonałości takie jak: przebarwienia, piegi, zanieczyszczenia i tak dalej.** Dzięki tym możliwością możemy osiągnąć pożądane efekty [AIEiAK 14857].

Wagę, jaką przywiązują moje rozmówczynie do wyglądu cery, jest kolejną egzemplifikacją współczesnej *fragmentaryzacji ciała*, ale to także kolejny przykład na to, jak wiele współczesnych problemów kobiet może rozwiązywać ingerencja lekarza i medycyny.

Dłoń

„Uważana jest za najważniejszą część ręki” [Paluch 1995: 27]. Dłoń może mieć wiele pozytywnych i negatywnych znaczeń zależnie od gestu i strony, w której została ukazana. W symbolice magiczno-mitycznej (ale też w chrześcijaństwie) gest prawą dłonią waloryzowany jest dodatnio, zaś lewą pejoratywnie [Kowalski 1998: 214]. W kulturze ludowej symbolika dłoni oznacza określone cechy charakteru człowieka bądź funkcje, jakie pełni. Ich wygląd wskazywał między innymi:

dłonie grube z bruzdami oznaczają człowieka wykonującego ciężką pracę; dłonie szerokie, tak zwane łopaty – człowieka pracowitego, a także nierozgarniętego, prostaka; dłonie długie mają ludzie o uzdolnieniach artystycznych, natomiast wąskie, delikatne, tak zwane pańskie, charakterystyczne są dla osób wykonujących lekką pracę [Paluch 1995: 28].

Opisy etnografów dostarczają licznych egzemplifikacji językowych: frazeologizmów, przysłów odnoszących się ludzkiej dłoni między innymi.: „widać jak na dłoni”, „pasuje jak pięść do oka”, „twoja pięść a moja dupa, to na jedno wychodzi”. W kulturze ludowej swędzenie prawej dłoni oznacza przyjazd gości lub witanie się z kimś, natomiast lewej wskazuje „na pieniądze” („dłoń liwa, to szczęśliwa – Olsztyńskie”) [Paluch 1995: 28]. Żeby ten dobry znak mógł zostać spełniony, należy „przebić” swędzenie swojej dłoni na znak zgody i porozumienia. W praktykach medyczno-magicznych na przykład podczas uroku spluwano w dłoń i pocierano nią twarz, natomiast „znachor zamawiając przestrach, zęgnął się na wspak dłonią zaciśniętą w kułak (pięść)” [Paluch 1995: 28]. W celu zabezpieczenia się przed urokiem czarownicy należało zacisnąć pięść na jej widok [Paluch 1995: 28].

Niekiedy dłoń bywa uznawana za symbol mocy, na przykład gdy umierający czarownik podając komuś dłoń może przekazać siłę, a czasem też niektóre umiejętności [Brocki 2000: 264]. Podniesienie do góry obu dłoni oznacza zwrócenie się ku niebiosom i najwyższemu bóstwu uranicznemu, także przejęcie boskiego błogosławieństwa (gest oranta, gest adoracji) [Nadolski 2012: 208-209]. Prawą dłonią składa się przysięgi. W starożytnym Rzymie połączone dłonie symbolizowały małżeństwo. Zarówno w pogańskim, jak i chrześcijańskim znaczeniu uścisk dłoni oznacza przyrzeczenie wierności i równe prawa partnerów. W czasach starożytnych często ukazywano na sarkofagach parę małżeńską trzymającą się za ręce, czyli *dextrarum inuntio*. Ten gest uchodzi też za symbol „habsurskiej jednomysłności” [De Chapeaurouge 2014: 47-48]. W dawnej liturgii chrześcijańskiej koniecznym zabiegiem było umycie rąk z powodu żywności składanej przez ofiarników. W dzisiejszej obrzędowości kościelnej ryt obmycia rąk (*lavabo*) jest symbolem wewnętrznego oczyszczenia [Forstner 2001: 354]. W mowie potocznej istnieje wiele zwrotów odnoszących się do dłoni: „dać komuś w łapę”, „umywać ręce”, „przyrzec rękę córki” [Biedermann 2001: 70].

Konstatacje kobiet, z którymi rozmawiałam, odnoszą się przede wszystkim do dłoni jako elementu ciała zewnętrznego, ale wiele informaterek podkreśla też ich symboliczną wymowę. Ich eksplikacje nie odnoszą się jednak do funkcjonalności lub gestu dłoni, lecz do ich wizualnych aspektów. Oddaję głos pacjentce Danucie:

Niezwykłe istotne są również dłonie. Niezadbane świadczą bardzo negatywnie o człowieku. Nie wyobrażam sobie zatrudnić kogoś do pracy czy pójść do osoby, która piastuje jakieś stanowisko i zobaczyć, że ta osoba ma niezadbane dłonie i ręce. To jest wbrew regułom rynku [AIEiAK 14863].

Słowa Danuty są egzemplifikacją faktu, że wiele pozaestetycznych znaczeń przypisuje się wyglądowi tej części ciała. Kwestia stanu dłoni staje tutaj kwestią sukcesu zawodowego. Pacjentka Patrycja zauważa dodatkowe aspekty:

Każda z nas z wyjątkową starannością dba o swoje dłonie, więc często też jesteśmy ciekawe, jakie dłonie mają inne kobiety. **Ponadto z ich wyglądu możemy dowiedzieć się, czy dana kobieta dba o siebie czy nie, ale również mniej więcej określić wykonywany przez nią zawód, czy pracuje umysłowo czy nie. Taki rodzaj przyjemności (dbanie o dłonie – przyp. A.F.) nie należy do najtańszych i nie każdą z nas na to stać [AIEiAK 14864].**

Słowa informatorki podkreślają, że dłonie mogą wskazywać na pozycję ekonomiczną jednostki, co nabiera szczególnego znaczenia w odniesieniu do koncepcji kapitału fizycznego autorstwa Bourdieu (na ten temat będę pisała w 4. rozdziale mojej pracy). Dr Malwina zwraca uwagę, że dłonie są w stanie ujawnić prawdziwy wiek kobiety, wiele mówią o ich właścicielce - są niezwykle semantyczne:

Są ważne, bo dłońmi dotykamy wszystkiego, więc trudno ich nie zauważyć. Stąd ich wygląd jest tak bardzo istotny i nie chcemy, żeby dotykał nas ktoś, kto ma niezadbane czy brudne dłonie. Myślę, że wartość dłoni w jakiś sposób oddziałuje na naszą podświadomość, ale nie wiem, jak to wytłumaczyć (...) świadczy o tym sposób w jaki dbamy o nie. Często też zdradzają wiek, w innym przypadku mogą stanowić przedmiot zazdrości wśród kobiet [AIEiAK 14844].

Z kolei dr Aleksandra zwraca uwagę na seksualny wymiar dłoni:

Dłonie są w ogóle obiektem zazdrości innych kobiet, a obiektem pożądania przez mężczyzn, no jednak mieć ładne dłonie to naprawdę trzeba być szczęściarą. Chodzi mi tu o takie smukłe dłonie i delikatne. Dbanie o dłonie jest już popularne od wielu lat i są one wizytówką kobiety i naprawdę zwraca się na nie dużą uwagę [AIEiAK 148550].

Bogactwo materiału terenowego wskazuje, że odpowiedni wygląd poszczególnych części ciała, w tym na przykład dłoni, określa status jednostki – nadając jej – nie tylko określoną pozycję, ale wpisując ciało danej osoby we współczesne cykle znaczeniowe, takie jak na przykład: bogaty – atrakcyjny – szczęśliwy – wysoko usytuowany etc. W takim kontekście wygląd określonego elementu fizyczności nie odnosi się wyłącznie do kategorii estetycznych, ale wskazuje na całe łańcuchy znaczeniowo-symboliczne.

Kolor ciała / Karnacja

Według mieszkańców tradycyjnej wsi karnacja ciała, którą traktuje się bardziej jako opaleniznę, nazywana jest *ogorzelizną*. Według Palucha na tą przypadłość najczęściej „cierpiały” młode dziewczyny [Paluch 1995: 75]. Na Kresach Wschodnich popularnym zwyczajem było mycie się w wigilię św. Jana Chrzciciela (23 czerwca), w naporze z szelężnika (łuszcz) [Paluch 1995: 75]. W kulturze ludowej rozpowszechnione było przekonanie, że jasny (niezdrowo wyglądający) kolor skóry kojarzony z bledością oznaczał słabość i „pańską chorobę”. Może również oznaczać chłodną osobowość, ale czasami może też przynosić wiele uroku. Rozróżnienie jasnej barwy ciała od innych odcieni skóry, na

przykład sinej, było bardzo istotne dla przedstawicieli kultury ludowej. Siność kojarzono bowiem z destrukcją i rozkładem. Inny, bo niezdrowo wyglądający kolor ciała, miały też istoty demoniczne; topielec, potępieniec, planetnik, upiory miały najczęściej czerwoną skórę, zaś boginki czarną [Paluch 1995: 97]. Libera zwraca uwagę, że destrukcyjne cechy choroby oraz przejawy zdrowia wyrażane są w kolorystycznym kodzie, i tak „białe ciało” łączono z „ochrzczonym”, „modlącym się”, ale też ze „sługą Bożym” [Libera 1995: 31]. Wszystkie te opisy nie mają charakteru naturalistycznego, ale symboliczny. Biel ciała symbolizuje czystość, szczęście, zdrowie, ale też łączność z Bogiem. Zmiana barwy ciała oznaczała zmianę „treści”, którą wiązano z utratą dobrego zdrowia i czystości, a łączono z tamtym światem i destrukcyjnymi działaniami choroby [Libera 1995: 31]. Nieskazitelnie biały kolor określa też dobre bóstwa: niebiańskie i słoneczne, którym ofiary mogły składać wyłącznie przez osoby posiadające jasną i słoneczną skórę [Kowalski 1998: 225].

Przez długie stulecia istniała tendencja, zwłaszcza w klasach wyższych, do otwartej krytyki opalenizny [Vigarello 2011: 37-39]. W XIX i na początku XX stulecia w Europie panowało przekonanie, że jasność, bladość wręcz przezroczystość ciała były wyznacznikiem kobiecej urody – w języku symbolicznym odnosiło się to do kategorii przynależności do określonej pozycji społecznej, a nawet rasy [Beaujot 2012: 12]. Opalenizna była wówczas symbolem klasy robotniczej i niższych warstw społecznych, co podkreślało wykonywany przez nich rodzaj pracy. Jednak już w roku 1909 pojawiły się pierwsze interpretacje, że bladość i jasność ciała jest oznaką choroby [Gromkowska-Melosik 2013: 68]. Od okresu międzywojennego nastąpiło znaczne zredefiniowanie wiedzy dotyczącej właściwej barwy skóry. Zdrowa miała mieć lekko brązowy odcień, który odtąd stał się oznaką udanych wakacji (zwłaszcza zagranicznych), a więc bogactwa i dobrobytu [Featherstone 2001: 181].

Zebrany materiał terenowy nie uwypukla jednoznacznego stanowiska informaterek na temat pożądanej barwy ciała. Niektóre z nich wskazywały jednoznacznie na atrakcyjność jasnej skóry, gdy inne podkreślały konieczność posiadania choć skromnej opalenizny. Mimo braku dokładnego zdefiniowania tego zagadnienia, pacjentki i lekarki podzielały jeden pogląd, o którym mówi pacjentka Danuta:

Ciało kobiety powinno być jasnego koloru, tylko lekko muśnięte słońcem. (...) z ładnym i zdrowym kolorytem, ale nieopalone. Moda na mocno opaloną skórę przeminęła wraz z końcem lat dziewięćdziesiątych, choć biała, niezdrowo wyglądająca skóra również nie jest modna. Bądź co bądź, nasze skóry powinny być jaśniejsze niż jeszcze dwadzieścia lat wcześniej [AIEiAK 14863].

Pacjentka Danuta mówi o znalezieniu balansu pomiędzy bardzo jasną skórą a opaloną. Z zupełnie innej perspektywy na kwestię karnacji patrzy pacjentka Martyna, która podaje argumenty natury medycznej:

Jeśli chodzi o twarz, to wydają mi się, że **od jakiegoś czasu odeszliśmy od mody na brązową skórę. Dzisiaj, przy licznych kampaniach dotyczących nowotworów skóry, mniej się opalamy. (...) ze względu na rozpowszechniony kult młodej skóry (...) opalanie się na brąz, przestało być po prostu modne** [AIEiAK 14861].

Odpowiedni odcień skóry podkreśla wymiar dbałości i to nie tylko o wymiar estetyczny, ale też kondycję, regenerację, a nawet zdrowie. Grzegorz Wiktorowski uważa, że:

Wszystkie te przedsięwzięcia są **przejawami ostatniego paradygmatu medykalizacji życia w różnych aspektach jego funkcjonowania i związane są z tak zwaną medycyną estetyczną**, którą niekiedy można by określić mianem medycyny kosmetycznej. Zdrowe ciało to również ciało wydolne i sprawne seksualnie [Wiktorowski 2017: 137].

Pacjentka Martyna sugeruje, że rozpowszechnienie mody na jasną cerę podyktowane jest względami zdrowotnymi, podobnego zdania jest też dr Malwina, która przedstawiła genezę popularności jasnej skóry:

Co do ciała, to powinno mieć ono zdrowy koloryt. **Ponadto w modzie jest, by było lekko opalone, ale raczej powiedziałabym, że muśnięte słońcem, by wyglądało zdrowiej.** Natomiast wszelkiego rodzaju solaria i tego typu rzeczy są już przeżytkiem. **Warto dodać, że mamy modę na jasną cerę na twarzy. Zdecydowanie spoglądamy na wpływy, które pochodzą z Azji, o japońskiej, młodej i nieskazitelnej cerze.** Na kongresach medycyny estetycznej mówi się właśnie o tym. (...). Kongres ten był wiele lat temu, może około 2004 roku, ale naprawdę nie pamiętam, ten czas tak szybko leci i od tego czasu naprawdę w naszym świecie, to znaczy lekarzy medycyny estetycznej, dominuje tendencja do jasnej i zdrowej skóry, a opalanie temu zaprzecza, i naprawdę nasze pacjentki są na to bardzo uczulone. **Obecnie na rynku mamy nawet podkłady znanych marek, które zawierają filtry ochronne. Naprawdę zaczęliśmy być społeczeństwem świadomym. Dziś rzadko kto opala się na skwarka** [AIEiAK 14844].

Dr Marta podsumowuje krótko całą dyskusję dotyczącą pożądanego kolorytu ciała:

Tak, **jasny kolor jest w modzie. Odeszliśmy od brązowego koloru robotników. Solaria też poszły w odstawkę** [AIEiAK 14846].

Pomimo że informatorki nie sprecyzowały dokładniej, jaki odcień skóry jest najbardziej pożądany, to większość z nich zgodnie przyznała, że opalenizna i brązowy odcień ciała nie są pożądane ze względu na niebezpieczeństwa zdrowotne oraz konotację z cechą wyglądu przedstawicieli warstw niższych.

Krew menstruacyjna⁶³

Dla przedstawicieli kultur magicznych sama krew budziła ambiwalentne odczucia, a szczególnie niepokojącym zjawiskiem było krwawienie z wnętrza ciała [Roux 2013: 67; Kowalski 1998: 312]. Jean-Paul Roux podkreśla, że wszystko co wydobywa się z ludzkiego ciała, wywołuje strach i niepokój, przede wszystkim dlatego, że „uciekanie” krwi stanowi symboliczną „utrata czegoś” [Roux 2013: 67]. Ma wówczas miejsce naoczne zetknięcie się ze sferą zaświatów, czyli śmiercią, destrukcją i przemijalnością – co zawsze budzi grozę i lęk. Pojawienie się krwi menstruacyjnej łączono z cyklem faz księżyca i symboliką lunarną, więc też z rytmem przemian faz księżyca – przypominającym o kruchości, upływającym czasie i symbolicznej śmierci [Kowalski 1998: 312]. W ten sposób kobietę wpisuje się w ciąg symbolicznych identyfikacji, w których elementem łączącym „jest żeński aspekt Kosmosu” [Kowalski 1998: 312]. Lucien Lévi-Bruhl pisze, że „w społeczeństwach archaicznych, z niewielkimi wyjątkami, nie ma nieczystości (...) bardziej zatrważającej niż nieczystość kobiety w trakcie jej okresowej niedyspozycji” [Roux 2013 za: Lévi-Bruhl: 70].

Każda przemoc wyraża się w archetypie krwi. Symbolem owej krwi przemocy jest krew menstruacyjna. Jest symbolem przemocy, gdyż w przeciwieństwie do zwierzęcia, które w walce godowej wie, kiedy należy się zatrzymać, i nie zabija dzięki instynktowi zachowania gatunku (...). Jest symbolem płci, gdyż bez tej krwi nie ma kobiecości, nie ma prokreacji: krew wypływająca z macicy to ta sama krew, do której rozlania może doprowadzić, prędzej czy później każdy akt płciowy [Roux 2013: 73].

W wielu kulturach archaicznych, ale też w polskiej kulturze ludowej kobieta menstruująca poddawana była szerokiemu spektrum zakazów i nakazów. Naznaczana była też tabu, nieczystością śmierci, reprezentowała chaos i tamten świat. Do najbardziej rozpowszechnionych należał zakaz kontaktu z krwią i samą menstruującą, co powodowało jej wydalenie poza granice wsi na czas menstruacji, a sama separacja od reszty świata ma uzasadnienie religijne [Pś Kpł 15: 19]. W tym czasie musiała przebywać w „domu

⁶³ Paluch w swoim atlasie nie umieszcza osobnego zagadnienia menstruacji, ale „menstruację nadmierną”, która bardziej odnosi się do stanu chorobowego z tego wynikającego oraz „menstruacji opóźnianie” czyli – mówiąc językiem potocznym – menopauzy.

nieczystości” przez okres siedmiu dni. Granicę okresu segregacji wyznaczała oczyszczająca kąpiel na przykład w mikwie [Unterman 1989: 190]. W kulturach prymitywnych separacja miesiączkującej przybierała radykalną formę: „kobietę zamykano w specjalnym szałasie zbudowanym na pustkowiu, poza granicami wioski, mogła też znajdować się w mrocznym kącie domostwa. Siedziała w określonej, niewygodnej pozycji, unikając słońca. Nikomu nie wolno było jej dotykać, a nawet oglądać. Ubierano ją w specjalne, tylko na tę okazję przygotowane odzienie” [Kowalski 1998: 314]. Ze względu na ambiwalentny status kobiety w czasie nieczystości przypisywano jej cechy *orbis exterior* między innymi stan dzikości, musiała więc spożywać wyłącznie surowe pożywienie [Eliade 1994: 221].

W wielu religiach nakładano na nią mniej lub bardziej restrykcyjne ograniczenia udziału w rytuałach, obrzędach i kultach (powszechny był zakaz „stykania” się miesiączkującej z *Sacrum*) [Wasilewski 1989: 119]. Według polskich wierzeń ciężkim grzechem było wejście miesiączkującej do świątyni: „nawet Chrystus na krzyżu odwracał twarz od takiej profanacji” [Kowalski 1998: 314]. Stąd też rozpowszechniony był zakaz sprawowania roli kapłana przez kobiety. Z tego też powodu, afgańskim kobietom nie wolno było się modlić, a samo spotkanie menstruującej było bardzo złą wróżbą [Kowalski 1998: 315]. Kontakt z kobietą w czasie nieczystości niszczył wszystkie przedsięwzięcia i zamiast wzrostu należało się spodziewać: kierunku ku dołowi. Wasilewski pisze, że:

kwaśniej moszcze, dotknięte zboża stają się płonnemi, obumierają szczepy, wypalają się rośliny ogrodowe, owoce drzew, pod którymi siadają, opadają; blask zwierciadeł, skoro tylko w nie wierzą, przyćmiewa się; ostrość żelaza, jako też białość słoniowej kości niknie; pszczoły w ulach wymierają, miedź także i żelazo rdza natychmiast trawi i nabierają one brzydkiego smrodu; psy liżąc (miesiączkę) wpadają we wściekłość, a ukąszenie ich zaraża nieuleczalną trucizną [Wasilewski 2010: 252].

Biegeleisen zauważa, że już Arystoteles notował, że od spojrzenia menstruującej mętnieje na przykład lustro, zaś Pliniusz podkreślał inne destrukcyjne działania kobiety nieczystej [Biegeleisen 1929a: 237]. Podczas menstruacji – wedle wierzeń - kobieta nabywała zdolności destrukcyjnych, na przykład umiejętności rzucania ciężkich uroków. Ruscy wieśniacy wierzyli, że gdy do pomieszczenia wejdzie kobieta w czasie nieczystym, na ciele dziecka pojawi się wysypka [Biegeleisen 1929a: 117]. Za działalność wyjątkowo szkodliwą uchodziło dodanie komuś do napoju kropli krwi menstruacyjnej [Kowalski 1998: 315]. Zgodnie ze starotestamentowymi zaleceniami, ciężkim grzechem było współżycie seksualne podczas kobiecej nieczystości [Pś Kpł 20: 18]. W starożytnej Palestynie taka czynność

nadawała winowajcom status przestępców [Daniel-Rops 1994: 157]. W potocznej wiedzy utrwały się także stereotypowe przekonania, między innymi, że nie farbuje się włosów czy nie wykonuje się na nich ondulacji podczas menstruacji.

Kobiety, z którymi rozmawiałam w trakcie prowadzenia badań terenowych, nie poświęcały menstruacji szczególnej uwagi. Zgodnie wskazywały jedynie na dwa aspekty z nią związane. Oddaję głos pacjentce Gabrieli:

Jest to coś zupełnie powszechnego i naturalnego (...). Kobiety są z tym całkowicie oswojone. Myślę, że kobiety nie lubią okresu ze względu na dyskomfort i ból. Dla mężczyzn jest to również całkowicie naturalna sytuacja. **W dzisiejszych czasach jest to całkowicie normalne dla obu płci (...).** Chyba nikt w ogóle nie mówi o takich tematach. Dzisiaj jak ktoś ma ciężkie miesiączki to po prostu bierze leki i ten stan się zmienia. **Jest to absolutnie normalna sprawa i mogę jedynie dodać, że mówię o tym otwarcie w każdym środowisku, bo nie widzę nic w tym złego. Nawet w pracy zdarza mi się wypowiedzieć, że nie najlepiej się czuję, bo mam te dni. Jest to normalne zjawisko. Moi koledzy z pracy nie widzą w tym żadnego problemu. W mojej rodzinie i związku jest to również normalne. (...)** poza tym biorę tabletki antykoncepcyjne, więc ten okres jest bardzo słaby. **W tym czasie normalnie funkcjonuję,** nie robi to na mnie żadnego wrażenia [AIEiAK 14857].

Zacytowana wypowiedź Gabrieli wskazuje na istotną zmianę postrzegania menstruacji i kobiecej fizjologii w porównaniu z wizją kultury tradycyjnej. Współcześnie tematy związane z biologiczną naturą kobiecego ciała przestały stanowić silne tabu kulturowe i nie podlegają już tak szczególnej uwadze, ale też nie są dyrektywą marginalizującą (choćby tylko na pewien czas) jednostkę w postrzeganiu grupy. Z drugiej jednak strony, nowoczesny sposób traktowania naturalnych procesów fizjologicznych, takich jak menstruacja, powoduje, że podlegają one dyscyplinowaniu i kontrolowaniu przez branżę medyczną. Pacjentka Gabriela wspomina o zażywaniu określonych leków, by „odsunąć” lub tymczasowo „pozbyć się” menstruacji – co jest kolejną egzemplifikacją rozszerzających się procesów medykalizacji. Ten temat w swoich wypowiedziach poruszają też lekarki. Cytuję wypowiedź dr Marty:

Według mnie temat ten, nie jest zakazany ani wstydlivy, ludzie są coraz bardziej otwarci. Jest to przecież fizjologia kobiety (...). Kobiety traktują to w sposób normalny. Przecież każda zdrowa kobieta zmagą się z tym co miesiąc. Dla mężczyzn temat może być trochę wstydlivy, bo oni nie wiedzą o co chodzi. (...). **Obecnie społeczeństwo jest coraz bardziej wyedukowane i wiadomo, że jest to normalna rzecz fizjologiczna** [AIEiAK 14846].

Na temat podejścia do menstruacji w czasach współczesnych w konfrontacji z postawami charakterystycznymi dla kultur tradycyjnych, mówi Gracja:

Nie jest to temat tabu, tak jak kiedyś. Poprzez mass media społeczeństwo jest wyedukowane również w tym temacie (...). Myślę, że podejście kobiet i mężczyzn jest tutaj podobne. Kobiety są bardziej zaangażowane i więcej rozumieją, bo ich to dotyczy. Mężczyźni próbują to rozumieć. Myślę, że starają się też wspierać kobiety w tym trudnym dla nich czasie [AIEiAK 14869].

Dr Katarzyna interpretuję tę przemianę światopoglądową w szerokich kategoriach kultury współczesnej, w której jest coraz mniej tematów tabu:

Uważam, że w dzisiejszych czasach niewiele jest już tematów tabu. A miesiączka na pewno nim nie jest i nie powinna być (...). Każdemu łączy się to przede wszystkim z fizjologią (...) jest to absolutnie normalne. Chyba, że obrzydza to, emocjonalnie niedojrzałych chłopców czy nastolatków. Dla wszystkich dorosłych i dojrzałych osób jest to naturalna sprawa [AIEiAK 14852].

Wypowiedzi moich informaterek wskazują na istotne osłabienie roli tabu w kulturze, które jednak nie zanika całkowicie – lecz obejmuje swoim zasięgiem nowe przestrzenie kobiecego ciała.

Nogi

W kulturze ludowej noga nazywana była *girá*, *gizą*, *kulasem* czy *kulochem* i – wedle stanu wiedzy depozytariuszy kultury tego typu – składała się z uda, kolana i łydki. Ze wszystkich części ciała nogi, jak wierzono, mają najmocniejsze kości i silne mięśnie, ponieważ trzymają w pionie całego człowieka. Na Słowiańszczyźnie uważano, że szczupłe i długie nogi są najatrakcyjniejsze, natomiast krzywe są brzydkie, a stają się takie od noszenia ciężarów. Za nieurodzone uchodzą też grube, bo muszą nosić ciężkiego człowieka [Paluch 1995: 66]. Z wyglądu nóg, zwłaszcza z „ułożenia”, gestów i wyglądu wnioskowano na temat charakteru człowieka. Na Kaszubach wierzono, że krzywe nogi mają kobiety – plotkarki, a z wyglądu nóg położnej przepowiadano płeć dziecka [Paluch 1995: 67]. Nogi były też odpowiednio waloryzowane i tak na przykład prawa oznaczała szczęście i pomyślność, więc wszelkie ruchy ciała i czynności trzeba było zaczynać właśnie od tej nogi. Zgodnie z tym przekonaniem nic nie powinno zaczynać się od lewej kończyny.

Osobną grupę stanowili ludzie kulejący, których określano: *kulawiec, kulas, kuśtyk, kulawka czy kuternoga* [Paluch 1998: 66-67]. Kulawość w kulturze ludowej była z reguły bardzo źle widziana i przypisywano jej negatywne konotacje. „Można być kulawym od urodzenia (tych najczęściej posądza się o złośliwość) lub może to być sprawa <<złych>. Duchów, kary bożej, przekleństwa – uważani byli za ludzi <<naznaczonych>>. W średniowieczu były zapowiedzią wszelkich nieszczęść (wojna, epidemie etc.) [Paluch 1998: 67]. Często zdarza się, że demony, diabeł i mitologiczni herosi przedstawiani byli jako kulawi, jednonodzy lub ze zwierzęcymi kopytami [Biederman 2001: 67].

W starożytności noga uchodziła za symbol *ujarzmienia*. Powszechnym zwyczajem po wygranej bitwie było stawanie nogą na przeciwniku leżącym na ziemi [Forstner 2001: 355]. Postawienie nogi na jakiejś ziemi lub przedmiotach równoznaczne było z „wzięciem w posiadanie” i „sprawowanie nad nimi władzy” [Forstner 2001: 355]. Mocno stojące nogi są symbolem stabilności i niezmienności, zarówno w antropomorficznym odniesieniu do Boga, jak i „umocnionego w wierze Bogu” [Forstner 2001: 356]. Silne i umięśnione nogi mitologicznego tytana Atlasa były symbolem jego wytrwałości w dźwiganiu wszechświata.

Kobiety, z którymi rozmawiałam, odnosiły się wyłącznie do aspektów estetycznych nóg, nie wspominając o ich funkcjach i znaczeniach. Podkreślały, jaki ich rodzaj jest najatrakcyjniejszy. Cytuję wypowiedź dr Grażyny:

Nogi – zmora każdej kobiety. **Powinny być smukłe i szczupłe, ale z lekko zaznaczonymi mięśniami (...). Bardzo podobają mi się szczupłe, długie nogi jak u modelek** [AIEiAK 14850].

Pacjentka Agnieszka potwierdza, że takie parametry nóg są jak najbardziej pożądane, dodatkowo wspominając o koszmarze cellulitu, który był już przedmiotem mojej analizy:

Nogi powinny być szczupłe, ale z widocznymi lekko mięśniami i oczywiście bez cellulit (...). Często podkreśla się, że nogi powinny być sprężyste i jędrne, tym samym pozbawiane cellulitu [AIEiAK 14858].

Obie wypowiedzi informaterek dokładnie określają atrakcyjny wygląd kobiecej nóg - sądzę, że jest to kolejny przykład współczesnej *fragmentaryzacji ciała*. Z kolei pacjentka Oliwia zwraca uwagę na kilka dodatkowych aspektów:

Warto dodać, że takie **duże pośladki opierają się na nogach, a nie na patykach. Chociażby taka Anna Lewandowska, która jest u nas bardzo popularna i uważana jest, że ma bardzo atrakcyjną sylwetkę, nie jest wcale bardzo szczupła, ja bym powiedziała, że bardzo normalna. Jej nogi są szczupłe, ale nie są chude** [AIEiAK 14874].

Oliwia podkreśla, że atrakcyjne nogi muszą być proporcjonalne do dobrze zbudowanych pośladków i w przeciwieństwie do swoich poprzedniczek patrzy ona na kobiecą sylwetkę w bardziej holistyczny sposób. Jest to jednak pojedyncza wypowiedź wśród moich informatek. Warto jeszcze podkreślić, że moje rozmówczynie bardzo często lokują idealny wygląd poszczególnych części ciała kobiety pomiędzy skrajnymi biegunami – nogi nie powinny być ani chude, ani zbyt umięśnione, cera jasna, ale nie blada ani opalona. Wydaje się, że osiągnięcie kompromisu między tymi opcjami stanowi największe wyzwanie dla kobiet, które chcą swoim ciałem zaświadczyć, że kanon piękna to nie tylko kategoria wyobraźni.

Nos

Nazywany jest synonimicznie: *kinol*, *klukos* i *nochal* [Paluch 1995: 69]. Libera we *Wstępie do nosologii* pisze: „nos, a nie oczy, jak dotąd błędnie trzymano, jest prawdziwym zwierciadłem, wiernym termometrem duszy człowieka” [Libera 1996: 12]. Znaczenia nosa wywodzi się głównie z jego funkcji fizjologicznych, takich jak: oddychanie, wężanie, kichanie i „smarkanie” [Kowalski 1998: 356]. „Nos to <<wystająca środkowa część twarzy>> – taką definicję zrekonstruowała Anna Wierzbicka na podstawie naszych doświadczeń zawartych w języku potocznym” [Libera 1996: 36]. To lapidarne znaczenie można dopełnić zagadkami i frazeologizmami, ale też danymi etnograficznymi. Nos jest istotną częścią twarzy określoną przez cechy funkcjonalne: wężanie, topograficzne: przód i anatomiczne: „<<od głowy odchodzi taka skośna kostka, co na niej obleczona jest skóra i z dwóch stron jest ona przyrośnięta do twarzy>>, <<nos i nozdrza to chrząstki>>” [Libera 1996: 37]. Podkreśla się też, że jego wysunięcie z przodu głowy ma ochraniać ludzkie oczy; a uwaga jaką mu poświęcano była konsekwencją przeświadczenia, że jako jeden z otworów ciała służy do kontaktowania sfery wewnętrznej z ciałem zewnętrznym. Jego charakterystyczny podłużny kształt, dwa otwory i wydzieliny, które z niego wypływają oraz „wystawanie przed człowiekiem” wskazują na korelację z męskimi genitaliami [Kowalski 1998: 356]. W Rzymie po wielkości nosa oceniano wielkość organów płciowych mężczyzny oraz jego potencję. Z tego założenia wynikały też prawne sankcje, które głosiły, że za przestępstwa seksualne obcina się właśnie nos [Morris 1993: 73]. Także w folklorze, zwłaszcza w przysłowiach o tematyce fallicznej, znaczenia przypisywane nosom pojawiały się niezwykle często. Uważano, że kobiety z wielkimi nosami miały łatwo rodzić dzieci, a „jaki nos u mężczyzny taki jego korzeń” [Libera 1996: 54].

Nos – w wierzeniach przedstawicieli kultur magicznych – jest miejscem mediacji i punktem granicznym. Zgodnie z myśleniem mitycznym ten otwór w Mikrokosmosie (którym jest ciało człowieka) przeznaczony jest do komunikacji w przeciwną stronę – „wyrzucone zostają z niego substancje niepożądane, ale także i istoty, które dostały się w doń w sposób nie zawsze upragniony” [Kowalski 1998: 357]. W szczególnych okolicznościach przez nos człowieka może ujść jego dusza. Z tego powodu niezwykle niebezpieczne może być kichanie. Przez przegrody nosowe – nazywane „ścieżkami duszy” – można przez przypadek wyrzucić swoją duszę. „Gdy więc przy kichaniu nakazuje się zasłanianie nosa i ust to względy higieniczne nie wyczerpują znaczenia takiego gestu” [Kowalski 1998: 357]. W przypadku kichnięcia należy powiedzieć „na zdrowie”, aby odczynić możliwe negatywne konsekwencje.

Tą samą celowość działania mają praktyki lecznicze u wielu ludów archaicznych, które zabezpieczają duszę chorego przed „wypadnięciem” ze środka ciała przez zatknięcie mu dziurek w nosie. Zawieszanie na nosie i uszach różnorodnych amuletów czy talizmanów (w postaci pierścieni czy okrągłych przedmiotów) tylko w niewielkim stopniu odnosi się to do względów estetycznych, gdyż najważniejszym zadaniem tych zwyczajów, jest działanie chroniące człowieka. I tak między innymi „z tych samych powodów eskimoscy żałobnicy zawiązywali sobie nosy skórkami renifera, włosiem lub sianem, by ich dusza nie podążała za zmarłymi” [Kowalski 1998: 358].

Istotność nosa w kulturach archaicznych wynikała też z faktu, że za jego pomocą do wnętrza ciała wchodziło lub uchodziło *tchnienie*. W języku symbolicznym jest to droga, jaką przebywa dusza człowieka, która w wielu mitologiach świata przedstawiana jest jako oddech [Kowalski 1998: 358]. Starożytni Egipcjanie połączyli ideę tchnienia w obrazie boga powietrza Szu, powstającego jako tchnienie z własnego nosa. Nos odgrywał też ważną rolę w mitach antropogenicznych. Zgodnie z chrześcijańską, pierwszą opowieścią, Bóg po ulepieniu z gliny Adama „tchnął w jego nozdrza tchnienie” [PŚ Rdz 2: 7].

Powszechną czynnością w różnych kulturach jest wrózenie z kształtu nosa [Libera 1996: 25]. Już od starożytności rozpowszechniona była koncepcja współzależności między różnymi częściami ciała – to co dostępne dla oczu powinno być skorelowane z tym, co znajdują się wewnątrz ciała, te wzajemne powiązania odnosiły się głównie do relacji wyglądu nosa i innych części ciała. Duchy i demony często przedstawiane są jako istoty bez nosów. Zgodnie z teorią klimatyzacyjną istotną funkcją nosa jest filtracja powietrza i dostosowanie go do potrzeb organizmu [Morris 1993: 68].

W przeciwieństwie do perspektywy kultur dawnych, ludowych, tradycyjnych, moje informatorki skupiają się na jego estetycznych walorach, pomijając aspekty fizjologiczne i

symboliczne. Choć w pewien sposób – jak sądzę – i one zgodziłyby się z zaprezentowaną przez Libeę konstatacją o znaczeniach przypisywanych nosom: że jest on istotnym elementem twarzy, a jego wygląd wpływa na atrakcyjność jego właścicielki. Jedna z lekarek, dr Katarzyna, tak określiła pożądany wygląd nosa u kobiety:

Ważny jest również nos, **który bardzo wpływa na wizerunek kobiecej twarzy, powinien być lekko zadarty, nie za duży i zgrabny** [AIEiAK 14852].

Pacjentka Karolina chciałaby mieć nos jak gwiazda kultury popularnej:

Choć przyznam się szczerze, że **po cichu marzę, by mieć nos jak Angelina Jolie**. Nigdy nie powiedziałam tego głośno [AIEiAK 14862].

Pacjentka Sandra, wyjaśniła mi, dlaczego mały i lekko zadarty nos jest obiektem pożądania w przypadku kobiecego wyglądu. Okazało się, że to kwestia klasowych (społecznych) klasyfikacji i aspiracji:

Atrakcyjność kobiety w dużej mierze (...) to zgrabny nos. Mnie osobiście ideał kobiecego piękna kojarzy się właśnie z takim małym, szczupłym i lekko zadartym nosem (...). Kobiety z takim małym, szczupłym, zgrabniutkim, drobnym i lekko zadartym nosem wyglądają jak kobiety z wyższych sfer [AIEiAK 14873].

Semantycznie o nosie mówi także dr Ania:

Oprócz pięknego ciała kobieta musi mieć piękną twarz z idealnym nosem. (...) ale chyba nos i cera były zawsze modne. **Mały i zgrabny nos nadaje twarzy szlacheckości i delikatności** [AIEiAK 14845].

Wypowiedź lekarki i jej poprzedniczki, pacjentki Sandry, wpisują się w koncepcję ciała jako kapitału według Boudrieu.

Wypowiedzi te pokazują, że nos jest – w perspektywie rozmówczyń – jednym z ważniejszych elementów kobiecego wyglądu. Jest to kolejny przykład, że w opinii kobiet związanych ze środowiskiem medycyny estetycznej niektóre części ciała mają nieco wyższą wartość i przypisuje się im szczególne znaczenia. Jak sądzę, warto podkreślić, że praktyka wpisywania znaczeń kulturowych w nos jako część ciała kobiety jest wspólna dla dwóch –

wydawałoby się – tak odległych kontekstów: kultury ludowej i współczesnych przedstawicieli środowiska medycyny estetycznej.

Oczy

Paluch w *Etnologicznym atlasie ciała ludzkiego i chorób* nazywana je – w ślad za etnograficznymi źródłami: *gałami* i *ślepiami* [Paluch 1995: 72]. Znajdują się – wedle potocznych mniemań – w centralnym punkcie twarzy i zbudowane są z kilku warstw galaretkowatych, a we wnętrzu połączone są licznymi kanalikami, rurkami, żyłkami i nerwami. Są bezpośrednio połączone z mózgiem, co stwarza możliwość określenia głupoty lub mądrości ich właściciela. Potwierdzeniem tego myślenia są powszechne sentencje na temat oczu: „oczy są zwierciadłem duszy” czy „przez oczy można zajrzeć do człowieka” [Paluch 1995: 72-73]. Platon nazywał je „okiem duszy”, a w wymiarze fizycznym były symbolem wewnętrznego oglądu. „Widzeniu nadawano w kulturze greckiej znaczenie religijne i, odwrotnie, religię grecką można traktować jako religię oglądu” [Forstner 2001: 347]. Nazywanie ich „zwierciadłem duszy” wskazuje, że mogą być traktowane jako droga prowadząca do tamtego świata [Kowalski 1998: 386]. Najpierw jednak, ukazują to, co dzieje się wewnątrz duszy człowieka. Taka lektura oczu ma swoje uzasadnienie fizjologiczne: źrenice się rozszerzają pod wpływem mięśnia tęczówki i bez udziału świadomości człowieka [Kowalski 1998: 386]. Ze względu na swoje anatomiczne położenie, oczy są otworami, przez które możliwe jest (choć w inny sposób niż przez usta czy nos) przenikanie substancji zewnętrznych i wewnętrznym. Podobnie jak nos, są punktem granicznym ciała ze światem zewnętrznym. Sam Chrystus wypowiadał się na temat wewnętrzných znaczeń oczu „światłem ciała jest oko. Jeśli więc twoje oko jest zdrowe, całe twoje ciało będzie w świetle. Lecz jeśli twoje oko jest chore, całe twoje ciało będzie w ciemności. Jeśli więc światło, które jest w tobie, jest ciemnością, jakże wielka to ciemność” [Forstner 2001: 348]. Natomiast ślepotą duchowa jest przeciwieństwem widzenia wewnętrznego [Forstner 2001: 348].

Szczególne znaczenie oczu wynika z egzystencjonalnego i pierwotnego doświadczenia, jakim jest patrzenie, a więc poznanie świata.

Znaczenie patrzenia polega na ustanawianiu szczególnej więzi między patrzącym a otaczającym go światem. Chodzi o to, że poznający świat podmiot widząc otaczającą go rzeczywistość, doświadcza jej przedmiotowości; uświadamia sobie też fakt, iż jest ona wobec niego transcendentna. Patrzenie zakładać musi także symetryczność relacji człowieka i świata: skoro widzi się to, co zewnętrzne trzeba założyć, iż jednocześnie jest się widzianym [Kowalski 1998: 384].

Zjawisko patrzenia wyznacza zasady organizowania otaczającego świata, a sam *imago mundi* (jaki można odnaleźć niemalże w każdym systemie kulturowym) odzwierciedla układ, który zbudowany jest za pomocą wzroku [Kowalski 1998: 384]. Nazywanie gwiazd (zdarza się czasami, że tylko tych najważniejszych) powiela wzorzec wyniesiony z doświadczenia egzystencjonalnego [Kowalski 1998: 385]. Także inne ciała niebieskie, na przykład słońce, nazywane było okiem Boga. Dla starożytnych Egipcjan słońce było okiem Ra.

Ludzkie oczy mówią czasem gorsze rzeczy niż usta – skonstatował niegdyś niemiecki pisarz Bertolt Brecht. Przedstawiciele kultury ludowej doszukiwali się w wyglądzie oczu, zwłaszcza w ich kolorze, cech charakteru. Uważali, że najładniejsze są te o barwie niebieskiej i o średniej wielkości. Natomiast duże oczy posiadają osoby szczere, ale także potrafiące rzucać uroki. Oczy małe – według wyobrażeń potocznych – oznaczają człowieka złośliwego, natomiast najbrzydsze są oczy wyłupiaste, czyli tak zwane żabie – ich właściciele są ciekawscy. Ciemne wskazują na osoby złe i fałszywe. Czarne oczy rzucają uroki, a piwne to „życie dziwne”, natomiast zielone to „życie szalone”. Najbardziej pożądaną barwą ludzkich oczu jest niebieska, których właściciele to ludzie godni zaufania i dobrzy [Paluch 1995: 73]. Wszystkie demony, czarownice i złe siły (upiory, strzygi etc.) mają z reguły oczy świecące i duże, „czarownica ma oczy czerwone, <<iskrzące z krzyżykami>>, diabeł czarne, demon cholery (w Chinach) czerwone” [Paluch 1995: 73]. W tradycji europejskiej, choć nie tylko, w chwili śmierci zamykano umierającemu oczy. Niekiedy też zabezpieczano dodatkowo to zamknięcie jeszcze po śmierci człowieka. W Grecji kładziono monetę na zamknięte oczy zmarłego [Kubiak 2013: 227-237].

Mediacyjność oczu połączona jest z przeświadczeniem, że czynność patrzenia jest podstawą zakazów dla osób znajdujących w trakcie przemiany, w fazie marginalnej lub w stanie nieczystości [Kowalski 1998: 387]. Kowalski podkreśla, że utrata wzorku, która traktowana jest za najwyższą nagrodę, i wyłupienie oczu, jako najsurowsza kara, mają tę samą, symboliczną proveniencję.

Zbrodniarz, nosiciel i źródło nieczystości nie może kłać swoim spojrzeniem świata i dlatego powinien znaleźć się w mroku zaświatów. Wyłącza się go więc z porządku ludzkiej ekumeny i symbolicznie umieszcza w świecie podziemnym, a więc w obszarze sacrum. Z kolei ślepiec bywa także uważany za człowieka naznaczonego w szczególny sposób przez kontakt z sacrum: niewidzenie uwalnia go wszakże od ograniczeń zwykłego postrzegania codziennej rzeczywistości i tym samym pozwala „widzieć” Inny Świat [Kowalski 1998: 387].

Zgodnie z przeświadczeniem ludów archaicznych człowieka szalonego / nawiedzonego można poznać po jego wzroku. Samojedzi dopatrują się w słońcu i księżycu oczu: księżyc jest okiem złym, zaś słońce dobrym [Eliade 2009: 139]. Oczy mogą też promieniować życiodajną energią, kształtując świat lub niosąc działania destrukcyjne. W kulturach archaicznych uroczę oczy budziły uzasadniony strach i przerażenie, ponieważ były najczęściej wykorzystywane w obrębie rytuału. Także „przyrok” można rzucić na najmniejszą rzecz i sparaliżować wiele czynności [Biegeleinsen 1929a: 232]. Popularne są też przekonania potoczne na temat oczu.

Jeżeli swędzi oko prawe (łzawe), to płacz, a lewe (śmiewe) na radość, śmiech; oczy „złe”, to uroczone posiada ta osoba, która w wieku niemowlęcym zaczęła ssać lewą pierś; jeżeli ktoś patrzy prosto w oczy drugiej osobie, rozmawiając z nią, to jest człowiekiem szczerym, a jeżeli rzuca oczami na boki („na bok pomyka”), to złym, obłudnym [Paluch 1995: 74].

W języku utrwaliły się też powiedzenia i przysłowia: „czego oczy nie widzą, tego sercu nie żal; jedno oko na Maroko, a drugie na kaukaz (<<zezowate>>); oko pokazuje co w kim panuje; lepsza ślepotą niż głupota” [Paluch 1995: 74].

Wypowiedzi moich rozmówczyń odnosiły się w wielu przypadkach do wyglądu oczu. Istotność tej części ciała w środowisku medycyny estetycznej podkreśla też fakt, że osobnymi kategoriami w *Nowym atlasie* są różne ich elementy, które niegdyś sklasyfikowane były pod ogólnym, pojedynczym zagadnieniem: oczy. Pacjentki i lekarki wyróżniły nie tylko same oczy, ale wspominają osobno o rzęsach, spojrzeniu czy skórze pod oczami. To drobiazgowo wyodrębnienie tak wielu kategorii świadczy, w moim przekonaniu, o mocnym symbolicznym i semantycznym akcencie padającym współcześnie na tę część ciała kobiety. Oddaję głos pacjentce Gracji, która mówi, jak powinny wyglądać piękne oczy:

(...) ładne są duże oczy, to jest bardzo ważne, by mieć atrakcyjne oczy, nie bez powodu się mówi, że można zakochać się w cudzych oczach [AIEiAK 14869].

Bardzo konkretne wyobrażenia (i oczekiwania) na temat idealnych kobiecych oczu ma pacjentka Jagoda:

Chodzi o to, żeby kobieta miała duże i krągłe oczy [AIEiAK 14865].

Perspektywa lekarek nie bardzo różni się w tym przypadku od punktu widzenia pacjentek. Dr Ilona stwierdza:

Twarz powinna być (..) z **pięknymi dużymi oczami** [AIEiAK 14851].

Pacjentka Nadia interesująco porównuje pożądane kobiece oczy do oczu lalki:

Duże oczy to osobny temat. Kobiety chciałby mieć takie duże oczy, jak właśnie u lalki. Pamiętam, że wszystkie lalki mają pełne, wyraźne i duże oczy. Popularne są soczewki kolorowe, by uwypuklić też ich kolor. Dla mnie to trochę przesada, ale ładnie to wygląda. No oczy mogą hipnotyzować [AIEiAK 14871].

Rozmówczyni wspomina nie tylko o kształcie oczu, ale podkreśla stechnicyzowane rozwiązania pomagające uzyskać każdy kolor oczu. Cytowana wypowiedź pokazuje także, że w kategoriach potocznych dochodzi do **utożsamiania części kobiecego ciała z lalką – co może wskazywać na szczególnie silne dążenie do osiągnięcia perfekcyjnego wyglądu, z którym mierzy się wiele współczesnych kobiet**. Wypowiedź pacjentki jest też egzemplifikacją potwierdzającą, że **współczesne kanony piękna są głęboko zakorzenione w kategoriach zdroworozsądkowych**. Potwierdzeniem tej tezy jest wypowiedź dr Katarzyny:

Kobieta powinna mieć **duże lalkowate oczy** [AIEiAK 14852].

Dr Ksenia, aby wyrazić pożądany kształt oczu, porównuje je do migdałów:

Sylwetka atrakcyjnej kobiety powinna mieć (...) **migdałowe oczy** [AIEiAK 14843].

Opowieści informaterek poza walorami estetycznymi, podkreślają też sensualną wartość oczu. Lektura materiału terenowego może wydać się bliska szesnastowiecznym sentencjom: „coś w blasku jej oczu”, „jakiś powab umysłu”, „coś związanego z wdziękiem” [Vigarello 2011: 68]. Podobnie jak dla przedstawicieli kultury ludowej i w ogóle różnorodnych tradycji świata, tak i według przedstawicielek świata medycyny estetycznej oczy nie są wyłącznie elementem wizerunku, ale posiadają ukryte znaczenia i przypisuje się im wieloznaczną symbolikę – czego potwierdzeniem jest zebrany materiał terenowy.

Otyłość / tłuszcz

Zdaniem Bauman, czasy płynnej nowoczesności wymagają od ludzi elastyczności, dużej mobilności i chęci do działania. Jest to rzeczywistość charakteryzująca się fragmentarycznością, ulotnością i brakiem stabilności wszelkich form kulturowo-społecznych. Powinnością dzisiejszych jednostek jest bycie zdrowym, zadowolonym, wiecznie młodym, a nie zmęczonym, starym, ubogim i chorym. Carl Cederström i Andre Spicer w *Pętli dobrego samopoczucia* uważają, że bycie w gotowości do działania i dobre samopoczucie przejęły znamiona paniki i powszechnego wymogu. Filozofia pętli dobrego samopoczucia – która jest nieodłączną częścią współczesnego kapitalizmu – polega na samokontroli, samodyscyplinie i samopoprawie, a wszelkie odstępstwa od tej postawy traktuje się jako zaburzenia, a nawet chorobę [Cederström, Spicer 2016: 4-5]. Choroba staje się zjawiskiem, na które wpływ ma właśnie jednostka, zwłaszcza jej wybory i energia do podejmowania wszelkiej aktywności. Kategorie bycia zdrowym i zadowolonym stały się imperatywami narzucanymi przez dzisiejsze społeczeństwa. Ci, którzy nie są gotowi do podjęcia dużego wysiłku lub po prostu zaniedbują dobre samopoczucie, są uznani za chorych. Dzisiejsza przestrzeń stawia znak równości pomiędzy chorobą, a brakiem chęci do pracy. W ten sposób stygmatyzuje się osoby, które uważane w opinii społecznej są za grube, leniwe, niezadowolone czy zaniedbane.

Sceptycyzm, poczucie braku, niezadowolenie, nieodczuwanie szczęścia coraz częściej postrzegane są jako łamanie zasad moralnych – a nawet gorzej, jako zepsucie na poziomie naszego bycia lub nagłej egzystencji. Obserwujemy spektakularny wzrost czegoś, co można nazwać bio-moralnością (jak również moralnością uczuć i emocji), która lansuje następujący, fundamentalny aksjomat: osoba, która czuje się dobrze (i jest szczęśliwa), jest dobrą osobą; osoba, która czuje się źle, jest złą osobą [Cederström, Spicer: za Zupančič 2008: 5].

Małgorzata Halber podkreśla, że nadal istnieje duża dyskryminacja ze względu na wagę w Polsce. Ludzie z nadprogramową ilością kilogramów są publicznie krytykowani, a w efekcie deprecjonowani ze względu na swój wygląd. Coraz powszechniejsze staje się przekonanie, że osoby grube należy eliminować ze społeczeństwa, nie tylko z powodu ich wyglądu, ale i z uwagi na ich postawę – bycie zadowolonym ze swojej sylwetki i brak dążenia do uzyskania perfekcyjnego wyglądu [Halber 2016: XVII]. Gromkowska-Melosik wskazuje, że w społeczeństwach zachodnich, które kultywują szczupły rozmiar ciała, nawet naturalny (biologiczny) przyrost tkanki tłuszczowej u kobiety wywołuje negatywne skojarzenia. Nie bez powodu słynna na całym świecie lalka Barbie, która ma dziś już 54 lata, stała się czymś

więcej niż zwykłą zabawką. Jest ona „kulturową ikoną” (tak jak inne „kulturowe ideały” modelki, aktorki, celebrytki) i ucieleśnieniem piękna i pożądania [Gromkowska-Meloisk 2002: 172]. Mary Rogers w *Barbie Culture* zwraca uwagę, że lalka Barbie jest ucieleśnieniem pragnień dzieci, nastolatków i kobiet, mimo iż reprezentuje ideał kobiecości oparty na „bezużytecznej piękności” [Roger 1999: 13]. Sposób, w jaki kobieta traktuje swoje ciało, jest bezpośrednią oznaką jej stylu życia, poziomu przystosowania się do współczesnej rzeczywistości, miejsca, jakie zajmuje w systemie stratyfikacji społecznej oraz stopnia umiejętności korzystania z nowych rozwiązań techniczno-medycznych [Jakubowska 2009: 11].

W trakcie zbierania materiału terenowego kobiety związane ze światem medycyny estetycznej wskazywały na istnienie różnych zależności związanych z nieodpowiednim rozmiarem ciała i jego widocznymi reprezentacjami. Sylwia, jedna z pacjentek, mówi następująco:

Mimo ćwiczeń i diety, dużo kobiet nie może usunąć cellulitu przez fakt, że mają tendencję do jego powstawania lub po prostu na pośladkach lub udach odkłada się im najwięcej tłuszczu. Tłuszcz w dzisiejszych czasach to coś okropnego. To takie piętno dzisiejszych czasów. Nawet dość szczupłe osoby mają go sporo [AlEiAK 14867].

Wypowiedź Sylwii koresponduje z widocznym w czasach nowoczesności paradoksem pomiędzy dyskursem jedzenia i przyjemności z niego płynących, a dyskursem jedzenia jako „przewinienia i kary” [Gromkowska-Melosik 2002: 175]. Słynne powiedzenie Scarlett O’Hara z *Przeminęło z wiatrem* „pomyślę o tym jutro” może być odczytane w tym kontekście, że kobieta pragnie pozwolić sobie na rozkosz płynącą z jedzenia smakowitych produktów, które niekoniecznie są odpowiednie dla utrzymywania reżimu kalorycznego. Innymi słowy, kobieta znajduje się w permanentnie trwającym konflikcie *przyjemności* versus *kontroli*, co prowadzi do występowania coraz większych wyrzutów sumienia wynikających z nieprzestrzegania odpowiedniej diety. Warto zwrócić uwagę, że już w czasach antycznej Grecji *diatitia* oznaczało nie tylko określony sposób odżywiania, ale też zachowanie, ogólny sposób życia, postawę a nawet ubiór [Turner 1984: 152]. Utrzymywanie określonego reżimu dietetycznego, zdaniem Agaty Rejowskiej-Pasek – stanowi formę *autokreacji*, która umożliwia uczynienie z własnego ciała obiektu umożliwiającego jeszcze większą kontrolę, czyli tak zwanych „technikach siebie” [Rejowska-Pasek 2016: 406] pozwalającym kobiecie dokonywać „operacji na własnych ciałach oraz duszach, myślach, zachowaniu, sposobie

bycia, operacji, których celem jest przekształcenie siebie tak, by osiągnąć pewien stan szczęścia, czystości, mądrości, doskonałości czy nieśmiertelności” [Foucault 1999: 249].

Także Susie Orbach i Kim Chernin, prezentujące podejście feministyczne do kwestii związanych z ludzką cielesnością, analizują problem „zniekształconego ciała” w perspektywie problemów z odżywianiem. Zdaniem Orbach współczesne kobiety poddane są wysokiej presji dotyczącej utrzymania szczupłej sylwetki i znajdują się w nieustającym lęku, który objawia się poprzez „kompulsywnym jedzenie”, podtrzymywanym przez cykl głodzenia się i objadania. Ta sama autorka wskazuje na występowanie częstych wyrzutów sumienia u kobiet, które zjadły „za dużo”, wynikających z zaburzenia naturalnego mechanizmu głodu. Ten sposób podejścia do jedzenia jest skutkiem społecznej opresji kobiet. W zamkniętym cyklu objadania i głodzenia jednostkom jest tym bardziej trudno utrzymać „normalną” wagę. W tej perspektywie, jak mówi Orbach, by zdobyć mężczyznę, kobieta zmuszona jest uznać, że jej ciało jest produktem, którego wartość zależy od wizualnych kontekstów jej cielesności [Orbach 1988: 29]. W tym kontekście akcent położony na wizerunek oznacza poddanie się przemysłowi dietetycznemu, który wskazuje, jak zachować szczupłą sylwetkę. W ten sposób, posiadanie zbyt dużej ilości kilogramów widziane jest jako zaniedbanie, które skutkuje poważnymi konsekwencjami społecznymi. Na ten temat mówi pacjentka Monika:

Myślę jednak, że coraz częściej kwestie wyglądu grają bardzo dużą rolę. Dla przykładu mogę podać, że **osoby otyłe lub takie grube nie mają szans na znalezienie pracy w bezpośrednim kontakcie z klientem. Na pewno osoba z atrakcyjnym wyglądem o tych samych kwalifikacjach znajdzie pracę szybciej** [AIEIAK 14860].

Wypowiedź informatorki jest egzemplifikacją, że to poprzez ciało produkowane są społeczne wartości, w których szczupłość związana jest z perfekcjonizmem i silnym charakterem – cech szczególnie pożądanym w społeczeństwach zorientowanych na sukces [Rejowska-Pasek 2016: 409]. Coraz częściej definiowana jest jako zmysłowość, seksualność i atrakcyjność [Melosik 2010: 47; Buczkowski 2005: 303]. W tej perspektywie otyłość i nadwaga traktowane są jako samopobłażanie, lenistwo i brak kontroli nad swoim zdrowiem i życiem. Jak zauważa Jerzy Szyłak, nadprogramowa liczba kilogramów sytuuje kobietę w kontekście domowym i świadczy o niskim statusie klasowym. Takie osoby postrzegane są jako zwyczajne, pospolite i nieszlachetne [Szyłak 2002: 172]. W społeczeństwach nowoczesnych, nieborykających się z problemami głodu, wyeksponowanie szczupłej sylwetki wskazuje na wysoką pozycję społeczną jednostki. Ostentacyjne prezentowanie poprzez swoje

ciało utrzymywania niskiego bilansu kalorycznego wskazuje na koncepcję Bourdieu, który twierdzi, że to właśnie wśród klas średnich zainteresowanie fizycznością ma charakter największej kontroli nad cielesnością, połączonej z egzaltacją umiarkowania i rygiem dietetycznym [Bourdieu 2005: 266]. Na ten temat artykułuje pacjentka Jadwiga:

Innymi słowy, **bez odpowiedniego wyglądu nie zdobędzie się pracy na pewnych stanowiskach i w pewnych branżach. Nie słyszałam o sytuacji, że kobieta z nadwagą jest kierownikiem sprzedaży.** Może i takie rzeczy się zdarzają, ale trzeba sobie powiedzieć szczerze, że wygląd będzie tą kategorią, która w wielu przypadkach może zadecydować o naszej posadzie [AIEiAK 14859].

Zacytowana wypowiedź wskazuje, że we współczesnej kulturze konsumpcji coraz powszechniejszym zjawiskiem staje się obowiązek liczenia każdej kalorii i dbania o ciało. Nowe powinności powodują, że jeśli spotykamy kogoś o bujnych kształtach, a jego postawa nie wskazuje, że źle się czuje ze swoim wyglądem i za wszelką cenę nie stara się go zmienić, to jest traktowany na płaszczyźnie społecznej jako odstępstwo od normalności, a nawet „jest policzkiem w nasze niewolnicze starania” [Halber 2016: XVII]. Vigarello w *Historii otyłości* pisze, jak postrzegani są ludzie z nadwagą: „grubas staje się osobą niezdatną: gnuśną i bezwolną. Jego braki wiążą się z brakiem aktywności – z niedostatkami siły i działania” [Vigarello 2012: 10]. Zdaniem moich rozmówczyń osoby odbiegające wyglądem od przyjętych standardów, nie mogą liczyć na znalezienie pracy w niektórych profesjach, a ich „gruby” wygląd może nawet ostatecznie „zadecydować” czy tą posadę w ogóle się dostanie. Człowiek szczupły, dobrze wyglądający jest też zdrowy, a przez to wyżej ceniony w oczach społeczeństwa. Klein pisze, że „w naszej kulturze tłuszczy jest złem. Jedzenie go, karmienie nim lub noszenie na sobie stało się znakiem moralnego upadku. Z estetycznego, fizycznego i moralnego punktu widzenia tłuszczy to oznaka hańby” [Klein 1991: 22].

W perspektywie prowadzonych analiz istotnego znaczenia nabiera *problem kontroli*. Życie ludzkiej cielesności umiejscowione jest na skali, której jeden koniec to przewidywalność, a drugi to przypadkowość. Sama choroba jest właśnie utratą tej przewidywalności, ale jednocześnie powoduje dalsze straty dla ciała, takie jak: niewydolność, problemy z pamięcią czy zadyszka. Zdaniem Goffmana utrata kontroli jest piętnem jakie grupa odciska na chorych jednostkach, które stanowią odzwierciedlenie zdroworozsądkowych przekonań społeczeństwa [Goffman 2005: 38].

Wypowiedzi moich rozmówczyń wskazują na poczucie wstydu czy hańby, jeśli na ich ciałach pojawi się widoczny tłuszcz. Ten w zdroworozsądkowych kategoriach środowiska medycyny estetycznej rozumiany jest jako choroba, a więc jest przeciwieństwem zdrowia i kategorii, które się z nim łączą, jak na przykład dobre samopoczucie. Bauman uważa, że gonitwa za sprawnością fizyczną obiecuje wiele zwycięstw i nagród, ale niestety wyklucza ostateczne zwycięstwo i zadowolenie [Bauman 2008: 121]. Człowiek nieustannie koncentruje się na pościgu, który w rzeczywistości nie posiada odcinka finalnego, bowiem ten, z każdym krokiem przesuwa się do przodu. W ten sposób, wielkie, ale i mniejsze korporacje wciągają jednostkę w przygotowane przez nie programy treningowe czy dietetyczne – i wszystko po to, by uniknąć bycia chorym. Po pracy czeka na każdego karnet lub promocja, które pomagają być „w formie”. Cieszenie się dobrym zdrowiem wymaga ogromnego nakładu wysiłku, czasu, a nawet pieniędzy. Z tego powodu dbanie o bycie (nie)chorym kreuje przekonanie o „ciągłej autoilustracji, ciągłych samooskarżeniach i samopotępieniu, a co za tym idzie – nieustającego niepokoju” – pisze Bauman [Bauman 1995: 121]. Mimo, że moje rozmówczynie nie mówią w sposób bezpośredni o poczuciu lęku spowodowanego posiadaniem nadwagi, to ich opinie nieustannie oscylują wobec przekonania, że tłuszcz i nadwaga rozumiane są jako choroby – nie wspominają przy tym, jaki rodzaj nadprogramowej ilości kilogramów mają na myśli. Sądzę, że jest to spowodowane głęboką internalizacją – w badanym przeze mnie środowisku – twierdzenia, że zarówno, tłuszcz i nadwaga są po prostu „złem”, bez względu na ich proporcje i rozmieszczenie w ciele. W ten sposób posiadanie kilku kilogramów więcej rozumiane jest w kategoriach choroby i dużego przewinienia. Swoją opinią dzieli się pacjentka Justyna:

Żeby być szczupłym, a więc i zdrowym, należy mieć niską wagę i małą ilość tłuszczu w organizmie. Tłuszcz jest jednak oznaką choroby, gdy jest go za dużo [AIEiAK 14870].

Z kolei dr Bożena wskazuje, jak leczy się ten problem:

Teraz to chyba najbardziej właściwe jest bieganie, bo spala duża ilość tkanki tłuszczowej. No tłuszcz to już chyba każdy wie, że jest największym obrzydlistwem dzisiejszych czasów. Trzeba poświęcić dużo czasu i pracy, by mieć takie odtłuszczone ciało [AIEiAK 14856].

Kobiety z którymi rozmawiałam wskazywały także na skuteczne metody leczenia widocznych oznak tkanki tłuszczowej co jedynie potwierdza – w badanym środowisku – zredefiniowanie także pojęć takich, jak na przykład metody usuwania problemów medycznych. Sądzę, że jest to idealna egzemplifikacja medykalizacji, bowiem nawet

najmniejsze odstępstwo od „zdrowotnej normy” wymaga stosownych (medycznych) zachowań w celu pozbycia się niechcianej przypadłości. Piętnowanie osób (za)grubych przyjmuje coraz bardziej wyraziste symptomy w społeczeństwa zachodnich, prowadząc w ten sposób do wzrostu i uszczegółowienia wymagań dotyczących wyglądu fizycznego i określonego zachowania za pomocą kreowania nowych definicji medycznych. Może to także służyć podtrzymywaniu utrwalonych różnic pomiędzy tym co męskie, a tym co kobiece – stosując jedynie nowe narzędzia różnicowania ludzi w ogóle. Kleinman zauważa, że w przypadku stygmatyzowanych schorzeń, moment powstawania społecznej kategorii piętna związany jest z reakcją otoczenia na stan ciała i organizmu. Ten sam autor pisze, że „zmiana w zakresie postrzegania kategorii piętna stanowi egzemplifikację bardziej ogólnych procesów psychologizacji doświadczenia w kulturach zachodnich, w których metafory nieszczęść i innych ludzkich problemów będące niegdyś cielesne, stały się obecnie psychiczne” [Kleinman 1988b: 159].

Należy zauważyć, że współcześnie stygmatyzacja ciała jest o wiele bardziej widoczna w stosunku do kobiet niż mężczyzn. Ekspansjonizm i powszechność współczesnych projektów zdrowotnych, fitnessu, kultu diet czy rosnąca popularność medycyny estetycznej stanowią egzemplifikacje potwierdzające zaabsorbowane jednostki kwestiami związanymi z wyglądem. Inwestowanie, zarówno czasu, pieniędzy, emocji i poświęceń w wygląd, wyposaża człowieka w nowe formy ekspresji indywidualnej tożsamości poprzez kontrolowanie kształtów ciała oraz podtrzymywanie dobrego samopoczucia. W sytuacji, gdy jednostce coraz trudniej odnaleźć się w złożonej rzeczywistości społecznej i, gdy jej indywidualne wpływy – paradoksalnie są coraz mniejsze – to pozostaje jej kierować całą swoją uwagę na wygląd i kształt swojego ciała.

Owal twarzy

W polskich opisach etnograficznych nie pojawiają się osobne opisy tej części ciała. Na początku XVI wieku pojawiają się pojedyncze opisy na temat konieczności zaprzestania ingerowania w urodę kobiet w obawie, że jakiegokolwiek zabiegi upiększające mogą zniszczyć powierzchowność twarzy (w tym jej owal) „twarz miała zniszczoną i obwisłą wskutek działań barwiczki i innych sztuczności” [Vigarrello 2011: 46]. Zdaje się więc, że zainteresowanie owalem twarzy jako osobnym zagadaniem urody kobiecej zapoczątkowane zostało wraz z rozwojem nowoczesnej chirurgii plastycznej. Zgodnie z kształtem aktualnej wiedzy medycznej, owal twarzy ulega „degradacji” na skutek utraty kolagenu w skórze, co powoduje, że traci na objętości, a w efekcie „opada”.

Blum w swojej książce *Flesh Wounds. The Culture of Cosmetic Surgery* opisuje problematykę owalu twarzy w kontekście upływającego czasu. Podkreśla, że poza arbitralnymi powodami naprawy tej części wizerunku istnieje jeszcze jeden, ważny aspekt – potrzeba znalezienia nowej tożsamości przez nadanie nowych rysów twarzy [Blum 2003: 107-109]. Na temat owalu twarzy, często w kontekście upływającego czasu, który odciska się w wyglądzie ciała, mówią moje rozmówczynie. Oddaję głos pacjentce Sylwii:

Kobiety coraz częściej, nie tylko **walczą o młodszy wygląd, ale chcą go w jakiś sposób zmienić (...) zmieniają więc owal twarzy** [AIEiAK 14867].

Sandra mówi na ten temat w następujący sposób:

Myślę, że też kobiety chcą, żeby ich owal twarzy był mniej zapadnięty. Wiadomo, że z wiekiem zaczyna obwisać nam skóra czy może owal twarzy i jest to taki jawny sygnał, że się starzejemy [AIEiAK 14873].

Konstatacja ta uzyskuje głębię znaczenia w perspektywie dr Kseni, która w starzejącym się owalu twarzy dostrzega znak wykluczenia:

Opadnięty owal twarzy świadczy, że jesteśmy stare i niepotrzebne [AIEiAK 14843].

Wypowiedzi dr Kseni i pacjentki Sandry nawiązują do eksponowanej przez współczesną kulturę sztuczności, perfekcji i wiecznej młodości. Promowana idea indywidualizmu potęguje jeszcze większy strach jednostki przed naturalnymi etapami życia, takimi jak: śmierć, zmarszczki, starzenie się czy naturalne zmiany fizjologiczne. Shilling zauważa, że procesy prywatyzacji i indywidualizacji, między innymi śmierci, mają istotny wpływ na postrzeganie granicy pomiędzy żywymi i umarłymi [Shilling 2019: 201]. Elias podkreśla, że te przemiany kulturowo-społeczne jeszcze bardziej zniechęcają człowieka przed spotkaniem ze śmiercią. „Jednostkowe tożsamości, niezdolne do konfrontacji z perspektywą śmierci i rozkładu swoich ciał, często nie czują się bezpiecznie w obecności śmierci ciał innych. Może to skutkować zaostreniem granicy między ciałami żywych i umarłych i wynikającą z tego tendencją do unikania umierających” [Shilling 2019: 201].

Nowoczesna niechęć przed kontaktem ze śmiercią jest tym, co Bauman nazywa „**strategiami przetrwania**”. Charakteryzują się one utrzymaniem perspektywy śmierci na odległość, kierując jednostkę w pracochłonne projekty ukierunkowane na zagwarantowanie *przetrwania* – dotyczącego zdrowia, dobrego samopoczucia i młodego wizerunku. Spędzanie

godzin na siłowni, ćwiczeniach aerobowych, konsultacjach kosmetycznych i wizytach u lekarza medycyny estetycznej sprawia, że człowiekowi zostaje mało czasu na myślenie o nieuchronności niektórych procesów. Bauman zauważa, że „zwalczanie śmierci wciąż jest bezsensowne, ale zwalczanie jej *przyczyn* staje się sensem życia” [Bauman 1998: 168]. W tym świetle wypowiedzi moich rozmówczyń nabierają nowego, przewrotnego znaczenia – im większe starania czynią kobiety o zachowanie młodości, im bardziej dezawuuują starzenie się swoich ciał, tym bardziej podkreślają nieuchronność tego, co ostateczne.

Pacjentka Martyna, poza aspektami estetycznymi podkreśla też inne powody zainteresowania kobiet poprawianiem tej części ciała:

Coraz częściej kobiety zainteresowane są poprawieniem swojego owalu twarzy i opadniętej skóry, które uznawane są za oznaki starszej skóry. **Chcą być nowe i ulepszone** [AIEiAK 14861].

Pacjentka Martyna zwraca uwagę, że coraz częściej kobiety **uwikłane są w walkę o doskonały wygląd swojego ciała, w której idealnym orężem stają się rozwiązania technicyzowane** – na co wskazuje stosowany przez nią język. Zebrany materiał terenowy podkreśla, że piękne ciało sprawia, że jednostka czuje się akceptowana i atrakcyjna, gdy jej wygląd odpowiada obowiązującym kanonom piękna. **Zdaje się więc, że ciało jest tą wartością, która ma decydujący wpływ na subiektywną ocenę samego siebie, ale coraz częściej - dzięki nowoczesnym technologiom, do których należą osiągnięcia medycyny estetycznej – jest to postciało (ang. post-body), wzmocnione i ulepszone.**

Dr Bożena „nowy” (sztuczny) owal twarzy interpretuje w kategoriach konstruowania „lepszego” tożsamości:

Kobiety koncentrują się w dużej mierze na owalu twarzy (...) **poprawiają owal twarzy i tak zwane chomiki, bo z wiekiem traci się gęstość skóry i skóra na twarzy zaczyna nam opadać. Chcą mieć nowy, młodszy wizerunek i nową tożsamość w stylu: jestem młodsza, to znaczę dużo więcej** [AIEiAK 14856].

Zacytowana wypowiedź wskazuje, że w kulturze płynnej nowoczesności – używając słów Baumana – w której dominuje strach przed naturalnymi procesami życia, jak śmierć czy starzenie się, „przedłużanie” okresu młodości za pomocą medycznych technik, pozwala jednostce „odłożyć” – choć na pewien czas – myślenie o nieuchronnych procesach fizjologicznych. W ten sposób młodość staje się stanem szczególnie pożądanym i nie chodzi w tym wypadku o tylko względy estetyczne, ale o tożsamość i wartość człowieka.

Owłosienie

W polskiej kulturze ludowej obfitość owłosienia posiada szeroką symbolikę i znaczenia. Owłosione ciało kobiety było objęte silnym tabu. Przedstawiciele kultur magicznych wierzyli, że włosy na ciele są pozostałością po sierści i kojarzą się z owłosieniem zwierząt. Owłosienie przekraczające normę, zwłaszcza u kobiety, reprezentuje *orbis exterior* i świat demonów [Kowalski 1998: 606]. „Owłosienie tych miejsc ciała, na których zwykle lub rzadko włosy rosną, miało walor diagnostyczny” [Kowalski 1998: 605]. Z tego powodu kobiety z bujnymi włosami na ciele uznawane były za nieczyste i budziły powszechny lęk, ze względu na swoje konotacje ze sferą zaświatów. Z drugiej strony, powszechne było przekonanie, że nadmiarem włosów charakteryzują się ludzie, którym przeznaczony jest dobrobyt, szczęście i powodzenie w życiu; wiązano to z przeświadczeniem, że wszelkie bogactwo i pomyślność pochodzi z tamtego świata (zwierzęta i istoty chthoniczne, głównie wąż czy smok, były szafarzami dóbr) [Kowalski 1998: 606]. Owłosienie u młodych dziewcząt, zwłaszcza pojawienie się pierwszych włosów łonowych, traktowano jako dowód na osiągnięcie przez nią dojrzałości. Z kolei w Indiach uważa się, że włosy łonowe są niepożądane, natomiast owłosienie pod pachami i na nogach traktowane jest z obojętnością. Zarówno w Indiach, jak i w Pakistanie powszechny jest zwyczaj usuwania włosów łonowych nowo poślubionej pannie młodej [Banek 2010: 210]. Obecnie w Japoni wykreowała się nowa moda dotycząca podejścia do kwestii włosów łonowych u kobiet i dziewcząt. Zgodnie z tamtejszymi przekonaniem, owłosienie w miejscach intymnych traktowane jest jako wyjątkowo nieprzyzwoite i nie wolno go przedstawiać publicznie, na przykład w filmie czy na fotografii [Banek 2010: 211].

W wierzeniach niektórych Słowian bujne włosy były cechą demoniczną, zwłaszcza u leśnych i wodnych potworów [Moszyński 1967: 582-584]. Zgodnie z polskimi wierzeniami płanetnik (demon sprawujący władzę na deszczem) przedstawiany był jako duży kosmaty potwór [Kowalski 1998: 606]. Z kolei w *Młocie na czarownice* zalecano usuwać całe owłosienie z ciała wiedźmy, by pozbawić ją opieki złego demona [Paluch 1995: 121]. Mieszkańcy Małopolski uważali, że demony nie posiadają włosów w miejscach intymnych i pod pachami. Na Białorusi, że tak samo wygląda ciało wiedźmy [Kowalski 1998: 606]. Natomiast w Indiach kobiety z bujnym owłosieniem na ciele uchodziły za niezwykle atrakcyjne. Stąd znamienne było przekonanie, że będą one niewierne [Kowalski 1998: 606]. Mężczyźni ze skąpym owłosieniem uważani byli za „niemęskich” i niepotrafiących zaspokoić seksualnie kobiety. Zarysowane powyżej konteksty pokazują, jak różnie semantyzuje się owłosienie w zależności od kultury i społeczeństwa. A jakie znaczenia przypisują owłosieniu współcześnie moje rozmówczynie ze środowiska medycyny estetycznej?

Oddaję głos dr Magdalenie:

Ciało musi być gładkie bez włosów, no włosy na ciele to nie w tych czasach. Dzisiaj liczy się gładkość (...). Atrakcyjna kobieta i jej (...) ciało powinno być (...) koniecznie bez włosów [AIEiAK 14848].

Materiał terenowy uwypukla, że **gładkie i lekkie ciało jest kwintesencją vitalności. Gładkość wskazuje na aspekty higieniczne, w których usuwanie owłosienia otrzymuje obecnie status jednego z podstawowych zabiegów.** Kilka słów na ten temat dodaje dr Malwina:

Ciało kobiety powinno (...) nie mieć nawet najmniejszej skazy i włosów [AIEiAK 14844].

Obie wypowiedzi moich rozmówczyń implikują, że owłosienie na ciele postrzegane jest jako „skaza” i niedoskonałość. Na podstawie ich słów widoczne jest dążenie do nienaturalnie perfekcyjnego ciała. Idealizacja ciała kobiecego nawiązuje do wizerunku męskich sylwetek opisywanych przez Klausa Theweleita jako perfekcyjnych, bez włosów i gładkich [Theweleit 2016: 293]. O gładkości ciała mówi dr Marta:

Po swoich pacjentkach widzę, że duży nacisk kładzie się na to, by było ciało gładkie, czyli bez włosów. **No włosy to trochę z facetem się kojarzą [AIEiAK 14846].**

O skojarzeniu owłosienia z mężczyzną opowiada też pacjentka Sandra:

Nasz wygląd jest bardziej idealny niż kiedyś, chodzi mi tu głównie o wszystkie zabiegi w stylu usuwania owłosienia na różnych częściach ciała i tym podobne. Owłosienie na ciele jest mega nie okay. Włosy na ciele kojarzą się z facetami. Dzisiaj mamy być gładkie i to wszędzie [AIEiAK 14873].

Wszystkie zacytowane przeze mnie wypowiedzi lekarek i pacjentek jednoznacznie wskazują na utożsamienia owłosienia na ciele z męskością, brakiem higieny. Owłosienie na kobiecym ciele zatem – w badanym środowisku - uchodzi za wykroczenie przeciwko kulturowej taksonomii odnoszącej się do płci, a wiemy, że jako takie w świetle antropologicznych kategorii posiada cechy tabu (przekroczenie) i brudu w sensie, jaki temu pojęciu nadała Douglas.

Paznokcie

Tajemnicze, ambiwalentne i pełne nieczystych wartości – tak interpretowano paznokcie. W kulturze ludowej nazywano je *nogce* i traktowano jako: nie ciało, ale należącą do niego część [Paluch 1995: 79]. „<<Nie są ciałem, ale mają tylko z ciałem części wspólne>>, te same cechy: twardość, kruchość, suchość, odporność na zniszczenie, zbliżają do siebie kości i zęby oraz włosy i paznokcie” [Libera 1997: 101]. Są atrybutem drapieżnika, pomagają w łapaniu i rozszarpywaniu ofiary, służą też do przelewania krwi i zabijania. W kulturze ludowej wierzone, że podobnie jak włosy, nie umierają wraz z ciałem, a rosną nawet po śmierci. Eliade wskazuje, że we wszystkich kulturach archaicznych paznokcie (ale także włosy) zachowują ścisły związek z człowiekiem [Eliade 2009: 19]. Należy je więc obcinać, przycinać, a nawet ścierać. Powoduje to powstanie niebezpiecznej sytuacji i licznych trudności z nią związanych: choć są odjęte są od ciała, to w kategoriach magicznych, są z nim ściśle połączone [Kowalski 1998: 428]. Oznaczało to, że jako usunięta część całości nadal podlegają licznym zabiegom magicznym i rytuałom. Podobnie jak włosy, burzą ład taksonomiczny [Kowalski 1998: 428]. Stanowią *pars pro toto* całego ciała człowieka. Powszechne przekonanie, że są częścią „nie ciała” bezpośrednio łączy je ze sferą *orbis exterior* i demonami. Ich nieczysty i dychotomiczny status tłumaczony był przez jedną z opowieści apokryficznych: „gdy Adam został wypędzony z raju, Bóg odjął mu rogowie ciało, pozostawiając mały ślad jako paznokcie na rękach i nogach” [Tomiccy 1975: 145]. Przed momentem wygnania z raju, Adam i Ewa byli nieśmiertelni, więc podobnie jak wąż mieli zdolność do „samoodradzania” [Cambell 2019: 107]. Paznokcie są wizualnym śladem przynależności do tej bezczasowej całości – choć tak samo jak zwierzęta lunarne i akwaticzne posiadają umiejętność odradzania się na nowo, to jednocześnie reprezentują mroczny *orbis exterior* [Kowalski 1998: 428].

Stary Testament prezentuje podstawową klasyfikację rozdzielenia zwierząt nieczystych i czystych [PŚ Kpł 11].

Najważniejsze jest przestrzeganie zasady jednolitości – zwierzęta przypisane do określonej klasy muszą mieć wszystkie charakteryzujące ją cechy. Nieczystość wynika także ze sposobu odżywiania – drapieżniki zabijające swojej ofiary skalane są przelaną krwią (...). Stąd wniosek, że zwierzęta mające pazury czy szpony, którymi łapią i rozszarpują inne żywe istoty, muszą być nieczyste [Kowalski 1998: 428].

Wyobrażenia o demonach i czarownicach (zwłaszcza tych pod postacią zwierzęco-ludzką) przedstawiają je z długimi, szpiczastymi i zakrzywionymi szponami lub paznokciami,

co wpływa na utożsamianie ich z demonicznością. W taki sposób wyobrażano Szatana w czasach średniowiecznych i demony w polskiej kulturze ludowej. Niektóre z leśnych demonów lub tak zwani „dzicy ludzie” przedstawiani byli z długimi pazurami służącymi do rozszarpywania swoich ofiar [Moszyński 1968: 682]. Zwłaszcza kobiece paznokcie (ze względu na jej ambiwalentny status i kontakty z zaświatami) miały szerokie zastosowanie w lecznictwie ludowym oraz magii ochronnej. W tym celu odwoływano się głównie do zasady *pars pro toto* oraz *substytucji*. Dlatego wyobrażano sobie, że długie i bardzo spiczaste paznokcie były atrybutem wiedźm. „Strzygoń ma paznokcie mocno czerwone, a czarownica nosi długie. Dziecko urodzone bez paznokci nie będzie się dobrze chować” [Paluch 1995: 80]. Natomiast w niektórych dawnych kulturach europejskich panowało przekonanie, że to wyłącznie kobieta może być odpowiedzialna za stosowanie złej magii, ze względu na swoje kontakty z szatanem⁶⁴.

Szczególną uwagę przywiązywano do zabiegów i okoliczności, w których obcinano paznokcie. Ze względu na przeświadczenie, że nawet po odjęciu od ciała są jego istotną częścią, zwracano szczególną uwagę na ich dalszy los. Nie wolno było ich po prostu wyrzucić, z uwagi na niebezpieczeństwo wykorzystania ich w celach szkodzących. Rytuały z ich użyciem należały do wyjątkowo destrukcyjnych i mogły na przykład wywoływać ciężkie bóle. Mimo tych zagrożeń, istotniejsze dla przedstawicieli kultur magicznych było przeświadczenie, że człowiek po śmierci musi być kompletny – posiadać wszystkie części swojego ciała. W wielu tradycjach na świecie wierzono, że paznokcie będą potrzebne zmarłemu (ze względu na działania ochronne), gdy będzie on przebywał w zaświatach [Kowalski 1998: 429]. W polskim folklorze odnaleźć można opisy, że człowiek powinien nosić obcięte paznokcie, by nie musiał ich szukać po śmierci [Biegeleisen 1929b: 33]. W niektórych regionach wierzono, że wyrzucone paznokcie lub włosy mogą powodować ból zębów lub kości. Porzucenie przez ciężarną obciętych paznokci miało powodować, że dziecko urodzi się z „miękkimi kośćmi” [Libera 1997: 101]. Niekiedy wkładano je też zmarłemu do trumny [Paluch 1995: 80].

W niektórych kulturach tradycyjnych zdarzało się zapuszczanie paznokci do ponadprzeciętnej długości w celach kosmetycznych [Moszyński 1968: 47-48].

⁶⁴ W całej Europie i nie tylko kobietę posądzono o złe czary. Wierzono, że miała do tego wyjątkowe biologiczne uwarunkowania -bardziej łatwowierna, „głupsza”, mniej wykształcona od mężczyzny była podatna na aktywność demonów. Dodatkowo jej fizyczność pozostawała, jak powszechnie uważano, w bliskim kontakcie ze sferą demoniczną.

Paznokcie wzbogacały też znaczenie apotropeiczne palców, niekiedy też dłoni i wykonywanych nimi gestów. W celu wzmocnienia ich działania, malowano je na określony kolor, któremu przypisywano szczególne znaczenia [Morris 1993: 160]. „Obgryzanie paznokci jest oznaka nerwowości. Jeżeli chory zbyt często spogląda na swoje paznokcie, to znak, że wkrótce umrze” [Paluch 1995: 80].

Rozpowszechnionym zabiegiem było wykorzystywanie paznokci w magii leczniczej, profilaktyce i lecnictwie ludowym ze względu na odwołanie się do zasady *pars pro toto*. W celu ochrony przed urokiem, należało w pierwszej kolejności spojrzeć na swoje paznokcie, a najlepiej spoglądać na nie, tuż po przebudzeniu. U Żydów popularny był zwyczaj polewania ich wodą [Paluch 1995: 80]. W przypadku padaczki wbijano cierpiącemu szpilkę ślubną pod paznokieć średniego palca. Ze skóry pod paznokciem brano także krew do podpisania cyrografu [Paluch 1995: 80].

Zabiegi lecznicze z wykorzystaniem paznokci i włosów mają również uzasadnienie (...) w tym, że choroba w organizmie człowieka obraca się w jad i rodząc brzydką materię jako plugastwo włosami i paznogciami pędzi. Wraz z odcięciem poza obszar ludzkiej ekumeny wypełnionych nieczystością choroby paznokci przyjdzie i wyzdrowienie [Kowalski 1998: 431].

Zdaniem kobiet, z którymi rozmawiałam podczas badań, wygląd kobiecych paznokci jest niezwykle istotny współcześnie. Ich aspekty magiczne i lecznicze – w perspektywie moich informaterek – zniknęły ze społecznego imaginarium, ustępując miejsca kontekstom estetycznym i seksualnym. Na temat mówi dr Bożena, podkreślając profesjonalizację dbania o paznokcie jako kulturowej dyrektywy:

Na pewno atrakcyjna kobieta ma bardzo zadbane dłonie i długie śliczne paznokcie. No zrobione u kosmetyczki z jakimiś modnymi wzorami. Najbardziej popularne są hybrydy, akryle i paznokcie tytanowe, to mój faworyt [AIEiAK 14856].

Kilka słów od siebie dodaje też dr Malwina, pokazując, że za wyglądem paznokci kryją się określone pozaestetyczne znaczenia odnoszące się do kwestii stylu życia i mentalności:

Atrakcyjne są paznokcie umalowane z wyciętymi skórkami, koniecznie długie i ładnie wypilowane (...) Każda z nas wie jak ciężko jest wyhodować długie paznokcie. Poza tym by były one atrakcyjne i zadbane trzeba naprawdę ciężko o nie dbać, więc gdy widzimy kobiety z wypielęgnowanymi paznokciami, to też ją trochę podziwiamy, że potrafi sobie zorganizować czas i życie w taki sposób, by wyglądać bardzo dobrze [AIEiAK 14844].

Pacjentka Gabriela zauważa, jaki rodzaj paznokci podoba się mężczyznom:

Zadbane i wypielęgnowane dłonie i paznokcie są symbolem tych czasów. Powinny być zrobione u kosmetyczki (...). Kobiety dużą wagę przywiązują do wyglądu paznokci i dłoni (...), które powinny być zadbane i zrobione u kosmetyczki. **Wielu współczesnych mężczyzn zwraca też dużą uwagę na wygląd dłoni i paznokci (...). Atrakcyjna kobieta musi mieć zadbane, ładnie, ale schludnie zrobione paznokcie oczywiście długie, z podłużną płytką, najlepiej akryle z modnymi wzorami. Migdały lub kwadraty** [AIEiAK 14857].

Zacytowane wypowiedzi moich rozmówczyń wskazują, że w opinii potocznej istnieje ściśle określony wzór, jak powinny wyglądać atrakcyjne paznokcie. Poza kwestiami estetycznymi lekarki i pacjentki mówiły też o głębszych znaczeniach, na które wskazuje wygląd paznokci. Na ten temat mówi dr Alicja:

Dużą wagę przykładają się do paznokci i wyglądu dłoni. Są one niejako naszą wizytówką. Mnie osobiście podobają się te z atrakcyjną płytką, to znaczy z podłużną płytką, najlepiej jak byłyby długie, ale nie za bardzo. (...). **Dłonie i paznokcie łączą się z podświadomą seksualnością. Często słyszę od mężczyzn, że pociągają ich właśnie kobiece dłonie i wygląd paznokci. Przyszanuję się jednak szczerze, że nie rozumiem do końca, o co w tym chodzi** [AIEiAK 14847].

Słowa dr Alicji wskazują na symboliczne utożsamienia paznokci ze zwierzęcością i demonicznością. Podobnych aspektów w wyglądzie tej części dłoni dopatrywali się przedstawiciele kultury ludowej. **Może to wskazywać na utrwalone w kulturze współczesnej tradycyjne wzorce, jednak tylko rudymenarnie tkwiące w badanym przeze mnie środowisku.** Jest to jedna z niewielu tego typu egzemplifikacji. Dokładniejszych wyjaśnień na temat tej problematyki dostarcza konstatacja pacjentki Danuty, w optyce której z wyglądu paznokci da się wyczytać status ekonomiczny i materialny ich właścicielki:

Dłonie i paznokcie łączą się z seksualnością, ale nie mam pojęcia dlaczego. Słyszałam też, że wielu mężczyzn jest fetyszystami paznokci, znam też takich. (...) zadbane paznokcie są jednym z synonimów kobiecości, ale także czystości i elegancji. Mogą wskazywać na pewne cechy charakteru, na przykład, że dbamy o siebie, że jesteśmy czyste, czyli, że dbamy o higienę. Może wskazywać to także, że **kogoś po prostu na to stać oraz że posiada pieniądze na tego rodzaju usługi, na przykład na chodzenie do kosmetyczki na hybrydę albo że ma sprzątaczkę w domu** [AIEiAK 14863].

Słowa pacjentki Danuty wskazują, że wygląd paznokci może określać także położenie społeczne i ekonomiczne jednostki. Sadzę więc, że jest to kolejna część ciała, która znajduje się wysoko w hierarchii elementów wizerunku w opinii środowiska związanego z medycyną estetyczną. Rozważania te podsumowuje wypowiedź pacjentki Teresy:

Paznokcie powinny być pomalowane i zrobione u kosmetyczki. Może tak przede wszystkim czyste, zadbane, wypielęgnowane, pomalowane, najlepiej zrobione u kosmetyczki. Obecnie popularna jest hybryda i tytan. Paznokcie żelowe i akrylowe są dla wielu kobiet alternatywą posiadania długich paznokci, gdy nie są w stanie same ich wyhodować (...) na przykład długie szpiczaste wskazują raczej na osobę, która lubi rzucać się w oczy. **Mogą też wskazywać na rodzaj wykonywanej pracy i zawód. Zadbane paznokcie świadczą też o statusie społecznym i materialnym, bo wiadomo, że nie każdego na to stać, więc jak kobieta ma dobrze zrobione paznokcie to świadczy, że dba o siebie, że stać ją na to, dzięki czemu jest dobrze oceniana przez innych** [AIEiAK 14868].

Piersi

W czasach baroku kobiece piersi określane były *cyckami*, *cycuszkami* czy *drażniętkami*. Przedstawiciele polskiej kultury ludowej nazywali je: *cyckami*, *piłkami*, *zderzakami*, *dydami*, *cytrynkami* czy *dojami*, a idealny ich rozmiar to duże lub średnie „by było za co złapać” [Paluch 1995: 82]. Zainteresowanie kobiecą piersią w polskiej kulturze ludowej wynika też z jej usytuowania – w górnej części ciała, waloryzowanej dodatnio i bliższej sferze *sacrum* [Regiewicz 2017: 430]. „Pod piersią kobiety trzymały przez pewien czas małą rybkę, aby następnie użyć jej jako afrodyzjak (Śląsk, XIII w.)” [Paluch 1995: 82]. Czarownice i wiedźmy mają piersi workowate i obwisłe z długimi i zwisającymi sutkami [Paluch 1995: 82]. W ikonografii herezji kobiece piersi pokazywane były jako obwisłe i suche, ilustrując jałowość działań heretyków [Ripa 2013: 42-43]. Libera, odwołując się do wyjaśnień Desmond Morrisa, pisze, że ludowy erotyzm koncentrował się wyłącznie na genitaliach i nie ma w nim miejsca na kobiece piersi [Libera 1995: 113].

Średniowieczne opisy ciała zwracają uwagę na wypukłość piersi, natomiast renesansowa sztuka głosi, że ich nagość jest synonimem seksualności. Przywołując ten kobiecy atrybut, mówi się o jego jędrności i wydatności, podkreślając ich kształt: „piers jako całość ma formę odwróconej i nieco ściśniętej gruszki, jej czubek jest prosty i zaokrąglony w stosunku do partii niższej” [Vigarello 2011: 20]. Widok odsłoniętej piersi w narracjach kulturowych należy do rzadkości, tak jak eksponowanie tego elementu w opisie ciała [Le Goff, Truong 2006: 122]. Zgodnie z symboliką chrześcijańską, piersi Oblubienicy (*ubera*) „są

wyrazem opiekuńczej i karmiącej matczynej miłości Kościoła” [Forstner 2001: 362]. W ikonografii chrześcijańskiej zdarzały się „wizerunki Madonny obnażającej przed synem piersi, którymi go karmiła, aby go ułagodzić, a jednocześnie Chrystus pokazywał swoje rany Bogu ojcu” [Biederman 2001: 279].

W starożytności popularne były posągi bogini Artemidy (Diany) przedstawianej z kilkunastoma nagimi piersiami, które były symbolem płodności. Natomiast w dawnej symbolice chińskiej kobiece piersi nie posiadały żadnych znaczeń, w przeciwieństwie do wypukłej i umięśnionej męskiej piersi traktowanej jako symbol przynoszący szczęście [Biederman 2001: 280]. W społeczeństwach archaicznych popularne były zabiegi związane z okaleczeniami tej części ciała. Paluch pisze, że pierwsze doniesienia o ich amputacji sięgały nawet XVIII w. p.n.e. [Paluch 1979: 19].

Dla przedstawicielek świata medycyny estetycznej piersi są atrybutem kobiecości i jednym z najważniejszych elementów ciała kobiety. Pomimo upływu czasu i przemian społeczno-kulturowych, podobnie jak w średniowiecznych opisach, informatorki wskazują na ich jędrność, kształt i wydatność. Na temat ich atrakcyjności mówi pacjentka Pola:

Osobieście uważam, że takie bardzo duże piersi nie są modne. Nie chodzi by były bardzo małe, ale zdecydowanie nie są modne takie olbrzymie piersi, jak za czasów Pameli Anderson. Dzisiaj jednak dużą wagę przykładają się do tego, by wygląd ciała był jędrny. A takie duże piersi dają takie poczucie przeciążenia, a gdy są w dodatku naturalne, to po prostu szybko opadają. Dzisiaj mówi się, żeby wszystko było sprężyste, jędrne i zdrowe. W ogóle piersi poszły trochę do lamusa [AIEiAK 14866].

Pacjentka Pola wskazuje na dwie istotne kwestie. Pierwszą z nich jest rozmiar piersi, który jej zdaniem ma obecnie mniejsze znaczenie, a **liczą się raczej aprobowane kulturowo cechy współczesnych kanonów, jak: jędrność i sprężystość. Warte jest podkreślenia, że takie atrybuty wyglądu wpływają na utożsamianie wizerunku ze zdrowiem. Jest to egzemplifikacja tego, jak warunki współczesnej popkultury wpływają na kanony piękna oraz indywidualny gust jednostki.** Po drugie, słowa pacjentki wskazują na redefinicję piersi jako jednego z głównych elementów kobiecego ciała. Na ten temat mówi też pacjentka Sylwia:

Osobieście muszę przyznać, że warto byłoby zrobić operację piersi, którą sama zrobiłam. Nie ma co ukrywać, że z wiekiem piersi wyglądają bardzo źle, bo opadają (...). Kobiety chcą też poprawić biust, który stanowi o naszej kobiecości. Z wiekiem on po prostu opada i wygląda bardzo nieatrakcyjnie [AIEiAK 14867].

Podobnie uważa dr Katarzyna:

No i piersi, największy atrybut kobiecości, powinny być jędrne, wiecznie młode i bez oznak spadania. Może trzeba rozważyć zabieg powiększenie piersi (...). Myślę, że niezmiennie od tysięcy lat (są najpopularniejsze – przypis A.F.) piersi i pośladki [AIEiAK 14852].

Obie wypowiedzi kobiet podkreślają konieczność zrobienia operacji plastycznej, gdy wygląd piersi zostanie dotknięty przez upływ czasu. Sądzę, że przytoczone słowa lekarki mogą wskazywać na rozpowszechnienie się ingerencji medyczno-kosmetycznych jako swoistego remedium na walkę z niedoskonałościami ciała. Wskazuje to też na definiowanie naturalnych procesów ludzkiego życia, jak na przykład starzenie jako niedoskonałości i wad w wyglądzie, które należy „naprawiać”. Jest to też egemplifikacja wskazująca jak procesy medykalizacji ciała zakorzenione są w myśleniu potocznym. Rozważania na ten temat podsumowuje dr Ania:

Piersi i pośladki powinny być krągłe i wysoko osadzone. **Polecam zrobienie piersi. To naprawdę bardzo fajny zabieg. Nie wiem, po co męczyć się z takimi obwisłymi piersiami, jeśli można sobie łatwo pomóc i wyglądać super. (...) bycie fit to (...) piersi, które są jędrne i okrągłe, najlepiej zrobione u chirurga (...). Nie da się walczyć z biologią i piersi po prostu kiedyś opadną, jeśli ich nie zoperujemy czy nie ostrzykniemy [AIEiAK 14845].**

Na temat poprawiania piersi u chirurga plastycznego opowiadają też pacjentki. Oddaję głos Sandrze, która podkreśla, że pożądany rozmiar piersi nie może zbliżać się do skrajnych biegunów na kontinuum – jak w przypadku innych, już przedstawionych przeze mnie w *Nowym antropologicznym atlasie* części ciała – wygląd piersi cechować powinien się niedoścignionym umiarkowaniem:

Idealny wygląd naszych piersi to takie średniej wielkości piersi. Takie bardzo duże piersi są już niezbyt modne, małe również. Należy wyważyć proporcję. Nadal modne, ale może coraz modniejsze jest powiększanie piersi u chirurga, ale nie do takich monstrualnych rozmiarów jak kiedyś. Pamiętam jeszcze jak wiele lat temu Victoria Beckham zaczęła swoją przygodę z powiększaniem piersi do takiego rozmiaru, że wyglądało to jakby jej klatka miała się za chwilę rozerwać. W między na czasie, na przestrzeni wielu lat zmniejszała te piersi i nadal ma bardzo duże, ale są na pewno mniejsze niż kiedyś [AIEiAK 14873].

Kobiety, z którymi rozmawiałam, wskazywały też na zmianę kanonów piękna. Piersi przestały być pierwszorzędnym atrybutem kobiecości. Na ten temat mówi Monika w następujący sposób:

Pamiętam, że **kiedys tę rolę pełniły piersi, czyli były takim symbolem kobiecości**, ale jako historyk sztuki wiem, że kanony dotyczące wyglądu zmieniają się raz na jakiś czas i chyba **teraz zwracamy większą uwagę na ogólną sylwetkę i tył ciała** [AIEiAK 14860].

Opowieści moich rozmówczyń wskazują, że **popularność piersi jako synonimu kobiecości zmalała na rzecz innych części ciała, w tym głównie pośladków**. Potwierdzeniem tej tezy jest bogactwo materiału terenowego, który bliżej przybliżę Czytelnikowi pod hasłem: pośladki.

Policzki

Policzki są jednym z tych elementów twarzy, który dużo „mówi” o charakterze człowieka. Mieszkańcy tradycyjnej wsi z ich wyglądu odczytywali między innymi: stany emocjonalne, wypieki na policzkach oznaczają zawstydzenie, natomiast gdy nagle zaczynają piec, wskazuje to, że ktoś o nas mówi. Prawy policzek (waloryzowany pozytywnie) oznacza, że mówią o nas dobrze, lewy – że źle. Dołeczki na policzkach wskazują, że ich właściciel jest bardzo „kochliwy” [Paluch 1995: 105]. Zgodnie z symboliką chrześcijańską „na policzkach rozkwita piękność i powab oblicza Boga – Człowieka, na policzkach oblubienicy – pełen skromności wdzięk jej dziewiczości” [Forstner 2001: 362].

Osoby związane ze środowiskiem medycyny estetycznej podkreślają, że uwypuklone kości policzkowe są istotną cechą współczesnej kobiecości. Mimo, że w swoich dywagacjach nie poświęciły dużo miejsca tej części twarzy, to ich konstatacje wskazują, że traktują ten element jako osobną kategorię zewnętrznej strony ciała. Oddaję głos kolejnym pacjentkom Danucie, Poli i Teresie:

Kości policzkowe powinny być wystające i lekko zarysowane [AIEiAK 14863].

Zawsze też istotne są (...) **uwypuknione kości policzkowe** [AIEiAK 14866].

Coraz modniejsze staje się też powiększanie lub uwypuklanie kości policzkowych (...).
Poszczególne elementy twarzy powinny współgrać z typem urody oraz najnowszymi

trendami, jak na przykład uwypuklone kości policzkowe, które nadają atrakcyjności twarzy [AIEiAK 14868].

Z wypowiedzi tych wynika, że pacjentki akceptują chirurgiczne interwencje w tę część kobiecego ciała. Także lekarki mówią o kobiecych policzkach. Oddaję głos dr Grażynie:

Oso biście nie wyobrażam sobie atrakcyjnej kobiety bez wystających kości policzkowych (...). W ostatnim czasie obserwuję duże zainteresowanie powiększaniem kości policzkowych. Co trzecia pacjentka pyta mnie o to. Przyszła jakaś moda na taki wygląd nie wiem, jak to wytłumaczyć [AIEiAK 14850].

W opinii kobiet, z którymi rozmawiałam, odpowiednio wyglądające kości policzkowe są jednym z najistotniejszych atrybutów kobiecego ciała współcześnie. Sądzę, że warto zauważyć, że wszystkie informatorki zgodnie podkreślały tę samą ich cechę: wydatność kości policzkowych. Swoista obsesja na tym punkcie jest znamienym wzorem funkcjonującym w imaginariu ciała kobiety w środowisku medycyny estetycznej. Rozważania na ten temat podsumowuje dr Katarzyna:

Teraz też (...) zwracamy uwagę (...) czy **kości policzkowe kobiety są odpowiednio wystające** [AIEiAK 14852].

Pośladki

Klasyfikacyjny i opisowy charakter języka potocznego odzwierciedla definicyjne części ciała, utrwalając elementy istotne i pomijając zbędne. Zgodnie z tą perspektywą pośladki nazywano: *rzyć*, czyli *bochenek*, *buła*, *dupa*, *dupiszczce*, *guzica*, *kuper*, *pardnica*, *pierdnica*, *pólrzytki*, *pupa*, *puzdra*, *siedzenie*, *smrodnica*, *sra*, *tyłek*, *zadek*, *zadnica* [Libera 1995: 22]. Cała terminologia odnosi się przede wszystkim do umiejscowienia tej części ciała, a sama nazwa do: odbytu, tylnej strony ciała i pośladków. W takim rozumieniu pośladki nie stanowią odrębnej części. Rzyć zaczyna się tam, gdzie kończy się kręgosłup, a jej centralnym miejscem jest odbyt służący do wypróżniania się i stąd uchodzą też gazy (w tym czasie ciało człowieka może opuścić dusza wisielca). Odbyt – w świetle etnograficznej wiedzy na temat kultur tradycyjnych – jest otworem odpowiedzialnym za tak zwane *pierdzenie*, *puszczanie bąków*, *purkanie*, które, choć uważane jest za czynność wstydliwą, to jest też oznaką zdrowia organizmu – „gdyby nie ten dech to człowiek by zdechł” [Paluch 1995: 107]. Tylne ciało⁶⁵ człowieka etymologicznie i semantycznie łączy się z *dub*, *dziup*, *dziurą*, dlatego *dupa*

⁶⁵ „Opozycji góra – dół podporządkuje się przeciwstawnie przód – tył (asymetrycznie, bo na przodzie ciała są umieszczone zmysły, bo poruszamy się i komunikujemy z innymi zwykle w kierunku do <<do

może być też nazwany każdy otwór w ziemi [Libera 1995: 27]. W średniowiecznych podaniach wszelkie otwory w ziemi traktuje się jako wejścia do piekieł, a nawet czyściec [Libera 1995: 27]. Ze względu na swoje usytuowanie i otwór, sytuuje się tą część ciała w nieczystości i obejmuje silnym tabu kulturowym.

Wypina się tyłek <komuś na złość> (dawniej w Europie dla odpędzania „złych sił”); siada się gołym tyłkiem na zagony kapusty w celu sprowadzenia urodzaju („niech będą takie łupy, jak moje dupy” – z okolic Pińczowa); panna młoda, w drodze do ślubu, wsadza sobie palce pod tyłek – ile ich przysiądzie, tyle lat nie będzie miała dzieci. Jeżeli tyłek swędzi dziewczynę, to znak, że ją chłopcy chwalą. Diabeł ma tyłek trzęsący się jak galareta lub nie ma go wcale [Paluch 1995: 107-108].

Libera w swojej książce *Rzyć, aby żyć. Rzecz antropologiczna w trzech aktach z prologiem i epilogiem* pisze, że

dzięki pewnym „podobieństwom” anatomiczno-fizjologicznym dostrzega się związki tyłka, odbytu, wypróżniania się, wiatrów z głową, twarzą, nosem, oczami, czkaniem, bekaniem, kichaniem, wymiotami, spluwaniem itp. Rzyć jest ujmowana jako „antypody ust”, „twarz na opak”, lewa gęba, smutna twarz, tylna twarz. W tego rodzaju porównania obfituje język i folklor na całym świecie [Libera 1995: 109].

Porównywanie wiedzy ludowej na temat rzyci z wiedzą innych doktryn, uwypukla najbliższe podobieństwo z myślą średniowieczną (XV-XVI wiek) [Libera 1995a: 121]. W języku potocznym można odnaleźć liczne powiedzenia i przysłowia odnoszą się do tylnej części ciała człowieka.

Wstał dupą do góry (jest zgryźliwy, bez humoru); łeb siwieje – dupa szaleje; dupa nie chłop (nieporadny); dupa wołowa (niezdara, nierozgarnięty); sucha dupa (o kościstej, złośliwej, kłótlivej kobiecie); usiąść na dupie (ustatkować się); sąsiad (brzuch) się nadał, a sąsiadka (dupa) wrzeszczy; najgorzej, gdy dupa chce głową rządzić; u kozaka czarna sraka; chłop je głowa, baba rzyć, co ón mówi, musi być; do dupy z taką robotą(praca źle wykonana); mam to w dupie (nie zależy mi na tym, jest mi obojętne); do dupy nie podobne (do niczego); można mu kołki na dupie łamać (o bardzo silnym, zdrowym); ciemno jak w dupie (bardzo ciemno); nogi weszły mu w dupę (zmęczony); śmiesznie mi się koło dupy robi (muszę iść za potrzebą); plecie jak chora dupa (gada trzy po trzy), on się jeszcze w dupę ugryzie (pozna jeszcze co to beida); dostać w dupę (przegrać); robić z gęby dupę (nie dotrzymać słowa)babskiej dupy wójt (ujmujący się za kobietami); za późno na pokute, jak śmierć chwyta za dupę; więcej w dupie gówien niżli w głowie

przodu>>) (...). Biegunowość i nacechowanie semantyczne opozycji wynika z egocentrycznej przestrzeni postrzegawczej oraz kierunkowości i asymetrii ludzkiego ciała” [Libera 1997: 26].

rozumu; zaciśnąć dupę (umrzeć); w dupie był, gównu widział (o człowieku przechwalającym się); wyżej sra, jak dupę ma; co ma oko do dupy [Paluch 1995; 108].

Przedstawicielki środowiska medycyny estetycznej skupiają swoją uwagę wyłącznie na wyglądzie pośladków, jednocześnie wyodrębniając tę część ciała jako osobny element tylnej części ciała. Bogactwo materiału terenowego jednoznacznie wskazuje też, że pośladki są tym fragmentem ludzkiej fizyczności, któremu moje rozmówczynie poświęciły najwięcej czasu i uwagi. Na temat ich docelowego wyglądu ze szczegółami mówi pacjentka Agnieszka:

Dużo mówi się o pośladkach, to jest jeden z trendów dzisiejszych ćwiczeń – muszą być duże – taka jest ogólna moda. Duże to znaczy, rozrośnięte mięśnie pośladkowe, brak cellulitu, napięta skóra, podniesione do góry (...). Dodatkowo panuje przekonanie, by wykonywać dużo ćwiczeń na pośladki. Są one najważniejszym elementem ciała kobiety lansowanym w mediach. Powinny być okrągłe, wysoko usytuowane i bez cienia cellulitu. Wymaga to naprawdę wiele pracy. Ja na przykład nie mam problemów z tą częścią ciała, bo jestem dość szczupła od pasa w dół. Chwile poćwiczę tę partię ciała i widzę efekty. Natomiast większość Ewy Chodakowskiej czy Anny Lewandowskiej postów odnosi się właśnie do wyglądu pośladków [AIEiAK 14858].

Wygląd pośladków – w świetle powyższej wypowiedzi – jest skorelowany z ćwiczeniami, zdrowiem fizycznym. Na ten temat mówi też pacjentka Monika:

Jest spora moda na duże pośladki. Wszystkie kobiety dążą do posiadania dużej i wysoko osadzonej pupy, to również mój najważniejszy życiowy cel, ten związany z moim wyglądem (...). Kobiety za wszelką cenę starają się poprawić wygląd swojej pupy, by była jędrna i okrągła (...). Są one seksualne (pośladki – przypis A.F.), ale także trzeba dużo ćwiczeń, by ruszyć największe mięśnie w naszym ciele, czyli pośladkowy wielki [AIEiAK 14860].

Słowa pacjentki Moniki jednoznacznie wskazują – zaryzykuję stwierdzenie – że **współcześnie istnieje kultura pośladków. Są one najważniejszym elementem kobiecego ciała i dla wielu kobiet, dobrze wyglądające pośladki stanowią najważniejszy estetyczny cel w życiu.** Osoby, z którymi rozmawiałam, dużo uwagi poświęciły także opisowi, jak zdobywa się - oprócz ćwiczeń - idealny wygląd tej części ciała. Na ten temat mówi pacjentka Jagoda:

Mamy obecnie taki trochę kult pośladków. Kobiety najczęściej wypracowują właśnie tę część ciała (...). Coraz więcej kobiet pyta o zabiegi na pośladki i piersi. Chcą poprawiać wygląd

tych dwóch części wizerunku. **Medycyna estetyczna ma coraz więcej do zaproponowania w powiększeniu i ujędrnieniu tych dwóch części ciała. Zabiegi takie nie są jeszcze mocno rozpowszechnione, ale to się już zaczyna** [AIEiAK 14865].

Z kolei Justyna zwraca uwagę na inne kwestie:

Bardzo, ale to bardzo popularne są pośladki. Dzisiaj wszystkie kobiety zabijają się o fajny wygląd pośladków. No kto nie robi dzisiaj przysiadów czy hip-trust-ów na siłowni?! Pośladki muszą być okrągłe i bardzo podniesione. O cellulicie nie ma mowy. Właśnie Ewa Chodakowska ma takie idealne pośladki (...). Strasznie podobają mi się takie duże i krągłe pośladki, no bez cellulitu oczywiście [AIEiAK 14870].

Sądzę, że **rozprzestrzenienie takiego wizerunku sprzyja popularyzacji rozwiązań stosowanych między innymi przez medycynę estetyczną, gdyż w wielu przypadkach jest to walka z naturalnymi predyspozycjami jednostki i barierami fizjologicznymi.** Potwierdzenie tej tezy dostarcza wypowiedź dr Malwiny:

Idealna sylwetka kobiety powinna mieć duże pośladki bez cellulitu (...). Poza tym fit ciało to są duże i pełne pośladki. **Mamy jakąś modę w Polsce na budowanie pośladków, dużo kobiet trenuje tą część ciała. Dużo moich pacjentek pyta o zabiegi związane z pupą, jak ją podnieść, ujędrnić i pozbyć się cellulitu. W naszym kraju nie są popularne zabiegi powiększania lub obstrzykiwania pośladków, ale na świecie już tak, zwłaszcza w Ameryce Południowej i Stanach Zjednoczonych. Pośladki powinny być duże i jędrne bez cellulitu i można to osiągnąć za pomocą lekarza, i to niekoniecznie chirurga** [AIEiAK 14844].

Na tę kwestię uwagę zwraca też dr Anastazja:

Niezwykle pożądanym typem wizerunku są duże i jędrne pośladki. Mogę nawet powiedzieć, że **mamy kulturę pośladków. Myślę, że w ciągu najbliższych lat wszystkie techniki dotyczące poprawy ich wyglądu, które są bardzo rozpowszechnione w Stanach Zjednoczonych, będą popularne i u nas. Coraz więcej pacjentek pyta się o tego rodzaju pośladki. Niestety, ale ich wygląd medycyna estetyczna może poprawić tylko w pewnym stopniu, ale najlepiej jest robić dużo ćwiczyć na siłowni i wykonywać dużo aerobów** [AIEiAK 14854].

O powodach popularności pośladków mówi pacjentka Danuta:

Co do poszczególnych części ciała to najpopularniejsze są obecnie duże, krągłe pośladki bez cienia cellulitu. Wszyscy robią teraz przysiady na siłowni. **Najpopularniejsze konta w mediach społecznościowych to te, na których właścicielka ma krągłą pupę, ale jest stosunkowo szczupła (...). Coraz częściej jednak dochodzą do mnie obrazy, które pokazują kobiecie**

ciało jako pełne kształtów i dużych pup. Nie wiem czy to konkretna moda czy to próba wylansowani się Kim Kardashian, a ze względu na jej ogromną sławę, stało się to upublicznione w mediach (...). Dzisiaj są modne duże pośladki, mnie również się takie podobają, ale bez takiej przesady (...). Jest to wygląd w stylu Kim Kardashian. Czytam często zagraniczne portale i tam wszędzie widzę sylwetki z dużą pupą [AIEiAK 14863].

Kilka słów o wpływie mediów dodaje też dr Alicja:

W mediach prezentowane są różnego rodzaju wizerunku, ale najbardziej dominującym jest ten wysportowany (...) z dużą pupą, rozbudowanymi mięśniami na brzuchu (...). Jak chodzę na siłownię to najczęściej widzę, że kobiety robią ćwiczenia poprawiające wygląd ich pośladków. Niekiedy zauważyłam, że wykonują wiele serii tego samego ćwiczenia, na przykład przysiadów [AIEiAK 14847].

Sądzę, że popularność pośladków w mediach spowodowana jest w dużej mierze przez korporacyjną chęć zysku i władzę. Poprawa wyglądu tej części ciała jest niezwykle trudna, o ile w ogóle możliwa, bez stosowania specjalistycznych metod i może to wskazywać na propagowanie takiego wyglądu, by zachęcać jednostki do stosowania coraz nowszych narzędzi, jak na przykład medycyna estetyczna. Uważam, że jest to też kolejna egzemplifikacja szerzących się procesów medykalizacji oraz wpływu międzynarodowych korporacji na kształtowanie opinii publicznej. W interesujący sposób popularność pośladków podsumowuje dr Magdalena:

Dzisiejsza atrakcyjność u kobiety rozumiana jest jako sukces zawodowy. Takie kobiety zawsze mają duże, no w miarę duże pośladki (...). Pupa jest zdecydowanie obecnie najbardziej popularna [AIEiAK 14848].

Zacytowana wypowiedź dr Magdaleny poza popularnością pośladków podkreśla także, że ich atrakcyjny wygląd utożsamiany jest z sukcesem zawodowym, co może wskazywać – po raz kolejny – na definiowanie wartości kobiety w społeczeństwie przez określony wygląd. Ilustruje to też, jak wielką wagę przypisuje się pięknu, a sukces coraz częściej – w przypadku kobiet – rozumiany jest jako wpisywanie się w kanony urody.

Proporcje sylwetki

Proporcjonalność sylwetki ceniona była przez malarzy renesansu, którzy akcentowali szerokie biodra i dużo węższą talię [Bucci 2005: 378-379]. W czasach baroku dominowały bujniejsze proporcje z wyraźnie odstającym brzuchem, czyli tak zwane rubensowskie kształty. Vigarello

podkreśla, że XVII wiek odkrył talię i nadał jej nowy wymiar: „na przykład <<talia>>, tworzony przez nią zarys pasa i bioder zyskały na precyzji i obecności. Talia Delfiny jest <<długa, krągła, delikatna i swobodna, doskonale wcięta>>”; talia królowej Hiszpanii jest „podkreślona, zgrabna, stan długi, niezwykle delikatny i kruchy u dołu, nieco bardziej podwyższony niż zazwyczaj” [Vigarello 2011: 61]. Mechanistyczny obraz ciała w XVII stuleciu nieuchronnie doprowadził do korygowania kobiecych sylwetek. Wówczas pojawił się gorset, którego estetyczną funkcją było wyprostowanie sylwetki, zarysowanie talii i „zebranie piersi” [Boucher 2012: 391-393]. „Gorset definitywnie podzielił społeczny horyzont sylwetek. Od dawna wszystko dzieli wieśniaczkę o okrągłych kształtach <<wysmukłych>>. Wszystko dzieli uznawaną za przyciężką sylwetkę chłopki od wyszczuplonej sylwetki damy. Jednakże w XVII wieku warstwy szlacheckie sugerują nie tylko opozycje szczupłości i krągłości, lecz także <<pionu>> i <<rozłania>>” [Vigarello 2011: 81]. Celem takich działań było nadanie proporcjom ciała kształtu klepsydry, co czyniło z kobiety emblemat kobiecej płodności. Wąska talia, na zasadzie kontrastu, podkreślała wydatność bioder i biustu [Gromkowska-Melosik 2013: 83]. W kulturze ludowej szeroko zarysowane biodra ze szczupłą talią łączono z płodnością kobiety i jej możliwościami reprodukcyjnymi.

Materiał empiryczny, jaki zebrałam w toku badań, jednoznacznie wskazuje na trwałość wyżej zarysowanego wzoru w kulturze współczesnej. Oddaję głos dr Malwinie:

Atrakcyjne ciało to przede wszystkim zgrabna i proporcjonalna sylwetka. **Chodzi tu przede wszystkim o proporcje. Bardzo dużo kobiet chce mieć bardziej lub mniej zarysowane biodra (...). Talia powinna być dużo węższa w stosunku do bioder, by sylwetka odzwierciedlała klepsydrę (...). Myślę, że jest to obecnie najpopularniejszy kobiecy wizerunek. Takie ciało ma idealne proporcje i wcięcie w talii** [AIEiAK 14844].

Na ten temat konstatuje też dr Ania:

Atrakcyjne ciało w dzisiejszych czasach to dobrze zachowane proporcje zwłaszcza talii w stosunku do bioder. Takie ciało nadal powinno być szczupłe. No chodzi o to, żeby było po prostu szczupłe no i **żeby były widoczne proporcje sylwetki** [AIEiAK 14845].

Rodzaj wizerunku, o którym mówią lekarki, wskazuje, że kobiece ciało ma zachowywać cechy seksualne. Można więc powiedzieć, że kategoria ponowoczesnego piękna to także seksualność kobiecego wizerunku. Także pacjentki dzieliły się swoimi opiniami na temat proporcji sylwetki. Cytuję wypowiedź Jadwigi:

Pamiętam czasy, gdy mój własny tata przez lata opowiadał, że w mojej mamie podoba mu się wszystko, bo pasuje to do siebie, jest ona wysoką kobietą z szerokimi biodrami i szczupłą talią. Liczyło się, że jej sylwetka była proporcjonalna, a całość była spójna (...). **Obowiązujące wymiary sylwetki w dzisiejszych czasach to 90-60-90 albo i mniej, i nie ma znaczenia czy ktoś jest innej postury i jest na swój sposób szczupły lub proporcjonalny, ale liczy się to, by dążyć do upragnionego 90-60-90. Uważam, że dzisiejsza atrakcyjność jest wyliczonym matematycznie działaniem. Choć przyznam szczerze, że docierają do nas wizerunki ze Stanów Zjednoczonych, na przykład Kim Kardashian, której poszczególne elementy ciała wyglądają zgodnie z obowiązującymi standardami, więc jest uznana za bardzo atrakcyjną. Choć z drugiej strony, w moim odczuciu nie pasują one do siebie: przesadnie szczupła talia do wyjątkowo szerokich bioder. Nie widzę w tym nic atrakcyjnego, a jedynie monstrualny i nienaturalny wizerunek [AIEIAK 14859].**

Na ten temat mówi też pacjentka Jagoda w następujący sposób:

Idealne ciało kobiety ma super proporcje, to znaczy, że taka kobieta ma krągłe pośladki, widoczne biodra i szczupły brzuch. (...) mówi się nawet o tym, że wiele kobiet powiększa sobie pośladki, żeby właśnie uzyskać taką bardziej proporcjonalną sylwetkę (...). Na pewno figura w typie gruszki czy klepsydry jest bardzo istotna, bo na przykład, typowe jabłko, nawet jeśli będzie szczupłe to i tak, nie jest atrakcyjne. Chodzi o to, żeby brzuch czy tam talia były szczupłe w stosunku do bioder i nóg. Taki rodzaj sylwetki, chyba od początku istnienia relacji między ludźmi był najbardziej pożądanym wizerunkiem kobiecego ciała (...). Duże pośladki i spore wcięcie w talii dają wizerunek bardzo seksualny, bo jest on proporcjonalny. W dzisiejszych czasach bardzo liczą się proporcje [AIEIAK 14865].

Warto zwrócić uwagę, że duża trwałość tego wzorca odnoszącego się do proporcji kobiecego ciała przypominających kształt klepsydry, jest konsekwencją kulturowej mody na płaski brzuch i krągłe pośladki, o czym już była mowa.

Ramiona / ręce

W kulturze ludowej ręce nazywano: *grabiami* lub *łopatami* [Paluch 1995: 90]. Już w czasach starożytnych wierzono w istnienie specjalnych kanalików (żył) łączących ręce z sercem. Zgodnie ze światopoglądem ludowym prawa i lewa strona ciała były waloryzowane odmiennie – prawa ręka jest właściwa, „odpowiednia” i „normalna” [Paluch 1995: 91]. Robiono nią znak krzyża, podawano pokarm i leki oraz wykonywano wszelkie czynności leczniczo-magiczne. Dotykano nią także rzeczy i przedmiotów, które uznawane były za piękne i dobre. Ręka lewa jest niegodziwa, „brudna” i zła. Robiono nią wszelkie czynności nikczemne i te, które miały szkodzić: nalewanie wódki lewą ręką spowoduje u pijącego silny

stan alkoholowy, żegnanie kogoś lewą ręką wskazuje, że źle mu się życzy. Palców lewej ręki używano też do czynności czarowniczych i o złych zamiarach [Paluch 1995: 91]. Podobnym konotacjom podlegały osoby leworęczne, uważane za „odwrócone”.

U nas na Sąddecku, uważa się, że „lewa ręka jest słabsza, bo od serca”. Tłumaczy się to bliskością tej ręki od serca, krótkością żył łączących ją z sercem: „wszystko się bardziej odczuwa”, każde jej nadwyrężenie, zmęczenie. Żyły w takich przypadkach wyciągają się, stają się węższe i wtedy mniej krwi dociera z serca do ręki. Jeżeli ktoś ma serce po prawej stronie, wtedy prawa ręka jest słabsza [Paluch 1995: 90].

Powszechnym określeniem w języku potocznym był: *mańkut*, *lewak*, *majkut* czy *liwak*, „*przełożone ręce*” [Paluch 1995: 91]. Przyczyn tego zjawiska doszukiwano się, że „matka zaczęła karmić dziecko lewą piersią lub że przy chrzcie było trzymane na lewej ręce” [Paluch 1995: 91]. Mocno owłosione ręce wskazują, że będzie się bogatym, a gdy uderzymy się przypadkowo w łokieć to znaczy, że ktoś nas wspomina [Kowalski 1998: 606].

W symbolice chrześcijańskiej ręka jest najdoskonalszym organem człowieka, zwłaszcza przy wykonywaniu działań manualnych. Stąd w mowie potocznej oznacza „działanie” [Forstner 2001: 351]. Ręka Boga ucieleśnia moc i potęgę, niekiedy interpretuje się ją, jako głos Boży [de Chapeaurouge 2014: 51-52]. Z kolei w epoce wiktoriańskiej wygląd kobiecych ramion i rąk miał szczególne znaczenie. Aleksander Walker, komentując pożądane cechy kobiecego piękna w XIX wieku pisze: „ręka kobiety powinna być mniejsza, bardziej pulchna, delikatniejsza i bielsza od ręki mężczyzny, z delikatnymi dołeczkami wokół przegubów (...). Kształt ręki (...) odzwierciedla charakter umysłu [Gromkowska-Melosik za Walker: 2013: 63]. W języku potocznym istnieją liczne powiedzenia i przysłowia odnoszące się do rąk:

ma smolę w rękach (o złodzieju); jakby ręką odjął (bez śladu); siedzi z założonymi rękami (bezczyinnie); pójść na rękę (pomoc ułatwić); złota rączka (potrafi wszystko zrobić); załamywać ręce (rozpaczać); z ręką na sercu (szczerze); dać w łapę (dać łapówkę); kto z plapą (pyskiem), ten i z łapą (człowiek pyskаты jest skory do bicia); urobił sobie ręce po łokcie; iść łokciami (bezwzględnie dążyć do celu, po trupach); mieć szeroką rękę (być hojnym); ręka zawiniła, a dupa oberwała; rękę przyłożyć do czegoś (przyczynić się) [Paluch 1995: 92].

W materiale z terenu, który zbadałam, odnaleźć można liczne eksplikacje dotyczące tej części ciała, lecz są one dalekie od tradycyjnych, ludowych waloryzacji lewe – prawe czy

symbolicznych konotacji. Ta kategoria w środowisku medycyny estetycznej, jak wynika z moich badań, nie ma znaczenia. To inne – wizualne, estetyczne – aspekty wysuwają się na pierwszy plan. Na temat pożądanego wyglądu rąk mówi dr Ania. Jej perspektywa przedstawia bardzo określony wzór, w którym również dominuje atrakcyjna muskularność:

Ramiona atrakcyjne są żylaste, smukłe i umięśnione. Mnie osobiście bardzo podobają się takie ramiona, bo są z jednej strony smukłe, ale też trochę wyrzeźbione. Ramiona muszą być, bez tak zwanych nietoperzy, z wyraźnymi mięśniami i bez opadającego tricepsu [AIEiAK 14845].

Także dr Marta twierdzi, że ramiona nie powinny być obwisłe:

Więc może takie atrakcyjne ciało ma wyraźnie zaznaczone mięśnie, zwłaszcza na (...) ramionach. Ramiona powinny być lekko umięśnione, bez tych dramatycznych, obwisłych nietoperzy. Wygląda to żałośnie [AIEiAK 14846].

Rodzaj narracji prezentowany przez informatorki jest egzemplifikacją społecznych dążeń do osiągnięcia perfekcyjnego wyglądu. Każde odstępstwo od takiego ciała traktowane jest negatywnie. Podkreśla to też, jak w opinii środowiska medycyny estetycznej definiowane są naturalne procesy organizmu. Myślę, że tego rodzaju przekonanie, między innymi o procesie starzenia się, powoduje, że kobiety poszukują rozwiązań, które pomogą pokonać im biologiczne możliwości ciała. Rozważania na ten temat podsumowuje pacjentka Gabriela:

Atrakcyjne ręce to ramiona i barki bez widocznych flaków. Coraz więcej kobiet ćwiczy też tę część ciała. (...) lubię, jak kobieta ma ładnie zarysowane ramiona, bo w innym wypadku wygląda bardzo nieestetycznie (...) a najbardziej pożądanym obecnie wizerunkiem sylwetki są (...) wyćwiczone ramiona, zaznaczony biceps i triceps [AIEiAK 14857].

Jest to kolejna część ciała kobiecego, która zgodnie z przyjętymi kanonami piękna powinna posiadać widoczne mięśnie – te z kolei utożsamiane są z męskością. Sądzę, że widoczny jest tu też pewien paradoks, bowiem z jednej strony aprobowane społecznie jest usuwanie oznak męskości, jak na przykład widoczne owłosienie, a z drugiej – niektóre elementy kobiecego ciała nawiązują do męskiej fizyczności. Warto podkreślić, że nie zawsze nadawcą wzorów kobiecego piękna są mężczyźni. Wypowiedzi moich rozmówczyń świadczą o tym, że kobiety często same kreują i poddają się tym normom.

Rzęsy

Usytuowanie rzęs sprawia, że są ważnym element ludzkiej twarzy. Paluch zauważa, że ideałem są długie rzęsy, zwłaszcza u kobiet [Paluch 1995: 95]. Na Sycylii w celu zawarcia bliskiego pobratymstwa wrywano sobie rzęsy i wzajemnie się nimi obdarowywano. Na Wołyniu spalone włosy z rzęs podawano w potrawach jako afrodyzjak [Paluch 1995: 95]. Dla niektórych kultur magicznych rzęsy związane były też z tajemnicą, gdyż „skrywały” oko.

Kobiety, z którymi rozmawiałam podczas etnograficznych badań, nadawały rzęsom znaczenia przede wszystkim estetyczne. O ich idealnym, wyglądzie, kolejny raz lokującym się między skrajnościami, mówi dr Marta:

Rzęsy powinny być długie i gęste, mnie nie podobają się za bardzo takie długie, bo są po prostu karykaturalne, ale dużo kobiet zakłada dzisiaj sztuczne rzęsy. Zwłaszcza te przesadnie długie, nie jest to raczej kanonem piękna. Mówię tu o takich przesadnych wachlarzach. W miarę delikatnie zrobione rzęsy u kosmetyczki są naprawdę atrakcyjne i otwierają oczy [AIEiAK 14846].

O kosmetykach do stylizacji rzęs mówi pacjentka Pola:

Twarz (...) powinna być z ładnymi rzęsami, no najlepiej sztucznymi lub potraktowanymi revitalashem, ale wtedy też trzeba stosować dobry tusz, na przykład firmy Estee Lauder lub Lancome. Ja lubię też Helene Rubinstein. No i trzeba pilnować, by spać na wznak, bo rzęsy się zaginają. Mimo, że tusze nie są tanie, bo dobry tusz to około dwustu złotych kosztuje, a Revitalash to już dużo droższa impreza, ale i tak się to opłaca, w stosunku do sztucznych rzęs. Tyle, że te zrobione u kosmetyczki są najładniejsze i takie są najbardziej popularne [AIEiAK 14866].

Zacytowane wypowiedzi lekarek i pacjentek są kolejną egzemplifikacją wyspecjalizowania rynku piękna – co potwierdza szeroka gama służących do stylizacji tej części oczu kosmetyków, ale też powstanie nowych usług, jak na przykład zakładanie sztucznych rzęs. Warto też podkreślić, że podobnie jak w przypadku permanentnych brwi rzęsy zakłada się na pewien czas i sędzę, że jest to kolejny przykład wzajemnej relacji pomiędzy pięknem a nowoczesnymi kategoriami urody, jak: perfekcyjny czy idealny wygląd. Stałe metody poprawiania wizerunku pozwalają wyglądać kobiecie „doskonale” o każdej porze dnia i nocy. Nowy projekt tożsamościowy ukazuje „uzależnienie” jednostki od permanentnej transgresji, na co wskazuje Ulrich Beck i Elisabeth Beck-Gernsheim:

w rzeczy samej permanentna „etyka zmiany” została wprowadzona w ruch (...). Dotychczasowe bariery ograniczające ludzi – prawa natury, słowo Boga, społeczne obyczaje i imperatywy klasowe – sukcesywnie zanikają i w rezultacie nie ma już żadnych reguł mówiących „stop”. Zamiast tego normą staje się poszukiwanie czegoś więcej: jeszcze szybszego, większego i piękniejszego [Beck, Beck-Gernsheim 1995: 92-93].

W ten **sposób atrakcyjność oceniana w każdej chwili życia**, o czym może świadczyć popularność permanentnych metod. **Ciało musi być gotowe w każdej chwili na bycie obserwowanym i ocenianym**. To współczesna kultura, ze względu na swoje najważniejsze cechy, jak między innymi szybkie tempo życia, a próbuje tego rodzaju rozwiązania estetyczne. Potwierdzenia tej tezy dostarczają słowa pacjentki Sandry:

Długie rzęsy, najlepsze są takie rozdzielone, na przykład Ambrosio przylepia rzęsy, takie megapiękne. **Ale proszę pamiętać, że przylepiamy rzęsy u kosmetyczek ze względu na wygodę, a nie tylko na atrakcyjność. Około dwóch czy trzech tygodni ma się piękne rzęsy i w dodatku nie trzeba na to poświęcać czasu, bo wystarczy zabieg u kosmetyczki. Dzisiejsze kobiety dużo pracują i zarabiają, i cenią sobie czas ponad wszystko** [AIEiAK 14873].

Jak bardzo popularne są stałe metody podkreślania piękna, w tym wypadku rzęs, opowiada dr Ksenia:

Rzęsy muszą być megadługie i gęste, **najlepiej przyklejone u kosmetyczki, każdy to dzisiaj robi**. Choć mnie osobiście nie podobają się sztuczne rzęsy, ale **wiem, że praktycznie wszystkie kobiety je teraz zakładają**. Podobają mi się sztuczne tylko, gdy są bardzo delikatne, a takie też widziałam. **Muszę przyznać jednak, że kobiety oszalały na punkcie takich doczepianych rzęs. Chyba znam tylko kilka kobiet, które nie wykonują tego zabiegu** (chodzi o zabieg zakładania sztucznych rzęs – przypis A.F.) [AIEiAK 14843].

Na pytanie czy rzęsy są współcześnie ważnym elementem kobiecej atrakcyjności odpowiada pacjentka Natalia:

Tak samo jest ze sztucznymi rzęsami, osobiście mi się one nie podobają, chyba, że są zrobione tak naprawdę delikatnie, to wtedy ok. **Ale kanon jest taki, że rzęsy powinny być sztuczne** (...). Długie i gęste rzęsy i takie ładne rozczesane otwierają oczy, **ale w ogóle rzęsy są dla kobiet bardzo ważne, więc sporo o nie dbamy** [AIEiAK 14871].

Skóra

W optyce ludowego światopoglądu: „Bez skóry wnętrzości, kości, całe mięso by wyszło na wierzch” [Libera 1997: 99]. „To taki <<worek>>, który wiąże całego człowieka>>, <<obleka całe ciało, co by z niego nie wystawało>>” [Paluch 1995: 96]. Zgodnie ze światopoglądem kultur magicznych skóra ma chronić ciało człowieka przed nadmierną utratą wody, zimnem, zewnętrznymi zagrożeniami jak zanieczyszczenia i zarazki. Pod jej powierzchnią znajdują się żyły, które bywają widoczne „gołym okiem”. Wszystkie stworzenia we wszechświecie posiadają skórę: „skórę ma więc także chleb, owoce i jarzyny, drzewa czy ziemia (...), jest <<kosmata>>, <<sierścista>>, tj. dlatego, że jest ona pokryta trawami, zaroślami, lasami” [Moszyński 1968: 511-512]. Folklor ludowy traktował „skórę jako zewnętrzną powłokę ciała, jego <<opakowanie>>” [Libera 1997: 99]. Skóra u ludzi różni się grubością: z wiekiem staje się bardziej pomarszczona i grubsza; najtwardsza jest na piętach i dłoniach osób pracujących fizycznie, natomiast najcieńsza jest na głowie [Paluch 1995: 96]. W polskiej kulturze ludowej zwracano także uwagę na barwę skóry i znajdujące się na niej różne znamiona. Piegi oznaczają osobę nieatrakcyjną, ale mającą powodzenie w miłości. Pieprzyki na ciele kobiety, zwłaszcza w okolicy ust, uznawane były za seksualny wabik – o ile „nie było ich za dużo” [Paluch 1995: 97]. W leczeniu ludowym, szczególnie w chorobach skórnych, powszechnym zwyczajem było doszukiwanie się podobieństw pomiędzy światem roślin a dolegliwościami chorego. Przy żółtym zabarwieniu skóry – powszechnie nazywanym żółtaczką – stosowano rośliny kwitnące na żółto: jaskółcze ziele, glistnik, kocanka piaskowa lub należało pić sok z cytryny. Niekiedy też spożywano miód pszczeli lub dotykano skórę złotymi przedmiotami liturgicznymi [Paluch 1989: 39].

W czasach biblijnych wszelkie choroby skóry nazywane były trądem. Osoba dotknięta tym schorzeniem uważana była za nieczystą i najczęściej była wyłączana z grupy społecznej ludzi zdrowych. „Będzie miał rozerwane szaty, włosy w nieładzie, brodę zasłoniętą i będzie wołać <<Nieczysty, nieczysty!>>” [Kpł 12, 45-46]. Trąd uznawany był za karę boską zsyłaną na grzeszników i był symbolem „sprzeniewierzenia się” Bogu [Lurker 1989:248]. U tubylców australijskich (ale też u mieszkańców czarnej Afryki, Melanezji, we wschodniej Indonezji i niektórych regionach amerykańskich) polarnym zabiegiem było okaleczanie skóry w celu uzyskania blizn [Paluch 1979: 57].

Vigarello zauważa, że już „Hipokrates odróżniał: grubego zapaśnika od <<człeka otyłego>>; pierwszy jest umięśniony, a drugi odtłuszczony” [Vigarello 2012: 33]. Nie ulega wątpliwości, że bycie grubasem lub posiadanie widocznych oznak tej „hańby”, jak cellulit czy tłuszcz łączy jeszcze z jednym zagadnieniem, a mianowicie z wiotką skórą. Taki wygląd

odbiega od współczesnych standardów, które dużo miejsca poświęcają cechom takim jak: elastyczność, jędrność i młodość – wszystko to, co łączy się z dobrym wyglądem i samopoczuciem, czyli byciem (nie)chorym.

W latach 20-tych XX wieku pierwszy raz użyto terminu otyłość jako: nadmiar tłuszczu w organizmie, naddatek czegoś, dostrzegalne gołym okiem zaburzenia, ale przede wszystkim jako określenie zaawansowanego stadium [Vigarello 2012: 356]. Otyłość stwarzana jest przez nadmiar tłuszczu, choć wcześniej występują pewne oznaki „pośrednie” jak cellulit. Dodatkową oznaką grubego ciała jest wiotka i luźna skóra, która coraz częściej wymieniana jest w kontekście choroby i odstępstwa od obowiązującej normy. Ponadto, coraz popularniejszy ekshibicjonizm cielesności zakładający eksponowanie dużej części ciała powoduje, że większą uwagę przywiązuje się do wyglądu samej skóry – zwłaszcza jej elastyczności i jędrności.

Materiał terenowy, który zebrałam, wskazuje, że nieestetycznie wyglądająca skóra jest ważnym zagadaniem w kontekście prowadzonych przeze mnie analiz – mimo że moje rozmówczynie poświęciły jej zdecydowanie mniej miejsca, to sądzę, że stanowi ona istotne dopełnienie omawianych przeze mnie tematów. Na temat wyglądu skóry mówi dr Bożena:

Sylwetkę też jest ciężko ukryć, więc ma naprawdę spore znaczenie, no i **czy skóra jest zwiotczała i pozbawiona cellulitu**, bo to akurat jest bardzo nieestetyczne. **Choć wydają mi się, że taka wiotka skóra, taka pozbawiona elastyczności to jest chyba gorsza od nadwagi i samego tłuszczu** [[AIEiAK 14856].

Wypowiedź mojej informatorki wskazuje, jak w oczach lekarek medycyny estetycznej ujmowany jest temat nieelastycznej skóry. W ich perspektywie kobieca skóra staje się zagadnieniem publicznym, przyciągającym uwagę i komentarze innych ludzi. Taki stan rzeczy powoduje, że ciało coraz w mniejszym stopniu przynależy do niej samej, stając się w większym stopniu wartością społeczną. Odbiegający od przyjętych standardów wygląd skóry traktowany jest jako kategoria naznaczająca jednostkę poczuciem wstydu. Jak twierdzi Elias, nowoczesność charakteryzuje się przede wszystkim większą rolą i obecnością wstydu przy jednoczesnym zmniejszeniu jego odczuwania. Jego zdaniem „poczynając od XVI stulecia obniża się stopniowo coraz szybciej próg uczuć i zakłopotania”, jakie odczuwa jednostka [Elias 2011: 554]. Przyczyn tego stanu rzeczy współcześnie należy upatrywać w nowym wzorze wartości: „nowy paradygmat jednostki, który ukonstytuował się w latach sześćdziesiątych minionego wieku w Europie zadekretował: samorealizację, pozytywne

myślenie, ufność, radość, zdrowie, szczęście, młodość, pieniądze, indywidualizm, dobre samopoczucie, optymizm, wolność i odpowiedzialność, komfort, urodę, seksualność i erotyzm, udany związek, koncentrację na doświadczeniu indywidualnym i własnej samoświadomości, autonomię jednostki, racjonalizm, życie rozumiane jako jakość życia” [Czykwin 2013: 229]. Sukces współcześnie polega na dążeniu i osiągnięciu wyżej wymienionych kategorii, a przestrzeganie wskazanych norm jest cechą szczególnie cenną. Dzieje się tak, ponieważ „nowoczesność jest nieuleczalnie samokrytyczna”, a „niemożność dostosowania się do powszechnie obowiązujących norm konsumpcyjnych, nakazów mody czy etykiety” jest szczególnie bolesna dla jednostki [Bauman 2000: 114]. Podobnie jak w przypadku cellulitu i tłuszczu, oceniany jest nie tylko sam wygląd, ale także postawa jednostki. W tym kontekście na temat skóry mówi pacjentka Martyna:

Ze względu na rozpowszechniony kult młodej skóry zarówno palenie i opalanie się na brąz przestały być po prostu modne. Są oznaką choroby i w ogóle chorowania. **No ludzie tacy bardzo opaleni to kojarzą się z takimi biednymi robotnikami na ulicy**, których nie stać na wizytę u lekarza. **Wiotka skóra to nie jest coś normalnego. W moim odczuciu to jest wynik jakiejś choroby lub po prostu ogromnego zaniedbania. No jednak jak człowiek naprawdę się pilnuje i odpowiednio się odżywia i ćwiczy to powinien mieć taką w porządku skórę** [AIEiAK 14861].

Choroba w świetle zebranego materiału terenowego przyjmuje znamiona konstruktu społecznego, którego współczesna definicja poddana jest szczególnemu rozszerzeniu. Słowa informatorки pokazują też, jak dochodzi współcześnie do nadania ludziom statusu chorego: nieodpowiedni wygląd (nie pasujący do obowiązujących kanonów, jak na przykład odnosząc się do słów cytowanej pacjentki, opalona czy wiotka skóra) jest dostatecznym kwalifikatorem społecznym do etykietowania człowieka jako chorego.

Ale historia choroby to także opowieść o przemianach, głównie kategorii wpisywanych w ciało. Obecnie termin ten zdaje się rozciągać na kategorie, które w ogóle nie są z nim związane, a jednak nazywane są problemami medycznymi wymagającymi interwencji specjalisty. Wydaje się mieć coraz większe znaczenie fakt, że coraz większa ilość niewielkich odchyleń od normy kategoryzowana jest jako choroba i tak dla przykładu nadprogramowa liczba kilogramów definiowana jest jako nadwaga, a nawet otyłość. Jest to idealna egzemplifikacja medykalizacji rozumianej jako *overmedicalization*. W tej perspektywie naturalne procesy fizjologiczne jak na przykład posiadanie większej ilości

tkanki tłuszczowej w okolicach bioder przez kobiety, oceniane jest w perspektywie zaniedbań, lenistwa i choroby wymagającej pomocy profesjonalisty medycznego.

Kobiety, z którymi rozmawiałam podczas etnograficznych badań, poświęciły dużo uwagi tej części ciała. W ich wypowiedziach znaleźć można dalekie refleksy dawnych, tradycyjnych mniemań i znaczeń przypisywanych wyglądowi skóry. Lekarki i pacjentki wskazywały na dwa główne aspekty skóry w dzisiejszych czasach: jej strukturę i wygląd. Dr Grażyna mówi następująco:

Na wpływ naszej atrakcyjności ma, czy nasza skóra jest w miarę jędrna czy nie. Sflaczała sylwetka jest bardzo źle widziana, zresztą chyba każda kobieta źle czuje się z takim wizerunkiem [AIEiAK 14850].

Pacjentki zdecydowanie chętniej wypowiadają się na temat istotnych aspektów skóry. Cytuję wypowiedź Agnieszki:

Przede wszystkim znaczenie ma rozmiar ciała, który powinien być po prostu mały. **Ponadto cały wizerunek powinien być jędrny, skóra musi być sprężysta. Nawet publicznie, a nie tylko w zaciszu naszych domów mówi się, że wiotka skóra (...) jest niedopuszczalna i trzeba się jej pozbyć (...). Dzisiaj poza szczupłością kobieta musi mieć jędrną i gładką skórę. Nie da się tego osiągnąć bez dużej ilości ćwiczeń, zdrowej diety i bez zabiegów kosmetycznych [AIEiAK 14858].**

Słowa informatorki potwierdzają (o czym już wcześniej pisałam przy okazji innego elementu ciała), że współcześnie naturalne etapy życia i objawy im towarzyszące postrzegane są jako nieakceptowalne i wymagają ingerencji specjalisty. Jest to kolejny przykład medykalizacji oraz rosnących oczekiwań względem kobiecych ciał. Na ten temat mówi dr Dagmara:

Skóra powinna być bez skazy, stąd też taka duża popularność wszystkich zabiegów poprawiających stan skóry. Także skóra na ciele i proporcje sylwetki powinny być wręcz idealne (...). Moje pacjentki, choć nie tylko, często pragną poprawić strukturę skóry, czyli pozbyć się plam, przebarwień oraz innych niedoskonałości skóry. Daje to efekt młodszej i bardziej idealnej oraz świeższej skóry [AIEiAK 14853].

Dywagacje na ten temat podsumowuje wypowiedź pacjentki Justyny:

Chodzi o to, że **skóra na ciele nie może mieć żadnych (...) przebarwień, porów czy innych niedoskonałości. Dzisiaj usuwamy absolutnie wszystko, nawet pieprzyki czy tego rodzaju znamiona. Skóra musi być taka naprężona i gładka** [AIEiAK 14870].

Konstatacje moich rozmówczyń wskazują na **istnienie zjawiska permanentnego „zagrożenia” jednostki – ciało musi być bowiem idealne, napięte i bez skazy oraz gotowe na obserwację i ocenianie przez innych**. Także dr Ania mówi o wyglądzie skóry:

Ciało i skóra na nim według dzisiejszych wymagań (...) **powinny być bez śladów wiotkości. Być jędrne, ale smukłe** (...). Ogromną wartość ma dzisiaj ciało, no może w zasadzie skóra, które są pozbawione najmniejszej skazy, czyli nie mają żadnych pieprzyków, przebarwień, otwartych naczynek, a o cellulicie nawet nie ma mowy. **Podobają mi się takie ciała z taką skórą (...). Powinna być pozbawiona wiotkości, z którą na wielką skalę się obecnie walczy. Taka skóra wynika z zaniedbania** [AIEiAK 14845].

Z kolei pacjentka Danuta mówi o stosunku mężczyzn do kobiecej skóry:

W opisach przedstawiających najpiękniejsze kobiety świata dominują stwierdzenia typu, jędrne i gładkie ciało, czyli żeby skóra taka była (...). **Mężczyźni nie lubią zwiotczalej skóry oraz opadających fałd tłuszczu. Wolą nawet kilka kilogramów więcej niż opadającą skórę na szczupłym ciele** [AIEiAK 14863].

Skóra pod oczami

Skóra pod oczami nazywana jest najczęściej doliną łez. Zgodnie z aktualną wiedzą medyczną, jest to miejsce na twarzy, które ulega takim procesom fizjologicznym, jak: zaciemnienie spowodowane przez zastój krwi, naczynia krwionośne a czasem nawet hiperpigmentację. Na jej nieatrakcyjny wygląd wpływ mają przede wszystkim: starzenie się, zmęczenie i uwarunkowania genetyczne.

Dla kobiet związanych ze środowiskiem medycyny estetycznej stan skóry pod oczami jest istotnym elementem ich wyglądu. Świadczyć może o tym chociażby fakt wyłonienia tej części twarzy w *Nowym antropologicznym atlasie ciała kobiety*. O skórze pod oczami opowiada dr Ania w kategoriach semantycznych:

Twarz musi być (...) bez doliny łez, no dolina łez⁶⁶ to jest jakaś masakra. Człowiek wygląda na ciągle smutnego i zapłakanego [AIEiAK 14845].

⁶⁶ Dolina łez – jest to określenie zaczerpnięte z języka potocznego opisujące obszar biegnący od kącika oka poprzez centralny policzek.

Na ten temat estetycznych aspektów tej części twarzy, które jednak pociągają za sobą asocjacje związane z subiektywnym poczuciem zdrowia i choroby, mówi pacjentka Sylwia:

Na pewno **kobiety zwracają uwagę na dolinę łez, myślę, że to jest jeden z większych problemów kobiet. Podkrążone oczy powodują, że wyglądamy bardzo nieatrakcyjnie, smutno i tak niezdrowo** [AIEiAK 14867].

Słowa pacjentki wskazują na wzajemne utożsamianie kategorii piękna ze zdrowiem oraz walkę z naturalnymi procesami fizjologicznymi organizmu. Na temat tej walki opowiada również dr Aleksandra:

Dużo kobiet walczy też z workami pod oczami, które bez względu na to, czy jesteśmy wyspane czy nie, mogą występować u kogoś, ze względu na genetykę czy nawet jakieś choroby, na przykład problem z nerkami. Wygląda to nieestetycznie. W ogóle ta część twarzy przysparza wielu zmartwień dzisiejszym kobietom [AIEiAK 14855].

Kilka słów dodaje też pacjentka Teresa:

Na pewno trzeba dbać przede wszystkim o (...) brak worków pod oczami (...). **Na pewno ogromnym zainteresowaniem cieszą się zabiegi na skórę pod oczami. Kobiety chcą zmienić te części swojego wizerunku, na które obecnie zwraca się największą uwagę, czyli zmarszczki i dolina łez, które są oznakami starzenia się i może takiego przygnębienia** [AIEiAK 14868].

Słowa moich rozmówczyń wskazują, że skóra pod oczami jest istotnym elementem wpływającym na atrakcyjność kobiety, zwłaszcza że jej odbiegający od estetycznego wzorca wygląd łączony jest z procesem starzenia się, brakiem zdrowia i zmęczeniem.

Stopy

W ludowych wyobrażeniach stopy łączono z oparciem i solidnością, bowiem to na nich opiera się całe ciało. Zdaniem Paula Diela, z tego powodu mogły symbolizować duszę [Cirlot 2012: 387]. Ich spód nazywany jest podeszwą, która charakteryzowała się grubą, często szorstką skórą. Najmniej atrakcyjnym ich punktem była pięta – najczęściej pokryta jest suchą i niekiedy ostrą warstwą naskórka [Paluch 1995: 98]. Swędzenie stopy - według tradycyjnej wiedzy – wskazuje, że czekają człowieka tańce, zdecydowanie rzadziej interpretowane jest to jako zbliżająca się podróż [Paluch 1995: 98]. Stopy naturalnej wielkości uważane były za

zbyt duże i nieatrakcyjne, starano się je więc pomniejszać [Moszyński 1968: 47]. Carl Jung podkreśla, że stopy oznaczają słabość, niedostatek duchowy lub delikatny punkt – przypominając o historii Hefajstosa, który miał zniekształcone stopy [Kubiak 2013: 340-343].

W czasach średniowiecza ziemia symbolizowana była przez ludzką stopę, a ta oznaczała ludzkie pożądanie. Obmywanie stóp najczęściej łączone jest z historią Ostatniej Wieczerzy, kiedy Chrystus umył stopy swoim uczniom – co interpretowane było jako akt oczyszczenia i pokory. Do czasów współczesnych, w niektórych obrzędach liturgicznych w Wielki Czwartek, można spotkać podobne czynności oczyszczające [Paluch 1995: 99]. Przez wiele stuleci ślady stóp były symbolem wędrówki. W czasach pogańskich popularne były kamienie wotywno wystawiane po szczęśliwie odbytej wędrówce [Forstner 2001: 356]. W symbolice chrześcijańskiej śladem stopy jest to, co pozostaje po przejściu człowieka. W jej śladzie znajduje się coś z osoby kroczącej [Forstner 2001: 355]. W islamie gołe stopy są oznaką szacunku (na przykład w meczetach), natomiast w innych wierzeniach nagość stóp może oznaczać ubóstwo i biedę [Biedermann 2001: 349]. W różnych częściach świata można spotkać ślady stóp w kamieniu: Buddy, Chrystusa, Matki Boskiej, Mahometa i św. Piotra [Forstner 2001: 355-356].

Bogactwo materiału terenowego uwypukliło, że stopy nie są istotną częścią ciała dla lekarek i pacjentek. Nie poświęcają im też szczególnej uwagi, o czym świadczy chociażby mała ilość wypowiedzi na ten temat. O stopach opowiada pacjentka Gabriela:

Dużą wagę przywiązuje się do wyglądu (...) **stóp, które powinny być zadbane i zrobione u kosmetyczki. W zasadzie jest to standard dzisiejszych czasów** [AIEiAK 14857].

Zdaniem mojej rozmówczyni stopy, podobnie jak paznokcie czy rzęsy, powinny być wystylizowane przez osobę posiadającą kwalifikacje w tym zakresie. Tak jak już pisałam wcześniej przy okazji innych elementów kobiecego ciała, modzie na takie rozwiązania przyświeca dążenie do osiągnięcia idealnego wizerunku o każdej porze, ale też odzwierciedla to realia nowoczesności – w której liczą się takie metody dbania o wygląd, które pozwolą oszczędzać codzienny czas. Na temat wyglądu stóp mówi też dr Ksenia:

Stopy powinny być zadbane i zrobione u kosmetyczki, ale to jest oczywiste i nie trzeba nawet o tym mówić [AIEiAK 14843].

Skąpa ilość informacji dotyczących tej części ciała w materiale terenowym może potwierdzać tezę, że stopy nie należą do pierwszorzędnych części ciała kobiety, które liczą się

w środowisku medycyny estetycznej, które traktuje kobiecy wygląd w kategoriach hierarchii poszczególnych jego elementów.

Szyja

Jej główną funkcją jest połączenie głowy z ciałem. Odzwierciedleniem tego przekonania są ludowe przysłowia: mąż jest głową rodziny, a żona szyją – szyją głowa kręci według swojej chęci [Paluch 1995: 102]. Szyja, według tradycyjnych mniemań - składa się z kilku części: karku, który znajduje się na zewnątrz z tyłu, oraz dwóch rurek (przewodów) wewnętrznych ciągnących się od gardła do płuc – tchawicy i do żołądka – przełyku, a drugi odcinek od kręgosłupa i grdyki – nazywany krtanią, *klódką*, *kogutkiem*, *pijakiem czopkiem*, a w przypadku mężczyzn również *jabłkiem Adama* i *ogryzkiem* [Paluch 1995: 101]. Według legendy ogryzek zakazanego jabłka utknął w gardle Adama, natomiast Ewie udało się go połknąć [Paluch 1995: 102]. Jak wierzano, w chwili śmierci dusza człowieka uchodzi właśnie przez szyję. U Karemów elementem atrakcyjności i elegancji kobiety jest długa szyja. W Birmie kobiety zakładają mosiężne pierścienie, żeby wydłużyć ten element ciała [Paluch 1979: 119].

Zebrany materiał terenowy wskazuje, że szyja i jej atrakcyjność mają istotne znaczenie dla kobiet związanych ze środowiskiem medycyny estetycznej. Wypowiedzi lekarek i pacjentek odnoszą się głównie do jednego aspektu z nią związanego - starzeniem się. Na ten temat mówi pacjentka Teresa:

Dużo zabiegów kobiety wykonują na okolice szyi, zwłaszcza po trzydziestym piątym roku życia. **Na naszej szyi najłatwiej można zauważyć zmiany związane ze starzeniem. Warto dodać, że taka pomarszczona skóra powoduje, że wyglądamy staro, a to, jest bardzo źle widziane obecnie. Mnie się wydaje, że starość to równa się, że jestem mało warta** [AlEiAK 14868].

Wydaje się, że wygląd szyi ma istotne znaczenia dla kobiet, z którymi rozmawiałam, bowiem wskazuje na wiek człowieka. Jest to jedna z tych części ciała, po której najszybciej widoczne są procesy starzenia, a słowa pacjentki Teresy podkreślają, jakie społeczne i psychologiczne implikacje mają oznaki utraty młodzięcego wyglądu. Swoją opinią na ten temat dzieli się też pacjentka Sylwia:

Myślę, że z wiekiem wrasta ilość zabiegów wykonywanych na szyję. **Po jej wygładzie widać upływający wiek, a w konsekwencji tracimy na atrakcyjności w oczach innych** [AlEiAK 14867].

Na temat widocznych oznak starzenia szyi mówią też lekarki. Oddaję jej głos dr Ani:

Ponadto popularne są **zabiegi na szyję również o działaniu odmładzającym. Szyja ma być młoda. Niestety szybko na niej widać wiek i źle się z tym kobiety czują. Taka smukła i młoda szyja może dodać dużo do atrakcyjności albo nawet ją odjąć, gdy jest starcza** [AIEiAK 14845].

Także dr Bożena dodaje:

No i tak samo jest **z szyją, tam też szybko widać upływ czasu. Kobiety często robią zabiegi na szyję i dekolt i ta tendencja jest wzrastająca – jest ona widoczna. Muszę przyznać, że szyja się najgorzej starzeje** [AIEiAK 14856].

Dbanie o wygląd szyi w dużej mierze podyktowany jest nie kategoriami estetycznymi, lecz przypisywaniem społecznych znaczeń procesom starzenia się. Na podstawie materiału empirycznego sadzę, że **celem kobiet związanych ze środowiskiem medycyny estetycznej bardzo często nie jest potrzeba poprawy estetycznych cech swojego wyglądu, a raczej uchronienie się przed społecznym ostracyzmem i utratą wartości. Tak wielkie przypisywanie znaczeń pięknu współcześnie wbudowuje w kobiety jeszcze głębiej przekonanie, że to ich wygląd jest kategorią, która określa ich poczucie własnej wartości.**

Twarz

Traktowana jest jako najważniejszy element wyglądu. W kulturze ludowej nazywana jest: *lico* i „składa się z czoła, policzków, brody (podbródka), nosa, oczu, ust” [Paluch 1995: 105]. Antoni Kępiński pisze „że w pierwszym zetknięciu z drugim człowiekiem najważniejsza jest twarz” [Kępiński 2005: 212]. Od XVI do XVIII podręczniki retoryki i etyki, ale także prace z zakresu fizjonomiki nieustannie przypominały, że jest ona najważniejszym elementem postrzegania siebie, rytuałów społeczno-kulturowych i drugiego człowieka. Jest to pozostałość po starożytnych ideach, które na początku XVI wieku nabierają nowego kształtu: twarz mówi, a człowiek może wyrażać się za jej pomocą [Courtine, Haroche 2007: 7]. Hans Belting twierdzi, że „twarz ma każdy”, ale jest to twarz pośród wielu twarzy i staje się twarzą dopiero, gdy wchodzi w relacje z innymi twarzami: gdy na nie spogląda lub gdy one spoglądają na nią [Belting 2015: 7-8]. To za pomocą twarzy ludzie komunikują się ze sobą i reprezentują swoją osobę. Stanowi *pars pro toto* całego ciała [Belting 2015: 26-27]. Jej symbolika wiąże się niekiedy ze znaczeniami głowy. W obliczu twarzy – zwłaszcza w

spojrzeniu – odbijają się niezliczone stany emocjonalne człowieka [Cirlot 2012: 429]. Natomiast w filozofii Emanuela Lévinasa „spotkanie twarzy jest doświadczeniem źródłowym. To początek i archimedesowy punkt rozwijanej przezeń refleksji etycznej (...). Dla Lévinasa twarz jest najbardziej nagą i najbardziej bezbronną powierzchnią ciała” [Czaja 1999a: 94].

W kulturze ludowej ideałem twarzy kobiecej jest okrągła i mleczna – „aby mieć twarz mleczną dobrze jest 1 marca obmyć się w śniegu” – jest też „obiektem całowania w powszechnie znanym zwyczaju witania i żegnania” [Paluch 1995: 106]. „Z wyglądu twarzy położnicy można przepowiedzieć płeć poczętego dziecka; gdy twarz jest <<czerstwa>>, rumiana i gładka – urodzi się syn, gdy natomiast jest blada, z sińcami pod oczyma i ma żółte przebarwienia – będzie córka, <<która mamie odbiera urodę>>” [Paluch 1995: 105-106]. Niektóre zabiegi lecznicze i profilaktyczne (zwłaszcza te związane z usuwaniem uroku) dotyczą twarzy: zlizywanie czoła, dotykane i ocieranie śliną, wodą i niektórymi przedmiotami na przykład koszulą [Paluch 1995: 106]. Słynna praca Stanisława Ciszewskiego z zakresu etnografii nosi nazwę *Żeńska twarz*, która w symboliczny sposób odnosi się do ciała i tożsamości człowieka:

to współczesne kompendium paradoksalnych poglądów dotyczących kobiet w ogóle. W tym głównie o fizjologicznej naturze, biologicznych umiejętnościach, a nawet niepożądaney seksualności. Opis pozycji kobiety w „Żeńskiej twarzy” to obraz dysproporcji ukazujących nierówne traktowanie płci. To także opowieść o narzucaniu krzywdzących praw i reguł oraz obowiązków na przedstawicielki płci żeńskiej [Figiel 2018: 96].

W polskiej kulturze ludowej popularne są powiedzenia i przysłowia odnoszące się do ludzkiej twarzy: „znać po twarzy, co się w głowie (sercu) marzy; mieć wypisane na twarzy; spójrz na twarz, o zdrowie nie pytaj (<<na (...) twarzach maluje się nędza i cierpienie>> (...)) końska twarz (zbyt pociągła, wydłużona)” [Paluch 1995: 107].

Kobiety, z którymi rozmawiałam podczas etnograficznych badań, dużo uwagi poświęciły twarzy, traktując ją jako kluczowy element wizerunku – mimo że jej znaczenie uległo znacznej fragmentaryzacji. Mam na myśli w tym miejscu, że współcześnie mniejsze znaczenie ma wygląd twarzy jako spójnej całości, a bardziej określony wygląd jej poszczególnych elementów. Potwierdzeniem tej tezy może być chociażby wyspecjalizowanie rynku piękna i powstanie nowych zawodów zajmujących się określonymi częściami twarzy, jak na przykład brwi.

Wypowiedzi informaterek wskazują na istnienie dwóch perspektyw spoglądania na ludzką twarz: najważniejszy wizualny element kobiecego ciała i jako narzędzie służące do komunikacji międzyludzkiej. Na temat jej wyglądu mówi pacjentka Gracja:

Twarz powinna być gładka, bez zmarszczek, dobrze nawilżona i jasna (...). Ze względu na fakt, że jest wyjątkowo ważna, i może i najważniejsza, to zabiegi na twarz są tymi najpopularniejszymi (...). Przede wszystkim chcemy ją odmładzać, wyszczuplać, konturować, zmieniać rysy i tak dalej [AIEiAK 14869].

Także pacjentka Oliwia zwraca uwagę na atrakcyjność kobiecej twarzy, ale także na rolę, jaką pełni w wizerunku współczesnej kobiety:

Wizerunki naszych twarzy powinny być młode, świeże, takie kwitnące (...). Wszyscy patrzą głównie na twarz i na pewno w pierwszej kolejności zwracamy na nią uwagę (...). Dobrze jest, jak jest ładna, zadbana i dobrze wyglądająca, bo twarz jest ogromną zaletą. **Warto jedynie wspomnieć, że wygląd twarzy to nie tylko, jakiś tam jeden element, tylko wiele różnorodnych** [AIEiAK 14874].

Dane terenowe pokazują, że twarz jest jednym z najważniejszym elementów kobiecego wyglądu i dlatego przywiązuje się do niej taką wagę. Niektóre z moich rozmówczyń uważają nawet, że atrakcyjne ciało równa się pięknej twarzy. Oddaję głos dr Magdalenie:

Natomiast twarz powinna być jasna, bez zmarszczek z idealnie gładką cerą, z dużymi brwiami i długimi rzęsami. **Dzisiejsze kobiety, które uznane są za piękne, mają twarz lalki z idealnymi rysami i proporcjami.** Taki wygląd nie ma żadnej skazy [AIEiAK 14848].

Znów widoczne jest dążenie do osiągnięcia idealnego, czasami wręcz niemożliwego wyglądu. Z drugiej strony, taki **sposób rozumowania może wskazywać na istnienie całych ciągów znaczeniowych, takich jak skaza – choroba – śmierć.** Kategoriom estetycznym bardzo często przypisuje się znaczenie utraty zdrowia, co w konsekwencji może przywodzić na myśl o perspektywie śmierci. **W moim odczuciu współczesne zainteresowanie wyglądem może być spowodowane między innymi lękiem, zarówno przed chorobą, a nawet śmiercią.** Na ten temat mówi pacjentka Jadwiga

Twarz jest bardzo istotnym elementem kobiecej fizyczności, powinna być umalowana, a nie wymalowana. Przy ocenianiu kobiecej atrakcyjności dużą rolę odgrywa właśnie twarz.

Moim zdaniem dlatego, że najbardziej się rzuca w oczy i z jej wyglądu odczytuje się wiele innych znaczeń. Dla przykładu mogę powiedzieć, że głównie pamiętamy wygląd cudzej twarzy [AIEiAK 14859].

Materiał terenowy wskazuje, że twarz, obok pośladków, wydaje się najważniejszą częścią kobiecego ciała. Potwierdzeniem tej tezy jest wypowiedź dr Dagmary:

Najważniejsza jest jednak twarz. Musi wyglądać jak najmłodszej, świeżo, bez zmarszczek, z pełnymi ustami, bo **to ona nas reprezentuje** [AIEiAK 14853].

Usta

W kulturze typu ludowego najczęściej nazywane są: *gębą, japo, mordą, pyskiem i wargami* [Paluch 1995: 111]. Ustami się oddycha, mówi (w kulturze magicznej mówienie jest najważniejszą formą komunikacji, a samym słowom przypisywano szczególne znaczenia), służą do całowania i jedzenia oraz inkorporowania elementów świata zewnętrznego do wnętrza ciała [Kowalski 1998: 571]. Znajdują się w nich ślina i kanaliki łączące je z uszami i nosem. W większości kultur świata najważniejsze znaczenie ust wiązało się z ich usytuowaniem i funkcjami. Są także jednym z otworów ciała [Kowalski 1998: 132-135]. Otwierają drogę do wnętrza człowieka i jako miejsce graniczne muszą podlegać szczególnej ochronie. Są najistotniejszym punktem granicznym pomiędzy *orbis exterior* i *orbis interior*. Pod postacią oddechu lub tchnienia do wnętrza człowieka dostaje się dusza, ale sama jej podróż może odbywać się w obie strony: opuszczająca człowieka dusza ulatuje przez usta, najczęściej pod postacią muchy, ptaka lub pszczoły [Kowalski 1998: 571]. Niekiedy zdarzało się, że przez usta człowieka uchodziły robaki, zwłaszcza, gdy ten za życia czynił wiele zła. Jako punkt mediacji, usta istotne były zwłaszcza na początku życia i przy jego zakończeniu, ale też w wielu codziennych sytuacjach jak: kichanie, czkawka, otwieranie ich zbyt szeroko podczas mówienia lub w trakcie snu. Wierzano, że wówczas dusza znajduje się czasowo poza ciałem. Otwarte usta mogły być zachętą do wtargnięcia demonów, czartów, złych mocy i szatana do wnętrza ciała. Aby temu zapobiegać stosowano rozmaite gesty kontrolujące takie jak: zakrywanie ust podczas ziewania (mimo, że współcześnie uważa się to za przejaw dobrych manier, to proveniencja tej czynności ma inne źródła – zapobieganiu wtargnięciu złych duchów), mówienie na zdrowie podczas kichania lub wykonywanie znaku krzyża, który należało zrobić podczas ziewania. Wszelkie te sposoby należały do najprostszych apotropeionów chroniących człowieka przed wtargnięciem sił nieczystych [Biegeleisen 1929b: 219].

Usta pełniły istotną rolę podczas wielu obrzędów znanych różnym kulturom. Gest zamykania oczu i ust w trakcie rytuałów oznaczał „odcięcie” zmarłego od świata żywych. Zgodnie z wierzeniami muzułmańskimi należało umarłemu zatkać bawełną usta, uszy i nos. Dopiero ciało pozbawione punktów granicznych ze światem zewnętrznym można było zawinąć w całun [Kowalski 1998: 573]. Poza oderwaniem zmarłego od świata śmiertelników, rytuały te miały przysposobić go do zaświatów i ich odmienności. Natomiast „otwieranie ust w rytuałach Egipcjan oznacza przygotowanie zmarłego do <<mówienia>>, porozumiewania się, gdy opuści świat żywych (...) mówić będzie także inaczej: zmarli używają innego języka – ich głosy są nosowe” [Kowalski 1998: 573]. Ludzkie wargi jako miejsce graniczne niosą szczególne niebezpieczeństwo hybrydyczne: wszelkie substancje, istoty i przedmioty znajdujące się pomiędzy dwoma światami budziły strach i przerażenie, ponieważ nie były przyporządkowane do żadnej kategorii taksonomicznej. Ślina, ropa czy wymioty, nawet po odłączeniu od ciała były z nim głęboko związane.

Podobnie jak inne części ciała, usta – jak wierzyli depozytariusze kultury ludowej – stanowią istotne źródło wiedzy o charakterze, osobowości, a nawet pochodzeniu człowieka. Usta wydatne i duże charakteryzują osobę namiętną, wąskie – złośliwą, a u kobiety wskazywały na jędzowaty charakter, zaś wąskie wargi posiadały osoby skąpe. Najbardziej atrakcyjne usta u kobiety były średniej wielkości i czerwone [Paluch 1995: 111]. Ich blady kolor wskazywał na chorobę. Zgodnie z wierzeniami słowiańskimi dużymi wargami charakteryzowały się demony, natomiast krzywe usta miały czarownice [Paluch 1995: 112]. Powszechnym zwyczajem wśród różnych ludów świata było okaleczanie i deformacja ust. Na południ Indii we wiosce Trichy podczas obrzędów noworocznych okaleczano sobie wargi i język [Paluch 1979: 108]. U niektórych plemion Ameryki Południowej i Afryki powszechnym zwyczajem było wkładanie w przebite wargi coraz większych kręgów – doprowadzając do ich trwałych okaleczeń [Paluch 1995: 112].

Bogactwo materiału terenowego wskazuje, że dla pacjentek i lekarek usta są szczególnie istotne. W swoich wypowiedziach podkreślają dwa istotne aspekty ich wyglądu: pierwszym jest ich wydatność i seksualny wygląd, który – jak twierdzą – mogą posiadać **wyłącznie wargi poprawione u lekarza**. Drugim jest współczesny kanon urody i wpisane w jego ramy, duże, kształtne i mocno zaznaczone usta. Pacjentka Gabriela konstatuje:

Usta pełne i lekko wydęte są przepiękne (...). Usta powinny być pełne, najlepiej zrobione u lekarza. Nawet jeśli ktoś ma swoje usta naturalnie duże, to ingerencja lekarza jest jak najbardziej na miejscu, bowiem zawsze można skorygować ich kształt. Nie chodzi tutaj też o to, by były one po prostu duże, ale by były duże w określony sposób, czyli wydatne,

wydęte i napompowane. Duże usta, które są naturalne nigdy nie będą wydęte (...). Popularne są obecnie duże i pełne wargi, stąd dużo kobiet chce wykonywać zabieg powiększania ust (...). Na pewno popularnym zabiegiem jest powiększanie lub modelowanie ust. Dużo współczesnych kobiet wykonuje tego rodzaju zabieg. **W dzisiejszych czasach wiele kobiet wykonuje ten zabieg, bo usta są jednym z najważniejszych atrybutów kobiecego ciała** [AIEiAK 14857].

Wypowiedź informatorki wskazuje na przesiąknięcie kategorii piękna ingerencjami medycznymi. Słowa pacjentki dowodzą, że najatrakcyjniejszymi kobiecymi ustami są takie, które zdobywa się z pomocą wizyty u lekarza medycyny estetycznej. W tym kontekście **uroda kobiety staje się kategorią zdobytą i wypracowaną**. Opinia mojej rozmówczyni podkreśla także, że współcześnie coraz częściej ciało traktowane jako maszyna składająca się z określonych elementów wymagających nieustających napraw. Taka interpretacja znajduje się w opozycji na przykład do dwudziestowiecznych zasad reanimacji ciała. Fizjododzy potrafili utrzymywać sztuczne oddychanie u zwierząt, ale wahali się traktować ciało ludzkie jako maszynę. Z czasem mechanizacja ciała znalazła:

uzasadnienie moralne i naukowe w zastosowaniu do sytuacji odwracalnych, takich jak niewydolność oddechowa (...). W reanimacji nie istnieje już choroba w tym sensie, że sam organizm podejmuje wysiłek, aby rozwiązać jakiś problem czy konflikt; rolę przyjmuje maszyna i pociąga za sobą bierne ciało [Moulin 2014: 30-31].

Współcześnie ingerencja medyczna przyjmuje coraz częściej znamiona operacyjnych działań wobec jednostek, bowiem nie dotyczy chorób w ujęciu biomedycznym, ale schorzeń o charakterze społecznym i publicznym traktujących ciało jako maszynę. Identyfikowanie ciała jako całości składającej się, z poszczególnych dobrze ze sobą współpracujących, elementów przywodzi na myśl koncepcję Theweleita:

Maszyna, jaką jest oddział, produkuje przede wszystkim samą siebie; samą siebie jako całość, która dla pojedynczego żołnierza staje się źródłem nowej struktury cielesnej (...). Wywarza również pewien wyraz, świadectwa – spójności, mocy precyzji, ścisłego uporządkowania linii prostych i prostokątów [Theweleit 2016: 648].

O pożądanym wyglądzie ust mówi też Pola:

Myślę, że **w dzisiejszych czasach usta są takim symbolem seksualności. Poza tym powiększone usta są takie bardziej pociągające, ponętne niż naturalne** (...). Na pierwszym

miejscu są zabiegi związane z powiększaniem i modelowaniem ust. Myślę, że większość kobiet, które korzysta z zabiegów medycyny estetycznej robi właśnie zabiegi powiększania i modelowania ust. **Mamy teraz ogromną modę na takie pełne usta. Myślę, że w dzisiejszych czasach usta są takim symbolem kobiecości i seksualności. Atrakcyjność i uroda w dzisiejszych czasach to usta** [AIEiAK 14866].

Podążając tropem wypowiedzi informaterek, należy stwierdzić, że dzisiejsze ciało zostało w znacznym stopniu odczarowane z resztek magii, świętości i tajemnicy, a zostało poddane materialistycznej reifikacji w kontekstach związanych z pięknem, konstytuujących tożsamość współczesnych kobiet.

(Samoposiadanie, samostanowienie, ukierunkowanie na przyjemność), ile w dużej mierze mięsem – rzeczą, którą należy postrzegać i badać narzędziami właściwymi standardowi interpretacyjnemu antropologii rzeczy. Unaukowanie podejścia i rozumienia ciała, ale też seksualności, wywołało również reakcję odejścia od mechanizmów tradycji regulujących reprodukcję porządku społecznego w stronę koncentracji na jednostce, której indywidualne wybory mają zapewnić spełnienie i samorealizację. Klęska wielkich religijnych, moralnych i politycznych narracji wzmocniła znaczenie świadomości ciała [Wiktorowski 2017: 137].

Somatyzacja estetyzacji ciała może być postrzegana także jako radykalny wyraz hedonizmu i materializmu jako determinantów współczesnej kultury. Ta pierwsza przejawia liczne sprzeczności, które można rozumieć w kategoriach antyintelektualnych i sensualistycznych.

Włosy

Mieszkańcy tradycyjnej wsi nazywali je *kudłami*. Traktowano je jako nośnik sił witalnych i zgodnie z ludowym *imago mundi* były pozostałością sierści, więc kojarzono je ze zwierzętami. W polskiej tradycji ludowej „to nie ciało, to takie tkanki stale rosnące, także po śmierci” [Paluch 1995: 115]. Popularne były wierzenia, że są siedliskiem złych mocy, demonów i nieczystości. Niemniejsze przerażenie budziła ich specyficzna natura – rosły nawet u zmarłych. Wierzono, że skoro mają zdolność do wzrostu, nawet po śmierci, muszą być związane z życiodajną mocą życia, ale też z *orbis exterior*. To, że z wiekiem wypadały i traciły zdrowy wygląd odczytywano jako utratę sił witalnych. „Ich biologiczną wartość odrastania utożsamiano z odradzającą się siłą kosmosu” [Figiel 2017: 126]. W folklorze – bajkach, pieśniach zamówieniach utożsamiane są ze różnymi częściami przyrody. Zwłaszcza ze strugami deszczu i promieniami słońca [Libera 1997: 104].

W polskiej kulturze ludowej zaniedbaną, brudną i nieuczesaną fryzurę interpretowano jako znajdowanie się w sferze Natury, stanie dzikości i *orbis exterior*. Natomiast uczesane, ufryzowane włosy reprezentowały zasady Kultury i podporządkowanie się prawom grupy społecznej [Figiel 2017: 128]. W rytuałach, którym celem jest przekształcenie statusu człowieka wykonuje się różnorodne czynności związane z włosami [Kowalski 1998: 604]. W momentach, w których następowała przemiana należało wspomóc fizyczne czynności przez symboliczne gesty, na przykład rozplątać supły i węzły, otworzyć zamki, rozpuścić włosy. Magia Alkmeny dotyczyła przede wszystkim porodu i miała pomóc przyjść dziecku na świat. Innym przykładem jest panna młoda w trakcie wesela, która znajduje się w stanie przejściowym (nie jest już panną, ale nie jest też jeszcze żoną), której włosy są rozpuszczone. Podczas oczepin czesano kobietę w warkocz, ale zdarzało się, że obcinano go, a niekiedy też podsmalono włosy świecą [Paluch 1995: 118]. U Hucułów w trakcie oczepin przywiązywano włosy panny młodej do progu, a jej przyszły mąż odcinał je przy użyciu toporka [Biegeleisen 1928: 189]. Izraelici, którzy cieszyli się dużym szacunkiem, nosili długie i rozpuszczone włosy [Lurker 1989: 268]. Według niektórych wierzeń ludowych w Europie Środkowej kobieta pochowana z puklem włosów (w czasie menstruacji) zamieni się w węża [Eliade 2009: 178].

W wielu kulturach świata popularnym znakiem żałoby są gesty targania i obcinania włosów. „Manifestacja rozpacz przywołuje głęboko uzasadnioną symbolikę znajdowania się zarówno samego zmarłego, jak i żałobników w sferze śmierci. Zachowania takie wskazują, iż żałobnicy dotknięci nieczystością Tamtego Świata, kontaktem z nieboszczykiem, nabrali właściwości nieludzkiej krainy duchów” [Kowalski 1998: 605].

We włosach doszukiwano się przeróżnych znaków i znaczeń mówiących o człowieku i jego usposobieniu. Nie tylko wygląd, ale również ich skręt, bujność i kolor były źródłem wiedzy o cechach osobowości, temperamencie czy statusie społecznym ich właściciela. Najbardziej pożądane były włosy koloru blond, które konotowano pozytywnie, a ich posiadacze uznawani byli za osoby miłe, łagodne i poczęte w dzień słoneczny. Ciemne barwy łączono ze sferą demonów i zaświatów [Libera 1987: 115-133]. Osoby z taką fryzurą powoływane były do życia w nocy lub na węglu i cechowały się złymi intencjami, trudnym charakterem i podłością. Szczególnie negatywne znaczenia miały włosy czarne. Eksponowały złą energię i kontakt z demonami, a ich właścicielowi przepowiadana była długa i ciężka praca [Cirlot 2012: 455]. Rude włosy utożsamiane były z krwią, karą boską oraz postacią Judasza – a ich posiadacze to osoby zdradzieckie i nikczemne [Paluch 1995: 116]. Siwą barwę łączono z mądrością i dojrzałością oraz doświadczaniem życiowym [Figiel 2017: 127].

Wszelkie czynności związane z włosami musiały być wykonywane z należytą starannością, w określone dni i pory roku. W trakcie całego roku obrzędowego były dwa szczególne dni, podczas których obowiązywał całkowity zakaz czynności związanych z włosami: w Boże Narodzenie i w Wielkanocną Niedzielę. Rytualne zakazy obcinania i fryzowania włosów dotyczyły ludzi w specyficznym momencie życia. Zakazy manipulacji włosami odnosiły się w szczególności do czwartku, piątku i Wielkiego Piątku. Zakazom obcinania i fryzowania podlegały też kobiety w czasie nieczystości: menstruacji lub porodu. Szczególną grupą działań na włosach były te związane ze zwyczajami agrarnymi. „Gest mierzwienia, szarpania oraz podnoszenia fryzury należały do najbardziej pierwotnych form symbolicznych” [Figiel 2017: 135]. Celem tych czynności było nadanie cech myślenia symbolicznego [Nowicka 2009: 394-396].

Włosy wykorzystywane były w działaniach magicznych i w medycynie ludowej. Związane było to przede wszystkim z ich hybrydycznym wymiarem, dzięki zachowaniu głębokiej relacji z ciałem człowieka. Działania lecznicze, w których były stosowane polegały na zniesieniu dolegliwości i samej choroby przez przeniesienie ich na włosy, a następnie wyrzucenie ich w określone miejsce [Kowalski 1998: 608]. Szczególnym czasem w obrzędowości wiejskiej była choroba. Podczas jej trwania chorego obowiązywał całkowity zakaz wszelkich manipulacji na włosach. Efektem tych działań były brudne, zlepione, nierozczesane i brzydko pachnące włosy, na których powstawał kołtun [Paluch 1989: 45].

Interpretowanie samego kołtuna zmieniało się zależnie od regionu i czasu. Z początku uważano go za przejaw choroby. Zgodnie z ludowymi wierzeniami, każdy człowiek miał w swoim wnętrzu jakieś ukryte dolegliwości, które w momencie ich „szturchnięcia” budziły chorobę do życia (...). Kołtun nie mógł być jednak usunięty od razu po wyzdrowieniu. Musiał pozostać we włosach do czasu osiągnięcia przez niego dojrzałości, czyli od kilku miesięcy aż do dwóch lat [Figiel 2017: 132].

Dane terenowe świadczą o tym, że dla kobiet związanych ze środowiskiem medycyny estetycznej ważnym elementem ciała są włosy. Poglądy artykułowane przez informatorki wskazują na ich wartość jako elementu konstruującego atrakcyjność, choć może się wydawać, że i w tym punkcie rola włosów się kończy. Jednak lekarki i pacjentki, opowiadają o szerokich kontekstach znaczeniowych przenoszonych właśnie przez włosy. Do najważniejszych z nich należą cechy osobowości, temperament oraz status społeczny (podobnie jak w ludowym *imago mundi*). Na temat atrakcyjnego wyglądu włosów mówi dr Malwina:

Atrakcyjna kobieta musi mieć piękne, zdrowe, lśniące i długie włosy. Obecnie panuje duża moda na przedłużone włosy i dużo kobiet w taki sposób ratuje się, gdy nie są w stanie samemu wyhodować bujnej czupryny. Przedłużone włosy wyglądają gęściej, ale to są chyba niespełnione marzenia z dzieciństwa. Choć muszę przyznać, że nie jest to jeszcze szczególnie popularne. Stąd uważam, że są popularne długie włosy (...) a i dodatkowo, mogą się kojarzyć z młodością oraz dobrym zdrowiem. Takie zdrowe włosy, gładkie to jest mocny atrybut naszej urody. Dzisiaj też zadbane włosy, to znaczy ładnie ufarbowane, mam na myśli kolory naturalne, są bardzo popularne. Odeszliśmy już od takich sztucznych blondów. Teraz elegancki kolor to taki, który dla niewyspecjalizowanego oka może wyglądać na naturalny (...). Chce tylko dodać, że osoby młode bądź które za młode się uważają lub po prostu mają młodą duszę, mają raczej dłuższe włosy bądź długie. Kobiety w średnim wieku, bardzo często po narodzinach dziecka ścinają włosy. Zaznaczają w ten sposób, że są starsze. Nie wiem z czego to wynika, ale faktycznie coś w tym jest. Widzę tę zależność po moich pacjentkach. W ogóle młodość kojarzy mi się z długimi włosami [AIEiAK 14844].

Poza kwestiami estetycznymi materiał terenowy podkreśla, że w niektórych aspektach rodzaj u fryzowania kobiecych włosów wykazuje cechy wspólne z postrzeganiem tradycyjnym. Dotyczy to między innymi statusu matrymonialnego kobiety, a niekiedy też faz marginalnych, jak na przykład starzenie. Na ten temat mówi dr Aleksandra:

Myślę, że tak, bo włosy świadczą o naszej higieny, więc niezadbane włosy mogą być bardzo ważnym elementem, wpływającym na odbiór danej kobiety. Poza tym, gdy są niezadbane, że na przykład są nieufarbowane i, że dana osoba chodzi z dużym odrostem, to też świadczy o higienie, no bo jak już się decydujesz, żeby farbować włosy, to musisz to regularnie wykonywać inaczej wygląda to absurdalnie. Tak samo jest w przypadku pewnych fryzur. Zdarza mi się gdzieś na ulicach czy w sklepach widywać kobiety, które stosują trwałą na włosy, taka sama jak była modna trzydzieści lat temu. Teraz się od tego odeszło, bo wiadomo, że jest to bardzo niezdrowe dla naszych włosów i takie włosy po trwałej wyglądają strasznie. Pani, którą widzę oczami wyobraźni, ma tak zniszczone włosy, że większość jej wypadła, dodam tylko, że to kobieta w starszym wieku i na to wszystko nakłada lakier. Proszę zwrócić uwagę jak bardzo jej włosy wpłynęły na to, za kogo i jak ją postrzegam [AIEiAK 14855].

Na temat znaczeń wpisywanych we włosy mówi także pacjentka Patrycja:

Włosy atrakcyjnej kobiety powinny być proste, modnie ufarbowane, najlepiej tak, by wyglądały naturalnie, ale wiadomo, że nie każdy ma ładne włosy (...). Zdrowe włosy są podstawowym elementem atrakcyjnego wyglądu i (...) z tego powodu rzadko kto farbuje włosy w domu. Poza tym bardzo popularne są obecnie zabiegi regenerujące na włosy, które dbają o zamkniętą łuskę i

kolor, a co do (...) **zaniedbanej fryzury to niezdrowo wyglądające włosy, brudne czy chociaż nieświeże dużo mówią nam o kondycji organizmu, poczuciu estetyzmu, pozycji społecznej oraz o niektórych cechach charakteru, jak chociażby o higienie osobistej czy o systematyczności. Poza tym wygląd włosów mówi także o zdrowiu, wiadomo, że niezdrowo wyglądające mówią o chorobie lub o złej diecie. Z drugiej strony, zadbane, modnie ufarbowane mówią, że ktoś dba o siebie, mogą także świadczyć o dobrobycie materialnym.** Każda kobieta wie, że jeśli się chce mieć naprawdę piękne włosy to tego typu usługi sporo kosztują [AIEiAK 14864].

Wydaje się, że bogactwo materiału terenowego wskazuje, że włosy są częścią ciała kobiecego, której moje rozmówczynie przypisują wiele różnorodnych znaczeń. Zacytowana wypowiedź Patrycji i jej poprzedniczki implikuje, że ich wygląd może określać zarówno stan zdrowotny, jak i poziom higieny, co jak sądzę, może wskazywać (po raz kolejny) na szerokie konotacje i znaczenia przypisywane walorom estetycznym ciała. Z drugiej strony, włosy cieszą się na tyle szczególnym zainteresowaniem, że podobnie jak w przypadku innych części ciała, na rynku usług pojawiło się wiele nowych zawodów zajmujących się tylko włosami. Na ten temat konstatuje dr Alicja:

Kiedys nie było tylu zawodów związanych z walorami estetycznymi. Dzisiaj mamy (...) fryzjerki od farbowania włosów, także fryzjerki wykonujące doczepianie włosów lub takie, które wykonują zabiegi regeneracyjne. Niegdyś jeden zawód, a obecnie ma kilka różnych specjalizacji. Pokazuje to także, jak istotne w dzisiejszych czasach są włosy [AIEiAK 14847].

Zęby

W kulturze ludowej najczęściej nazywane są *kłami* – to „takie rzeczy, które są w ustach, mają z ciałem części wspólne, ale nie są ciałem” [Libera 1997: 100]. „Rosną, wyrastają z kości (są to <<wyrostki z kości>>)” [Paluch 1995: 127]. Zębom, ale też szczęką i kłom przepisuje się znaczenia wyprowadzone z ich funkcji oraz czynności, do których są wykorzystywane. Zdolność spożywania pokarmów za ich pomocą powoduje, że uznawane są za narząd służący komunikacji ze światem zewnętrznym. Odpowiedzialne są też za inkorporowanie zjadanego pokarmu, włączania go do ciała człowieka (*orbis interior*) – „odwzorowuje to sytuację zmiany *locus*, przemieszczania między różnymi fragmentami przestrzeni, o czym opowiadają mity kosmogoniczne i wizje eschatologiczne” [Kowalski 1998: 619]. Znajdują się w miejscu granicznym, a także w szczególny sposób pośredniczą w przekształcaniu oraz sprawowaniu kontroli nad tym, „co przechodzi z jednej strony na drugą” [Kowalski 1998: 619]. Ze względu

na ich usytuowanie były często stosowane w magii ochronnej i wykorzystywano je jako apotropeion. Apotropeiczną skuteczność zębów wyprowadzano z właściwości przypisywanych zwierzętom [Kowalski 1998: 622]. Ostro zakończone i wystające były istotnymi atrybutami spersonifikowanej śmierci. W kulturach magicznych kościotrupa wyobrażano z głową wyposażoną w dużą ilość kłów [Kowalski 1998: 620]. Z tego względu bardzo często do obrzędowych rekwizytów należały kły potwora. W przypadku, gdy rytuał zakładał symboliczną śmierć człowieka istotnym akcesorium były szczęki uzbrojone w potężne zęby [Kowalski 1998: 620].

Umiejętność rozszarpywania pożywienia zębami powoduje, że przypisuje im się niekiedy cechy potwora i wyrzuca ich właściciela z Kultury – w przestrzeń zaświatów. Kłami walczą istoty hybrydyczne i zwierzęta „powstające z pomieszania porządków oraz demony” [Kowalski 1998: 621]. Niektórym potworom przypisuje się posiadanie żelaznych zębów [Moszyński 1968: 611]. Język potoczny definiuje je jako kości – i tak nazywane są w podaniach i zaklęciach – choć są ze sobą tożsame tylko z powodów anatomicznych. Mieszkańcy polskiej wsi nazywali je „wyrostkami kości”. Osoby, których uzębienie definiuje się jako rzadkie oraz ze szparą z przodu uchodzą, zwłaszcza mężczyźni, za osoby zalotne. Młode kobiety z przerwą między zębami zwodzą chłopców i mają zamiary „bałamucenia”. Jeśli dziecko przychodzi na świat z zębami przepowiada się mu krótkie życie (na Cejlonie takie noworodki były zabijane), a po śmierci stają się upiorami lub demonami. Powszechny był zwyczaj, zwłaszcza u Żydów, przetrzymywania wypadniętych zębów, żeby po śmierci nie trzeba było ich szukać [Paluch 1995: 127-128]. W kulturach magicznych powszechnym zabiegiem było spiłowywanie zębów w tak zwany szpic i barwienie ich na ciemniejszy kolor [Moszyński 1968: 47]. Na XIX wiecznej wsi w powiecie łęczyckim popularnym zabiegiem na świeży oddech i białe, mocne zęby było żucie kawałków żywicy modrzewiowej. W okolicach Radzyna na ból zębów podawano zdjęty z krzyża (stojącego na rozwidleniu dróg) i później palony mech [Paluch 1989: 51]. Natomiast we wsiach kieleckich bolący ząb okładano rozdrobionymi nasionami bielunia dziedzierzawego; w okolicach Wieliczki stosowano okadzanie się poświęconym fenkułem włoskim [Paluch 1989: 51, 72]. W symbolice chrześcijańskiej zęby oblubienicy oznaczają siły duchowe, za pomocą, których „przerabia” się pokarm słowa Bożego [Forstner 2001:361].

Kobiety związane ze środowiskiem medycyny estetycznej dużo uwagi poświęcają zębom, szczególnie ich walorom estetycznym, choć też wskazują na inne znaczenia im przypisywane. Oddaję głos pacjentce Natalii:

Osobiście uważam, że aby uznać, że kobieta jest atrakcyjna, musi mieć zadbane zęby. Dzisiaj licówki, aparaty ortodontyczne, implanty i wszelkie inne sztuczki współczesnej stomatologii są powszechne. To nawet nie są jakieś wymaginowane rzeczy, bo zęby są po prostu bardzo ważne. Najlepiej, żeby były jeszcze białe, czyli powinno się je wybielać u stomatologa [AIEiAK 14871].

Wypowiedź informatorki implikuje, że wiele cech kobiecej atrakcyjności wymaga opieki profesjonalisty – lekarza. Tak na ten temat konstatuje dr Marta:

Cała aparycja powinna zawierać (...) promienny uśmiech ze śnieżnobiałymi zębami. Muszą być one także proste. **Zęby to jest totalny hit dzisiejszych czasów. Wszyscy znani ludzie mają idealne zęby. Przypuszczam, że połowa ma licówki, a druga część nosiła drogie aparaty ortodontyczne. Uważam, że niezbędnym dopełnieniem są właśnie proste, białe i idealnie równe zęby (...).** Nie można atrakcyjnie wyglądać, gdy, któryś z tych aspektów nie współgra z resztą, na przykład, gdy się nie ma zdrowych zębów [AIEiAK 14846].

Z kolei pacjentka Sandra opowiada o kontekstach, o w których wizytówką jest wygląd zębów:

Dla mnie niezwykle ważne są zęby. No mówią one jednak dużo o człowieku, przede wszystkim o jego podejściu do zdrowia i higienie osobistej. Jeśli ktoś ma zaniedbane zęby, to nieważne jak super ciało czy twarz ma, dla mnie taka osoba nie jest atrakcyjna (...). W mediach, praktycznie chyba wszyscy mają białe, proste, no idealne zęby [AIEiAK 14873].

Również pacjentka Danuta mówi na ten temat:

Osoba, która ma braki w uzębieniu nie znajdzie pracy na żadnym reprezentatywnym stanowisku (...). Nie wyobrażam sobie, że atrakcyjna kobieta nie ma prostych, zadbanych, czystych i białych zębów. Nie mówię, żeby były jak z obrazka, ale by nie były niezadbane z widocznym kamieniem, takie są dla mnie nie do zaakceptowania [AIEiAK 14863].

Ciało, a raczej jego wizja, w czasach płynnej nowoczesności staje się coraz bardziej wyidealizowane, atrakcyjne fizyczne i poprawione przez najnowsze metody techniczno-medyczne. Taki wizerunek ma odzwierciedlać także zdrowie organizmu, a wszelkie niedoskonałości zostają zatuszowane: przez makijaż, za pomocą najpopularniejszych usług na rynku piękna, ale też przez rozwiązania oferowane przez medycynę estetyczną. Filozofka Jolanta Brach-Czaina taki wizerunek nazywa „atrapą ciała” [Brach-Czaina 2000: 5].

Zmarszczki

W wielu kulturach świata zmarszczki są oznaką procesu starzenia się i symbolizują starość. W kulturach azjatyckich, w których wiek łączy się z dojrzałością, zmarszczki mogą oznaczać mądrość i wiedzę. Różnie też interpretuje się zmarszczki u kobiet i mężczyzn: ci drudzy, z wiekiem nabywają nowy status połączony z: mądrością, doświadczeniem, a niekiedy i bogactwem. W przypadku kobiet, zwłaszcza w kulturach zachodnich, które gloryfikują piękno, młodość i energię, zmarszczki symbolizują utratę witalności i młodzieńczej urody – czyli najważniejszych cech przypisanych kobietom. W kulturze ludowej pojawienie się zmarszczek utożsamia się z mądrością i większym doświadczeniem życiowym.

Opowieści lekarek i pacjentek wskazują na szczególne znaczenia przypisywane tej części twarzy. Środowisko związane z medycyną estetyczną identyfikuje pojawienie się zmarszczek jako oznakę upływu czasu i starości. Pomimo że perspektywę środowiska medycyny estetycznej porządkują kategorie związane z pięknem, to wydaje się, że zmarszczki – ze względu na swoje silne kulturowe znaczenia – umiejscawiają się na wierzchołku problemów, z którymi borykają się przedstawicielki tego świata. To, co zasługuje na szczególne podkreślenie to fakt, że w tym – wydaje się jedynym przypadku – zmarszczki nie są przede wszystkim identyfikowane jako część ciała zewnętrznego, a odnoszą się raczej do głębszych znaczeń wpisywanych w ciało kobiety. Na ten temat mówi dr Dagmara:

Kobiety chcą wygładzić zmarszczki, czyli pozbyć się oznak starzenia. Najczęściej przeszkadzają im jakieś rzeczy w twarzy, ale zdecydowanie najczęściej mówią o zmarszczkach (...). **Jako lekarz medycyny estetycznej obserwuje często jak kobiety cierpią z powodu upływu czasu, czyli z powodu każdej zmarszczki na swojej twarzy. No dlatego, że wraz z upływem czasu, czyli wraz z pojawianiem się zmarszczek mamy poczucie, że coś nam ucieka** [AIEiAK 14853].

Słowa lekarki podkreślają **silne kulturowo-społeczne znaczenia przypisywane procesowi starzenia, którego wizualnym atrybutem są zmarszczki.** Jej wypowiedź **podkreśla także to, z jak wielkim bagażem emocjonalnym łączy się wejście w etap, który na płaszczyźnie symbolicznej rozumiany jest jako utrata wartości.** Sądzę, że w tym kontekście **determinacja niektórych kobiet do zachowania oznak młodości – spowodowana nie potrzebą osiągnięcia atrakcyjnego wyglądu, ale lękiem przed utratą akceptacji i samo-wartości – może w wielu kontekstach zasługiwać na zrozumienie.** Na ten temat wypowiada się też dr Bożena:

Modna jest dzisiaj skóra bez zmarszczek, które są oznaką starzenia się (...). Po to są takie narzędzia w dzisiejszych czasach, by wreszcie przekroczyć pewne granice, w tym zegar biologiczny czy zmarszczki jako oznakę starzenia się. **Myślę, że ciężko jest się nam kobietom pogodzić z upływem czasu.** Chyba **tyle uwagi przywiązuje się do wyglądu, bo przeraża nas starość, a niewątpliwie zmarszczki są jej symbolem.** To tak jakby cała nasza moc – czyli tak jak sądzi wielu – uchodziła z nas wraz z urodą [AIEiAK 14856].

Wypowiedź lekarki jest idealną egemplifikacją społecznych restrykcji narzuconych obecnie kobietom. Można to interpretować w goffmanowskich kategoriach lęku przed odpowiednim prezentowaniem się (o czym będę pisała w 5. części pracy). Na konfesyjny charakter wypowiedzi, podsumowujący prowadzone przeze mnie analizy, decyduje się pacjentka Sandra:

Myślę, że cera i zmarszczki są bardzo ważne dla kobiet. (...). Zmarszczki są oznaką starzenia się co na pewno nie jest pożądane przez kobiety. **Jakoś jest tak, że wyjątkowo źle się z nimi czujemy. Jak widzę nową zmarszczkę to mam takie poczucie, że się do niczego nie nadaje, bo wkoło jest tyle młodych i ładnych dziewczyn, a przecież liczy się młodość dzisiaj** [AIEiAK 14873].

Starość staje się jednym z największych lęków związanych z prezentowaniem ciała współcześnie. Staje się swojego rodzaju skandalem, który podważa standardy, na których uformowała się ponowoczesna definicja piękna.

Podsumowanie

Z tego niepełnego przeglądu ludowych wyobrażeń i praktyk dotyczących poszczególnych elementów ciała wynika, że w mityczno-magicznym myśleniu fizyczność człowieka znajduje swoje odzwierciedlenie w Kosmosie. Uderzające wydają się podobieństwa pomiędzy archaicznymi a ludowymi wyobrażeniami na temat ludzkiego ciała. Ugruntowana na obserwacjach i doświadczeniach wiedza ludowa zawiera, prócz treści ludowych, a niekiedy i magicznych, także pewne znamiona oficjalnej nauki. Zainteresowanie, jakie kultura ludowa przejawia problemami i funkcjonowaniem poszczególnych części ciała w porównaniu z uwagą, jaką poświęca ich funkcjom i symbolicznym znaczeniom, jest szczególnie duże. Wiedza tradycyjna na temat ciała dużo miejsca poświęca rozmiarom, kształtom i niekiedy też walorom estetycznym. Także kobiety związane ze środowiskiem medycyny estetycznej, tylko w niewielkim stopniu wskazują na funkcje poszczególnych części ciała, a ich opowieści

odnoszą się do kategorii związanych z jego wyglądem. Już sam ten fakt – jak sądzę – jest interesującym wnioskiem, gdyż połowa moich informaterek to lekarki posiadające profesjonalną wiedzę medyczną, której nie wykorzystywały podczas wywiadów. W ten sposób ich perspektywa (także pacjentek) jest bliższa światopoglądowi ludowemu – co świadczy o niezwykłym synkrytyzmie wiedzy medycznej, niezależnie od sektora systemu medycznego.

Każda kultura określa własne atrakcyjne cechy i fetysze związane z elementami kobiecego ciała – czego potwierdzeniem jest zaprezentowany przez mnie materiał terenowy. Środowisko medycyny estetycznej wskazało na **istnienie wielu „nowych” semantycznie ważnych części ciała**, jak chociażby: owal twarzy, skóra pod oczami czy brzuch, które nie są równie szczególnie traktowane przez mieszkańców tradycyjnej wsi. Każda z grup posiada swój pogląd na temat atrakcyjności ciała i każda z nich zwraca uwagę na inne elementy konstruujące kobiece piękno. Potwierdzeniem tej tezy może być istotna rozbieżność kategorii / haseł między tymi, które zostały przeze mnie umieszczone w *Nowym antropologicznym atlasie ciała kobiety* a pochodzącymi z etnologicznego opracowania Palucha. W zaprezentowanym przeze mnie materiale: inne części ciała były istotne dla moich rozmówczyń, a inne dla przedstawicieli kultury ludowej. Ugruntowuje to tym mocniej przekonanie, że piękno i związane z nim **kanony urody są tymczasowe** i dotyczą określonych grup lub kultur. **Są umowne i zależą od konkretnego kodu kulturowego, mody i czasu.** Może to również wskazywać, że tak istotna dbałość o wygląd w środowisku medycyny estetycznej jest wynikiem poczucia bycia bezwartościowym i niewidocznym społecznie. Bez cielesnych praktyk (coraz mocniej ingerujących w życie jednostek w porównaniu do rzeczywistości kultury ludowej) kobiety czują się marginalizowane i niezauważone, zwłaszcza jeśli ich wygląd nie jest zgodny z szerszym wzorcem kulturowym. Wszystkimi „nowymi” częściami ciała zarządza współczesny mit piękna ugruntowany na przeświadczeniu, że kobieta poprzez swój wygląd może zasłużyć na społeczny szacunek i aprobatę ze strony innych.

Bogactwo materiału terenowego wskazuje na jeszcze jedną istotną kwestię dotyczącą wyglądu, to jest wzrastającej **fragmentaryzacji ciała** człowieka. W przeświadczeniu kultur magicznych pewne elementy fizyczności były określoną całością, z której nie wyodrębniano innych części, i tak na przykład twarz, której choć przypisuje się określone znaczenia i poszczególnym jej częścią, jak nos i usta czy oczy, to sama, jako element fizyczności podmiotu nadal jest istotna. Materiał empiryczny uwypuklił zdecydowanie większą *fragmentaryzację ciała*, w której sama twarz traci na wartości, na rzecz elementów ją

konstruuujących, jak: usta, nos, cera, zęby, policzki, brwi, skóra pod oczami, rzęsy i oczy. **Ciało zostało zredukowane do jego poszczególnych elementów. Nie stanowi już holistycznego zbioru składającego się części – ale jest częściami, które formują współczesne ciało.** To przeświadczenie środowiska medycyny estetycznej nawiązuje do tego, co niegdyś Foucault nazywał dyskursem władzy / wiedzy. Od chwili wejścia nowych kategorii władzy w przestrzeń publiczną, w niezwykle szczególny sposób zaczęto „wytwarzać” ciało człowieka, zwłaszcza kobiety. Nadzorem nie jest już objęta sama fizyczność podmiotu, ale każdy najmniejszy jej aspekt. Na podstawie zaprezentowanego materiału empirycznego *fragmentaryzacja ludzkiego ciała* wydaje się istotną cechą konstruowania współczesnych kategorii urody i piękna.

Rozszerzające się procesy estetyzacji życia implikują zwiększającą presję i dążenie do idealnego wyglądu. W kulturze opresyjności rozwiązania medyczno-techniczowane wydają się jedyną drogą do osiągnięcia atrakcyjnego ciała. Sprzyja to rozpowszechnieniu procesów medykalizacji, które stały się częścią potocznego myślenia o ciele. Obie grupy moich rozmówczyń używają tej samej narracji, opisując współczesne kategorie piękna, kobiecości i ciała. Zarówno pacjentki, jak i lekarki wskazują zgodnie, które elementy wizerunku są najważniejsze, jak: pośladki, twarz, zmarszczki, włosy czy brzuch, a które mniej istotne – jak stopy czy policzki. Ciężko jest wskazać różnice w ich opowieściach, sądzę raczej, że ich artykulacje uzupełniają się nawzajem – co jest egzemplifikacją sytuacji, że **kultura piękna i jej opresyjność nie dotyczy wyłącznie osób poddających się zabiegom upiększającym, ale też w takim samym stopniu tych, które te zabiegi wykonują.** W tym sensie, w badanej przeze mnie materii, perspektywa lekarek niewiele różni się od potocznych wyobrażeń pacjentek.

Opowieści lekarek i pacjentek dowodzą także, że w wielu przypadkach można stwierdzić niejednoznaczność, która wskazuje na **redefiniowanie istoty tabu.** Kurczenie się sfery objętemu patosem i tabu oraz zanikanie archaicznych mechanizmów wpływa na zmianę jego instytucji. **W czasach ponowoczesnych tabu stają się aspekty związane z estetyzacją wyglądu, do których należy zaliczyć przede wszystkim: starość, chorobę czy śmierć.** Grażyna Sawicka pisze, że „we współczesnych kulturach (zwłaszcza rozwiniętych) znaczenie ma innych charakter, pozbawiony owej (magicznej czy też religijnej) tajemniczości” [Sawicka 2009: 31-36]. Materiał terenowy jednocześnie potwierdza, że znaczenie tabu uległo zmianie i nabrało nowego kulturowego kształtu, tym samym krew menstruacja czy tylne części ciała niegdyś uważane za z tabuizowane nie są obecnie traktowane w ten sposób.

Możemy więc mówić o istotnym zwrocie, które wpisuje się w społeczne znaczenia przypisywane ludzkiej fizyczności.

W świetle materiału zebranego wśród środowiska medycyny estetycznej można zdefiniować brak tej instytucji jako organizującej wizję świata i zgodnej z myśleniem kultur ludowych i magicznych. Opowieści kobiet dowodzą, że zakaz ma obecnie inną formę oraz sankcje społeczne. Można się zatem zgodzić z przeświadczeniem etnografów, że przekroczenie zakazu jest uniwersalne dla wszystkich społeczeństw – mimo to, owa uniwersalność nabiera innego kształtu w obrębie nowych struktur kulturowych. Konstatacje kobiet, z którymi rozmawiałam, choć zawierają liczne niekonsekwencje – jak sadzę – wskazują, że omawiane problemy należą wciąż do kategorii niezupełnie ostrych i to również artykułuje pewną problematykę dotyczącą ciała.

W kulturze, która promuje piękno i idealne oraz wieczne młode ciało, wartość społeczną i indywidualną jednostek ocenia się na podstawie urody. Świadczy to jedynie o tym, jak szczególną wagę przywiązuje się obecnie do wartości estetycznych. Materiał trenowy niejednokrotnie wskazał, że przyczyn takiego kultu ciała nie należy poszukiwać wyłącznie w szerzących się procesach medykalizacji i presji odpowiedniego wyglądu, ale też w indywidualnym lęku przed brakiem akceptacji i odrzucenia. Przywołuje to na myśl słowa Baumana o tym, że ludzie kontrolują swoje ciała, bowiem nie posiadają już żadnej innej wartości, w którą mogą wierzyć, a to powoduje, że tym bardziej wzrasta społeczny lęk – mówiąc kategoriami goffmanowskimi – przed odpowiednim prezentowaniem się. Dotyka to zwłaszcza kobiet, które mimo wielu praw w różnorodnych sferach życia i „pozorów”, że zyskały „wiele” – wydają się bardziej zdyscyplinowane przez swoje własne ciała, jak nigdy dotąd w historii ludzkiej cielesności.

Rozdział 6

Naomi Wolf: *Zarówno medycyna epoki wiktoriańskiej,
jak i tak współczesna
klasyfikuje pewne aspekty zdrowej kobiecości
jako groteskowo nienormalne*
[Wolf 2014: 278]

Naomi Wolf: *Rynek chirurgów jest wyimaginowany,
ponieważ nie ma nic złego
w kobiecych twarzach i ciałach,
czego nie wyleczyłaby zmiana społeczna,
więc dochody chirurgów
zależą od wypaczania kobiecego postrzegania
siebie i pomnażania kobiecej nienawiści do siebie*
[Wolf 2014: 111]

Lustereczko powiedz przecie, kto jest najpiękniejszy w świecie?

Zmedializowany i zmedykalizowany terror piękna, zdrowia i

młodości

Rozpowszechnienie obrazu medycyny jako „matki” nauk biologiczno-przyrodniczych, mogącej pochwalić się znaczącymi sukcesami w zakresie wydłużania średniej długości życia, polepszania jakości życia chorych, zwalczania chorób zakaźnych sprawiło, że stała się synonimem rozwoju, niezależności, skuteczności i eksperckiej wiedzy – budząc społeczne przekonanie o swojej wyższości i prestiżu wobec innych dyscyplin naukowych. Znacząca pozycja medycyny spowodowana jest też faktem, iż jej postęp związany jest z indywidualnym doświadczeniem jednostki, bowiem w przeciwieństwie do innych nauk, jej rozwój i aktualny stan wiedzy dotyczą każdego człowieka. Ale ekspansja zainteresowań i kategorii medycznych zaczęła obejmować „coraz więcej”. Najistotniejszą przyczyną rosnącej uwagi medycznej kierowanej na kwestie o społeczno-kulturowym rodowodzie jest intensyfikowanie, przy jednoczesnym zwiększaniu funkcji i obowiązków współczesnej medycyny. Redefinicji uległy również dotychczasowe sposoby pojmowania zdrowia i choroby, ale też sposób, w jaki się do nich odnosimy. Baudrillard podkreśla, że „zdrowie jest już dziś w mniejszym stopniu nakazem biologicznym, wiążącym się z koniecznością przetrwania, niż nakazem społecznym powiązanym ze statusem” [Baudrillard 2006: 186]. Zatem zachowanie zdrowia nie jest już wartością autoteliczną, gdyż potrzebie utrzymania go przez współczesne jednostki towarzyszy

przede wszystkim pragnienie uzyskania wyższego statusu materialnego i pozycji społecznej. Medycyna, a wraz z nią rozprzestrzeniający się „biznes medyczny”, odpowiada na te nowe potrzeby społeczeństwa – jednocześnie kreując nieustannie nowe – interesując się nie tylko kwestiami leczenia chorób i poprawą jakości życia oraz zdrowia, ale angażując się w coraz większym stopniu w procesy estetyzacji ciała jednostki [Jakubowska 2009: 82].

Duże znaczenie miały przemiany w obrębie obszaru zdrowia i choroby, który jeszcze w drugiej połowie XX wieku wyglądał zupełnie inaczej w stosunku do zmian, jakie przyniósł początek XXI wieku. Ani zespół napięcia przedmiesiączkowego (PMS), otyłość, ani zaburzenia odżywiania, jak anoreksja czy bulimia, nie były postrzegane jako choroby [Conrad 2007: 4]. Magdalena Sokołowska pisze o przyczynach tego zjawiska:

w ekspansji jest nie choroba, **ale rosnące oczekiwania i wymagania ludzi co do samopoczucia i innych wartości nazwanych zdrowiem**. Jeśli uwzględnimy wszystkie zaburzenia manifestujące się objawami subiektywnymi, z którymi nie idzie się do lekarza, ale które nie różnią się w sposób istotny od tych, z którymi się idzie, **to prawie każdy w społeczeństwie może być traktowany jako w jakiś sposób chory** [Sokołowska 1980: 193-194].

Granica pomiędzy tym, czym jest zdrowie, w odróżnieniu od tego, jak definiujemy chorobę, jest „kontraktem społecznym istniejącym głównie w głowach jego spostrzegaczy” [Sokołowska 1980: 193-194].

Paradoksalnie może więc brzmieć stanowisko, że w świecie, w którym zwiększa się liczba żyjących coraz dłużej i zdrowszych ludzi, mamy do czynienia z rosnącą ilością chorób. Zwłaszcza, że ilość diagnozowanych schorzeń dotyczy przede wszystkim dzieci, młodych i ludzi w średnim wieku. Jedną z interpretacji tego zjawiska zajmują się antropolodzy medyczni i socjolodzy medycyny, którzy próbują odpowiedzieć na kluczowe pytania: o rosnące możliwości medycyny czy siłę medycznego oddziaływania na inne płaszczyzny życia społecznego. Stąd właśnie swoje rozważania rozpocznę od omówienia zagadnienia medykalizacji i jej wpływu na życie codzienne jednostek. Skupię się przede wszystkim na tych kwestiach, które stanowią punkt moich zainteresowań w tej części pracy – czyli na medykalizacji wyglądu.

Materiał empiryczny oscylujący głównie wokół potocznych wyobrażeń na temat wyglądu i ciała kobiety, nawiązuje też do społecznego wymiaru kategorii zdrowia. Moje rozmówczynie opowiadają o swoich doświadczeniach dotyczących przeżywania stanu zdrowia i choroby potwierdzając słowa Blaxter, że zdrowie jest nie tylko kategorią, którą

można zauważyć czy zmierzyć, a choroba nie jest po prostu diagnozą medyczną czy interpretacją swojego stanu zdrowia – są one subiektywnymi przeżyciami [Blaxter 2009: 59].

Materiał empiryczny ukazał aktualność istnienia społeczno-kulturowego wymiaru choroby w zdroworozsądkowej perspektywie badanej grupy. Prześledzę te konteksty zjawiska choroby w świadomości lokalnej, których dostarcza mi bogactwo materiału z badań etnograficznych, które przeprowadziłam w środowisku medycyny estetycznej.

Obszar medycyny estetycznej w ujęciu jego uczestniczek – lekarek i pacjentek – to świat zainteresowany nowym nurtem medycznym: poprawianiem samopoczucia i wyglądu. W potocznej, ale i coraz częściej biomedycznej perspektywie, jest to przestrzeń, w której nachodzą na siebie dwie, często ambiwalentne perspektywy: leczenie *versus* kreowanie wizerunku. W takiej przestrzeni nowego znaczenia nabierają **zdrowie i choroba, które stają się kategoriami estetycznymi, a sama kategoria piękna i młodości poddane zostały medykalizacji.**

Medykalizacja

Conrad, jeden z najpopularniejszych i najczęściej cytowanych badaczy zajmujących się zjawiskiem medykalizacji, w swojej książce *The Medicalization of Society: In the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders* pisał, że na początku swojej kariery akademickiej to jest w latach siedemdziesiątych XX wieku, definicje zdrowia i choroby wyglądały całkowicie odmiennie niż współcześnie. Podkreślał, że nie wspomniano wówczas o takich schorzeniach jak: anoreksja, bulimia, zespół napięcia przedmiesiączkowego (PMS) czy zespół chronicznego zmęczenia (CFS). Inaczej określano też otyłość, szczupłość czy normalną masę ciała [Conrad 2007: 4]. Nowakowski zwraca uwagę, że wzrastająca liczba chorób i różnorodnych objawów nie dotyczy wcale osób najbardziej nimi zagrożonych, ludzi starszych, ale osób młodych i dzieci. Nie wszystko można więc skategoryzować w ramach tak zwanego „przejścia epidemiologicznego” i wydłużającej się długości życia [Nowakowski 2013: 5].

Antropolodzy medyczni⁶⁷ i socjolodzy medycyny, podejmując próbę interpretacji i analizy wspomnianych zjawisk, stosują pojęcie „medykalizacja”, które w najbardziej podstawowym rozumieniu odnosi się do uczynienia czegoś „niemedycznego” „kwestią

⁶⁷ Danuta Penkala-Gawęcka zwraca uwagę, że antropolodzy medyczni o orientacji krytycznej koncentrują się przede wszystkim na obnażaniu tych aspektów medykalizacji, które dotyczą ważnych społecznie kwestii, takich jak: niedożywienie, ubóstwo, bezdomność, przemoc i czynienie z niej problemów natury medycznej czy nierówności ekonomicznych i społecznych [Penkala-Gawęcka 2017: 178].

medyczną” [Nowakowski 2015: 15]. Zdaniem Conrada, termin ten oznacza „proces, w którym niemedyczne problemy są definiowane jako medyczne, zwykle w terminach (*illness*)” [Conrad 1992: 209]. Odwołując się jednak do bardziej naukowej teorii, sprawa wygląda na nieco bardziej złożoną. Jak zauważa Szasz „mówimy o medykalizacji homoseksualizmu i rasizmu, ale nie zajmujemy się medykalizacją malarii lub czerniaka złośliwego” [Szasz 2007: Xiii]. Wśród badaczy zainteresowanych tematem i coraz częściej w kategoriach potocznych, pojęcie to stosuje się w perspektywie krytycznej, podkreślając „nadużycia” medykalizacji czy po prostu „przemedykalizowanie” (*overmedicalization*) określonego zjawiska, emocji, sytuacji czy zachowania, a nie określenie naturalnego procesu, o charakterze neutralnym, stawania się „czegoś” faktem medycznym [Conrad 2007: 6].

Zdecydowanie przeważają definicje medykalizacji podkreślające aspekt dominacji: Zola kategoryzuje termin ten jako „proces, w którym coraz większa część życia codziennego podlega władzy, wpływowi i nadzorowi medycyny” [Zola 1983 za: Davis 2006: 53]. Peter Conrad uważa, że zjawisko medykalizacji oznacza proces, w którym problemy niemedyczne (zachowania, nastroje, stany czy atrybuty) zaczynają być klasyfikowane w kategoriach i w języku medycznym, najczęściej jako choroba czy zaburzenie wymagające interwencji lekarskiej [Conrad 1992: 209] – podobnie jest w przypadku moich badań, gdy schorzeniem nazywane są „problemy” takie jak: niedoskonałości skórne, rozszerzone pory czy niewyraźny kontur ust.

Do niekrytycznych ujęć tematu można zaliczyć ujęcie między innymi Paula Windlinga, który rozumie medykalizację jako „rozprzestrzenienie się racjonalnych, naukowych wartości charakterystycznych dla medycyny na inne rozległe obszary działań społecznych” [Nye 2003: 117]. Przedstawione powyżej przykłady przedstawiają diametralnie różne perspektywy na procesy związane z medykalizacją. Jednak po bliższej analizie literatury przedmiotu można zauważać, że niemalże wszyscy badacze skupiają się na kwestiach kontrowersyjnych i niejednoznacznych z powodu licznych problemów, zwłaszcza etycznych, które powodują [Sadler, Jotterand, Lee, Inring 2009 za: Nowakowski 2015: 16].

Na skutek różnorodnych przemian społeczno-ekonomicznych w XX wieku zmieniło się zasadniczo podejście do medykalizacji. W tym czasie postęp medyczny stał się na tyle zauważalny, że wpłynął na głębokie przeobrażenia postrzegania ciała, piękna i zdrowia jednostki. Do najważniejszych czynników zaliczyć należy: komercjalizację medycyny (zarówno w ujęciu działalności *stricte* naukowej i terapeutycznej), osłabienie supremacji zawodu lekarskiego, a także rozszerzenie się aktywności (w zakresie poszukiwania i doboru odpowiedniej terapii medycznej) samych pacjentów, którzy coraz częściej stają się

konsumentami usług medycznych. Obecnie medykalizacja przestała być rozumiana jako zjawisko przybierające formę dominacji, a coraz częściej włącza się do definicji tego zjawiska kwestie niemające związku z systemem medycznym. Idealną egzemplifikacją potwierdzającą tą tezę może być medycyna estetyczna działająca wyłącznie w obszarze komercyjnym. Peter Conrad pisze, że termin ten oznacza „definiowanie problemu w terminologii medycznej, używanie medycznego języka do opisu problemu, adaptacja ram medycznych do zrozumienia problemu lub korzystanie z medycznych interwencji w celu jego rozwiązania” ponadto, jak stwierdza dalej „jest to socjokulturowy proces, w którym mogą, bądź nie, uczestniczyć, przedstawiciele profesji medycznej [Conrad 1992: 211]. Uważam, że przedstawiona definicja stanowi dobry obraz gałęzi medycznej, z którą związane są moje rozmówczynie.

Adele E. Clarc i inni podkreślają, że obecna definicja medykalizacji nie przybiera już formy supremacji medycznej, lecz pełni funkcję przeobrażeniową, poprzez kategoryzowanie chorób na poziomie genów, działalności biotechnologicznej oraz urynkowaniu zdrowia i choroby, doprowadza do „transformacji ciała i produkcji nowej indywidualnej i kolektywnej tożsamości” [Clark, Shim, Mamo, Fosket, Fishman 2003: 180]. Wraz z postępem technologicznym ma miejsce technologizacja ciała, której podstawową dziedziną jest wszczepianie sztucznych elementów – implantów lub urządzeń, których zadaniem jest wspomaganie, a nawet zastępowanie naturalnych funkcji biologicznych organizmu. Cały ten proces wsparty jest przeświadczeniem, że „techno-ciała są zdrowe, wzmocnione i w pełni funkcjonalne – bardziej niż realne” [Balsamo 1996: 5]. Barański podkreśla, że procesy związane z technicyzowaniem ciała nie należy rozpatrywać z perspektywy sztucznego i technologicznego dodatku do ciała, bowiem samo zjawisko jest o wiele bardziej niepokojące. „W tym procesie <<technicyzowania>> ciała za każdym artefaktem kroczy <<normatywny program>>. Projekty modyfikacji ciała formułują w sposób jawny bądź ukryte założenie, że ciało ludzkie jest niepełne, niekompletne, podatne na wszelkie dysfunkcje, ograniczone w swej organiczności” [Barański 2010: 156].

U podstaw procesów medykalizacji leży więc niezachwiana wiara w postęp medyczny, który staje się remedium nie tylko na kwestie należące do systemu zdrowia, ale coraz częściej na różnorodne problemy natury społeczno-kulturowej. Bogactwo materiału terenowego również podkreśla fakt, że zainteresowanie medycyny i samych lekarzy rozwiązywaniem problemów estetycznych spowodowało tak szybkie rozprzestrzenienie się medycyny estetycznej na rynku usług, ale też powstanie nowych, społecznych kategorii zdrowia i choroby. Tak szybki rozwój tego procesu wywołuje zrozumiały niepokój, wskazujący na pejoratywny wydźwięk będący odpowiedzią na wszechogarniający

imperializm medyczny, który kolonizuje życie jednostki i przemienia normę w patologię, normalność w nienormalność, anomalie w dewiację, jak i wiele innych. Istotnym zagrożeniem, jakie wpływa na ekspansywność medycyny, jest „nadrozpoznanie” i „naddiagnostyka”, których częstym skutkiem jest niepotrzebne leczenie pacjentów, zarówno w wymiarze finansowym, społecznym i psychofizycznym. Marcin Leźnicki wskazuje, że ubocznym skutkiem medykalizacji jest także „szarlatanizm medyczny” – kreowanie nowych chorób, publikacji, blogów, alternatywnych form leczenia i wielu innych w przypadku na przykład sporadycznego bólu głowy czy złego samopoczucia [Leźnicki 2013: 218]. Niegasnąca wiara ludzi w medycynę jako antidotum na „wszystko” podsycana przez międzynarodowe korporacje, instytucje medyczne i medialne działania, zaowocowały stworzeniem terapii *happy pills* – pigułki szczęścia, niezwyklej, bo wręcz magicznej substancji rozwiązującej wszystkie problemy człowieka.

Nowakowski wskazuje, że rozwój krytycznego nurtu badań⁶⁸ nad medycyną stanowi niejako odpowiedź na obserwowaną współcześnie w społeczeństwach zachodnich ekspansję medycznej interwencji i definiowanie ludzkich problemów (emocji, zachowań), które niegdyś uznawane były za naturalne elementy ludzkiej egzystencji. Główną przyczyną tego zjawiska należy poszukiwać w procesie „racjonalizacji” [Nowakowski 2013: 6]. Nowoczesne społeczeństwa przepojone są „naukową” wizją świata, której źródeł należy upatrywać w pozytywistycznym sposobie ujmowania rzeczywistości, akcentującym wartość nauk przyrodniczych, co przejawia się między innymi w upadku systemów tradycyjnych i ich wartości, na skutek rozwoju naukowego i postępu technologicznego. Wskazywał na to już Weber, podkreślając odwrócenie człowieka od religii i podążanie w kierunku rozwoju medycznego, który rozprawił się z popularnym niegdyś magiczno-religijnym sposobem definiowania zdrowia i choroby. Wydaje się więc, że medykalizacja, którą należy rozumieć jako szczególne podejście do kategorii zdrowia, choroby, naturalnych etapów życia

⁶⁸ Początek nurtu krytycznego związanego z medykaliacją łączy się z działalnością przedstawicieli tzw. antypsychiatrii w latach 60-tych XX wieku. Do głównych myślicieli tego ruchu zaliczyć należy: Tomasza Szasza, Davida Cooper, Ronalda Liang i Franco Basaglię. Zbuntowani psychiatrzy przeciwstawiali się brutalnym, nieludzkim i stygmatyzującym metodom leczenia pacjentów w szpitalach psychiatrycznych. „Antypsychiatria” była ruchem społecznym krytykującym medykaliację szaleństwa i sprzeciwiającym się władzy i supremacji lekarzy oraz instytucji totalnych – przetrzymujących i poddających różnorodnym terapiom psychicznym pod przymusem. Największy sprzeciw budziło, że psychiatrzy mieli prawo do więzienia i ubezwłasnowolnienia ludzi, których uznali za zmarginalizowanych i wymagających leczenia. Tezy antypsychiatrów wspierane były przez socjologów również krytycznie odnoszących się do tego zjawiska. Najważniejszą rolę na referowane poglądy odegrała książka Goffmana: *Asylums: Essays on the Social Situations of Mental Patients, Other Inmates* (1961). W kontekście rozwoju antypsychiatrii – definiowanej jako „negację istnienia chorób psychicznych” [Nowakowski 2015: 28] nie sposób pominąć znaczenia i wartości podglądów Foucaulta [Kapusta 1999: 96-100, Słoińska 2017: 51-58].

człowieka, jego kondycji i egzystencji została ugruntowana w oświeceniowej wierze w postęp naukowy jako czynnika warunkującego zmianę i doskonalenie społeczne.

Istotną przyczyną zainteresowania medycyny⁶⁹ problemami społeczno-kulturowymi jest jej „nowy” sposób odnoszenia się do kategorii zdrowia. Współcześnie termin ten oznacza w dużej mierze takie wartości jak prestiż, wysoka pozycja społeczna, szczęśliwe życie prywatne i zawodowe. Coraz częściej medycyna odpowiada na te szczególne potrzeby współczesnych społeczeństw, kierując swoje działania nie tylko na poprawę – i tak już rozszerzonej definicji – zdrowia, ale też na procesy ulepszania ludzi (cyborgi, transplantacje) i estetyzacji ciała (zabiegi z zakresu medycyny estetycznej i chirurgii plastycznej) [Jakubowska 2009: 82]. Do tego należy dołączyć popularność tak zwanej kultury terapeutycznej.

Z kolei Helman twierdzi, że w społeczeństwach zachodnich istnieje tendencja, wzmacniana przez kulturę indywidualizmu, która lokuje odpowiedzialność za swój stan zdrowia w jednostce. Istotne wskaźniki o posiadaniu choroby wskazują na zaniedbania człowieka i stygmatyzują go w negatywny sposób w oczach grupy [Helman 2007: 135]. Słowa południowoafrykańskiego badacza znajdują potwierdzenie w opowieściach lekarek i pacjentek, które doświadczają tej „nowej” odpowiedzialności na co dzień. Podkreślają – nie zawsze bezpośrednio – że nieustająco zmuszone są do przesuwania granic swojej „choroby”, na przykład nieustannie usuwając cellulit w obawie przed brakiem społecznej akceptacji.

Nowakowski głównych czynników wpływających na rozszerzające się działania związane z medykacją upatruje nie w pozycji samych lekarzy i medycyny, lecz we współczesnej formie kapitalizmu, którą nazywa kapitalizmem zdeorganizowanym. Jego podstawą jest neoliberalizm – charakteryzujący się dominacją międzynarodowych korporacji ukierunkowanych na zysk i maksymalizację rynku [Nowakowski 2015: 73; Lash, Urry 1987: 312-313]. Rynek i kapitał w obecnym kształcie zawłaszczają coraz więcej obszarów życia społecznego, które wcześniej nie były skomercjalizowane. Branża medyczna staje się rentowym biznesem stosującym te same strategie marketingowe i biznesowe co inne sektory przemysłu ukierunkowane na aspekty ekonomiczne, do których zaliczyć należy przede wszystkim: „wytwarzanie” nowych chorób – co powoduje kreowanie nowych potrzeb społeczeństwa. By jednak choroba została przyjęta w dyskursie publicznym i potocznym, należy ugruntować oraz poprzeć ją wiedzą naukową i autorytetem lekarzy. Precyzyjnie zaplanowane kampanie reklamowe, dokumentujące istnienie problemu medycznego,

⁶⁹ Należy w tym miejscu wspomnieć, że zainteresowanie medycyny ciałem jako obiektem badań nie jest zjawiskiem nowym, o czym między innymi pisał Foucault w *Narodzinach kliniki*. Dzięki postępowi medycznemu, biotechnologii, bioinżynierii i samej technologii zwiększył się zasięg tego zainteresowania.

skierowane są nie tylko do pacjentów, ale też do samych medyków. Legitymizację tych działań wspiera przede wszystkim ekspansja branży biotechnologicznej. Istnieje coraz więcej przesłanek potwierdzonych przez niezależnych badaczy, że aktualne rozszerzenie działań biotechnologicznych w sektorze ochrony zdrowia wpływa destrukcyjnie na rozwój niezależnych badań medycznych, m.in. przez inwestowanie znacznych sum pieniędzy w badania nakierowane na zysk finansowy przez korumpowanie lekarzy i naukowców, często także skłaniając ich do fałszowania wyników badań. Znaczna ilość prowadzonych badań nie jest więc skierowana na rzeczywiste problemy zdrowotne współczesnych społeczeństw. Medykalizacja jest więc „mechanizmem wykorzystywanym przez siły rynkowe w celu <<kolonizowania>> społeczeństwa obywatelskiego, destrukcji tradycyjnych, lokalnych systemów przez zglobalizowane, <<wykorzenione>> systemy eksperckie” [Nowakowski 2013: 11]. Zdaje się więc, że współczesna medycyna kliniczna w sposób niezwykle trafny odczytuje, ale jednocześnie stymuluje zmiany społeczne, zwłaszcza w zakresie kreowania nowych obszarów wpływów.

(1) Rodzaje i zakres procesów medykalizacji

Proces medykalizacji jest nierozdzielnie związany z ludzkimi wartościami, emocjami, zachowaniami i ciałem. Współcześnie jego ekspansywność i powszechność zawłaszczają coraz więcej obszarów związanych z egzystencją człowieka. Do dziś nie powstał jednoznaczny konsensus dotyczący sposobów umiejscowienia linii granicznej pomiędzy medycyną, a innymi dyskursami społeczno-kulturowymi, w tym praktykami instytucjonalnymi, które tworząc rozróżnienie normy od dewiacji czy patologii, nie odnoszą się do medycznych kategorii. Joseph Davis stwierdza, że w zjawisku medykalizacji udział biorą nie tylko lekarze, ale także inni aktorzy społeczni i nie dla wszystkich badaczy przedmiotu termin ten oznacza proces rozprzestrzeniania się medycznych kategorii. To co dla niektórych stanowi istotę medykalizacji, dla innych może być idealną egzemplifikacją demedykalizacji⁷⁰. W tak zróżnicowany sposób można rozumieć działalność programów profilaktycznych, promocje ochrony zdrowia i promowanie aktywności prewencyjnej, której celem jest m.in. podniesienie świadomości pacjentów i ograniczenie w ten sposób konieczności specjalistycznego leczenia. Ekspansywność i powszechność medykalizacji powoduje, że zakres zainteresowań, które obejmuje swoim zasięgiem, w literaturze

⁷⁰ Demedykalizację należy analogicznie – w stosunku do medykalizacji – rozumieć jako przekształcenie się czegoś „medycznego” w „niemedyczne”.

przedmiotu uległ ogromnym przekształceniom. I tak na przykład obok klasycznych już ujęć tematu zachowań patologicznych i dewiacyjnych, coraz częściej pojawiają się kwestie ingerencji w ciało celem poprawienia jego funkcjonalności czy walorów estetycznych [Davis 2010: 211-212]. Należy dodać jeszcze, że medykalizacji podlegają również: systemy bezpieczeństwa i penitencjarne, religia, sfera edukacji, gospodarka, pomoc społeczna czy sfera pracy. Można ją traktować również „jak zjawisko zachodzące na różnych poziomach. Po pierwsze – jest to proces przenikania medycznej terminologii, interpretacji do szerszych podsystemów społecznych (...). Niemniej jednak medykalizacja to również (a obecnie może głównie) proces, który zachodzi nie tylko na poziomie społecznym, ale też psychologicznym. Może być społecznym fenomenem obejmującym całe populacje ludzi, różne kategorie społeczne czy tożsamości, ale także może wpływać na system znaczeń i praktyki konkretnych jednostek” [Nowakowski 2015: 18].

W swoich najnowszych pracach Davis wyodrębnił dwa podstawowe typy zjawiska medykalizacji: definiowanie w kategoriach medycznych trudnych doświadczeń, emocji i zachowań oraz problemów życiowych (na przykład nieśmiałość); do drugiego należą: biomedyczne możliwości poprawiania i ulepszania ciała (na przykład terapie hormonalne i zabiegi estetyczne) [Davis 2010: 212]. Ten sam autor jednocześnie podkreśla, że nie są to typy, które się wzajemnie nie przecinają, a w wielu sytuacjach istnieje możliwość przyporządkowania określonego zjawiska do obu nurtów.

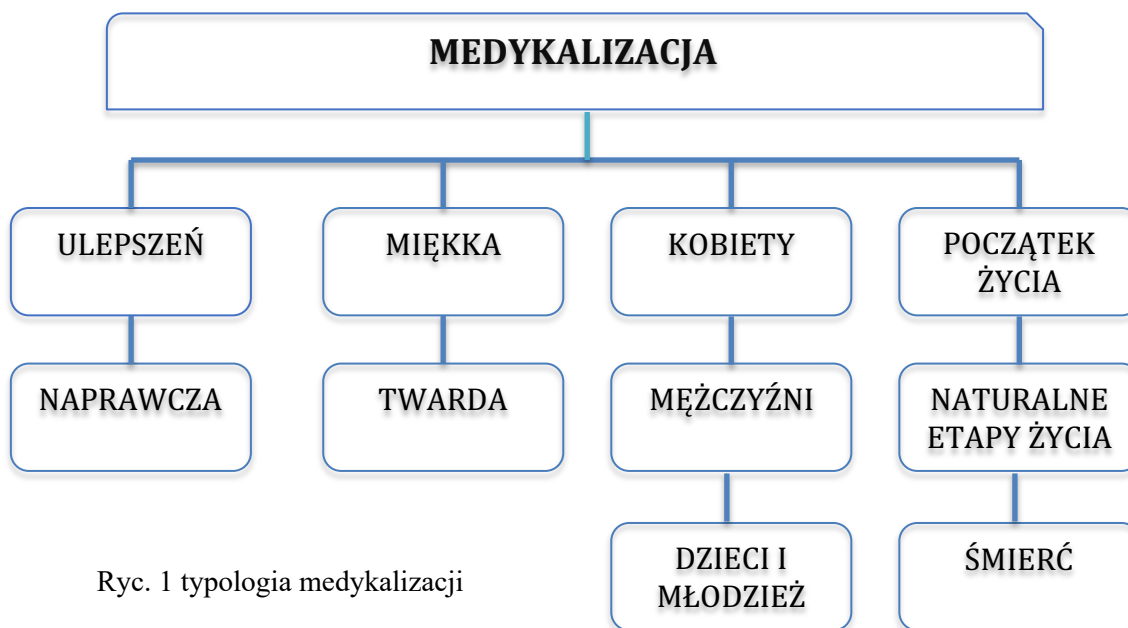
	Zachowanie dewiacyjne	Naturalne procesy życiowe	Problemy życia codziennego	„Ulepszanie” zdrowych ludzi
Przejście pojęciowe	Od „zła” do choroby	Od naturalnego procesu czy zdarzenia życiowego do problemu medyczno-technicznego	Od normalnego/oczekiwanego zachowania czy uczucia do patologii o charakterze medycznym	Od „dobrze” do „lepiej” niż dobrze
Kontekst społeczny	Liberalna, humanitarna ideologia, racjonalne podejście do życia	Postępy medycyny i ocena ryzyka, feministyczne wysiłki w celu osiągnięcia kontroli na biologią	Ekspansja kategorii chorób psychicznych, dostępność leków SSRI, kultura konsumencka	Postępy neurologii i genetyki, kultura rywalizacji, kultura samorealizacji, samospelnienia
Kierujący procesem („agenci	Ruchy społeczne, „laickie” grupy	Specjalności medyczne, konsumenci	Psychiatrzy, firmy farmaceutyczne,	Specjalności medyczne, firmy

medykalizacji”)	interesu, państwo		grupy ochrony pacjentów, konsumenci	farmaceutyczne, konsumenci
Grupy, których proces dotyczy	Dzieci, kobiety, klasa średnia	Kobiety, ludzie starzy	Klasa średnia i wyższa	Klasa średnia i wyższa
Krytyka	Przejście od nacisku na środowisko do nacisku na jednostkę, eliminacja interwencji alternatywnych	Medyczny nadzór i kontrola, utrata autonomii i wiedza laicka, wąska definicja normalności	Homogenizacja życia, zaślepienie na przyczyny środowiskowe, mniejsza tolerancja na problemy mniejszości, fałszywe obietnice	Reprodukcja podejrzanych norm, promocja indywidualizmu zamiast dóbr społecznego, podkopywanie społecznej solidarności

Tab. 1 Typy medykalizacji według Johna Davisa

Źródło: Davis J (2010), *Medicalization, social Control and the Relief of Suffering*, [in:] Cockerham W.C (Eds.), *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, Chichester, Blackwell Publishing, p. 221.

Innym, jak sądzę, bardzo istotnym podziałem medykalizacji jest ten zaproponowany przez Leźnickiego. Opierając się na typologii zaproponowanej przez autora – ale nieco ją modyfikując i uwzględniając własne obserwacje – przedstawiam następujące ujęcie rodzajów medykalizacji.



Ryc. 1 typologia medykalizacji

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Leźnicki 2013: 219, Wieczorkowska 2015: 96, Słońska 2017: 62.

Wielu badaczy między innymi: Maturro, Barker, Nowakowski wskazuje jeszcze na inną klasyfikację, którą uważam za szczególnie istotną. Medykalizacji nie należy rozpatrywać wyłącznie w kategoriach procesu przemiany określonego zachowania w jednostkę chorobową. Takie spojrzenie mogłoby powodować niepełny podział rodzajów omawianego zjawiska. Zwłaszcza jeśli coraz częściej medykalizacja wspomaga człowieka podczas jego naturalnych etapów życia. Ponadto, to co jest szczególnie istotne dla moich rozważań, działania medyczne dążą do zaspokojenia – coraz większych – dążeń jednostki do perfekcjonizmu i doskonałości. Zabiegi z zakresu chirurgii plastycznej, medycyny estetycznej, suplementy diety czy produkty farmaceutyczne mają na celu zwiększyć możliwości organizmu, w tym jego funkcje motoryczne bądź wykreować nowy – lepszy wygląd zewnętrzny. Jednocześnie uważam, że tego rodzaju procedur nie należy identyfikować z patologizacją „brzydoty”, „deformacji” czy po prostu „słabości”, gdyż wszystkie medyczne rozwiązania tych problemów przebiegają na razie formę „opcjonalną” – zależną od „wyboru” jednostki.

RODZAJE MEDYKALIZACJI

Wspomaganie

Poddawanie naturalnych procesów i etapów życiowych. Do najpopularniejszych przykładów z literatury przedmiotu należy zaliczyć: ciąża, poród, antykoncepcja, procedura *in vitro*, dojrzewanie, umieranie i śmierć. Ten rodzaj medykalizacji może – ale nie musi – kreować nowe jednostki chorobowe i tak na przykład ciąża i poród nie są klasyfikowane jako choroby.

Multiplikacja chorób

W tym ujęciu medykalizacja oznacza patologizację chorób czy „chorobotwórstwo”, czyli wzrost liczby zachowań, sytuacji, emocji i postaw, które określane są jako choroby wymagające medycznej interwencji. W ten sposób chorobą zostają określone takie zachowania (często dewiacyjne) jak: nieśmiałość, ADHD, strach, smutek, kompulsywne robienie zakupów, palenie papierosów, nadmierne potrzeby seksualne czy wstrzemięźliwość.

Ulepszanie/ Poprawianie

Przekierowanie celów medycyny z „leczenia” osób chorych na „poprawę” / „udoskonalenie” życia ludzi zdrowych. W angielskiej literaturze do opisu tego rodzaju medykalizacji stosuje się termin *human enhancement*, co przekładając na język polski, w dosłownym rozumieniu, oznacza „ulepszanie ludzi”. W tym przypadku celem interwencji medycznej jest maksymalizacja i podnoszenie wydajności ludzkiego organizmu. Pomimo, że *human enhancement* nie można zaliczyć do działań terapeutycznych, to coraz częściej zauważalna jest tendencja, wraz z rozpowszechnieniem się tego rodzaju praktyk, patologizacji określonych zjawisk – brak interwencji oznacza zaburzenie na przykład jak w przypadku otyłości czy cellulitu. Wygórowane oczekiwania dotyczące masy ciała bądź jakości skóry na udach i pośladkach powoduje, że wiele osób nie jest w stanie sprostać obowiązującym normom, w efekcie czego cellulit i otyłość (która w kategoriach zdroworozsądkowych często oznacza tylko kilka kilogramów nad wagi) zaczynają być definiowane jako choroby wymagające interwencji lekarskiej.

Szczególną trudnością związaną z przedstawionymi typologiami medykalizacji jest fakt, że wiele jej przykładów można interpretować w różnorodny sposób. Na ten moment pozostawię te wątpliwości bez odpowiedzi, podkreślając, że celem tej części tekstu było wymienienie istniejących typologii medykalizacji i ich odpowiednie uporządkowanie, nie zaś omówienie realnych i współistniejących egzemplifikacji. Problem ten mógłby stanowić osoby przedmiot badań innej pracy.

(2) Medykalizacja wyglądu

„Bądź młody, bądź piękny, żyj dłużej. Oto motto dzisiejszego społeczeństwa i jego trudów życia... Sekret długowieczności ciągle jeszcze pozostaje do odkrycia, ale wiele osób szuka drogi na skróty” [Featherstone 2008: 113]. Tak Featherstone, cytując The Sun, rozpoczął część swojej pracy zatytułowaną *Pielęgnacja ciała*. W tym właśnie miejscu odnajduję niezwykłą aktualność słów angielskiego socjologa. Jako jeden z niewielu – wraz z Bryanem Turnerem i Mike’em Hepworthem – w *The Body in Consumer Culture* wskazywał na ekspansję kategorii choroby na obszary związane z estetyzacją ciała. Pomimo że literatura przedmiotu na dobre zainteresowała się tym zagadaniem od lat 90-tych XX wieku (czego dowodzą liczne publikacje), to zdaje się, że nikt nie był w stanie przewidzieć ingerencji medycyny w „upiększanie” człowieka na taką skalę.

Ze względu na fakt, że moje badania terenowe dotyczyły ciała kobiety i piękna w środowisku medycyny estetycznej, uznałam za konieczne osobne omówienie medykalizacji wyglądu, bo głównie o tym rodzaju medykalizacji mówią moje informatorki. Medykalizacja wyglądu staje się obszarem coraz częstszych dysput przedstawicieli różnorodnych dyscyplin naukowych, w tym antropologów medycznych i socjologów. W dosłownym rozumieniu, termin ten oznacza: stosowanie zabiegów i procedur medycznych w odniesieniu do aspektów i stanów, które do tej pory traktowane były jako naturalne procesy życiowe, to także stosowanie procedur medycznych i leków przez osoby zdrowe w celu ulepszenia siebie i swojego wyglądu [Wieczorkowska 2015: 95]. Jednym z podziałów medykalizacji wyglądu jest ten zaproponowany przez Magdalenę Wieczorkowską, która wyróżnia: medykalizację naprawczą i ulepszeń. Oba ujęcia opierają się na kryterium wieku organizmu: poprawiać można zarówno ciało dorosłego człowieka – przez zażywanie leków i suplementów diety w celu podniesienia funkcji motorycznych; można również zaingerować w ciało dziecka – poprzez zażywanie preparatów stymulujących wzrost. W przypadku interwencji naprawczych chodzi o zabiegi z zakresu medycyny estetycznej (na przykład podawanie botoksu w celu

zmniejszenia potliwości ciała) oraz procedury chirurgii plastycznej (na przykład ukierunkowane na usunięcie deformacji czy blizn oraz oznak ciężkiej choroby, na przykład nowotworu twarzy). Wszystkie te sytuacje nie dotyczą momentów przełomowych dla jednostki, a są raczej wynikiem naturalnych etapów życia ludzkiego [Wieczorkowska 2015: 96]. Według Leźnickiego⁷¹ możemy wyróżnić także *medykalizację miękką* oraz *twardą*. Pierwsza odnosi się do zabiegów mniej inwazyjnych – często niechirurgicznych, druga zaś – cechuje się głębszą ingerencją w ciało na przykład zabiegi operacyjne [Leźnicki 2013: 220].

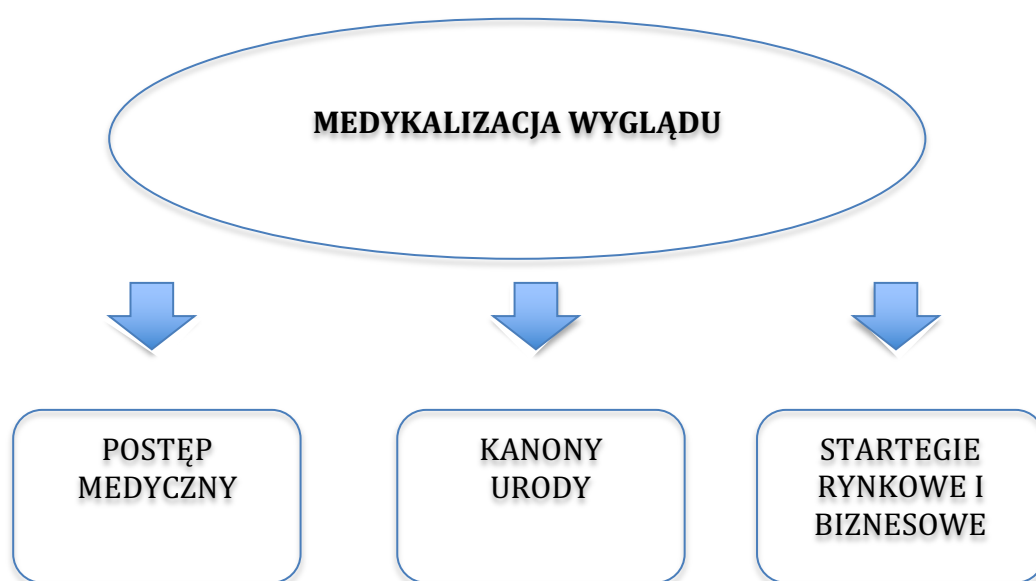
Medykalizacja wyglądu związana jest ściśle z powszechnymi w danym okresie historyczno-kulturowym wzorami piękna i urody kobiecego ciała. Współcześnie mit piękna określa również takie wartości jak powodzenie życiowe, sukces zawodowy, szczęśliwe życie rodzinne i zdrowie – w ten sposób estetyka, to nie tylko wygląd zewnętrzny, ale również wiele różnorodnych kategorii. Featherstone zwraca uwagę na szeroką definicję piękna: „w ramach tej logiki sprawność i szczupłość łączą się nie tylko z energią, zapalem i witalnością, ale i z wartością samej osoby, podobnie jak uroda ciała jest brana za sygnał rozważi i przezorności w sprawach zdrowia [Featherstone 2008: 114]. Idąc tym tropem: wszystko, co „odstaje” lub „nie daje się zmieścić” w normę wizerunkową, przybiera znamiona patologii, a to skłania wiele kobiet do walki za wszelką cenę, by sprostać wymaganiom społecznym. Sadzę więc, że niezwykle istotne jest wyróżnienie głównych czynników, które intensyfikują ekspansywność medykalizacji wyglądu. Na omawiane zjawisko wpływ mają trzy główne czynniki, które przez wzajemną stymulację powodują rozwój i powszechność tego procesu:

Postęp medycyny (a wraz z nią technologii) powoduje, że interwencja medyczna jest w stanie rozwiązać różnorodne problemy (wiele z nich jest wytwarzanych wyłącznie na potrzeby maksymalizacji rynku) współczesnych jednostek. Medycyna estetyczna, która w dużej mierze „wyparła” już chirurgię plastyczną, odpowiada na te specyficzne potrzeby ludzkie – które wcześniej nie miały charakteru medycznego (na przykład piegi na twarzy czy niedoskonałości skórne), a dziś rozwiązywane są za pomocą medycznej interwencji w gabinecie lekarskim. Wówczas dochodzi do zdefiniowania problemu w nomenklaturze medycznej i w interakcji z profesjonalistą – lekarzem.

Kanony urody, czyli przyjęte normy piękna obowiązujące w danym okresie historycznym i kulturowym, a popularyzowane i podtrzymywane przede wszystkim są przez media, agentów społecznych i *mainstream*.

⁷¹ Leźnicki zaznacza jednocześnie, że w literaturze przedmiotu nie ma niejednoznacznego konsensu czy podział ten można przyjąć za obowiązujący czy też nie. [Leźnicki 2013: 220].

Strategie rynkowe i biznesowe – do nich zaliczam wszelką aktywność firm farmaceutycznych, medycznych i kosmetycznych. To także działalność takich branż jak: modowa, *beauty*, odzieżowa, artystyczna i wiele innych. Wiele przedsiębiorstw wspiera lukratywny biznes związany z estetyzacją ciała, nie tylko przez rozwiązywanie aktualnych problemów = chorób, ale głównie przez ich kreowanie dla maksymalizacji rynku. Wspieranie takich działań odbywa się przez dobrze przemyślane strategie marketingowe, reklamowe i public relations, które między innymi przez swój zasięg transmitują nowe definicje konceptualne oraz podnoszą nieustannie normę piękna – przez zastosowanie coraz to nowszych i bardziej spektakularnych rozwiązań.



Ryc. 2 Mechanizmy podtrzymujące i stymulujące medykację wyglądu

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Wiczorkowska 2015.

W referowanych przeze mnie zjawiskach uwypukla się fakt, że medykacja estetyki ludzkiej cielesności w dużej mierze wpływa na zjawisko *utowarowienia ciała*⁷². W takim przypadku ciało rozumiane jest jako towar, który można wymienić, naprawić, sprzedać czy po prostu kupić nowy – Andrew Kimbrell pisze, że jesteśmy obecnie świadkami globalnej ekspansji *human body shop* [Sharp 1992: 297 za Kimbrell 1993]. Kultura konsumpcyjna wpływa na zjawisko utowarowienia, które widoczne jest głównie w wyglądzie współczesnych

⁷² Teoretyczną podstawą dla poglądu utowarowienia ludzkiej fizyczności był model ciała przedstawiony przez Marcela Maussa w *Szkicu o darze. Forma i podstawa wymiany społeczeństw archaicznych*, jak i ten zaprezentowany przez Karola Marksa w *Kapitale*. Choć na pierwszy rzut oka obie prace mogą wydawać się opozycyjne względem siebie – pierwsza z nich dotyczy społeczeństw przedkapitalistycznych, druga zaś kapitalistycznych sposobów produkcji – to obie podkreślają „społeczne życie przedmiotów” [Jakubowska 2009: 215].

jednostek. Baudrillard wskazuje na istnienie dwóch form postrzegania fizyczności człowieka: jako kapitału i fetyszu – który staje się przedmiotem pożądania i konsumpcji, bowiem „wszystko to, co jest obecnie konsumowane naznaczone jest piętnem seksualnym. Jednocześnie rzecz jasna sama seksualność staje się przedmiotem konsumpcji” [Jakubowska 2009: 217 za Freud 1992: 131-136]. Taki wizerunek ciała we współczesnej kulturze pokazywany jest w dwojaki sposób: z jednej strony, jako przedmiot pożądania, którego nadrzędnym celem jest budzenie zachwytu i przyciąganie zainteresowania – takie przedstawienie jeszcze bardziej uprzedmiotawia ciało współczesnych kobiet; lub, z drugiej, jako „produkt” różnorodnych zabiegów i towarów popularnych w najnowszych strategiach reklamowych [Jakubowska 2009: 217]. Dzisiaj coraz częściej mamy do czynienia z utowarowieniem ciała w kontekście zjawiska medykalizacji (zwłaszcza jej zainteresowaniem wartościami estetycznymi) – czyli tego, co oferuje nam współcześnie medycyna i technologia.

Głównym obiektem zainteresowań medycyny zajmującej się poprawą wyglądu stała się kobieta. To głównie jej cielesność i jej różnorodne doświadczenia uległy znacznej redefinicji w języku i kategoriach medycznych. Buczkowski zwraca uwagę, że medykalizacja (zwłaszcza medykalizacja wyglądu) ma swój istotny wymiar moralny związany z oceną i nieustającą obserwacją „chorej” jednostki, a nadzór i medyczna interwencja dotyczą szczególnie tej płci, która uznana jest za słabszą i permanentnie chorą. W tej perspektywie choroba nabiera specjalnego wyrazu: staje się metaforą negatywnej oceny.

Młodość a medycyna estetyczna

„Współczesna żelazna dziewczina jest nienaturalnie szczupła, młoda” [Dunin 2014: 7] – tak na temat dzisiejszych kobiet pisała Kinga Dunin w przedmowie do polskiego wydania *Mitu piękna* Wolf. Kultura konsumpcyjna, choć skierowana jest do jak największej liczby odbiorców, to wykształciła jedynie jeden wzorzec piękna dla wszystkich etapów życia człowieka – „wzorzec totalny oparty na młodości” [Dziuban 2013: 16]. Dlatego promowany w dzisiejszych czasach kult zdrowia oparty na: dbałości o sprawność fizyczną, walce z nadprogramowymi kilogramami, technikach upiększających się i byciu wiecznie młodym stały się nie tylko głównymi hasłami polityki społecznej i obszarem skolonizowanym przez wiedzę medyczną, ale i podstawowym zadaniem jednostki. Popularyzowany kult młodego ciała w znacznym stopniu wpływa na postawy i zachowania (w tym prewencyjne działania) oraz znaczenia przypisywane oznakom starzenia i samej starości. To, jak istotną rolę sprawuje

obecnie ciało w kreowaniu społecznej tożsamości człowieka, powoduje, że takie czynniki jak doświadczenie życiowe i zawodowe, mądrość czy wieloletnie wykształcenie coraz częściej tracą na wartości wobec czynników aprobowanych społecznie, takich jak: młodość i atrakcyjny wygląd. Świadczyć może o tym chociażby fakt, iż podeszły etap życia jednostki utożsamiany jest z brakiem kontroli nad swoim ciałem i organizmem, niedołążnością, rozkładem, chorobą, a nawet ze śmiercią [Dziuban 2014: 16].

Tak o współczesnej kategorii starości i znaczeń jej przypisywanych mówią moje rozmówczynie. Cytuję wypowiedź pacjentki Justyny:

Oznacza to wszystko jednocześnie, że bycie młodym, bo wiadomo ogólnie, że to młodym ludziom chce się trenować, działać i tak dalej. **Bo wiadomo, że z wiekiem stajemy się coraz bardziej leniwi i niechętni. Może dlatego starość jest tak deprecjonowana (...).** Na pewno atrakcyjny wygląd to młody wygląd, no z wiekiem nie da się dobrze wyglądać, no **na przykład po czterdziestym piątym roku stajemy się już takie trochę starawe, a więc na pewno trochę mniej docenione z powodu tego wieku** [AIEiAK 14870].

Wypowiedź Justyny może wskazywać, jak istotną rolę w czasach nowoczesności odgrywa wygląd, szczególnie młody. To on jest kategorią, która wyznacza kobiecie miejsce w świecie. Wraz z utratą młodzieńczego charakteru jednostka podlega alienacji i stygmatyzacji. Coraz częściej – w kontekście ludzkiej fizyczności – oznaki starości podlegają współczesnej instytucji tabu, o czym wspominałam w drugiej części mojej pracy. Kilka słów na ten temat dodaje dr Malwina:

Kobiety głównie wygładzają zmarszczki, które świadczą o podeszłym wieku, a kobiety za wszelką cenę chcą zatrzymać młodość jak najdłużej, z tego powodu tak chętnie wykonują ten zabieg. Tracimy z wiekiem wartość w oczach innych. Wykonują napinanie skóry zwłaszcza kobiety po czterdziestym roku życia, u których pojawiają się tak zwane chomiki, bo one są niejako takim sygnałem, że nasza twarz zaczyna się starzeć [AIEiAK 14844].

Słowa informatorki nawiązują do nieuchronności procesu starzenia się, który jest negowany przez rozwój licznych technologii medycznych i kosmetycznych, których celem jest zmniejszenie lub niekiedy nawet usunięcie oznak starzenia i zatrzymanie młodości jak najdłużej [zob. Morgan 1994: 240-241]. W czasach, kiedy kult młodości staje się jedną z głównych trajektorii życia, jednostki zmuszone są do bycia odpowiedzialnymi za swój wygląd i kondycję ciała-kapitału, przez podejmowanie określonych decyzji celem zachowania

atributów młodości jak najdłużej. W przeciwnym wypadku skazują się na starość i związane z nią etykiety, stygmatyzację i społeczny ostracyzm. W efekcie wizerunki osób starszych nie mogą sprostać rosnącym wymaganiom konsumpcyjnego piękna, są też wypierane z przestrzeni publicznej i coraz częściej wzbudzają oburzenie i obrzydzenie [Dziuban 2013: 16].

Kobiety, z którymi rozmawiałam podczas terenowych badań, na temat współczesnej kategorii młodości jako swojego rodzaju zbiorowej powszechnej obsesji kulturowej, miały wiele do powiedzenia. Oddaję głos pacjentce Danucie:

Mamy do czynienia z tak zwanym kultem młodości, który opanował każdą komercyjną sferę naszego życia. Wszystkie kobiety chcą się odmłodzić i taki rodzaj wizerunku dominuje w mediach. **Taki wizerunek zakłada, że nawet kobieta w wieku pięćdziesięciu lat nie będzie miała dużo zmarszczek,** jej skóra na całym ciele będzie dużo młodsza. Ciągłe spotykam w różnych źródłach informacje o tym, jak cudownie wyglądają kobiety, które mają ponad pięćdziesiąt lat, a wyglądają tak młodo [AIEiAK 14863].

Pacjentka Pola podziela tę perspektywę, dodatkowo wskazując, że starzenie jawi się obecnie jako proces, któremu trzeba przeciwdziałać:

Ogólnie mówiąc duże znaczenie ma młodość. Wszystko co młode albo młodo wyglądające po prostu dobrze wygląda (...). To już łączy się z kwestiami takimi jak młodość, bo wysportowane ciało jest jędrne, bardziej gładkie, więc wygląda na młodsze. Takie młode ciała bez cellulitu mają jedynie bardzo młode osoby, a z wiekiem mamy coraz bardziej wiotką skórę i więcej niedoskonałości. Łączy się to z naturalnymi procesami w naszym organizmie. No, ale to źle wygląda, no taka skóra, więc trzeba zwalczać to (...). **Młodość jest też bardzo ważną rzeczą w dzisiejszych czasach, dotyczy to, zarówno ciała, ale też naszej twarzy (...).** Tak wiele mówi się o kulcie idealnego poprawionego wyglądu, a cały ten nurt jest dodatkowo wsparty, że powinniśmy dążyć do młodego wizerunku [AIEiAK 14866].

Słowa pacjentki odnoszą się do tego, o czym głosi współczesny paradygmat tożsamościowy, który nie koncentruje się wyłącznie na ciele i wszelkich aktywnościach z nim związanych, jak na przykład dbanie o młody wizerunek czy dietę, ale przede wszystkim na tożsamości „autentycznej”. W tym kontekście odpowiedni wygląd to nie tylko zarządzanie na poziomie ciała, ale to także zmiana światopoglądowa i głęboka internalizacja „nowych norm” – głęboka na tyle, że staje się częścią wewnętrznego Ja. Analizując te nowe doświadczenia, Małgorzata Jacyno pisze, że:

zdrowie, młodość i sprawność przyjmują w zmedykalizowanej rzeczywistości charakter absolutnych wartości. Dylemat, jaki pojawia się we współczesnej kulturze indywidualizmu polega na tym, czy raczej wartości te kultywować, czy raczej z nich korzystać. Większość, pisze Turner, decyduje się na wyrachowany hedonizm (...). **Kult natury, naturalności i naturalnego życia idzie to jednak w parze z niesłychaną determinacją w walce z naturalnymi koniecznościami, takimi jak starzenie się, utrata sprawności, osłabienie odporności czy śmierć. Chudnięcie, odmładzanie się, powiększanie masy mięśni (...), który temu wszystkiemu służy (...) zyskuje w doświadczeniu jednostki znaczenie wyzwania się z niegodnych determinacji i emancypacji społecznej** [Jacyno 2007: 95].

Ten nowy wymóg, którego ostatecznym celem jest zdobycie ciała idealnego, ale też zdyscyplinowanego, wolnego od chorób i starości, jest jednym z przykładów racjonalizacji ciała. Figura nowego młodego człowieka, którego charakter bardziej przypomina cyborga, ma za zadanie kreować nowe drogi biowładzy i biopolityki. Co jednak zasługuje na podkreślenie, ta nowa figura nie jest elementem wyobraźni, a egzystuje w społecznej świadomości – jako obraz ciała w późnej nowoczesności [Breczko 2009: 26]. Dążenie do jak najdłużej trwającej (w perspektywie całego życia) cielesnej doskonałości staje się sztandarowym hasłem współczesnej kultury indywidualizmu. Komentuje to w kategoriach walki za wszelką cenę pacjentka Gracja:

Jeśli mówimy o pięknie, to na pewno jego definicję będą obejmowały takie kwestie, jak młodo wyglądający wizerunek. W ogóle mamy modę na odmładzanie się i to na wielką skalę. **W zasadzie jest to gonitwa, by wyglądać coraz to młodziej, przez to też, nie starzejemy się z godnością, bo jak inaczej nazwać kobietę w wieku czterdziestu lat, która nie potrafi zaakceptować tego, że zmarszczki są nieuniknione i prasuje swoją twarz.** Choć, jak się tu dziwić takiemu postępowaniu, jak popatrzymy tylko na Nikole Kidman. Jest ona uważana za piękną i młodą i to dlatego zwykle kobiety też chcą być obiektem adoracji (...). Myślę, że moda panuje akurat na tego rodzaju zabiegi (odmładzające – przypis A.F.) ponieważ jest obecnie kult młodości! **Nigdy wcześniej nie dążyliśmy do utrzymania młodego wizerunku za taką cenę, jak dzisiaj. Wiele kobiet nawet się oszpeca, by tylko zyskać szansę na zatrzymanie młodości dłużej.** Często podejmują bardzo duże ryzyko [AIEiAK 14869].

Także lekarki wypowiadają się na ten temat. Cytuję wypowiedź dr Aleksandry, która podkreśla, że choć starzenie się jest procesem naturalnym, wiele kobiet nie pogodziło się z takim stanem rzeczy:

Młodość to zawsze była mocna strona każdej kobiety, która mogła się nią poszczycić. Oczywiście nie unikniemy procesów starzenia się, ale fajnie byłoby jednak, żebyśmy dbały o zachowanie oznak młodości jak najdłużej. Naprawdę mamy bardzo dużo fajnych możliwości,

żeby to osiągnąć, w ten sposób można starzeć się z klasą (...). Jednym z głównych celów wizyt u lekarzy, takich jak ja, jest właśnie odmłodzenie się. **Młodość jest wartością, która ma wysokie znaczenie w dzisiejszych czasach. Kobiety robią bardzo wiele, żeby zachować jak najdłużej młody wygląd** [AIEiAK 14855].

Uważam, że trafnym podsumowaniem słów mojej rozmówczyni będzie motto: *Tomorrow is the first day of the rest of your life* – w obliczu wymagań dotyczących zachowania wizerunku młodego ciała jak najdłużej, słowa te nabierają obecnie nowego wyrazu [Breczko 2009: 26]. Obawy dotyczące starości powodują permanentne poczucie zagrożenia, które coraz częściej może skutecznie redukować oferta medyczna, której przedmiotem jest estetyczny wymiar ciała. Medycyna estetyczna staje się w ten sposób jednym z tego rodzaju usług – w odróżnieniu od specjalizacji medycznych – w których momentem podjęcia decyzji o skorzystaniu z terapii staje się nie biologiczna dysfunkcja, lecz kulturowe oczekiwania. Dbłość i rekonstrukcja wyglądu stają się reakcją na te wymagania [Melosik 2010: 85]. Podsypane przez dominujący *mainstream* poczucie zagubienia i lęku przed nowymi chorobami i dysfunkcjami oraz związanymi z nimi konsekwencjami społecznymi, stanowią jedynie przykład szerszej kontekstualizacji kultu młodości. Sytuacja ta jest szczególnie odczuwana przez kobiety, które przekroczyły granicę wieku nazywaną młodością, i jest przez nie odczuwana jako opresyjna i negatywnie wpływa na ich poczucie własnej wartości [Dziuban 2013: 18]. Im bardziej ich wygląd odbiega od społecznie uznanych kanonów piękna, tym większy jest brak akceptacji swojego ciała i potrzeba zniwelowania takich oznak starości jak: pojawienie się zmarszczek, wiotczenie skóry, pojawienie się ubytków skórnych w okolicach oczu czy siwiejących włosów. Sprawia to, że dla kobiet procesy starzenia są utratą kapitału fizycznego i społecznego, które prowadzą do dalszych konsekwencji: wycofania z aktywności zawodowej, problemów zdrowotnych czy izolacji społecznej. Na temat społecznych konsekwencji starzenia się w bardzo interesujący sposób mówi dr Aleksandra:

Po pierwsze kobiety chcą się odmłodzić, mówię tu o szeroko pojętym odmłodzeniu się, bo **chyba od zawsze kobiety miały problem ze starzeniem się**. Jesteśmy uważane za płeć piękną i dużo czasu i uwagi poświęcało się i poświęca się aspektom naszego wyglądu. Każda kobieta niezależnie od wiek chce dobrze wyglądać i **ten moment, kiedy oznak starzenia stają się coraz bardziej widoczne odczuwamy głębiej, a nie tylko na płaszczyźnie zewnętrznej**. Dla wielu kobiet to okres spadku samowartości, poczucie, że nie są już atrakcyjne czy tak samo warte i cenione jak młode dziewczyny. To niekiedy wiąże się z licznymi społecznymi

łańcuchami, jak trudność znalezienia pracy w pewnym wieku czy rozwody i tak dalej [AIEiAK 14855].

Zacytowane słowa lekarki podkreślają, jak trudnym momentem w życiu dla każdej kobiety staje się wiek, w którym odbiera się jej pewne wartości. Granice tego przejścia wyznaczają czynniki estetyczne i stąd może tak wiele uwagi kobiety przywiązują obecnie do swojego ciała. Ale dr Aleksandra opowiada też o trudnych do zniesienia konsekwencjach społecznych, które wraz z wiekiem dotyczą wyłącznie kobiet. Sądzę, że taka sytuacja popycha je do stosowania procedur estetycznych pomagających odsunąć ten trudny etap. Bogactwo materiału terenowego podkreśla także, że współczesne metody rozwiązywania problemów estetycznych coraz częściej nie dotyczą kategorii związanych z wyglądem, ale szczególnie trudnych do zniesienia konsekwencji społecznych, z którymi kobiety nie chcą się mierzyć. Więcej o kulcie młodości wśród kobiet opowiada pacjentka Teresa w następujący sposób:

Dzisiejsze piękne kobiety to przede wszystkim młode kobiety. Nie chodzi w tym wypadku o rzeczywisty wiek metrykalny, ale raczej o wygląd, który wskazuje na znacznie mniejszy wiek, niż nasza metryka wskazuje. Młodość jest w dzisiejszych czasach bardzo w cenie (...). Coraz częściej mówi się o kategorii wyglądu młodo, co znaczy w praktyce, że żeby wyglądać na mniej lat niż się w rzeczywistości ma. Na każdym etapie życia, kobiety dążą, żeby się odmładzać, nie mówię w tym wypadku o nastolatkach czy bardzo młodych dziewczynach, które mają tendencję lub chęć do wyglądu starszej lub bardziej dojrzałej. **Tak w rzeczywistości to kobiety po dwudziestym piątym czy dwudziestym szóstym roku życia zaczynają widzieć u siebie wiele niedoskonałości, w tym zmarszczki** [AIEiAK 14868].

Zacytowane przeze mnie wypowiedzi lekarek i pacjentek wskazują na zjawisko: **maskowania starości** – które dotyczy subiektywnego doświadczenia ciała osób w średnim wieku i starszych. Proces utraty młodości i próby jego ukrycia wpływają na przemiany w obrębie jednostkowej tożsamości człowieka. Konceptualizacja tej problematyki związana jest z metaforą maski. W literaturze przedmiotu metafora maski przedstawiana jest w dwóch ujęciach. Z jednej strony wskazuje się, że utrata oznak młodości skłania ludzi do poszukiwania różnych rozwiązań, narzędzi czy technik zamaskowania zmian zachodzących w starzejącym się ciele; z drugiej oznacza, że nieuchronne procesy starzenia ciała jednostki traktowane są jako maska zakrywająca prawdziwą tożsamość – wewnętrzne Ja.

Mike Featherstone i Mike Hepworth w eseju *The Mask of the Ageing and the Postmodern Life Course* stosują pojęcie maski starości – na określenie skutków procesów

starzenia przez osoby nimi dotknięte. W ten sposób ciało zostaje maskowane z powodu negatywnych stereotypów stając się *kaftanem bezpieczeństwa*⁷³ a nawet *więzieniem* [Shilling 2018: 233]. Takie spojrzenie na maskę koncentruje się na symbolicznych znaczeniach przypisywanych wizerunkowi i różnym poziomom samozadowolenia oraz samoświadomości jakie jednostki sprawują nad swoim ciałem – odczuwając je jako formę nacisku zewnętrznego i z góry narzucone ograniczenia [Shilling 2019: 233]. Według autorów *The Mask of the Ageing and the Postmodern Life Course* ludzie coraz częściej postrzegają swoje ciało jako maskę zakrywającą ich prawdziwe oblicze, a zmarszczki czy pojawienie się siwych włosów traktowane są nie jako subiektywne doświadczenia podmiotu, ale jako przebranie, a nawet więzienie [Featherstone, Hepworth 2001: 378-379]. „Przyczynia się to do zanegowanie własnego ciała i poczucie alienacji, które wiąże się z negatywną identyfikacją lub brakiem identyfikacji z własnym ciałem – wyglądem, fizycznością, ruchami ciała. Koncepcja maski starości odnosi się więc do zerwania spójności między obrazem ciała a poczuciem własnej tożsamości i koncepcją siebie” [Dziuban 2013: 19].

Wypowiedź Pacjentki Teresy pokazuje, jak daleko poza konteksty biologiczne sięgają społeczne konsekwencje starzenia się kobiet:

Dużo zabiegów kobiety wykonują na okolice szyi, zwłaszcza po trzydziestym piątym roku życia. Na naszej szyi najłatwiej można zauważyć zmiany związane ze starzeniem. **W ogóle samo określenie starzenie się jest bardzo źle odbierane, to co dopiero zjawisko starzenia się (...).** Wiele firm ma też określone wymagania co do kobiecego wyglądu, na przykład, że nie zatrudniają kobiet w wieku powyżej czterdziestego roku życia lub osób z nadwagą. Znaczy to, że pracodawcy zwracają uwagę na wiek swoich pracowników. Co ciekawe, że w zarządzie są sami mężczyźni i ich wiek jest zdecydowanie powyżej pięćdziesięciu lat (...). Kobiety chcą zmienić te części swojego wizerunku, na które obecnie zwraca się największą uwagę, czyli zmarszczki, dolina łez, które są oznakami starzenia się. Starzenie się i jego oznaki są bardzo źle widziane u kobiet. **Kobiety z wiekiem tracą nie tylko atrakcyjność, ale wraz z nią wszystko inne. Trochę to smutne.** [AIEiAK 14868].

⁷³ Koncepcja maski starości nawiązuje do pojęcia zaproponowanego przez Frantza Fanona ciała jako maski. W tym ujęciu maska może stać się opresyjnie nadzorującą drugą skórą. Analiza Fanona skupiała się na konstrukcji kolonializmu i byciu czarnym [Fanon 1984: 108-110]. „Spojrzenie białego kolonizatora mężczyzny, pomaga wytworzyć społeczną i wizualną przestrzeń, w której ludzie czarni zostają zrównani ze swoim ciałem i do niego zredukowani. Ciało nie znika tu w żaden sposób, nie ma też żadnej nadziei na traktowanie go na zasadzie podmiotowego projektu. Zamiast tego esencją tożsamości staje się negatywny stereotyp <<bycia czarnym>>; esencją, która jest widziana przez <<białą maskę>> i wypełniona wstydem i pogardą wobec samego siebie” [Shilling 2019: 233].

Zacytowane wypowiedzi podkreślają, iż zjawisko starzenia się jako utraty samowartości dotyczy wyłącznie kobiet, ale też tego, o czym pisze Efrat Tseëlon. Analizując cielesne maski jako wyłącznie patriarchalne, podkreśla, że kobiety nieustająco zmuszone są zmagać się z męską wizją kobiecości. Kobiety zostają „zamknięte” w pułapce wyobrażeń, która traktuje je jako ciało i wizerunek – a te poddane są surowej ocenie mężczyzn [Tseëlon 1995: 123-124]. Analizując archetypiczne cechy tej maski w podaniach i opowieściach Ewy, Lilith i Pandory, badaczka uważa, że maska kobiecości jest „fałszywą dekoracją” – której powab i piękno służą do olśniewania mężczyzn [Tseëlon 1995: 11-12]. Zdaniem Tseëlon, w narzucona przez patriarchat „kobiecość” zawsze ma wymiar redukcjonistyczny i normatywny. Wolf pisze, że:

młodość i (do niedawna) dziewictwo są „piękne”, ponieważ oznaczają brak doświadczenia i ignorancję w sprawach seksu. **Starzenie się kobiet zaś nie jest piękne, ponieważ gdyby takie było, patriarchalne społeczeństwo musiałoby przystać na większą władzę, którą zyskujemy wraz z upływem czasu oraz na zawiązanie więzi między różnymi pokoleniami kobiet. W efekcie starsze kobiety boją się młodych, młode boją się starych, a mīt urody skraca długość ich życia. Nasza tożsamość musi być oparta na idei „urody”, w ten sposób będziemy zawsze uzależnione od zewnętrznej aprobaty, wystawiając żywe i delikatne poczucie własnej wartości na widok publiczny** [Wolf 2014: 31-32].

Całość tej dyskusji podsumowuje pacjentka Ewa:

Nie ma co się tego wstydzić, bo nikt nie znalazł antidotum na starzenie się. Zresztą **kult walczenia z anti aging jest szeroko rozpowszechniony na całym świecie** [AIEiAK 14872].

Medialny mainstream

Daniel Goleman w swoim słynnym artykule opublikowanym 19 marca 1985 w „New York Times” *Dislike of Own Body Found Common among Women* pisał, że w środkach masowego przekazu odnaleźć można znaczącą ilość reklam i kampanii marketingowych nawołujących kobiety do dbania o siebie [Goleman 1985:]. Mimo że od pamiętnego wydania amerykańskiego dziennika minęły ponad dwie dekady, to słowa znanego psychologa zdają się obecnie jeszcze bardziej aktualne, niż pamiętnego 19 marca.

Można powiedzieć za Melosikiem, że współczesne kobiety są tyranizowane rozpowszechnionym przez media wizerunkiem idealnego i pięknego ciała [Melosik 2010: 72]. Kultura konsumpcyjna, poza wyznaczaniem określonych kanonów urody, wskazuje na techniki, które pozwolą uzyskać atrakcyjny wygląd. Branża *beauty* – obejmująca coraz

większe przestrzenie rynku – sugeruje, które z działań mają charakter natychmiastowego remedium. Do najpopularniejszych z nich należy właśnie medycyna estetyczna (wypierająca coraz mocniej działalność chirurgów plastycznych), która staje się akceptowalną, a nawet promowaną przez *mainstream* formą wiedzy / władzy i technik kulturowych dotyczącą społecznie pożądanym obrazów kobiecego ciała. Coraz popularniejsza medycyna estetyczna jest krystalizacją tej władzy.

W przeszłości dominującą gałęzią medyczną zainteresowaną wyglądem była chirurgia plastyczna, której działalność zogniskowana była głównie na medycynie naprawczej i ratującej życie. Wejście medycyny w przestrzeń skomercjalizowaną spowodowało znaczne znormalizowanie działalności chirurgów plastycznych. Mimo tych przemian, **prawdziwym apogeum zdaje się rozwój medycyny estetycznej: niebędącej specjalizacją medyczną, a skupioną wyłącznie na kwestiach estetycznych – zaryzykuję stwierdzenie – merkantylną działalnością medyczno-biznesową.**

W normalizacji nowego dyskursu współczesnego piękna ogromną rolę odgrywają środki masowego przekazu [Garncarek 2010: 61]. Nurt plastycznej urody / ciała mieści się w Baudrillardowskim pojęciu hiperrzeczywistości [zob. Melosik 1995: 151-185]. Czasy, w których zabiegi estetyczne wykonywane były wyłącznie przez sławne osoby (aktorki, piosenkarki i celebrytki), do których należą: Cher, Marilyn Monroe czy Jane Collins, są już przeszłością. Społeczny wzrost znaczenia procedur medycznych ingerujących w ciało jednostki – jak podkreśla Tseëlon – należy łączyć z faktem, iż „zwykli” ludzie coraz częściej decydują się na wykonanie takich zabiegów [Tseëlon 1995: 80-81]. Współczesne media nie tylko przyczyniają się do normalizacji procedur medyczno-estetycznych jako poprawnej formy kulturowych praktyk, ale też – podtrzymują obowiązujące kanony piękna. Na ten temat mówi jedna z lekarek, dr Ilona:

Portale społecznościowe, ale także **całe media napędzają cały ten boom na zmianę wizerunku u lekarza** [AIEiAK 14851].

O wpływie mediów na konieczność wyboru ścieżki medycyny estetycznej przez „zwykłe” kobiety mówi pacjentka Jadwiga:

Medycyna estetyczna jest obecnie bardzo popularna za sprawą, że została pozytywnie rozproszona przez media. Ponadto współczesne kanony piękna, jak na przykład w przypadku Natalii Siwiec, zakładają, że bez pomocy lekarza nie osiągnie się wymarzonego i akceptowalnego wyglądu (...). Ciężko jest mieć inny pogląd na ten temat, jeśli wizerunki

kobiet, które korzystają z takich usług, są przyjęte i uważane za bardzo atrakcyjne, to z czasem i my tak, kobiety, uważamy. Poza tym, jeśli komuś nie podobają się wizerunki osób korzystających z medycyny estetycznej, to i tak w perspektywie je przyjmuje za piękne, bo każda z nas pragnie uznania w oczach innych. **Tak właśnie nakręca się cała machina, z której nie ma co się próbować wyswobodzić.** Ponadto faktem jest, że medycyna estetyczna nie należy, przynajmniej część jej metod, do inwazyjnych technik dbania o siebie [AIEiAK 14859].

Materiał terenowy wskazuje, że zapotrzebowanie i popularność medycyny estetycznej wynika z gloryfikowania atrakcyjności znanych kobiet w mediach⁷⁴. Przekonanie, że można wyglądać podobnie do ulubionej aktorki czy mieć takie same: usta, nos, włosy jak popularni bohaterowie telewizyjni, wzmacniane jest dodatkowo manipulacyjnymi kampaniami reklamowymi. W swoich spotach używają haseł: „miej takie ciało, na jakie zasługujesz”, „ponieważ jesteś tego warta”, „przekonaj się sama”, „intensywny kolor, bez zniszczonych włosów”, „może to jej urok, może to Maybelline” [<http://www.anagram.pl/hasla-reklamowe-kosmetykow-grupy-loreal/>]. Media wbudowują w kobiety przekonanie, że poprawiając swoją urodę za pomocą aprobowanych technik, stają się bardziej wartościowe, zarówno w wymiarze jednostkowym i społecznym. Jednocześnie kobieta przeświadczona jest, że to ona decyduje⁷⁵ o swoim ciele [Melosik 2010: 74], gdy tak naprawdę zostaje poddana „terrorowi piękna” [Wolf 2014: 91-114].

Wydaje się, że celem retoryki mediów stanowiących „tubę” popkultury jest budzenie lęku i obaw w kobietach, że nie uda im się osiągnąć atrakcyjnego wizerunku. Relacja odbiorcy („zwykłych” kobiet) i narratora (media, patriarchat, dyskurs władzy /wiedzy, międzynarodowe koncerny) oparta jest na przekonaniu o dobrze spełniającej się przepowiedni, której realizacja dokonuje się poprzez dziedzinę aspiracji, pragnień oraz zainteresowań kobiet, a odbywa się za pomocą wtrąceń typu: „coraz więcej kobiet ma trudności z akceptacją swojego wyglądu”, „naturalnym pragnieniem każdej kobiety jest zatrzymanie młodości jak najdłużej”. Takie przekazy mediów przyczyniają się do powstania paniki związanej z wyglądem ciała: „masz czterdzieści lat i czujesz się młoda – nie chcesz się starzeć, a już na pewno nie chcesz, aby starzenie się pozostawiało ślady na twojej skórze” i

⁷⁴ Wiele popularnych na polskim rynku gazet wykreowało specjalne suplementy poświęcone wyłącznie medycynie estetycznej. Jednym z najpopularniejszych jest dwutygodnik *Party*, który stworzył dodatkowy magazyn: *Party. Życie gwiazd. Medycyna estetyczna*. Treść całego numeru poświęcona jest popularyzowaniu zabiegów medycznych jako natychmiastowego remedium na problemy z urodą. Magazyn opisuje najnowsze metody „leczenia” kształtu nosa, opadających powiek, podwójnego podbródka, ekspresowego ujędrniania twarzy i innych części ciała. Zawiera też dużą liczbę adresów profesjonalnych klinik medycyny estetycznej i rekomendacji, która z nich będzie najlepszym wyborem [*Party. Życie gwiazd. Medycyna estetyczna* 2017: 16].

⁷⁵ Coraz częściej zabiegi medyczne, zarówno te chirurgiczne i z zakresu medycyny estetycznej porównywane są do mody [Bordo 1993: 264-269].

„większość z pań wie, że po trzydziestce należy solidnie zająć się swoją cerą, aby jeszcze zapobiec powstawaniu zmarszczek” [Melosik 2010: 77]. Na temat tej kwestii mówi pacjentka Pola w następujący sposób:

W mediach jest pełno programów mówiących, że żeby uzyskać atrakcyjny wygląd trzeba korzystać z zabiegów medycyny estetycznej. **Myszę, że kobiety często akceptują swój wizerunek, ale pod wpływem otoczenia wynajdują u siebie wady i wtedy idą do lekarza. Zapominają wtedy, że często walczą z biologią** [AIEiAK 14866].

Kilka słów od siebie dodaje też pacjentka Gracja, która wskazuje na istotne kwestie w relacji: medycyna estetyczna a media. Cytuję jej wypowiedź podkreślającą współczesny proces włączania medycyny estetycznej do codzienności praktyk dbania o siebie:

Często wizerunki prezentowane w mediach promują także taki nurt poprawiania się, czyli chirurgię plastyczną lub medycynę estetyczną, na przykład powiększanie piersi, coraz częściej także powiększanie pośladków, o zabiegach medycyny estetycznej nie wspominając. **Osobiście nie kojarzę osoby, która występuje w szeroko pojętych mediach regularnie, by czegoś nie poprawiała za pomocą medycyny estetycznej. Dzisiaj korzystanie z medycyny estetycznej jest jak wizyta u fryzjera dwadzieścia lat temu** [AIEiAK 14869].

Mimo że moje rozmówczynie nie mówią na ten temat w sposób bezpośredni, to artykułują wielokrotnie, że korzystanie z medycyny estetycznej jest „naturalną” i powszechnie przyjętą formą dbania o wygląd. Reklamy produktów, których przeznaczeniem jest poprawa urody, stosują profesjonalną nomenklaturę medyczną i prezentują obrazy reklamowe w kategoriach „zdrowia” i „choroby”. W ten sposób, podstawą przekazu stają się najgorsze medyczno-społeczne lęki: przed nowotworem, nieuleczalnymi chorobami, starzeniem się czy utratą rodziny i przyjaciół [Wolf 2014: 288]. Do najpopularniejszych haseł popularnych reklam należą:

krem na noc firmy Estee Lauder jest specyfikiem „naukowo opracowanym”, aplikuje się go strzykawką jak krew przy transfuzji lub płynne lekarstwo. Vichy umożliwia „skórze powrót do zdrowia”. Clarins mówi o „pogorszeniu się stanu skóry”. Elancyl odnosi się do „stanu”, który „oszepeca”. Lekarze wypisują recepty, Clarins recepty na piękno, a Clinique zalecenia. Onkolodzy mówią o „regresji” choroby, a Clinique twierdzi: pozostań przy swojej terapii – chwilowa „regresja” zatrzyma się [Wolf 2014: 283].

Reklamowane są kremy, maści, balsamy, które sprawią, że skóra będzie wyglądać atrakcyjnie i zdecydowanie młodziej. Inne kampanie sprzedażowe podkreślają, że stosowanie określonych produktów przyniesie taki sam rezultat, jak lifting chirurgiczny czy wygładzanie zmarszczek botoksem. Reklamy kremów i zabiegów estetycznych na przykład na zwalczanie cellulitu coraz częściej przedstawiają indywidualne doświadczenia „zwykłych” kobiet, którym udało się zakończyć przemianę ciała z sukcesem – i dzielą się swoimi spostrzeżeniami w mediach: „wiedziałam, że będzie lepiej, ale nie spodziewałam się aż takiej poprawy. Teraz krótkie spodenki przestaną kurzyć się w szafie” [Zwierciadło 1/2017: 73].

Także same kobiety narzucają innym kobietom te trudne do zrealizowania standardy piękna. Amerykański „New York Times” kilka lat temu opublikował artykuł o bieliźnie modelującej dla kobiet, w którym zacytowano wypowiedź znanej prawniczki: „żadna kobieta nie powinna wychodzić z domu bez warstwy lycry na udach. Nie mam ochoty patrzeć na własny cellulit, więc czemu miałabym oglądać twój?” [Engeln za New York Times 2018: 49]. Z kolei Jean Kilbourne w swoim filmie dokumentalnym *Still Killing Us Softly: Advertising's Image of Women*⁷⁶ prezentowała kolejne obrazy układające się w głęboką narrację o tym, w jaki sposób prezentowanie kobiet w mediach negatywnie wpływa na ich poczucie wartości. Film obnaża rolę mediów w rozpowszechnianiu mitu urody, co więcej – zdaniem Kilbourne – pewne zjawiska dotyczące wizerunku ciała są przez nie kreowane i podtrzymywane [<https://www.jeankilbourne.com/films/>]. Masowy przekaz reklamowy wykorzystuje od wielu dekad ów mit w celu narzucania określonych zachowań i wartości. Ciało kobiety staje się towarem na sprzedaż, wystawionym na publiczną ocenę [Karczmazzyk, Bzymek 2015: 198]. Korzystają na tym koncerny, lekarze, media społecznościowe, reklamodawcy i wielu innych, którzy promują wygląd na sprzedaż, nie z powodu nowych kategorii piękna, ale dla „władzy” produktów, które chcą sprzedawać [Karczmazzyk, Bzymek 2015: 198].

Najpopularniejsze kanały w polskiej telewizji transmitują programy propagujące ingerencję medyczną jako skuteczne narzędzie poprawy wizerunku. Ich strategia opiera się głównie na przedstawieniu zabiegów, którym poddają się „zwykłe kobiety” (co zwiększa atrakcyjność ich ciała) – natomiast w krótkim podsumowaniu na zakończenie programu, bohaterki opowiadają o pozytywnych stronach swojej decyzji oraz o tym, jak zmieniło się ich życie po wizycie u lekarza. Przedstawione pragnienia poprawienia urody symbolicznie utożsamiane są: z powodzeniem w życiu zawodowym, udanym związkiem, dobrym samopoczuciem, a nawet zdrowiem. W ten sposób narzędzia, którymi dysponuje medycyna

⁷⁶ Film dokumentalny Kilbourne doczekał się już pięciu edycji.

estetyczna, nie są zarezerwowane wyłącznie dla klasy wyższej czy średniej, lecz wkraczają do rzeczywistości wszystkich kobiet [Melosik 2010: 75]. Na ten temat mówią też moje rozmówczynie. Oddaję głos dr Ani:

W mediach pokazywane są zabiegi z zakresu medycyny estetycznej i ten temat przestaje być tabu, a staje się wręcz pożądany. **Mówię tu o programach *Życie bez wstydu***. Medycyna estetyczna daje także szybkie oraz łatwo dostępne efekty, co sprzyja jej rozpowszechnianiu [AIEiAK 14845].

Wypowiedź dr Ani jest terenową egzemplifikacją tego, o czym pisze Betty Friedan w *Mistycie kobiecości*: „sprzedaż sprofilowana pod kątem płci, ukryta w treściach merytorycznych prezentowanych na łamach czasopism czy w programach telewizyjnych jest już mniej i bardziej podstępna” [Friedan 2011: 310]. Kobiety liczą się z tym, co jest pokazywane w prasie, telewizji i Internecie, ponieważ treści te reprezentują coś szczególnego, a niekiedy też banalnego: „kobietą kulturę masową” [Wolf 2014: 101].

Zdrowie – kategoria społeczna czy medyczna?

Możliwości indywidualnego wyboru stają się jedną z najważniejszych cech współczesnych społeczeństw konsumpcyjnych, w których następuje przejście „od społeczeństwa losu do społeczeństwa wyboru” [Jakubowska 2009: 26]. Ziółkowski podkreśla, że choć może się wydawać, iż jednostki posiadają wolny wybór, to jest on jedynie możliwy wśród dostępnych i aprobowanych społecznie wzorów [Ziółkowski 2006: 157]. To uwolnienie człowieka – jak podkreśla Bauman – od sfery stabilności i dziedziczenia do tożsamości określonej przez osiągnięcie i sukces sprawia, że wzrasta odpowiedzialność jednostki za własną sytuację społeczną [Bauman 2000b: 151]. Wzrost kultury indywidualizmu powoduje, że to człowiek tworzy swoją tożsamość, która coraz częściej dotyczy ciała i pokrewnych kategorii z nim związanych. W tym kontekście szczególnego znaczenia nabiera wartość zdrowia, której definicja uległa znacznym przeobrażeniom.

Bauman zauważa, że w warunkach płynnej ponowoczesności jednostka pełni przede wszystkim rolę konsumenta, a niekiedy też gracza, które stanowią podstawę kryteriów oceny człowieka [Bauman 1995: 54]. Rola konsumenta w przeważającym stopniu odnosi się do wartości związanych z ciałem, pięknem, kondycją fizyczną i zdrowiem. Giddens zwraca uwagę, że współczesne jednostki to coraz częściej „konsumenci zdrowia” [Giddens 2004: 166], a samo zdrowie stało się kategorią rynkową i towarem, który za pośrednictwem

określonych usług, produktów i narzędzi można dowolnie kupić bądź sprzedać [Ostrowska 1999: 195].

We współczesnym świecie kategoria zdrowia definiowana jest w odmienny sposób zarówno przez lekarzy i pacjentów, ale też różnie w kategoriach myślenia potocznego. Dzieje się tak, bowiem jej rozumienie w dużym stopniu zależy od norm kulturowych i społeczeństwa. Zgodnie z najbardziej ogólnym i rozpowszechnionym znaczeniem, zdrowie postrzegane jest jako stan normalności, natomiast choroba oznacza odstępstwo od niego [Piątkowski 2002: 29]. Podobnie termin ten ujmowany jest w modelu biomedycznym, choć zakłada on również jego pozytywne inklinacje, jak: normalne funkcjonowanie i równowagę. Podejmowanie prewencyjnych działań w celu poprawiania i utrzymywania zdrowia należy do zadań każdego człowieka, a obowiązek ten jest produktem społecznych restrykcji, w których żyją jednostki⁷⁷. Tobiasz Adamczyk stwierdza, że zdrowie należy rozpatrywać jako „stan pełnej równowagi, na który nakłada się pełny fizyczny, psychiczny i społeczny dobrostan (...) skuteczność w działaniach, dobre relacje z innymi ludźmi, w tym zakresie mieści się zdrowie doskonałe” [Piątkowski za Tobiasz Adamczyk 2002: 29].

W zdroworozsądkowym myśleniu zdrowie to stan, w którym jednostki wolne są od chorób, złego samopoczucia i znajdują się w stanie harmonii. W biomedycznym rozumieniu wyraża się ono w odpowiednich parametrach, które są mierzalne przy wykorzystaniu specjalistycznych metod. W tym ujęciu, staje się ono kategorią wymierną i łatwą do oszacowania. Blaxter zauważa jednak, że tego rodzaju „mierzalność” nastrocza wielu interpretacyjnych problemów. Określenie średniej czy normy według statystycznych czynników jest możliwe, ale już w przypadku takich współczynników jak: wiek, płeć, waga ciała, rodzaj pracy czy warunki klimatyczne – mogą występować znaczne odchylenia od tego, co za normę uznać możemy. Ponadto, jeśli coś mieści się w normie i jest pewną określoną średnią, to nie znaczy, że jest zupełnie zdrowe [Blaxter 2009: 13].

W modelu społecznym zdrowie ujmowane jest jako holistyczny stan spójności i zjednoczenia, przy jednoczesnej nieobecności schorzenia, zaburzenia czy innego rodzaju upośledzenia umysłowego czy fizycznego. Na kształt zdrowia jako kategorii społecznej istotny wpływ mają konstrukcje kulturowe, do których należą między innymi zasady moralne,

⁷⁷ Tendencja do postrzegania ochrony swojego zdrowia jako kwestii indywidualnej pojawiała stosunkowo wcześniej w Europie (200 n.e.). Według Lock i Nguyen zdrowie definiowane niegdyś było na trzy różne sposoby: jako nieobecność dysfunkcji, minimalistyczna definicja fizycznego zdrowia i pozytywna definicja – w której kategoria zdrowia zrównana jest do silnej energii i samozadowolenia [Lock, Nguyen 2018: 72]. Tego rodzaju rozumienie zdrowia stało w opozycji do wizji prezentowanej przez klasyczne systemy azjatyckie, w których zdrowie jednostki miało służyć podtrzymywaniu dobra społecznego poprzez zapewnienie pomyślniej reprodukcji.

relacje z instytucjami, wierzenia czy wreszcie określone wzory i kanony. Blaxter podkreśla, że zdrowie to „bycie szczęśliwym w aspekcie fizycznym, psychicznym oraz duchowym” [Blaxter 2009: 69].

Nowakowski zwraca uwagę, że „mass media, a także doniesienia w profesjonalnych czasopismach oraz programy edukacyjne dla lekarzy, wciąż zachęcają do zwrócenia się w kierunku bardziej holistycznego, zorientowanego na zapobieganie, modelu zdrowia i choroby. Do medycznego języka przeniknęły takie terminy jak dobrostan, zapobieganie chorobom, zmiana stylu życia, odpowiedzialność za zdrowie, redukcja stresu, jedność umysłu i ciała” [Nowakowski 2013: 244]. Specyficznym kontekstem tej problematyki staje się estetyka zdrowia, która zdaniem Barańskiego pokazuje, że najbardziej społecznie aprobowane zachowania i działania zawierają komponent aksjologiczny – „estetyzującą troskę o ciało” [Barański 2005: 323]. Jego zmedykalizowanym wyrazem jest współczesny *healthism* – projekt nawołujący jednostki do dbania o swoje ciało, by zapewnić mu pełnię zdrowia [Barański 2005: 323]. Estetyczna treść *healthismu* jest przejawem „nowej świadomości zdrowia” [Kirk 1989: 419]. Nowe wartości związane z kategorią zdrowia zbiegły się w czasach ponowoczesności z narastającymi oczekiwaniami, skoncentrowanymi na doskonaleniu indywidualnego ciała. W tej perspektywie zdrowie „określa granice normalności, dobrego samopoczucia, po prostu <<jakość egzystencji fizjologicznej, emocjonalnej i społecznej>>” [Barański 2005: 330]. Na temat współczesnej definicji zdrowia z perspektywy osób związanych ze środowiskiem medycyny estetycznej mówi pacjentka Natalia:

To jest już bardzo modne i powszechne określenie. No chyba tak ogólnie, to **oznacza to takie zdrowe ciało. Jest to w dużym stopniu związane właśnie ze zdrowie. Jest teraz bardzo modny i popularny trend na świecie. Wszyscy dokonujemy lepszych wyborów dietetycznych i w ogóle jesteśmy chyba bardziej świadomi w kwestii odżywiania. Ten nowy nurt zdrowia, to też dużo mówi o aktywnym stylu życia. I takie fit ciało to właśnie dobre wybory w zakresie odżywiania się i więcej aktywności fizycznej** [AIEiAK 14871].

Zacytowana wypowiedź wskazuje, że z perspektywy empirycznej, to jak definiujemy zdrowie współcześnie, uległo znacznym przeobrażeniom, zwłaszcza w zakresie tego, co Blaxter nazywa zdrowymi nawykami. „Zdrowe” zachowania w społeczeństwach zachodnich związane są przede wszystkim z przestrzeganiem odpowiedniej diety, poświęcaniem określonej ilości czasu na aktywność fizyczną, zaprzestaniem palenia tytoniu i picia alkoholu, wspieraniem organizmu określonymi suplementami, dobrym samopoczuciem i coraz częściej

dbaniem o wygląd zewnętrzny. W ten sposób kreuje się nowy *styl życia*, w którym szczególnego znaczenia nabierają wartości estetyczne. Ta sama autorka zwraca uwagę, że choć rozwój medycyny i różnorodnych technologii sprawił, że wiedza w zakresie zdrowia jest niewątpliwie wysoka, to definicje i postawy względem niego kształtowane są przez kategorie i zjawiska społeczno-kulturowe [Blaxter 2009: 43]. Zdrowie może być więc kategorią dającą się zaobserwować i zmierzyć za pomocą właściwości ciała. Podobnie jak choroba, zdrowie związane jest z przeżyciami subiektywnymi. Jak zauważa Crawford:

ciało w schorzeniu czy dolegliwości nie jest tylko obiektem kulturowym. Doświadczenia cielesne są kształtowane także poprzez symboliczną kategorię zdrowia. Zdrowie, tak jak schorzenie, jest pojęciem zakorzenionym w doświadczeniach i troskach życia codziennego (...). Refleksja nad zdrowiem pociąga za sobą refleksję nad jakością życia w aspekcie fizycznym, emocjonalnym i społecznym. Zdrowie, tak jak schorzenie, stanowi kategorię doświadczenia, która ujawnia ukryte założenia dotyczące rzeczywistości jednostkowej i społecznej. Mówienie o zdrowiu jest sposobem, w jaki ludzie wyrażają zakorzenione w naszej kulturze pojęcia dobrego samopoczucia i jakości życia [Crawford 1984: 60].

(1) Odżywianie – reżim dietetyczny czy wolność wyboru?

W estetyzującej aranżacji rzeczywistości ludzie coraz bardziej pragną być atrakcyjni wizualnie i chcą nadać ciału określony seksualnie wyraz, by poczuć się pięknymi, zdrowymi i żyć w pełni szczęścia. Stąd coraz częściej mamy do czynienia z *beatiful people*, którzy sami stają się współczesnym modelem życia. Dzieje się tak, ponieważ *projekt samego siebie* to w rzeczywistości *projekt ciała*. W tym kontekście człowiek podlega coraz silniejszym procesom uspołecznienia ciała, bowiem staje się ono nie tylko kluczowym elementem życia, ale także jego długości, jakości, przyjemności [Barański 2005: 324]. Shilling zauważa, że społeczeństwa zachodnie wykazują tendencję, by traktować współczesne ciała jako byty znajdujące się w procesie stawania się – *projekty ciała*. Jednym z najbardziej popularnych przykładów ciała jako projektu, jest zainteresowanie i zaangażowanie w indywidualne konstruowanie zdrowia [Shilling 2008: 19-20].

W wyniku globalnych przemian ludzkie zdrowie narażone jest jednak na coraz większe niebezpieczeństwo, czego efektem jest zachęcanie jednostek do większej troski o siebie. Coraz częściej różnorodne schorzenia przedstawia się jako: „możliwe do uniknięcia”, jeśli tylko jednostka zdecyduje się leczyć, dobrze odżywiać, stosować odpowiednie suplementy czy poświęcać czas na aktywność sportową. *Reżim troski o siebie* wymaga

zrozumienia przez człowieka, że jego ciało jest projektem, którego zewnętrzna powłoka i wnętrze organizmu mogą być pielęgnowane i utrzymywane w dobrej sprawności [Shilling 2019: 19]. Troska o siebie ma na celu nie tylko zapobieganie chorobom, ale ma sprawić, by jednostka była usatysfakcjonowana z tego, jak jej ciało prezentuje się w oczach innych. Zdrowie staje się coraz bardziej związane z wyglądem fizycznym i tym, co Goffman nazywa „teatrem życia codziennego”. Tę rozprzestrzenioną modę pogłębia ekspansja blogów o odżywianiu, planów ćwiczeń, programów suplementacji, poradników zdrowego stylu życia i wielu innych poradników [Shilling 2019: 20].

Ciało, jego wygląd i sprawność, stają się kluczowymi determinantami i miarą zdrowia. Jak zauważa Giddens, w społeczeństwach postnowoczesnych tożsamość i wartość jednostki wyznaczone są przez jej aktywność oraz zdeterminowanie w dążeniu do preferowanych społecznie wyborów. W ten sposób człowiek „zmuszony” jest do podejmowania działań i stylu życia, które wpisują się w rezultaty samorealizacji i „refleksyjnego planowania życia”, w którym nowoczesna troska o wygląd zewnętrzny jest wyrazem praktyk budujących tożsamość jednostki [Barański 2005: 330]. **Współczesny sektor zmedykalizowanej troski o ciało, w którym zewnętrzne reprezentacje ludzkiej fizyczności są przestrzenią artykulacji medycznych i ingerencji lekarskich, to miejsce, w którym piękne ciało oznacza zdrowe ciało.** Widoczna jest więc tendencja do wzajemnego „przenikania się” kategorii estetycznych i zdrowia, dzięki czemu coraz większą aprobatą społeczną cieszą się nowe programy żywieniowe, różnorodne diety (jak na przykład tysiąca kalorii), których efektem jest redukcja wagi, czyli uzyskanie „zdrowego ciała” – a nie rzeczywiste zdrowie. „Piękne ciało jest zatem przedmiotem estetycznego przeżycia jako przedmiot samopercepcji i percepcji innych, jako źródło doznań wewnętrznych, jako źródło odczuć, które określają jakość dobrego samopoczucia, jako, w efekcie tego wszystkiego, źródło poczucia szczęścia – jest istotnym, jeśli nie decydującym, składnikiem projektu pięknego życia [Barański 2005: 330].

Jak zauważa Goffman, współczesna jednostka musi charakteryzować się wyrazistością, bo tylko dzięki niej jest w stanie wywierać wrażenie na innych. Tę wyrazistość uzyskuje się dzięki pięknemu ciału. Stąd właśnie coraz większą dominację zyskuje reprezentacja kobiecości afirmująca normatywny charakter szczupłości. W tak wykreowanej rzeczywistości narzędzia kultury konsumpcyjnej prowadzą ze sobą nieustającą konkurencję, by ciało ludzkie prezentowało się coraz lepiej, ale także by wyposażyć je w takie aprobowane wizualne atrybuty, jak: stan skóry, rozmiar i kształt ciała, ilość masy mięśniowej etc. Wszystkie te zewnętrzne cechy mają wskazywać na zdrowe i młode ciało – wówczas sam

wygląd „mówi” o zdrowiu. Jak zauważa Gromkowska-Melosik, dyskurs szczupłego ciała związany ze zdrowiem, stosowaniem diet, niskokalorycznych produktów, spożywaniem produktów bezglutenowych czy potraw w wersji *light* pozostaje synonimem dobrego zdrowia i zdrowego stylu życia [Gromkowska-Melosik 2002: 175].

Historia ludzkości pokazuje, że nadal w krajach uboższych otyłość waloryzowana jest pozytywnie: jako symbol statusu, urody i atrakcyjności. W społeczeństwach zachodnich, w których nie brakuje dóbr do konsumpcji, ale także jedzenia, a najłatwiej dostępnymi produktami są tak zwane *fast food-y* i inne niezdrowe przekąski, nadwaga i otyłość definiowane są jako choroba i zaniedbanie [Blaxter 2009: 47]. Idealem sylwetki jest szczupłość. W kategoriach zdroworozsądkowych smukły wygląd ciała kojarzy się z witalnością, zdrowiem i dobrym samopoczuciem. W ten sposób samo zdrowie i jego odczuwanie coraz częściej łączą się z przyjmowaniem określonego pożywienia lub jego ograniczaniem. Wolf w *Micie urody* zauważa, że choć kobiety mają większy dostęp do edukacji, a ich umysły zdolne są do kreowania nowej, wysoko-jakościowej wiedzy, to ich ciała są „samodestrukcyjne” [Wolf 2010: 229]. Autorka uważa, że rozprzestrzeniająca się na wielką skalę choroba: odżywianie, by obniżyć wagę ciała (lub utrzymać ją na niskim poziomie), znajduje się obecnie w trybie alarmującym. Coraz więcej czasu, emocji i poświęcenia zajmuje kobietom przygotowywanie odpowiednich pokarmów lub wymyślanie technik: jak oszukać głód. Moje rozmówczynie poświęciły bardzo dużo miejsca, ale też emocji, opisowi założeń i zasad współczesnej wizji odżywiania. Oddaję głos pacjentce Monice:

Nawet jeśli się dużo ćwiczy, ale nie przestrzegamy pewnych zasad żywieniowych, to efekty będą marne. **Nie chodzi tu tylko o utrzymanie przez pewien okres restrykcyjnej diety, ale tak naprawdę chodzi o zmianę podejścia do odżywiania się. Najkrócej opisując sposób odżywiania się osoby, która chce być fit, to regularne posiłki. Najlepiej pięć posiłków dziennie. Połowa codziennych posiłków powinna zawierać warzywa. Na dwa posiłki powinno jeść się owoce – i tu zależy, w jakiej jesteśmy fazie jesteśmy oraz co chcemy osiągnąć. Dodatkowo, nie jemy słodczy, fast food-ów, słodkich napojów, nie palimy papierosów i nie pijemy alkoholu. Należy jeść chude mięso w formie gotowanej, na parze lub grillowanej. Żadnego smażonego posiłku. Należy jeść dużo błonnika i białka** [AlEiAK 14860].

Doświadczenia kobiet, z którymi rozmawiałam, pokazują, jak współcześnie rośnie liczba różnorodnych diet i zasad żywieniowych, których zmuszone są przestrzegać, by utrzymać atrakcyjną sylwetkę. Wolf uważa, że przyczyn tego zjawiska należy szukać w

zapoczątkowanym w XX wieku rozwoju intelektualnym kobiet. Zdaniem autorki, proces ten wytworzył przeciwstawne cechy, takie jak: „wysokie poczucie własnej wartości, poczucie skuteczności w działaniu, aktywność, odwagę i jasność umysłu” [Wolf 2010: 238]. Jak pisze dalej „<<przedłużone i okresowe ograniczenie kalorii>> jest sposobem na unieszkodliwienie tej rewolucji” [Wolf 2014a: 238]. Istotna zmiana w podejściu do rozmiaru kobiecej sylwetki, ale i do sposobu odżywiania, była odpowiedzią na rosnącą w siłę drugą falę feminizmu. Tyczyła się zwłaszcza tych kobiet, których pragnieniem było sięgnięcie po władzę – i w celu odwrócenia ich uwagi, stworzono trend: „liczenia każdej kalorii”, którego podstawą była nieustająca samoobserwacja i samokontrola. Wypowiedź pacjentki Teresy wpisuje się w ten dyskurs:

Takie odżywianie to nie jakaś tam dieta, ale **bardzo sztywne zasady żywieniowe, wliczając w to pory posiłków, ilości odpowiednich składników i ich proporcje oraz waga. Jest to także połączenie diety, racjonalnego odżywiania, by różne składniki znalazły się w diecie oraz ćwiczeń sportowych. Wymaga to ogromnych wyrzeczeń, tak wielkich, że staje się to stylem życia, który jest dominującą wartością w naszym życiu. Osobiście mam czas na pracę i bycie fit, czyli w zasadzie na układanie posiłków i regularne treningi, a brakuje mi nawet czasu, żeby pójść na randki. Ale chcę być fit, więc nie mogę narzekać** [AIEiAK 14868].

Czas, jaki zdaniem pacjentki Teresy, kobiety poświęcają na układanie odpowiednich posiłków i regularną aktywność fizyczną można rozpatrywać w kategoriach lęku przed tym, co Blaxter nazywa zaniedbaniem. Autorka zauważa, że hańbą nie jest wystąpienie określonego schorzenia lub problemu (które w wielu sytuacjach mogą być niezależne od woli jednostki), ale „poddanie mu się” [Blaxter 1993: 141]. Metafory walki z chorobą to także obrazy „niepoddawania jej się”. Analogicznie, za wartościowe uważa się, nie tyle samo zdrowie, co dyscyplinę w dążeniu do jego utrzymania. Coraz mocniej ugruntowuje się przyjęty w kategoriach zdroworozsądkowych pogląd, że dobry stan zdrowia zakłada odpowiednie zachowania, cnotę, samodyscyplinę i samokontrolę, gdy zły – jest przejawem słabości.

Orbach podkreśla, że wiele jednostek zostaje uwięzionych w pułapce marketingowych przekazów, które głoszą, że kobieta powinna być szczupła, a przynajmniej z małą ilością tłuszczu i widocznymi mięśniami. W ten sposób wiele z nich decyduje się na restrykcyjne i niezdrowe diety. Z kolei Chernin uważa, że ekspansja dyskursu szczupłości spowodowana jest niechęcią kobiet do swoich ciał, którą internalizują już małe dziewczynki [Chernin 1983:

92]. „W przeciwieństwie do mężczyzn wychowanych do tego, aby szczyć się swoim ciałem, kobiety socjalizowane są do niechęci wobec własnych ciał i często dostają obsesji na punkcie zmniejszenia ich rozmiarów” [Shilling 2019: 78]. Szkodliwe skutki tej obsesji są coraz bardziej widoczne, o czym świadczy rosnąca ilość problemów zdrowotnych spowodowanych dietami, a nawet zaburzenia odżywiania, jak bulimia czy anoreksja, czy wzrastające zapotrzebowanie na zabiegi estetyczne zmniejszające rozmiar ciała. Wydaje się więc, że kobiety mogą albo dostosować się wymagań społecznych i dążyć do uzyskania idealnego wyglądu, albo też je odrzucać – narażając się na marginalizację i stygmatyzację. Na temat wyboru pomiędzy *reżimem troski o siebie* i społecznymi konsekwencjami odejścia od niego, mówi pacjentka Agnieszka:

Wcześniej **przez długi okres byłam na specjalnie ułożonej diecie i faktycznie było strasznie. Pobudka z bólem głowy i notoryczna senność, apatia były standardem. Ale dietetycy Bebio (firma Chodakowskiej – przyp. A.F) zapewniali mnie, że wszystko jest ok, więc szłam dalej. Jak trzymam się tych zasad, to faktycznie lepiej się czuję fizycznie, no i moje ciało wygląda dużo lepiej. Ale jeśli chodzi o mój nastrój, to jestem nieco rozdrażniona, bo chciałabym sobie poluzować, a tak ciągle zasady i zasady. Ale ciągle pamiętam, że nie chce być już grubaską. (...). Jak trzymam dietę to się fajnie czuję na ciało, ale jestem ciągle rozdrażniona i nerwowa, bo w każdym momencie muszę walczyć, żeby się nie złamać. Mówię o czasach, gdy byłam na restrykcyjnej diecie. Teraz jest lepiej, ale miewam ataki nerwowości i frustracji, bo chciałabym więcej pojeść. Jak to się stanie, to mam duże wyrzuty sumienia, często z tego powodu płakałam. Ale wiem, że muszę to zrobić, żeby dobrze wyglądać. To jest takie błędne koło, które nazywam kołem frustracji i przymusu. Z jednej strony chciałabym nie musieć tak o sobie dbać, byłoby mi wtedy dużo lepiej z sobą samą w tych chwilach. Lubię zjeść coś niezdrowego, gdyby nie wyrzuty sumienia związane z wyglądem, to czuję się wtedy fantastycznie. Jestem wtedy taka wolna. Ale później wracam do szarej rzeczywistości grubaski i wiem, że to było straszne i wówczas taka dieta jest strasznie restrykcyjna. Teraz gdy trzymam się po prostu wielu zasad żywieniowych, da się żyć. Na pewno obawa przez byciem grubaską jest dużo gorsza niż takie zasady. Najbardziej lubię zjeść pizzę, kebaby, gazowane napoje i chipsy. Zdarza mi się to raz lub dwa razy w miesiącu. Normalnie lubię raz lub dwa razy w tygodniu wyjść na pizzę ze znajomymi lub oglądać film i jeść chipsy [AIEiAK 14858].**

Badania, jakie przeprowadziłam wśród lekarek i pacjentek pokazują, że jednostka znajduje się w nieustającym rozdźwięku pomiędzy tym, czego pragnienie, a tym, co powinna zrobić. W ten sposób definiuje się też szerokie pojęcie współczesnej normy, które nie odnosi się tylko do wyglądu czy odpowiedniego zachowania się, ale – zaryzykuję stwierdzenie – do

podporządkowania całego swojego życia medycznym regułom. Bińczyk podkreśla, że już medycyna XIX wieku w dużo większym stopniu odnosiła się do zjawiska normy niż do samego zdrowia [Bińczyk 2002: 189]. Coraz wyraźniejszy więc staje się fakt, że pragnienie osiągnięcia odpowiedniej sylwetki nie ma nic wspólnego z biologicznym stanem, a jest raczej wynikiem społecznych restrykcji. W tej perspektywie dążenie do zdrowego ciała, które odbywa się na płaszczyźnie indywidualnej i zbiorowej, powoduje, że kobiety są w stanie „posunąć się” się jeszcze dalej, by osiągnąć wymarzony cel. Źródłem tego determinizmu należy poszukiwać w permanentnym strachu towarzyszącym jednostce w obawie, że jej wygląd zostanie oceniony negatywnie przez innych. Ta perspektywa popycha kobietę jeszcze mocniej w kierunku nowatorskich rozwiązań, aby tylko uniknąć rozczarowania. Dzieje się tak, ponieważ we współczesnych społeczeństwach zachodnich coraz częściej zdrowie „przepisywane” jest jako permanentny głód i niedojadanie, samokontrola w diecie, cierpienie czy poddawanie się katorżniczym ćwiczeniom. Ból i krew to też zdrowie [Ehrenreich, English 2011: 59-61]. Jak zauważa Bauman, w przypadku reżimu troski o siebie i zdrowie, presja związana z dobrym wyglądem stanowi „próbę zamaskowania nieprzekraczalnych ograniczeń ciała poprzez sukcesywne przełamywanie aktualnych, specyficznych ograniczeń” [Bauman 1992: 18]. Pacjentka Pola dzieli się swoją opinią na temat negatywnych konsekwencji stosowania diet:

Stosowałam mnóstwo diet. **Przez te próby odchudzania się nabawiłam się cukrzycy. Stosowałam głównie dietę bez węglowodanów, białkową, tłuszczową, także dietę 500 kcal. Źle się czułam ze sobą w trakcie stosowania tego typu diet, miałam niedobory witaminowe, także ketozę. Czuję się zła na to wszystko, bo od tego nabawiłam się choroby. Teraz borykam się z problemem braku miesiączki i z wysokim poziomem prolaktyny. Ponadto jestem gruba, a mój metabolizm praktycznie nie istnieje** [AIEiAK 14866].

Wypowiedź Poli nawiązuje do tego, co Turner nazywał *zepsuciem się ciała* – jednostka zaczyna chorować na skutek narzuconej kontroli społecznej [Turner 1984: 91-93], a medycyna estetyczna (ponownie) daje możliwość mieszczenia się w społecznej normie.

Proweniencji szerzącego się dyskursu diety należy upatrywać – zdaniem Buczkowskiego – w dziewiętnastowiecznych dyskursach moralnych. Wprowadzenie ciała w tryb kontroli i procesów racjonalizacji oznacza zdeterminowanie i silny charakter jego właściciela [Buczkowski 2005: 301]. Nadmierna masa ciała sugeruje tym samym utratę kontroli nad własnym życiem i problemy z tożsamością jednostki. W tym kontekście, promowanie określonych zachowań prozdrowotnych zostaje ulokowane w ludzkim ciele,

które w warunkach płynnej nowoczesności ocenianie jest z perspektywy estetycznych walorów bądź ich braku. W takiej perspektywie to ciało uzewnętrznia zdrowie, a jego publiczne prezentowanie staje się warunkiem dobrego samopoczucia – wymiernego wskaźnika zdrowia organizmu. Przygody współczesnego, ale przede wszystkim pięknego ciała, to wzajemnie przenikające się relacje ze zdrowiem. Nie można więc mówić o zdrowiu bez doskonałego wyglądu. Zdrowy w badanym przeze mnie środowisku medycyny estetycznej oznacza – piękny. To synonimy.

Mit piękna

„Piękno” nigdy nie było kategorią niezmienną i uniwersalną, choć współczesna kultura Zachodu dąży od jakiegoś czasu do ujednolicenia jego kanonu, zgodnie z platońską ideą estetyki kobiecego ciała⁷⁸. Jeden z krytyków mitu piękna współcześnie – Charles Edgley – w swoim słynnym artykule o idealnym ciecie pisał sarkastycznie: „ani nauka, ani medycyna nigdy nie znalazła perfekcyjnego ciała. Lecz to nie powstrzymało ludzi do jego poszukiwania. Chociaż nauka nie potrafiła tego dokonać, to jednak współczesnej kulturze popularnej z pewnością się to udało. Perfekcyjne ciało jest... szczupłe” [Edgley 1990: 261].

Nie od dziś istnieje stereotyp, że dbanie o piękno⁷⁹ w większym stopniu dotyczy kobiet niż mężczyzn *par excellence*. Potwierdzenia tego przekonania dostarcza wyłaniający się zewsząd współczesny *mainstream*. Zdaniem Wolf, „mit⁸⁰ urody”⁸¹ jest jednym z najważniejszych elementów konstruujących współczesną kobiecość, której cechą nadrzędną jest piękne ciało.

Mit urody snuje pewną historię: cecha nazywana „pięknem” istnieje uniwersalnie i obiektywnie. Kobiety powinny być jej wcieleniem, mężczyźni zaś muszą chcieć osiąść kobiety uosabiające piękno. Imperatyw wcielenia dotyczy wyłącznie kobiet. Jest to konieczne i naturalne, ponieważ imperatyw ten ma charakter biologiczny. Seksualny i ewolucyjny: silni mężczyźni walczą o piękne kobiety, a piękne kobiety mają większe szanse na udaną reprodukcję. Nasza uroda ma współgrać z naszą płodnością.

⁷⁸ Zob. dyskusja o pięknie w: Platon, *Uczta* – różne wydania.

⁷⁹ W języku angielskim na podstawowym poziomie widoczne jest binarne przekonanie, że to co kobiece jest słabe i pasywne, a męskie – aktywne i pełne wigoru. Angielskie słowo *handsome* – przystojny – pochodzi od – zręczny – według Słownika Oxford English Dictionary oznacza „przydatny”, „bystry”, „ponętny”. Natomiast przeważająca liczba definicji *beautiful* – czyli piękna ogniskuje się na wartościach ozdobnych cieszących zmysły [Engeln 2018: 48].

⁸⁰ Związany z definicją Barthesa: „przekształca on historię w naturę (...). Przyczyna, która spowodowała wypowiedzenie słowa mitycznego, jest w pełni uchwytna, ale jest ona natychmiast przesunięta na poziom natury – nie zostaje w niej odczytany motyw, tylko uzasadnienie [Barthes 2008: 262].

⁸¹ Mit piękna można rozumieć w kontekście „mitu genealogicznego” Malinowskiego.

System ów oparty jest na doborze płciowym, a jako taki jest nieunikniony i niezmienny [Wolf 2014: 28-29].

Dyskurs idealnego ciała obejmuje swoim zasięgiem coraz więcej płaszczyzn życia codziennego współczesnych kobiet – do których m.in. należą: liczenie kalorii, przestrzeganie diety, ćwiczenia fizyczne, zabiegi kosmetyczne, procedury medyczne, stosowanie odpowiednich produktów do makijażu, zażywanie leków i suplementów diety – ich zaniechanie powoduje, że kobiety czują się mniej wartościowe i marginalizowane [Buczkowski 2005: 284]. Wolf zwraca uwagę, iż jest to niemalże niemożliwe, by kobieta była zarazem obiektem zainteresowania i traktowano ją „serio”, bowiem jej naczelną cechą (wartością) jest jej wygląd. Innymi słowy, ocena dokonuje się na podstawie wizualnych/estetycznych znaczeń, nie zaś tego, kto je w rzeczywistości miałby reprezentować.

Uroda jest system walutowym takim samym jak system waluty złotej. Jest on, jak każdy system ekonomiczny. Uzależniony od polityki. Współcześnie w kulturze zachodniej to ostatni i najlepszy system przekonań, dzięki któremu męska dominacja wciąż się utrzymuje i pozostaje nienaruszona. Przypisanie nam wartości w zależności od kulturowo narzuconego standardu aparycji jest wyrazem relacji władzy, w ramach których musimy nienaturalnie walczyć o zasoby przywłaszczone sobie przez mężczyzn [Wolf 2014: 29].

Współczesny mit staje się coraz mniej uchwytne, a przez rozciągające się wymagania dotyczące idealnego wizerunku, kobiety nie mogą dotrzeć do punktu, w którym ich cielesność spełnia obowiązujące kryteria [Bordo 1993 :165]. Buczkowski zwraca uwagę na istnienie pewnego paradoksu: dbanie o wygląd, którego finalnie i tak się nie osiągnie, może wskazywać, że powierzchowność ciała jest nietrwała, w przeciwieństwie do piękna we wnętrzu. Ta perspektywa tworzy zaprzeczenia dla współcześnie gloryfikowanego przekonania, że naturalny wygląd i prawdziwe piękno znajdują się wyłącznie w idealnym ciele [Buczkowski 2005: 287].

Widać więc, że na poziomie zwykłej codzienności kategoria urody urzeczywistniana jest na podstawie obowiązującej wiedzy na temat tego, jak definiowane jest piękno współcześnie⁸². Wiedza ta – jakby powiedział Foucault – tworzona jest w dyskursie

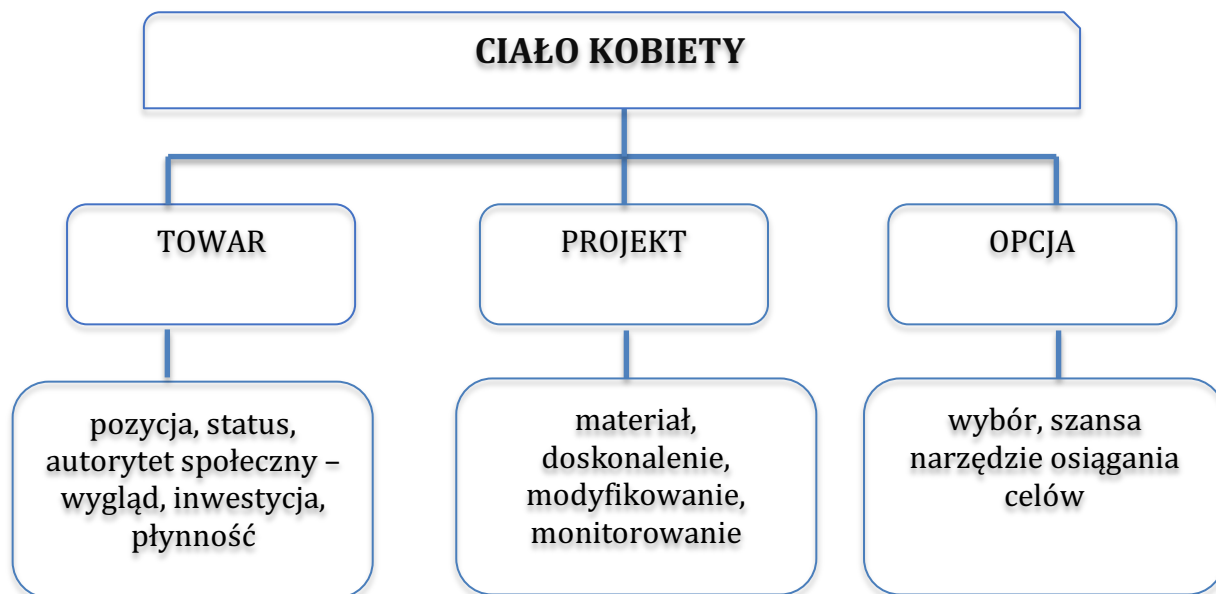
⁸² Do współczesnego mitu piękna nawiązuje popularne obecnie zjawisko: *lookism-u*, które odnosi się do deprecjonowaniu i negatywnemu sądowaniu na podstawie wyglądu zewnętrznego. Osobom atrakcyjnym przypisuje się pozytywne cechy, gdy tym, którzy swoim wyglądem nie wpisują się w dzisiejszą normę uważa się

społecznym, jednak to na poziomie zdroworozsądkowym i w kategoriach potocznych przybiera formę „obowiązującą”. Melosik podkreśla, że wiedza ta nigdy nie jest niezależna czy obiektywna, bowiem zawsze jest wynikiem działań na poziomie społecznym [Melosik 2010: 21]. Z kolei Renee Engeln, w swojej słynnej książce *Obsesja piękna*, uważa, że dyskurs piękna jest tak silnie represjonującym zjawiskiem ze względu na świadomość kobiet (ale także dziewczynek), że ich wizerunek poddawany jest nieustającym obserwacjom i ocenom. „Wszystkie znamy to uczucie – niezależnie od wszelkich różnic między nami czy otoczenia, w jakim żyjemy, wiemy, jak to jest, kiedy ktoś zwraca uwagę jedynie na nasze ciało [Engeln 2018: 61].

Większość feministek uważa mit piękna za źródło opresji kobiet i zmuszenie ich do konformizmu wobec narzucanych im standardów wizerunkowych. Betty Freedman zauważa, że kobiety w dzisiejszych społeczeństwach zachodnich definiują swoje ciało jako „niedokończony projekt”, który pomimo licznych wysiłków, nie jest w stanie sprostać społecznym wymaganiom [Freedman 1986: 54]. Na tę problematykę zwraca uwagę także Shilling, który podkreśla, że w czasach nowoczesności ciało – zwłaszcza kobiece – coraz częściej i na większą skalę definiowane jest jako zjawisko, które można kształtować, kreować, ale też budować jego *image*, wyrażający indywidualność. Mamy więc do czynienia z tendencją traktowania cielesności jako „nieukończonego bytu” wymagającego permanentnej pracy [Shilling 2019: 211].

W świecie, w którym wygląd staje się kategorią przez – i dzięki której – kobiety są definiowane i jednocześnie partycypują w społeczeństwie, sprawia, że wygląd ciała staje się plastyczny, płynny i łatwo modyfikowalny. Fizyczność pełni rolę materiału, który jednostka kreuje i kształtuje w (nie)dowolny sposób. Takie ujęcie zawiera trzy perspektywy postrzegania ciała w kulturze konsumpcji.

za ludzi z przeciwstawnymi cechami. Samo słowo *lookism* nie posiada swojego bezpośredniego odpowiednika w języku polskim, a wyrażenie to możemy tłumaczyć jako „wyglądizm [Wieczorkowska 2015: 101-102].



Ryc. 3 Sposoby postrzegania ciała

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Shilling 2019, Featherstone 2000 i 2008. Bauman 2008, Wieczorkowska 2015, Bourdieu 1990.

Pierwsze z ujęć: *ciała jako towaru* odnosi się do rozumienia ciała jako przedmiotu w wymiarze rynkowym. W tym ujęciu cielesność ujmowana jest jako towar, który można rozpatrywać w kategoriach zysków i strat. Mówiąc językiem Karola Marksa i nawiązując do teorii kapitału Bourdieu – ciało jest wyznacznikiem statusu i pozycji społecznej. *Ciało jako projekt* – w tej perspektywie fizyczność staje „wyzwaniem”, które podlega systematycznej i regularnej pracy wykonywanej na podstawie wcześniej założonego planu. *Ciało jako opcja* nawiązuje do postawy jednostki i jej wyborów, których celem jest realizacja określonych zamierzeń – często narzuconych odgórnie.

Zakończenie

Jak sądzę, udało mi się w dużej mierze zrealizować cele badawcze, które postawiłam przed sobą w pracy doktorskiej. Podkreślam raz jeszcze, że nieprzypadkowo obszarem swych zainteresowań uczyniłam środowisko medycyny estetycznej. Moja prywatna biografia, narzędzia badawcze poznane na studiach etnologicznych oraz środowisko społeczne, skłoniły mnie do zbadania grupy, uznawanej za hermetyczną i trudno dostępną, w której wartości estetyczne odgrywają nadrzędną rolę i definiują w specyficzny sposób współczesny paradygmat piękna. Chciałam zbadać, jakie wyobrażenia o ciele kobiety obowiązują w zmedykalizowanym środowisku, zwłaszcza w obrębie tej gałęzi medycyny, która już na poziomie samej nazwy określa przedmiot swojego zainteresowania, jakim jest estetyczny wymiar ciała. Perspektywę profesjonalistek medycznych (lekarek) skonfrontowałam z wyobrażeniami i doświadczeniami laików (pacjentek) korzystających z usług medycyny estetycznej.

Przystępując do pracy badawczej, byłam zainteresowana przemianami w postrzeganiu kobiecego ciała w zmedykalizowanym świecie. Założyłam, że przybierający na sile w ostatnich dekadach nurt piękna, który należy łączyć z postępującą estetyzacją życia codziennego [zob. Featherstone 2001; Urry 2007; Howson 2004], zajmuje coraz więcej obszarów życia publicznego i przestrzeni prywatnej wielu kobiet. Wiedziałam, że nie bez znaczenia pozostaje postęp medyczno-technologiczny wykazujący coraz silniejsze dążenia do ingerencji w przestrzeń społeczną i życie ludzi „zdrowych”. Przenikanie, a niekiedy wręcz „mieszanie się” takich domen, jak medycyna i życie społeczne, między którymi coraz trudniej jest wyznaczyć granicę, zdają się idealną przestrzenią badawczą dla antropolożki zainteresowanej antropologią medyczną. Moje obserwacje, które zbierałam jeszcze przed przystąpieniem do pracy badawczej, ułatwiły mi etnograficzne zgłębienie środowiska medycyny estetycznej.

Wywiady dotyczące społecznych wyobrażeń o ciele kobiety często zmieniały się w rozmowy o presji związanej z wyglądem, wymaganiach ze strony społeczeństwa, trudnych do osiągnięcia celach estetycznych (to problemy żywo interesujące pacjentki i lekarki), wpływających na sposób postrzegania siebie i poczucie własnej wartości. Moje badania dowiodły, że ingerencja medycyny w przestrzeń społeczną pociąga za sobą szerokie konsekwencje, do których zaliczyć można: powstawanie nowych profesji zajmujących się kategoriami estetycznymi; większą dbałość o wygląd, której coraz częściej podporządkowane

jest prywatne życie jednostek; wzrost znaczenia zewnętrznych atrybutów ciała przyjmujący niekiedy znamiona opresji i „gry o prestiż”; rozszerzenie kategorii zdrowia i choroby na estetyczne i etyczne aspekty egzystencji, czyli medykalizację wielu obszarów życia; zmianę społecznej roli lekarza medycyny estetycznej i rozszerzenie zakresu oczekiwań pacjentów wobec usług medycznych.

Przeprowadzenie badań i zrealizowanie postawionych celów okazało się dla mnie niezwykle trudnym wyzwaniem. Mimo to, udało mi się ukończyć badania terenowe z sukcesem i zawdzięczam to kilku istotnym czynnikom. Na ukończenie badań miała wpływ moja „przynależność” do świata medycznego. Mimo że nie byłam pełnoprawnym członkiem tej społeczności (nie jestem lekarką), to mój status na marginesie świata medycznego był szczególnie istotny w kontekście badawczym. Pomogła mi dobra znajomość języka medycznego i stosowanie odpowiedniej nomenklatury, ale też posiadana wiedza o zabiegach estetycznych. Nie bez znaczenia pozostawał autorytet Pana prof. Krystiana Żołyńskiego, który pomógł mi „wejść” w społeczność lekarzy medycyny estetycznej. Dziś muszę przyznać, że bez tej szczególnej opieki ogromnego autorytetu polskiej chirurgii urazowej mogłabym w ogóle nie przeprowadzić tego projektu, co także wiele wnosi do wiedzy o badanym środowisku. Zawód lekarza to profesja wymagająca intensywnej pracy i nieustającego podnoszenia swojej wiedzy i kwalifikacji, co skutkuje małą ilością czasu, którą dysponują ci profesjonalisci. Było to dla mnie szczególnie trudne wyzwanie, bowiem każdy przeprowadzony wywiad wymagał kilkumiesięcznej pracy. Hermetyczność środowiska też była istotną barierą. Bez „znajomości” i relacji z jednym z lekarzy, który zabierał mnie na nieoficjalne spotkania środowiska medycyny estetycznej i przedstawiał mnie jako protegowaną Pana prof. Żołyńskiego, niemożliwe byłoby ukończenie badań. Nie bez znaczenia była też moja płeć. Zarówno lekarki, jak i pacjentki chętniej rozmawiały z kobietą, co bardzo często podkreślały w rozmowach. Uważam, że ostatnim czynnikiem odgrywającym istotną rolę był mój wygląd. Nie chodziło w nim tyle o atrakcyjność, co o odpowiednią prezentację przybranej tożsamości, czyli przestrzeganie zasad społeczności, którą badałam. Mam na myśli między innymi przestrzeganie zasad dress code’u, jak na przykład: założenie sukienki, butów na obcasie czy posiadanie umalowanych paznokci. Sądzę, że istotne mogły być moje cechy jako badaczki: wrażliwość, empatia i szczerość, które Katarzyna Kaniowska wskazuje jako niezbędne atrybuty antropologa prowadzącego badania [Kaniowska, Modnicka 2010: 7-11].

Choć udało mi się ukończyć badania terenowe z sukcesem i osiągnąć postawiony cel badawczy, to nie wszystkie plany poznawcze byłam w stanie zrealizować. Bogactwo

materiału etnograficznego okazało się niekiedy na tyle duże, że nie udało mi się wykorzystać go do końca. Zdaje sobie z tego sprawę, że nie wykorzystałam potencjału zebranego materiału terenowego w pełni, ale chciałam maksymalnie skupić się na przedmiocie mojego badania. Wiele problemów, które były ważne dla moich rozmówczyń, nie znalazło się w finalnej wersji mojej dysertacji. A i tak zakładałam początkowo, że moja praca nie osiągnie dużych rozmiarów. Stało się jednak inaczej, ale jest to raczej funkcją jakości (pod względem walorów poznawczych w antropologii) materiału empirycznego, za co jestem wdzięczna moim informatorom. Mam nadzieję, że uda mi się w nieodległej przyszłości kontynuować antropologiczny namysł nad badanymi sprawami. Nie udało mi się przeprowadzić kilku wywiadów ze względu na problemy w docieraniu do moich rozmówczyń, brak czasu informaterek oraz w wyjątkowych sytuacjach nawet deprecjonowanie tematu wywiadów i samych badań. Okazało się, że to, co dla humanistyki wydaje się palącym problemem, wcale nie musi takie być dla części świata medycznego. Powołując się na słowa Ingi Kuźmy, pragnę podkreślić, że moje badania należały do sfery „trudnych tematów”:

„Tematy trudne” nie stanowią kategorii naukowej, jest to raczej metafora opisująca pewien rodzaj sytuacji, z jaką możemy się spotkać uprawiając badania zorientowane na poznawanie świata poprzez słowa, myśli, emocje i wyobrażenia (wraz z ich materializacją) (...). „Tematy trudne” oznaczać mogą teren, gdzie badacz wpada w swoisty system manipulacji, rozgrywek wewnętrznych i staje się ich elementem często poza swoją wolą i świadomością (...). Tematy trudne” należy rozumieć także jako przedzieranie się badacza zarówno przez bariery urzędowe oraz inne oficjalne zapory, jak i całkowicie nieformalne, różnego szczebla i rodzaju, często słysząc „nie” dla swojej pracy i obecności, w zasadzie nie mogąc kontynuować badań lub radykalnie je zmieniając (...). To także sytuacje, kiedy na próbę wystawione są nasze dotychczasowe doświadczenia: mamy bowiem do czynienia z sytuacjami, w których nie wiemy, co mamy począć, jak zareagować; nie wiemy także, co przeżywamy – jak coś zakwalifikować według standardów wiedzy zawodowej, specjalistycznej oraz osobistej; nie wiemy zatem do końca, czy jest to ważne dla naszych badań [Kuźma 2013: 8-9].

Hermetyczność środowiska i specyfika terenu oraz moje przekonanie, że nie udało się zrealizować wszystkich założeń, mogą wskazywać na konieczność kontynuowania badań. Skłania mnie do tego też bogactwo materiału terenowego, z którego mogłyby czerpać inne dyscypliny, takie jak: psychologia, pedagogika zdrowia, socjologia czy medycyna. Jednocześnie uważam, że niewielka ilość publikacji naukowych zajmujących się opisywanym przeze mnie środowiskiem może rodzić potrzebę przyjrzenia się tej gałęzi medycznych działań z większą uważnością badawczą. Obecne w dyskursie publicznym rozmycie pojęć klasyfikujących gałęzie medycyny, mam nadzieję, udało się tym badaniom i zbudowanemu

przeze mnie modelowi wytłumaczyć. Biorąc pod uwagę moje osobiste doświadczenia, obserwacje badawcze i specyfikę świata medyków, sądzę, że niezwykle interesującym byłoby poznanie tego terenu jeszcze bliżej, i wiem, że w tej kwestii jest jeszcze bardzo wiele do zrobienia.

- (1)Uważam, że przeprowadzone przeze mnie badania terenowe mogą być niezwykle cenne i użyteczne dla różnorodnych dyscyplin naukowych i innych obszarów:
- (2)całego środowiska lekarskiego i różnorodnych gałęzi medycznych, jak na przykład seksuologów, dla których praca ta może wskazywać na konieczność przyjrzenia się niektórym kategoriom medycznym na nowo, w tym przede wszystkim relacji z pacjentem i ingerencji medycyny w życie społeczne;
- (3)biznesu, dla którego istotnym mogłoby być podążanie w kierunku znalezienia balansu pomiędzy społeczną odpowiedzialnością a niebezpiecznym oddziaływaniem na przestrzeń publiczną i prywatną;
- (4)dla przedstawicieli świata mediów, których zasięg i władza ma dyscyplinujący wpływ na biografię i wybory wielu jednostek;
- (5)dla kobiet borykających się z kulturowymi oczekiwaniami, praca ta może przynieść korzyść terapeutyczną i uświadamiającą;
- (6)mężczyzn, którzy dowiedzą się, z jakimi kulturowymi opresjami muszą borykać się kobiety;
- (7)oraz dla wszystkich tych, którzy zainteresowani są tym, jak świat medycznych wyobrażeń wygląda od wewnątrz – zarówno dla tych, którzy należą do tej przestrzeni, i tych, którzy nie mieli z nią nigdy do czynienia – dysertacja ta może mieć charakter porządkujący i wzbogacający wiedzę.

Uważam także, że moja praca pozwala wyjść poza stereotypowe opinie – zarówno negatywne, jak i pozytywne – o tym środowisku, ale też oswaja i przybliża świat medycyny estetycznej. Analiza materiału badawczego skłania mnie do refleksji, że jest to teren, w którym zdroworozsądkowe i potoczne wyobrażenia budowane są często na nieprawdziwych przekazach i opiniach.

Moją ostatnią refleksją, która dotyczy mnie jako kobiety i badaczki jest fakt, że sama stałam się ofiarą mediów i potocznych wyobrażeń, które dominują w świecie medycyny estetycznej. Bez względu na pozycję kobiety: lekarki, pacjentki czy badaczki – wszystkie jesteśmy dotknięte wymogami kultury normatywnej, mediów, kultury popularnej, medykalizacji, estetyzacji i władzy nad ciałem oraz poddawane jesteśmy nieustającej obserwacji, skupionej, w moim odczuciu za bardzo, na naszym wyglądzie. Mam nadzieję, że

moja praca – choć w jakimś stopniu – demistyfikuje świat kulturowych i społecznych wyobrażeń o pięknie kobiecego ciała.

Bibliografia prac w języku angielskim

- Armstrong** David (1995), *The Rise of Surveillance Medicine*, „Sociology of Health and Illness”, 17 (3), pp. 394-404.
- Balsamo** Anne (1996), *Technologies of the Gendered Body: Reading Cyborg Women*, Duke University Press, Durham.
- Bartky** Sandra Lee (1998), *Foucault, Femininity, and the Modernization of Patriarchal Power*, (in:) Weitz Rose, Kwan Samantha (Eds.), *The Politics of Women's Bodies, Sexuality, Appearance and Behaviour*, Oxford University Press, New York, pp. 64-85.
- Bauman** Zygmunt (1992), *Survival as a Social Construct*, „Theory, Culture and Society” t. 9, nr 1, pp. 1-36.
- Beaujot** Ariel (2012), *Victorian Fashion Accessories*, Berg, London – New York
- Beck** Ulrich, **Beck-Gernsheim** Elisabeth (1995), *The Normal Chaos of Love*, Polity Press, Cambridge.
- Blum** Virginia (2003), *Flesh Wounds. The Culture of Cosmetic Surgery*, University of California Press, Berkley/ Los Angeles/ London.
- Blumberg** Joan (1988), *Fasting Girls: The Emergence of Anorexia Nervosa as a Modern Disease*, Harvard University Press, Cambridge.
- Bordo** Susan (1993), *Unbearable Weight. Feminism, Western Culture, and the Body*, University of California Press, Berkley.
- Bourdieu** Pierre (1986), *The forms of capital*, (in:) John Richardson (Ed.), *Handbook of The Theory and Research for the Sociology of Education*, Greenwood, New York, pp. 240-260.
- Chernin** Kim (1983), *Womansize. The Tyranny of Slenderness*, Woman's Press, London.
- Clark** Adele, **Shim** Janet, **Mamo** Laura, **Fosket** Jennifer, **Fishman** Jennifer (2003), *Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine*, „American Sociological Review” 62 (2), pp. 161-194.
- Cockerham** William (2004), *Medical Sociology*, Prentice Hall, New York.
- Conrad** Peter (1992), *Medicalization and Social Control*, „Annual Review of Sociology”, no. 18, pp. 209-32.
- Conrad** Peter (2007), *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore MD.

- Craik** Jennifer (1994), *The Face of Fashion. Cultural Studies in Fashion*, Routledge, London.
- Crawford** Robert (1984), *A Cultural Account of Health: Control, Release and the Social Body*, (in:) McKinlay John (Ed.) *Issues in the Political Economy of Health Care*, Tavistock, London.
- Daumas** Casimir (1891), *Hygiene et medicine*, „Fashion-Theory” no. 252, pp. 33-49.
- Davis** Joseph (2010), *Medicalization, Social Control and the Relief of Suffering*, (in:) Cockerham William (Ed.), *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, Blackwell Publishing, Chichester, pp. 211-241.
- Davis** Kathy (1995), *Reshaping the Female Body. The Dilemma of Cosmetic Surgery*, Routledge, New York.
- Drake** Nicholas (1988), *The Sixties: A Decade in Vogue*, Prentice Hall, New York.
- Edgley** Charles (1990), *Health Nazis and the Cult of the Perfect Body: Some Polemical Observations*, „Symbolic Interaction”, no.1 (2), pp. 257-279.
- Ehrenreich** Barbara, **English** Deirdre (2011), *Complaints and Disorders: The Sexual Politics of Sickness*, The Feminist Press, New York.
- Featherstone** Mike (1991), *Consumer Culture and Postmodernism*, SAGE PUBLICATIONS, London.
- Featherstone** Mike (1996), *Localism, Globalism, and Cultural Identity*, (in:) Wilson Rob, Dissanayake Wimal (Eds.), *Global/Local: Cultural Production and the Transnational Imaginary*, Duke University Press, Durham, pp. 46-77.
- Featherstone** Mike (2001), *The Body in Consumer Culture*, (in:) Featherstone Mike, Hepworth Mike, Turner Bryan (Eds.), *The Body. The Social Process and Cultural Theory*, SAGE PUBLICATIONS, London, pp. 170-196.
- Fetherstone** Mike, **Hepworth** Mike (2001), *The Mask of the Ageing and the Postmodern Life Course* (in:) Featherstone Mike, Hepworth Mike, Turner Bryan (Eds.), *The Body. The Social Process and Cultural Theory*, SAGE PUBLICATIONS, London, pp. 371-389.
- Foucault** Michael (1975) *The Birth of Clinic: An Archeology of Medical Perception*, Vintage, New York.
- Freedman** Rita (1986), *Beauty Bound*, Columbus Books, London.
- Furedi** Frank (2006), *The End of Professional Dominance*, „Society” 43 (6), pp. 14-18.
- Gerber** Robert (1992) *Manipulated Lady*, „The Independent on Sunday”, 12 July, pp. 44-46.

- Gershon Michael** (1999), *The Second Brain: A Groundbreaking New Understanding of Nervous Disorders of the Stomach and Intestine*, A Division of Harper Collins Publishers, New York.
- Goleman Daniel** (1985), *Dislike of Own Body Found Common among Women*, „New York Times”, March 19, p. 1.
- Gordon Richard** (1990), *Anorexia and Bulimia. Anatomy of a Social Epidemics*, Blackwell Publishers, Massachusetts.
- Gravlee Clarence C.** (2015), *Research Design and Methods in Medical Anthropology*, (in:) Singer Merrill, Erickson Pamela (Eds.), *A Companion to Medical Anthropology*, Wiley-Blackwell, Oxford.
- Grossberg Lawrence** (1992), *We Gotta Get out of his Place: Popular conservatism and Postmodern Culture*, Routledge, New York / London.
- Hahn Robert, Gaines Atwood** (1985), *Physicians of Western Medicine. Anthropological Approach to Theory and Practice*, D. Reidel Publishing Company, Dordrecht.
- Helman Cecil** (2007), *Culture, Health and Illness*, Hodder Education and Hachette UK Company, London.
- Hesse-Biber Sharlene** (1991), *Women, Weight and Eating Disorders. Socio-Cultural and Political-Economic Analysis*, „Women’s Studies International Forum”, vol. 14, no. 3, pp.173-191.
- Hollander Anne** (1988), *Seeing Through Clothes*, Viking Penguin, New York.
- Inhorn Marcia C., Wentzell Emily A.** (2012), *Medical Anthropology at the Intersections*, (in) Inhorn Marcia C., Wentzell Emily A. (Eds.), *Medical Anthropology at the Intersections. Histories, Activisms and Futures*, Duke University Press, Durham – London, pp. 1-20.
- Janzen John M.** (2002), *The Social Fabric of Health. An Introduction to Medical Anthropology*, McGraw-Hill, New York.
- Jacobson Carlotta, Ettlings Catherine** (1987), *How to Be Wrinkle – Free: Look Younger Without Plastic Surgery*, Putnam Publishing Group, New York.
- Kilbourne Jean** (1994), *Still Killing us Softly: Advertising and the Obsession with Thinness*, (in:) Fallon Patricia, Katzman Melanie A., Wooley Susan (Eds:), *Feminist Perspectives on Eating Disorders*, The Guilford Press, New York, pp. 395-418.
- Kimbrell Andrew** (1993), *The Human Body Shop*, Harper Collins, London.
- Kirk David** (1993), *The Schooling and Culture*, Deakin University Press, Geelong.

- Kirk** David, **Coloquhoun** Derek (1989), *Healthism and Physical Education*, „British Journal of Sociology of Education”, vol. 10, no.4, pp. 417-434.
- Kimbrell** Andrew (1993), *The Human Body Shop: The Engineering and the Marketing of Life*, Harper & Row, San Francisco.
- Klein** Alan (1991), *Sugarball. The American Game, the Dominican Dream*, Yale University Press, New Haven.
- Kleinman** Arthur (1988a), *The Illness Narratives. Suffering, Healing and the Human Condition*, Basic Books, New York.
- Kleinman** Arthur (1980), *The Patients and Healers in the Context of Culture. An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley/ Los Angeles/ London.
- Kleinman** Arthur (1988b), *Rethinking Psychiatry. From Cultural Category to Personal Experience*, The Free Press, New York.
- Lash** Scott, **Urry** John (1987), *The End of Organized Capitalism*, Polity Press, Cambridge.
- Lock** Margaret, **Nguyen** Vinh-Kim (2018), *An Anthropology of Biomedicine*, Wiley Blackwell, Hoboken.
- Morgan** Kathryn, (1994), *Women and Knife: Cosmetic Surgery and the Colonization of Women's Bodies*, (in:) Jaggar Alison (Ed.), *Living with Contradictions. Controversies in Feminist Social Ethics*, Routledge, Boulder, pp. 239-256.
- Myers** Phillip N., **Biocca** Frank A. (1992), *The Elastic Body Image: The Effect of Television Advertising and Programming on Body Image Distortions in Young Women*, „Journal of Communications,” no.3, pp. 108-133.
- Nettleton** Sarah (2005), *The Sociology of the Body*, [in:] Cockerham William (Ed.) *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, Blackwell Publishing, Oxford, pp. 40-64.
- Nye** Robert A. (2003), *The Evolution of the Concept of Medicalization in the Late Twentieth Century*, „Journal of the History of the Behavioral Sciences”, vol. 39 (2), pp. 29-115.
- Orbach** Susie (1988), *Fat is a Feminist Issue*, Arrow Books, London.
- Paulson** Susan, **Willig** Carla (2008), *Older Women and Everyday Talk about the Ageing Body*, „Journal of Health Psychology”, vol. 13 (1), pp. 106–120.
- Perrot** Philippe (1996), *Fashioning the Bourgeoisie: A History of Clothing in The Nineteenth Century*, Princeton University Press, Princeton/ New Jersey.
- Pool** Robert, **Geissler** Paul Wenzel (2005), *Medical Anthropology*, Open University Press, London.

- Rivers** William H.R. (1924), *Medicine, Magic and Religion*, Routledge, London.
- Rogers** Mary F. (1999), *Barbie Culture*, SAGE Publications, London / Thousand Oaks / New Delhi.
- Rossi** Ana, **Vergnanini** Andre (2002), *Cellulite: a review*, „Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology”, vol. 14 (4), pp. 251–262.
- Rothblum** Esther D. (1994), *I'll Die for the Revolution but Don't Ask Me Not to Diet. Feminism and the Continuing Stigmatization of Obesity*, (in:) Fallon Patricia, Katzman Melanie A., Wooley Susan (Eds:), *Feminist Perspectives on Eating Disorders*, The Guilford Press, New York, pp. 53-76.
- Sadler** John, **Jotterand** Fabrice, **Lee** Simon C., **Inring** Stephen (2009), *Can medicalization be good? Situating within bioethics*, „Theoretical Medicine and Bioethics”, vol. 30 (6), pp. 25-411.
- Staples** William G. (1994), *Small Acts of Cunning: Disciplinary Practices in Contemporary Life*, „The Sociological Quarterly”, vol. 35, pp. 645-664.
- Singer** Merrill, **Baer** Hans (2020), *Introducing Medical Anthropology. A Discipline in Action*, Rowman & Littlefield, Lanham.
- Sharp** Keith (1992), *Biology and Social Science: A Replay to Ted Benton*, „Sociology”, vol. 26, s. 219-224.
- Shilling** Chris (2008), *Changing Bodies: Habit, Crisis and Creativity*, SAGE PUBLICATIONS, Los Angeles/ London/ New Delhi/ Singapore.
- Showalter** Elaine (1987), *The Female Malady. Women. Madness and English Culture 1830 ~ 1980*, Penguin Book, London.
- Starr** Paul (1982), *The Social Transformation of American Medicine. The Rise Of A Sovereign Profession And The Making Of a Vast Industry*, Basic Books, New York.
- Szasz** Tomasz (1973), *The Second Sin*, Anchor/ Doubleday/ Garden City, New York.
- Szasz** Tomasz (2007), *The Medicalization of Everyday Life. Selected Essays*, Syracuse University Press, Syracuse.
- Tseëlon** Efrat (1995), *The Masque of Femininity the Presentation of Women in Everyday Life*, SAGE PUBLICATIONS, London.
- Turner** S. Bryan (1984), *The Body and Society*, Basil Blackwell, Oxford.
- Quinlan** Marsha (2015) *Etnomedicine*, (in:) Singer Merrill, Erickson Pamela, (Eds.), *A Companion to Medical Anthropology*, Wiley Blackwell, Oxford.

- Walsh** Vivien (1980), *Contraception: the Growth of a Technology*, [in:] Birke Lynda (Eds.), *Alice Through the Microscope: the Power of Science Over Women's Lives*, Virago Press, London, pp. 182-207.
- Wilson** Elisabeth (1994), *Fashion and Postmodernist* (in:) Storey John (Ed.), *Cultural Theory and Popular Culture: A Reader*, The University of Georgia Press, Athens, pp. 392-402.
- Zupančič** Alenka (2008), *The Odd One In*, MIT Press, Cambridge.

Bibliografia prac w języku polskim

- Adorno** Theodor W. (1990), *Sztuka i stuki. Wybór esejów*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- Améry** Jean (2018), *O starzeniu się. Bunt i rezygnacja*, Aletheia, Warszawa.
- Babbie** Earl (2008), *Badania społeczne w praktyce*, PWN, Warszawa.
- Banek** Kazimierz (2010), *Opowieść o włosach. Zwyczaje – rytuały – symbolika*, Trio, Warszawa.
- Barański** Jarosław (2005), *Ciało i zdrowie w ujęciu socjoestetycznym*, (w:) Piątkowski Włodzimierz, Brodniak Włodzimierz (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Wyższa Szkoła Społeczno-Gospodarcza w Tyczynie, Tyczyn, s. 323-336.
- Barański** Jarosław (2010), *Medykalizacja zachowań społecznych, czyli o utopii szczęśliwej duszy*, „Studia Philosophiae Christianae”, nr 46/2, s. 151-164.
- Barker** Chris (2005), *Studia kulturowe. Teoria i praktyka*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Barnard Alan** (2008), *Emic i etic*, (w:) Barnard Alan, Spencer Jonathan (red.), *Encyklopedia antropologii społeczno-kulturowej*, Volumen, Warszawa, s. 191-194.
- Barthes** Roland (2008), *Mitologie*, Aletheia, Warszawa.
- Baudrillard** Jean (2006), *Społeczeństwo konsumpcyjne. Jego mity i struktury*, Sic!, Warszawa.
- Baudrillard** Jean (2005), *Symulakry i symulacje*, Wydawnictwo Sic! Warszawa.
- Bauman** Zygmunt (1995), *Ciało i przemoc w obliczu ponowoczesności*, Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń.
- Bauman** Zygmunt (2000a), *Globalizacja*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- Bauman** Zygmunt (2011a), *Kultura w płynnej nowoczesności*, Agora, Warszawa.

- Bauman** Zygmunt (2008), *Ponowoczesne przygody ciała*, (w:) Szpakowska Małgorzata (red.), *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 95-102.
- Bauman** Zygmunt (2000b), *Ponowoczesność jako źródło cierpień*, Sic!, Warszawa.
- Bauman** Zygmunt (1998), *Śmierć i nieśmiertelność. O wielości strategii życia*, PWN, Warszawa.
- Bauman** Zygmunt (2011b), *44 listy ze świata płynnej nowoczesności*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
- Be Active** (2017), NA ROZGRZEWKĘ, nr 7 (25), s. 14-37.
- Belting** Hans (2015), *Faces. Historia twarzy*, Słowo/ obraz terytoria, Gdańsk.
- Benedict** Ruth (2009), *Północno-zachodnie wybrzeże Ameryki*, (w:) Nowicka Ewa, Głowacka-Grajper Małgorzata (red.), *Świat człowieka – świat kultury. Antologia tekstów klasycznej antropologii*, PWN, Warszawa, s. 372-402.
- Biedermann** Hans (2001), *Leksykon symboli*, Wydawnictwo MUZA SA, Warszawa.
- Biegeleisen** Henryk (1928), *Wesele*, Instytut Staupigjański, Lwów.
- Biegeleisen** Henryk (1929a), *Lecznictwo ludu polskiego*, Polska Akademia Umiejętności, Kraków.
- Biegeleisen** Henryk (1929b), *U kolebki, przy ołtarzu, nad mogiłką*, Instytut Staupigjański, Lwów.
- Bińczyk** Ewa (2002), *Nieklasyczna socjologia medycyny: praktyki medykalizacji jako praktyki władzy w ujęciu Michela Foucaulta*, (w:) Piątkowski Włodzimierz, Titkow Anna (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, s. 181-193.
- Blaxter** Mildred (2009), *Zdrowie*, Sic!, Warszawa.
- Boucher** François (2012), *Historia mody*, Wydawnictwo Arkady, Warszawa.
- Bourdieu** Pierre (2005), *Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy sądzenia*, Scholar, Warszawa.
- Bourdieu** Pierre (2004), *Męska dominacja*, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Bourdieu** Pierre (2009), *O telewizji. Panowanie dziennikarstwa*, PWN, Warszawa.
- Bourdieu** Pierre, **Passeron** Jean-Claude (1990), *Reprodukcja. Elementy teorii systemu nauczania*, PWN, Warszawa.
- Bourdieu** Pierre, **Wacquant** Loic J.D. (2001), *Zaproszenie do socjologii refleksyjnej*, Sic!, Warszawa.
- Brach-Czaina** Jolanta (2000), *Ciało współczesne*, „Res Publica Nowa” nr 11, s. 1-5.

- Breczko** Sylwia (2009), *Ciało w socjologii – między indywidualizacją a polityzacją*, „Kultura Współczesna. Teorie, Interpretacje, Praktyka”, nr 1 (59), s. 19-28.
- Brocki** Marcin (2001), *Język ciała w ujęciu antropologicznym*, Astrum, Wrocław.
- Brysiewicz** Anna (2002), *Socjologiczna charakterystyka wybranych zawodów medycznych*, (w:) Barański Jarosław, Piątkowski Włodzimierz (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Oficyna Wydawnicza ATUT Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław, s. 147-154.
- Buczkowski** Adam (2016), *Ciało, seksualność i indywidualizacja*, (w:) Majka-Rostek Dorota, Banaszak Ewa, Florkowski Robert, Czajkowski Paweł (red.), *Trickster. Społeczno-kulturowe konteksty doświadczania ciała*, Wydawnictwo Naukowe Katedra, Gdańsk, s. 99-121.
- Buczkowski** Adam (2017), *Płeć kulturowa jako kategoria historyczna. Relacje między medyczną koncepcją ciała a pojęciem płci kulturowej*, „Adeptus”, nr 9/2017, s. 1-17.
- Buczkowski** Adam (2005), *Społeczne tworzenie ciała*, Universitas, Kraków.
- Butler** Judith (2008), *Uwikłani w płeć*, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa.
- Cambell** Joseph (2019), *Potęga mitu. Rozmowy Billa Moyersa z Josephem Campbellem*, Wydawnictwo Znak, Kraków.
- Cederström** Carl, **Spicer** Andre (2016), *Pętla dobrego samopoczucia*, PWN, Warszawa.
- Cichocki** Tadeusz, **Litwin** Jan, **Mirecka** Jadwiga (2002), *Kompendium histologii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Ciołek** Tadeusz, **Olędzki** Jacek, **Zadrożyńska** Anna (1976), *Wyrzeczysko. O świętowaniu w Polsce*, Ludowa Spółdzielnia Wydawnicza, Białystok.
- Ciołkiewicz** Paweł (2010), *Przemoc symboliczna i telewizja: kilka uwag na marginesie rozważań Pierre’a Bourdieu o panowaniu dziennikarstwa*, „Media, Kultura, Społeczeństwo”, nr 1 (5), s. 207-218.
- Cirlot** Juan (2012), *Słownik symboli*, Wydawnictwo Znak, Kraków.
- Courtine** Jean-Jecques, **Haroche** Claudine (2007), *Historia twarzy, Słowo/ obraz terytoria*, Gdańsk.
- Czaja** Dariusz (1999a), *Ciało w kilku odsłonach*, (w:) Czaja Dariusz (red.), *Metamorfozy ciała*, CONTAGO, Warszawa, s. 7-12.
- Czaja** Dariusz (1999b), *Orlan. Grzeszne manipulacje*, (w:) Czaja Dariusz (red.), *Metamorfozy ciała*, CONTAGO, Warszawa, s. 83-99.
- Czykwin** Elżbieta (2013), *Wstyd*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków.

- Daniel-Rops** Henri (1994), *Życie codzienne w Palestynie w czasach Chrystusa*, Księgarnia Św. Wojciecha, Warszawa.
- De Chapeaurouge** Donat (2014), *Symbole chrześcijańskie*, Wydawnictwo WAM, Kraków.
- Dłużewska-Sobczak** Anna (2012), *Dawne sposoby kreowania wizerunku*, Muzeum Łęczycy, Łęczycza.
- Dobre Rady** (2020), *Co zmienić w makijażu po czterdziestce. Sprawdzone triki na młody wygląd*, nr 8, s. 22-23.
- Douglas** Mary (2004), *Symbole naturalne. Rozważania o kosmologii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Dunin** Kinga (2014), *Nie dać się zamknąć w żelaznej dziewicy*, (w:) Wolf Naomi, *Mit Piękna*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa, s.7-11.
- Dziechcińska** Hanna (1996), *Ciało, strój, gest w czasach renesansu i baroku*, Semper, Warszawa.
- Dziuban** Agata (2013), *Starzejące się ciało w społeczeństwie somatycznym*, „Zeszyty Pracy Socjalnej”, t. 18, nr 1, s. 13-25.
- Eliade** Mircea (1988), *Historia wierzeń i idei religijnych*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa.
- Eliade** Mircea (1994), *Mity, sny i misteria*, Wydawnictwo Kr, Warszawa.
- Eliade** Mircea (1993) *Sacrum, mit, historia: wybór esejów*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- Eliade** Mircea (2009), *Traktat o historii religii*, Aletheia, Warszawa.
- Elias** Norbert (2011), *O procesie cywilizacji. Analizy socjo- i psychogenetyczne*, W.A.B., Warszawa.
- Eco** Umberto (2005), *Historia piękna*, Rebis, Poznań.
- Eco** Umberto (1993), *Wahadło Foucaulta*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- Engeln** Renee (2018), *Obsesja piękna. Jak kultura popularna krzywdzi dziewczynki i kobiety*, Grupa Wydawnicza Foksal, Warszawa.
- Etcoff** Nancy (2000), *Przetrwają najpiękniejsi*, CiS, Warszawa.
- Featherstone** Mike (2008), *Ciało w kulturze konsumpcyjnej*, (w:) Szpakowska Małgorzata (red.), *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 109-117.
- Figiel** Anna (2018), *Status kobiety w polskiej kulturze ludowej*, „Zeszyty Wiejskie”, t. 24, 93-108.

- Figiel Anna** (2017), *Symbolika włosów w polskiej kulturze ludowej*, „Zeszyty Wiejskie”, t. 23, s.125-137.
- Forstner Dorothea** (2001), *Świat symboliki chrześcijańskiej. Leksykon*, Instytut Wydawniczy PAX, Warszawa.
- Foucault Michel** (1995), *Historia seksualności*, Wydawnictwo Czytelnik, Warszawa.
- Foucault Michel** (2009), *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, Aletheia, Warszawa.
- Foucault Michel** (1999), *Narodziny kliniki*, Wydawnictwo KR, Warszawa.
- Foucault Michel** (2003), *Porządek dyskursu*, Słowo/ obraz terytoria, Gdańsk.
- Foucault Michel** (1998), *Trzeba bronić społeczeństwa*, Wydawnictwo KR, Warszawa.
- Frazer James** (1996), *Złota gałąź*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- Friedan Betty** (2011), *Mistyka kobiecości*, Czarna Owca, Warszawa.
- Gajewski Piotr** (2013), *Interna Szczeklika. Podręcznik chorób wewnętrznych*, Wydawnictwo MP, Kraków.
- Galuszka Mieczysław** (2015), *Komercjalizacja ciała ludzkiego w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, „Acta Universitatis Lodziensis, Folia Sociologica” nr 55, s. 37-56.
- Garncarek Emilia** (2010), *Kobiece ciało jako przedmiot kontroli społecznej*, „Przegląd Socjologiczny”, nr 3, s. 55-69.
- Gert Bernard, Cluver Charles, Cluser Danner** (2009), *Bioetyka. Ujęcie systematyczne*, Słowo/ obraz terytoria, Gdańsk.
- Geertz Clifford** (2005) *Wiedza lokalna. Dalsze eseje z zakresu antropologii interpretatywnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Giddens Anthony** (2010), *Nowoczesność i tożsamość*, PWN, Warszawa.
- Giddens Anthony** (2004), *Socjologia*, PWN, Warszawa.
- Gieysztor Aleksander** (1982), *Mitologia słowiańska*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Goffman Erving** (1981), *Człowiek w teatrze życia codziennego*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- Goffman Erving** (2011), *Instytucje totalne. O pacjentach szpitali psychiatrycznych i mieszkańcach innych instytucji totalnych*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Sopot.
- Goffman Erving** (2005), *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Gromkowska-Melosik Agnieszka** (2002), *Kobiecość w kulturze globalnej. Rekonstrukcje i reprezentacje*, Wydawnictwo WOLUMIN, Poznań.

- Gromkowska-Melosik** Agnieszka (2013) *Kobieta epoki wiktoriańskiej. Tożsamość, ciało i medykalizacja*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków.
- Głowiński** Michał (2009), *Nowomowa i ciągi dalsze. Szkice dawne i nowe*, UNIVERSITAS, Kraków.
- Halbar** Małgorzata (2016), *Przedmowa do polskiego wydania. Nie ma nic złego w czuciu się dobrze. Nie jest jednak dobrze, kiedy masz poczucie, że nie możesz czuć się źle*, (w:) Cederström Carl, Spicer Andre (red.), *Pętla dobrego samopoczucia*, PWN, Warszawa, s. 8-19.
- Hammer** Hanna (2005), *Psychologia społeczna. Teoria i praktyka*, Difin, Warszawa.
- Horkheimer** Max, Adorno Theodor W. (2010), *Dialektyka oświecenia*, Krytyka Polityczna, Warszawa.
- Jacyno** Małgorzata (2007), *Kultura indywidualizmu*, PWN, Warszawa.
- Jakubowska** Honorata (2009), *Socjologia ciała*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Adama Mickiewicza, Poznań.
- Kaniowska** Katarzyna (2010), *Skąd się biorą etyczne problem badań antropologicznych?*, (w:) Kaniowska Katarzyna, Modnicka Noemi (red.), *Etyczne problem badań antropologicznych*, Polskie Towarzystwo Ludoznawcze, Wrocław – Łódź, s. 7-16.
- Kapusta** Andrzej (1999), *Szaleństwo i władza: myśl krytyczna Michaela Foucaulta*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Kapuściński** Ryszard (1999) *Lapidarium*, Wydawnictwo Czytelnik, Warszawa.
- Karczmarzyk** Małgorzata, Bzymek Agnieszka (2015), *Analiza mitu piękna kobiecego ciała na podstawie wybranych reklam i sztuki krytycznej*, „Kultura popularna”, nr 2 (44), s. 196-203.
- Kępiński** Antoni (2005), *Twarz ręką*, (w:) Mencwel Andrzej (red.), *Antropologia kultury. Zagadnienia i wybór tekstów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 212-223.
- Kłoskowska** Antonina (1990), *Teoria socjologiczna Pierre’a Bourdieu. Wstęp do wydania polskiego*, (w:) Bourdieu Pierre, Passeron Jean-Claude, *Reprodukcja. Elementy teorii systemu nauczania*, PWN, Warszawa, s. 7-42.
- Kostera** Monika, **Krzyworzeka** Paweł (2012), *Etnografia*, (w:) Dariusz Jemielniak (red.), *Badania jakościowe. Podejścia i teorie*, t. 1., PWN, Warszawa, s. 167-188.
- Kowalski** Piotr (1998), *Leksykon znaki świata. Omen, przesąd, znaczenie*, PWN, Warszawa – Wrocław.

- Księga Kapłańska** (1991), *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu*, Brytyjskie i Zagraniczne Towarzystwo Biblijne, Warszawa, s. 111-145.
- Księga Psalmów** (1991), *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu*, Brytyjskie i Zagraniczne Towarzystwo Biblijne, Warszawa, s. 582-702.
- Księga Rodzaju** (1991), *Pismo Święte Starego i Nowego Testamentu*, Brytyjskie i Zagraniczne Towarzystwo Biblijne, Warszawa, s. 7-62
- Koziński** Agaton, **Zaczyński** Michał (2006), *Lepsze ciało = lepsze życie*, „Wprost,” 2006, t.5., no 5, s. 50-57.
- Kubiak** Zygmunt (2013), *Piękno i gorycz Europy. Dzieje Greków i Rzymian*, Świat Książki, Warszawa.
- Kuźma** Inga (2013), *Tematy trudne – pola minowe – tabu w badaniu naukowym. Słowo wstępne*, (w:) Kuźma Inga (red.), *Tematy trudne. Sytuacje badawcze*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź, s. 7-12.
- Lambert** Helen (2008), *Antropologia medyczna*, (w:) Barnard Alan, Spencer Jonathan (red.), *Encyklopedia antropologii społeczno-kulturowej*, Volumen, Warszawa, s. 89-92.
- Latocha** Sebastian (2017), *Świat lokalnych wyobrażeń o przeszczepach. Perspektywa antropologii medycznej*, Praca doktorska, Uniwersytet Łódzki, Łódź.
- Le Goff** Jacques, **Truong** Nicolas (2006), *Historia ciała w średniowieczu*, Wydawnictwo Czytelnik, Warszawa.
- Leach** Edmund (1989), *Kultura i komunikowanie*, (w:) Leach Edmund, Greimas Algirdas, *Rytuał i narracja*, PWN, Warszawa, s. 21-98.
- Leszkowicz** Paweł (1995), *Orlan, obrazy kobiet*, Magazyn Sztuki, nr 1, s. 18-42.
- Leźnicki** Marcin (2013) *Medykalizacja kobiecego ciała na przykładzie operacji plastycznych*, „Scientia et Fides”, 1 (1), s. 213-230.
- Lévi-Strauss** Claude (1970), *Miejsce antropologii wśród nauk społecznych*, (w:) Lévi-Strauss Claude, *Antropologia strukturalna*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa.
- Libera** Zbigniew (1999), *Dziedzictwo Frankenstein*, (w:) Czaja Dariusz (red.), *Metamorfozy ciała*, CONTAGO, Warszawa, s. 13-32.
- Libera** Zbigniew (1995b), *Medycyna ludowa. Chłopski rozsądek czy gminna fantazja*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Libera** Zbigniew (1997), *Mikrokosmos, makrokosmos i antropologia ciała*, Wydawnictwo Liber Novum, Tarnów.
- Libera** Zbigniew (1995a), *Rzyć, aby żyć*, Liber Novum, Tarnów.

- Libera** Zbigniew (1987), *Semiotyka barw w polskiej kulturze ludowej i innych kulturach słowiańskich*, „Etnografia Polska”, t. XXXV, z. 1, s. 115-133.
- Libera** Zbigniew (1994), *Ziemscy bogowie*, „Polska Sztuka Ludowa – Konteksty”, t. 48, z. 3-4, s. 113-121.
- Littell** Jonathan (2009), *Suche i wilgotne*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
- Lurker** Manfred (1989), *Słownik obrazów i symboli biblijnych*, Pallottinum, Poznań.
- Lurker** Manfred (1995), *Bogowie i symbole starożytnych Egipcjan*, Warszawa.
- Lutyński** Jan (1972) *Analiza procesu otrzymywania informacji w badaniach z zastosowaniem wywiadu kwestionariuszowego*, (w:) Gostkowski Zygmunt, Lutyński Jan (red.), *Wywiad kwestionariuszowy w świetle badań metodologicznych*, Wrocław – Warszawa, Ossolineum, s. 13-125.
- Łyszkowska** Edyta (2009), *Zachowania mimetyczne kobiet pod wpływem telewizji i doświadczeń codzienności*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków.
- Nadolski** Bogusław (2012), *Leksykon symboli liturgicznych*, Wydawnictwo Salvator, Kraków.
- Niebrój** T. Lesław (2013), *Definiowanie zdrowia i choroby*, (w:) Jonkisz Adam, Niebrój T. Lesław (red.), *Wprowadzenie do filozofii. Podręcznik dla studentów kierunków medycznych*, Katowice, Wydawnictwo SUM, s. 88-99.
- Niebrój** T. Lesław (2017), *Sprzedawcy chorób: etyczne granice stosowania normatywistycznych definicji zdrowia/choroby*, (w:) Nowakowski Michał, Piątkowski Włodzimierz (red.), *Procesy medykalizacji we współczesnym społeczeństwie*, Lublin, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 65-77.
- Niedopytalska** Paulina (2016), *Operacje plastyczne jako narzędzie kreowania pozytywnej tożsamości*, (w:) Majka-Rostek Dorota, Banaszak Ewa, Florkowski Robert, Czajkowski Paweł (red.), *Trickster. Społeczno-kulturowe konteksty doświadczania ciała*, Wydawnictwo Naukowe Katedra, Gdańsk, s. 467-487.
- Nowakowski** Michał (2015), *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Nowakowski** Michał (2013), *Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach. Studium literatury przedmiotu*, Praca doktorska, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.

- Nowina-Sroczyńska** Ewa, **Latocha** Sebastian (2016), *Introdukcja*, (w:) Nowina-Sroczyńska Ewa, Latocha Sebastian, Siemieński Tomasz (red.), *Oblicza choroby w czasach płynnej nowoczesności*, Muzeum Zachodniokaszubskie w Bytowie, Bytów – Łódź, s. 11-19.
- Maj** Agnieszka (2013), *Ciało jako ponowoczesny „projekt estetyczny”*, „Estetyka i Krytyka”, 28 (1/2013), s. 33-49.
- Martini** Marie-Claude (2007/2008), *Kosmetologia i farmakologia skóry*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa.
- McLuhan** Marshall (2001), *Mechaniczna panna młoda*, (w:) McLuhan Marshall (red.), *Wybór tekstów*, Wydawnictwo Zysk i S-ka, Poznań, s. 37-39.
- Melosik** Zbyszko (2010), *Tożsamość, ciało i władza w kulturze instant*, Oficyna Wydawnicza IMPULS, Kraków.
- Melosik** Zbyszko (1996), *Tożsamość, ciało, władza. Teksty kulturowe jako (Kon)teksty pedagogiczne*, Edytor, Toruń.
- Molski** Marcin (2015), *Nowoczesna kosmetologia 2. Kosmetyki, zabiegi, suplementy*, PWN, Warszawa.
- Morris** Desmond (1993), *Magia ciała*, Fundacja Buchnera, Warszawa.
- Moszyński** Kazimierz (1968), *Kultura ludowa Słowian. Kultura duchowa Część 2*, „Książka i wiedza”, Warszawa.
- Moszyński** Kazimierz (1967), *Kultura ludowa Słowian. Kultura materialna Część 1*, „Książka i wiedza”, Warszawa.
- Moulin** Anne Marie (2014), *Ciało wobec medycyny*, (w:) Corbin Alain, Courtine Jean-Jacques, Vigarello Georges (red.), *Historia ciała. Różne spojrzenia. Wiek XX*, Słowo/obraz terytoria, Gdańsk, s. 13-62.
- Organista** Natalia (2010), *Polityka przymusu wobec ciała. Filozofia M. Foucaulta w kontekście problematyki płci*, „Dialogi polityczne”, nr 13, s. 129-148.
- Ortner** Sherry (1982), *Czy kobieta ma się tak do mężczyzny, jak natura do kultury?*, (w:) Hołówka Teresa (red.), *Nikt nie rodzi się kobietą*, Wydawnictwo Czytelnik, Warszawa, s. 112-141.
- Ostrowska** Antonina (1999) *Styl życia a zdrowie. Z zagadnień promocji zdrowia*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa.
- Paluch** Adam (1995), *Etnologiczny atlas ciała ludzkiego i chorób*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.

- Paluch Adam** (1989), *Zerwij ziele z dziewięciu miedz. Ziołolecznictwo ludowe w Polsce w XIX i początku XX wieku*, Polskie Towarzystwo Ludoznawcze, Wrocław.
- Paluch Adam** (1979), *Zwyczajowe okaleczenia ciała u tubylców australijskich w XIX i XX wieku. Studium etnograficzne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Party. Życie gwiazd. Medycyna estetyczna** (2017), nr 1, s. 13-28.
- Passerini Luisa** (2008), *Ambiwalencja wizerunku kobiety w kulturze masowej*, (w:) Małgorzata Szpakowska (red.), *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 118-126.
- Penkala-Gawęcka Danuta** (1983), *Antropologia medyczna i etnomedycyna*, „Lud”, t. 67, s. 8-37.
- Penkala-Gawęcka Danuta** (1987), *Etnomedycyna*, (w:) Zofia Staszczak (red.), *Słownik etnologiczny. Terminy ogólne*, PWN, Warszawa – Poznań, s. 100-102.
- Penkala-Gawęcka Danuta** (2017), *Medykalizacja w perspektywie antropologii medycznej*, (w:) Nowakowski Michał, Piątkowski Włodzimierz (red.), *Procesy medykalizacji we współczesnym społeczeństwie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, s. 173-194.
- Penkala-Gawęcka Danuta** (2010), *Pluralizm medyczny w perspektywie antropologicznej*, (w:) Penkala-Gawęcka Danuta (red.), *Nie czas chorować? Zdrowie, choroba i leczenie w perspektywie antropologii medycznej*, Biblioteka Telgte, Poznań, s. 21-36.
- Piåtkowski Włodzimierz** (2013), *Spółczenstwo i zdrowie: szkic o społczennej i poznawczej tozsamości socjologii medycyny*, „Miscellanea Anthropologica et Sociologica”, nr 14/2, s. 15-30.
- Piåtkowski Włodzimierz** (1990), *Spotkanie z inną medycyną*, Wydawnictwo Lubelskie, Lublin.
- Piåtkowski Włodzimierz** (2019), *Zawód lekarza. Ewolucja problematyki w polskiej socjologii medycyny*, (w:) Majchrowska Anita, Pawlikowski Jakub, Piåtkowski Włodzimierz (red.), *Zawody medyczne – ciągłość i zmiana*, Wydawnictwo Universitas, Kraków, s. 81-100.
- Piåtkowski Włodzimierz** (2002), *Zdrowie jako zjawisko społczenne*, (w:) Barański Jarosław, Piåtkowski Włodzimierz (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Oficyna Wydawnicza ATUT Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław, s. 29-38.
- Platon** (2019), *Uczta*, Amoryka, Sandomierz.

- Rakowski** Tomasz (2013), *Antropologia medyczna jako stosowana nauka humanistyczna. Założenia, cele praktyki*, (w:) Ząbek Maciej (red.), *Antropologia stosowana*, IEiAK UW, Warszawa, s. 355-374.
- Radkowska** Magdalena (1999), *Aneks do dzieła stworzenia*, (w:) Czaja Dariusz (red.), *Metamorfozy ciała*, CONTAGO, Warszawa, s. 33-49.
- Radkowska-Walkowicz** Magdalena, **Wierciński** Hubert (2014), *Wstęp. Biomedycyna, reprodukcje, antropologia*, (w:) *Etnografia biomedycyny*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, s. 7-24.
- Regiewicz** Adam (2017), *Piersi w świętości...*, „Rozprawy i Artykuły. Tematy i Konteksty”, nr 7 (12), s. 426-437.
- Rejowska-Pasek** Agata (2016), *Kontrola nad ciałem – kontrola nad życiem? Analiza dyskursu diety na przykładzie blogów pro-ana*, (w:) Majka-Rostek Dorota, Banaszak Ewa, Florkowski Robert, Czajkowski Paweł (red.), *Trickster. Społeczno-kulturowe konteksty doświadczania ciała*, Wydawnictwo Naukowe Katedra, Gdańsk, s. 405-424.
- Ricoeur** Paul (1986), *Symbolika zła*, Wydawnictwo PAX, Warszawa.
- Ripa** Cesare (2013), *Ikonologia*, Wydawnictwo Universitas, Kraków.
- Rogowska-Stangret** Monika (2019), *Ciało – poza innością i tożsamością*, Fundacja terytoria książki, Gdańsk.
- Rokicki** Jarosław (2011), *Ciało w koncepcji Michela Foucaulta*, (w:) Banaś Monika, Warمیńska Katarzyna (red.), *Kulturowe emanacje ciała*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków, s. 151-164.
- Roux** Jean – Paul (2013), *Krew. Mity symbole, rzeczywistość*, Wydawnictwo Znak, Kraków.
- Shiling** Chris (2019), *Socjologia ciała*, PWN, Warszawa.
- Simonides** Dorothy (2010), *Dlaczego drzewa przestały mówić? Ludowa wizja świata i człowieka*, Wydawnictwo Nowik, Opole.
- Słońska** Zofia (2017), *Medykalizacja a społeczeństwo: obszary i kierunki wzajemnego oddziaływania*, (w:) Nowakowski Michał, Piątkowski Włodzimierz (red.), *Procesy medykalizacji we współczesnym społeczeństwie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, s. 51-62.
- Sokołowska** Magdalena (1980), *Granice medycyny*, Wydawnictwo Wiedza Powszechna, Warszawa.
- Sontag** Susan (2016), *Choroba jako metafora. AIDS i jego metafory*, Wydawnictwo Karakter, Kraków.

- Synowiec-Pilat Małgorzata** (2002), *Zróżnicowania i nierówności społeczne a zdrowie*, (w:) Barański Jarosław, Piątkowski Włodzimierz (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Oficyna Wydawnicza ATUT Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław, s. 89-96.
- Szacka Barbara** (2008), *Wprowadzenie do socjologii*, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Szpakowska Małgorzata** (2008), *Wstęp. Ciało w kulturze*, (w:) Szpakowska Małgorzata (red.), *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 5-13.
- Sztompka Piotr** (2020), *Słownik socjologiczny*, Znak Horyzont, Kraków.
- Szyłak Jerzy** (2002), *Gra ciałem. O obrazach kobiet w kulturze współczesnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, Gdańsk.
- Taranowicz Iwona** (2002), *Rola społeczna chorego*, (w:) Piątkowski Włodzimierz, Barański Jarosław (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Oficyna Wydawnicza ATUT Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław, s. 75-81.
- Theweleit Klaus** (2015), *Męskie fantazje. Tom 1 Kobiety, strumienie, ciała, historia*, PWN, Warszawa.
- Tokarska-Bakir Joanna** (2007), *Energia odpadków*, (w:) Douglas Mary, *Czystość i zmaza*, Państwowy Instytut Wydawniczy, Warszawa, s. 7-43.
- Tokarsk-Bakir Joanna** (2005), *Wstęp do wydania polskiego. Et(n)ologia piętna*, (w:) Goffman Erving, *Piętno. Rozważania o zranionej tożsamości*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, s. 7-26.
- Tomicki Ryszard** (1980), *Ludowe mity o stworzeniu człowieka, Z badań nad synkretyzmem mitologicznym w Europie Wschodniej i Południowej oraz Azji Północnej*, „Etnografia Polska”, t. 24, nr 2, s.46-119.
- Toussaint-Samant Maguelonne** (2002), *Historia stroju*, W.A.B., Warszawa.
- Trojanowska-Malinowska Paulina** (2019), *Społeczno-kulturowe konteksty cielesności oraz seksualności w sferze publicznej i prywatnej. Granice wstydu i wstrętu w poradnictwie medycznym*, Praca doktorska, Uniwersytet Warszawski, Warszawa.
- Tyszką Przemysław** (1999), „Kupuję nową twarz”. *O ciele idealnym*, (w:) Czaja Dariusz (red.), *Metamorfozy ciała*, CONTAGO, Warszawa, s. 51-73.
- Unterman Alan** (1989), *Żydzi. Wiara i życie*, Wydawnictwo łódzkie, Łódź.
- Veblen Thorstein** (1971), *Teoria klasy próżniaczej*, Wydawnictwo MUZA, Warszawa.
- Vigarello Georges** (2011), *Historia urody*, Aletheia, Warszawa.
- Vigarello Georges** (2012), *Historia otyłości*, Aletheia, Warszawa.

- Vigarello** Georges (2014), *Trenować*, (w:) Corbin Alain, Courtine Jean-Jacques, Vigarello Georges (red.), *Historia ciała. Różne spojrzenia. Wiek XX*, Słowo/ obraz terytoria, Gdańsk, s. 153-184.
- Waldenfels** Bernhard (2009), *Podstawowe motywy fenomenologii obcego*, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Wasilewski** Jerzy (2010), *Tabu*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Wasilewski** Jerzy (1989), *Tabu a paradygmat etnologii*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Wasilewski** Jerzy (1990), *Tabu, zakaz magiczny i nieczystość*, „Etnografia Polska” t. XXXIV, z. 1-2, s. 7-40.
- Welsch** Wolfgang (1999), *Procesy estetyzacji. Zjawiska, rozróżnienia, perspektywy*, (w:) Zamiara Krystyna, Golka Marian (red.), *Sztuka i estetyzacja. Studia Teoretyczne*, Wydawnictwo Fundacji Humaniora, Poznań, s. 11-52.
- Wieczorkiewicz** Anna (2000), *Muzeum ludzkich ciała. Anatomia spojrzenia*, Słowo/ obraz terytoria, Gdańsk.
- Wieczorkowska** Magdalena (2017), *Medykalizacja przestrzeni publicznej i prywatnej*, (w:) Nowakowski Michał, Piątkowski Włodzimierz (red.), *Procesy medykalizacji we współczesnym społeczeństwie*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin, s. 78-97.
- Wieczorkowska** Magdalena (2015), *Medykalizacja wyglądu – nowy wymiar zdrowego ciała*, „Acta Universitatis Lodzensis Folia Sociologica”, nr 55, s. 93-109.
- Wierciński** Hubert (2015), *Rak. Antropologiczne studium praktyk i narracji*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Wierciński** Hubert (2013), *Stosowana antropologia medyczna, czyli co antropolog może dać lekarzowi*, (w:) Ząbek Maciej (red.), *Antropologia stosowana*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 337-355.
- Wiktorowski** Grzegorz (2017), „Szaleństwo ciała” — pornografia współczesna a medykalizacja ciała. Implikacje historycznomedyczne, „Forum Socjologiczne”, nr 8, s. 125-145.
- Wolf** Naomi (2014), *Mit piękna*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa.
- Women’s Health** (2020), *Pociągaj za sznurki*, nr 10 (68), s. 21.
- Woźny** Aleksander (2020) *Scenariusze kultury w mediach i w medycynie narracyjnej*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.

Woźny Aleksander (2003), *Wstęp*, (w:) Woźny Aleksander (red.), *Translokacje i transpozycje w mediach*, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław, s. 5-14.

Ziółkowski Marek (2006), *Zmiany systemu wartości*, (w:) Wasilewski Jacek (red.), *Współczesne społeczeństwo polskie: dynamika zmian*, Wydawnictwo Naukowe SCHOLAR, Warszawa, s. 145-174.

Zwiefka-Chwałek (2003) *Słowo elektroniczne. Strategie werbalne w epoce nowych mediów*, (w:) Woźny Aleksander (red.), *Translokacje i transpozycje w mediach*, Oficyna Wydawnicza Arboretum, Wrocław, s. 15-67.

Zwierciadło wydanie specjalne (2017), nr 1, s. 73.

Żelazińska Aleksandra (2017), *Literatura*, "Polityka", 10 (3101), s. 84-86.

Źródła internetowe

Ustawa..., Ustawa z dnia 20 października 2005 r. (Dz. U. Nr 213, poz. 1779 z uwzględnieniem późniejszych zmian: Dz. U. z 2007 r. Nr 13, poz. 85), dostęp internetowy 08.12.2020.

<http://aesthetic.com.pl/medycyna-estetyczna/nici-liftingujace/>, dostęp internetowy 31.01.2021.

<http://www.anagram.pl/hasla-reklamowe-kosmetykow-grupy-loreal/>, dostęp internetowy 25.06.2021.

<https://www.cmkp.edu.pl/akredytacja/programy-specjalizacji-dla-jednostek-akredytowanych#0731>, dostęp internetowy 20.03.2020.

<https://cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/pdf/ChPlasProgPodst1999.pdf>, dostęp internetowy 31.01.2021.

<https://dermaesthetic.pl/medycyna-estetyczna/warto-wiedziec-zabiegiem-laseroterapii/>, dostęp internetowy 31.01.2021.

<https://www.dermedika.pl/lipoliza/>, dostęp internetowy 21.02.2021.

<https://www.estheticon.pl/nowosci/rozmowa-z-dr-andrzejem-sankowskim>, dostęp internetowy 31.01.2021.

<https://www.estheticon.pl/nowosci/walczyłem-dla-chirurgii-plastycznej>, dostęp internetowy 31.01.2021.

<https://evospa.pl/zastosowanie-toksyny-botulinowej-w-medycynie-estetycznej>, dostęp internetowy 21.02.2021.

<https://www.gov.pl/web/cskmswia/oddzial-chirurgii-plastycznej--rekonstrukcyjnej-i-szczekowej>, dostęp internetowy 31.01.2021.

<https://www.jeankilbourne.com/films/>, dostęp internetowy 26.07.2020.

<https://jpstudio.pro/blog/linergistka-kto-to-taki-i-czym-sie-zajmuje>, dostęp internetowy 22.03.2020.

<https://klinikaotco.pl/artykuly/dermapen-co-to-jest-efekty-zalecenia/>, dostęp internetowy 15.04.2020.

<http://www.klinikaurody.org.pl/kwas-hialuronowy-w-medycynie-estetycznej-2/>, dostęp internetowy 31.01.2021.

<https://liberte.pl/obsesja-rozmiaru/>, dostęp internetowy 12.04.2021.

<https://liberte.pl/cialo-tekstem-wspolczesnej-kultury-esej/>, dostęp internetowy 12.04.2021.

<https://medicor.krakow.pl/wpis-blog/kim-jest-linergistka-i-czym-sie-zajmuje/>, dostęp internetowy 22.03.2020.

<https://ncez.pl/abc-zywienia-/fakty-i-mity/suplementy-diety-czy-leki-StośKatarzyna> (2018), suplementy diety czy leki?, dostęp internetowy 31.01.2021.

<https://www.ollie.pl/mezoterapia-iglowa/>, dostęp internetowy 31.01.2021.

<https://www.permanentny.com/co-to-jest-makijaz-permanentny>, dostęp internetowy 22.03.2020.

<http://www.restylane.com/pl-PL/Poland/?start=1>, dostęp internetowy 18.06.2020.

<http://skinfinity.com.pl/zabiegi/>, dostęp internetowy 18.06.2020.

<https://smile.expert/medycyna-estetyczna/kobieta/powiekszenie-ust/>, dostęp internetowy 18.06.2020.

<https://tarkiewicz.pl/zastosowanie-toksyny-botulinowej-typu-a-w-medycynie-estetycznej/>, dostęp internetowy 18.06.2020.

<https://www.wrosinski.pl/jak-wybrac-peeling-chemiczny/>, dostęp internetowy 13.09.2020.

https://pl.wikipedia.org/wiki/Chirurgia_plastyczna, dostęp internetowy 31.01.2021.

Fotografie wykorzystane w Załączniku nr 1 i 2

Zdjęcie 1: https://www.pudelek.pl/artykul/25915/angelina_nie_cwicze/

Zdjęcie 2: <https://pl.pinterest.com/helmsman0614/alessandra-ambrosio/>

Zdjęcie 3: <https://wyborcza.pl/7,75398,12474247,byl-mezczyzna-jest-kobieta-co-i-kiedy-zapisac-w-dokumentach.html?disableRedirects=true>

Zdjęcie 4: <https://pt.fartice.com/figura-beyonce/>

Zdjęcie 5: <http://czasnafilm.blogspot.com/2014/08/najpiekniejsze-amerykankie-aktorki.html>

Zdjęcie 6: <https://myfitness.gazeta.pl/myfitness/7,166989,20290773,ewa-chodakowska-bikini-maksymalne-spalenie-tkanki-tluszczowej.html>

Zdjęcie 7: <https://gwiazdy.wp.pl/samantha-fox-skonczyła-50-lat-bardzo-sie-zmienila-5983087857685633g/4>

Zdjęcie 8: <https://healthyceleb.com/tara-reid/>

Zdjęcie 9: <https://pl.pinterest.com/pin/230739180880259988/>

Zdjęcie 10: <https://www.newsweek.pl/styl-zycia/najlepsze-trenerki-fitness/yhgshb>

Zdjęcie 11: <https://myfitness.gazeta.pl/myfitness/7,166737,21310012,chodakowska-w-mega-motywuującym-wpisie-może-najwyższy-czas.html>

Zdjęcie 12: <https://www.papilot.pl/gwiazdy/modelki/25529/anja-rubik-w-bikini-zbyt-chuda-zobaczcie-zdjecia-bez-retuszu>

Zdjęcie 13: <https://www.se.pl/wiadomosci/galeria/ma-46-lat-i-taki-tyek/gg-wf4w-eDuw-ANwh/gp-FsL4-FX8R-CdrD>

Zdjęcie 14: https://www.corriere.it/gallery/spettacoli/07-2011/miamiswim/01/costumi_0a43953e-b15f-11e0-8890-9ce9f56cae65.shtml

Zdjęcie 15: <https://br.pinterest.com/pin/698339485940241668/>

Zdjęcie 16: <https://zszywka.pl/p/sliczne-nogi--mi-sie-podobaja-nw-ja-9255865.html>

Zdjęcie 17: <https://viva.pl/uroda/metamorfoza-kylie-jenner-zobacz-jak-sie-zmieniala-31521-r3/>

Zdjęcie 18: <https://kultura.onet.pl/muzyka/zdjecia/tak-swietuje-iwona-wegrowska/wmjxs3x#slajd-1>

Zdjęcie 19: <https://www.facebook.com/185688598160957/photos/pb.100045209975206.-2207520000../1442769652452839/?type=3>

Zdjęcie 20: https://www.pudelek.pl/artykul/73530/nowa_fryzura_chylinskiej_ladna_zdjecia/

Zdjęcie 21: <https://bozi.pl/fryzury/zdjecia-kreconych-fryzur-dla-kobiet/>

Zdjęcie 22: <https://styl.fm/newsy/159827.ombre-bob-fryzura-ktore-podbila-wiosenne-trendy-galeria-najpiekniejszych-fryzur>

Zdjęcie 23:

<https://pl.pinterest.com/pin/385550418084309994/?d=t&mt=signupOrPersonalizedLogin>

Zdjęcie 24: <http://colchide.com/pl/people/kim-kardashian-ses-mensuration-sa-taille-son-poids/>

Zdjęcie 25: <https://www.instagram.com/juliadybowska/?hl=pl>

Zdjęcie 26:

[https://www.pinterest.fr/pin/345158758924464793/?amp_client_id=CLIENT_ID\(\)
&mweb_unauth_id=%7B%7Bdefault.session%7D%7D&simplified=true](https://www.pinterest.fr/pin/345158758924464793/?amp_client_id=CLIENT_ID()&mweb_unauth_id=%7B%7Bdefault.session%7D%7D&simplified=true)

Zdjęcie 27: http://www.dobramama.pl/pokaz/426508/Jaki_to_kolor/1/procent

Zdjęcie 28: <http://sbart.pl/ozdoby-na-paznokcie-nie-wymagaja-tipsow/>

Zdjęcie 29: <https://zszywka.pl/p/pudrowy-roz-17269108.html>

Zdjęcie 30: <https://bezux.wyznajemy.pl/index.php/wpisy/7-drobnych-szczegolow-w-wygladzie-kobiety-ktore-przekreslaja-jej-szanse-u-mezczyzny/5366/5>

Zdjęcie 31: <https://www.vitalia.cz/clanky/vady-nemoci-poruchy-nehtu/>

Załącznik 1 (lekarki)

1. Jakie są współczesne ideały kobiecego piękna?
2. Jak powinno wyglądać atrakcyjne kobiece ciało?
3. Czy współcześnie oceniamy kobietę przez jej atrakcyjność?
4. Co świadczy o atrakcyjności kobiety? Jakie elementy wyglądu, części ciała, ubiór, fryzura, makijaż? A może coś innego?
5. Czy atrakcyjny wygląd pomaga w znalezieniu dobrej pracy? Jeśli tak, to w jaki sposób?
6. Czy kobieta może wyrażać siebie (za pomocą swojego ciała), stroju, makijażu, fryzury, ruchu?
7. Na co zwraca uwagę mężczyzna, patrząc na kobietę?
8. Na jakie elementy kobiecego ciała zwracają uwagę kobiety?
9. Jaki typ kobiecości jest najbardziej obecnie pożądany? Wybierz zdjęcie.



Zdjęcie 1



Zdjęcie 2



Zdjęcie 3



Zdjęcie 4

10. Jakie części ciała kobiety są współcześnie pożądane przez mężczyzn?
11. Które ze zdjęć określa typ pożądanej przez Ciebie sylwetki?



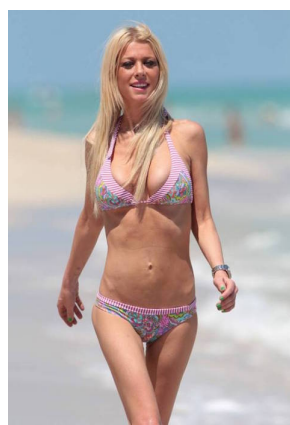
Zdjęcie 5



Zdjęcie 6



Zdjęcie 7



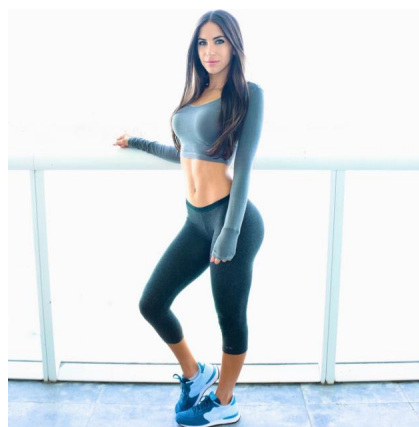
Zdjęcie 8

12. Czy spotkałaś się z określeniem „fit ciało”? W jaki sposób można je zdobyć? Za pomocą jakich działań osiągnąć wymarzony wygląd?
13. Co twoim zdaniem oznacza to określenie?
14. Czy uważasz, że obecnie panuje moda na wyrzeźbione i umięśnione ciało? Jeśli tak, to dlaczego, z jakich powodów?
15. Jak powinna według ciebie wyglądać atrakcyjna kobieta?
16. Jaki wygląd ciała kobiety pokazywany jest dzisiaj w mediach?
17. Czy uważasz, że portale społecznościowe wywierają wpływ na wygląd ciała kobiet? Jeśli tak to, w jaki sposób? Wymień portale, które według ciebie mają taki wpływ.

18. Jaki wygląd ciała propagują portale społecznościowe (Instagram, Twitter, Facebook)? Wybierz zdjęcie?



Zdjęcie 9



Zdjęcie 10

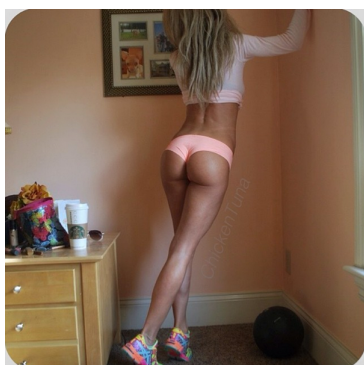


Zdjęcie 11



Zdjęcie 12

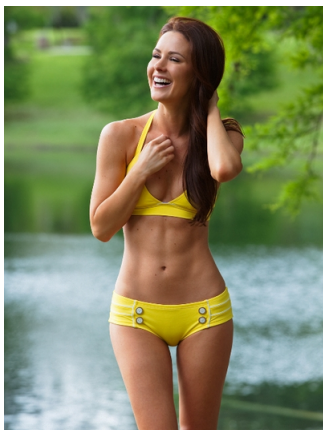
19. Jakie elementy ciała kobiety są najbardziej popularne w mediach społecznościowych? Wybierz kolejność oraz krótko uzasadnij swój wybór.



Zdjęcie 13



Zdjęcie 14



Zdjęcie 15



Zdjęcie 16

20. Jaki wygląd ust najpopularniejszy jest w Telewizji, Internecie bądź prasie kolorowej? A jaki tobie się podoba najbardziej/najmniej i dlaczego?



Zdjęcie 17

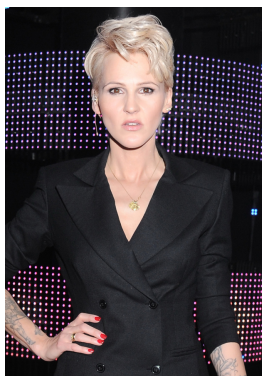


Zdjęcie 18



Zdjęcie 19

21. Czy znasz takie osoby i wiesz czym one się zajmują, jak: Ewa Chodakowska, Anna Lewandowska, Sylwia Weisenberg, Mellani Brown czy Jen Selter?
22. Jaki rodzaj fryzury jest obecnie najpopularniejszy? Wybierz zdjęcie. A jaki tobie podoba się najbardziej/najmniej i dlaczego? Wybierz kolejność zaczynając od tego, które najbardziej ci się podoba.



Zdjęcie 20



Zdjęcie 21



Zdjęcie 22



Zdjęcie 23

23. Jaki kolor włosów jest najbardziej pożądanym wśród kobiet? Wybierz zdjęcie.



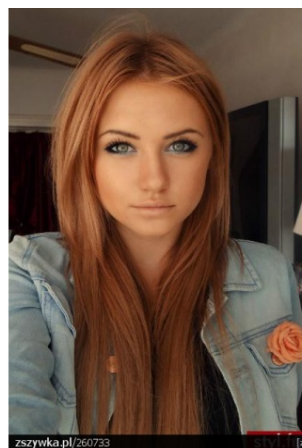
Zdjęcie 24



Zdjęcie 25



Zdjęcie 26



Zdjęcie 27

- 24. Czy kobiety często korzystają z usług fryzjera?
- 25. Czy uważasz, że wygląd włosów ma wpływ na to, w jaki sposób kobiety są one odbierane przez innych?
- 26. Jaka fryzura i jaki kolor włosów są według ciebie najbardziej kobiece?

27. Jakie włosy podobają się mężczyznom? A jakie kobietom?
28. Jaki wygląd paznokci jest najbardziej popularny wśród kobiet?
29. Jaki wygląd paznokci kreują portale społecznościowe? Ułóż zdjęcia w kolejności od tego, które podobają ci się najbardziej.



Zdjęcie 28



Zdjęcie 29



Zdjęcie 30



Zdjęcie 31

30. Czy mężczyźni zwracają uwagę na wygląd dłoni kobiety? Jak myślisz, dlaczego?
31. Czy kobiety patrzą na paznokcie innych kobiet? I dlaczego?
32. Czy uważasz, że kobiety często korzystają z usług kosmetyczek?
33. Czy znasz określenie: na migdałka? I wiesz co ono oznacza?
34. Czy uważasz, że reklamy podpasek czy tamponów budzą kontrowersje?
35. Wymień znane ci reklamy podpasek lub tamponów.
36. Czy według ciebie temat miesięczki jest dzisiaj zakazany, niepożądany, wstydlivy? Dlaczego?
37. Jak sądzisz, co na ten temat myślą kobiety, a jak traktują tę sprawę mężczyźni?
38. Czy miesięczkująca kobieta budzi dzisiaj lęk, obrzydzenie? Dlaczego?
39. Czy ty otwarcie mówisz o tych sprawach, czy też starasz się to ukryć? Dlaczego?

40. Jak temat miesięczki traktują według ciebie mężczyźni, a jak kobiety?
41. Czy Twoim zdaniem, kobieta ma takie same prawa do wolności seksualnej jak mężczyźni? I dlaczego?
42. Na czym według ciebie miałyby polegać taka wolność seksualna?
43. Czy używaś jakieś stałej metody antykoncepcji?
44. Jaki według Ciebie jest odbiór społeczny: życia na „kocią łapę”, posiadania dzieci w niezalegalizowanym związku oraz równego podziału obowiązków domowych między mężczyzną a kobietą?
45. Co sądzisz na temat karmienia piersią w miejscach publicznych?
46. Czy kobieta powinna mieć swobodne prawo do takiego karmienia, dlaczego? I czy wobec tego nie musi/musi się lekko zakrywać, czy starać się znajdować ustronne miejsce?
47. Jakie budzi to w Tobie odczucia?
48. Czy uważasz, że zabiegi z zakresu medycyny estetycznej są współcześnie popularne wśród kobiet?
49. Jakie rodzaje zabiegów są najbardziej popularne? Jak sądzisz, dlaczego?
50. Które części swojego wizerunku kobiety najczęściej chcą zmienić u lekarza? Dlaczego?
51. Czy uważasz, że kobiety często korzystając z usług medycyny estetycznej? Dlaczego?
52. Ile kobiet (określ mniej więcej) zgłaszających się do gabinetu, odbiera swój wizerunek znacznie gorzej niż w rzeczywistości j?
53. Jaka część pacjentek (określ na podstawie swoich doświadczeń zawodowych) zgłasza się do lekarza z pragnieniem osiągnięcia „nierealnego” wizerunku? Co wtedy robisz?
54. Czy zdarzają się pacjentki, które chcą upodobnić się do jakiś słynnych celebrytów, aktorek, piosenkarek czy modelek?
55. Opisz najbardziej pożądaną według ciebie wygląd pacjentek. Co chcą zmienić w swym wyglądzie? Jak ci się wydaje, dlaczego?
56. Czy zdarza ci się odmawiać wykonania jakiegoś zabiegu? Jakiego i dlaczego?
57. Z jakich powodów (poza medycznymi) zmuszona jesteś odmówić wykonania zabiegu?
58. Czy istnieje jakiś specjalny język związany z medycyną estetyczną i wyglądem? Podaj przykłady i opisz je.
59. Jakich określeń dotyczących wyglądu, ciała i zabiegów używają lekarze a jakich pacjentki? Wymień przykłady i opisz je.
60. Czy zdarzają się pacjenci mężczyźni? Jakie zabiegi chcą wykonać?
61. Czy lekarz medycyny estetycznej to zawód, który pozwoli na „godne” utrzymanie się?
62. Dlaczego wybrałaś taki rodzaj specjalizacji?
63. Czy duże znaczenie ma dla ciebie wygląd? Jeśli tak to dlaczego?
64. Czy ktoś komentował kiedyś Twój wygląd? Jak?
65. Czy ktoś sprawił ci przykrość komentując twój wygląd? Kto i dlaczego?
66. Na jakie części ciała w swoim wyglądzie zwracasz największą uwagę?
67. Czy jesteś zadowolona ze swojego wyglądu?
68. Jak oceniasz swój wygląd, w skali od 1-10?
69. Czy chodzisz na siłownię, zajęcia fitness lub uprawiasz jakąś inną aktywność sportową? Jaką i dlaczego? Gdzie ćwiczysz i jak często? Od jak dawna ćwiczysz?
70. Co dają ci te ćwiczenia? Czy mają jakiś wpływ na twoje samopoczucie, wygląd, ciało? Jak duży?
71. Czy idąc na trening malujesz się, masz umalowane paznokcie, ubierasz się w jakieś specjalne ubrania? Dlaczego?

72. Czy masz znajomych, przyjaciół na siłowni, klubie fitness, itp.? Często się z nimi widzisz? O czym rozmawiacie?
73. Czy stosujesz jakąś dietę? Na czym ona polega, jakie daje efekty?
74. Czy zdarza ci się jeść coś "niezdrowego"? Jak często i co to jest? Jak się wtedy czujesz?
75. Czy według ciebie trening i dieta są konieczne dla dobrego wyglądu i samopoczucia? Dlaczego?
76. Czy zażywasz jakieś suplementy diety? Jakie i dlaczego? Kto ci je polecił? Skąd się o nich dowiedziałeś?
77. Czy ma to wpływ na wygląd twojego ciała?
78. Czy słyszałaś na swój temat, komentarze na tle seksualnym? Jakie?
79. Jak często odwiedzasz fryzjera?
80. Czy wykonywałaś kiedykolwiek zabieg, którego celem jest poprawa wyglądu włosów? Jaki?
81. Czy korzystasz z usług kosmetyczki? Jak często?
82. Czy rozmawiasz ze swoim partnerem na temat miesiączki?
83. Czy zdarzyło się, że mężczyzna kupował ci podpaski bądź tampony?
84. Czy podczas okresu bierzesz udział w jakiś zajęciach sportowych? Jak basen, fitness i inne?
85. Czy korzystasz z usług medycyny estetycznej? Jakich konkretnie i dlaczego? Co ci to daje? Lepsze samopoczucie? Może coś innego, co?
86. Czy kiedyś zdecydowałabyś się na interwencję chirurgiczną mającą poprawić twój wygląd? Kiedy i dlaczego?
87. Jaki jest pani wiek?
88. Jakie jest Pani wykształcenie?
89. Jaka jest Pani pozycja zawodowa?
 - a) nie pracuje/ zajmuje się domem,
 - b) stanowisko szeregowie,
 - c) stanowisko kierownicze,
 - d) top manager/ kadra zarządzająca
90. Jakie są Pani dochody miesięczne?
 - a) nie posiadam dochodu
 - b) do 4000 zł netto,
 - c) 4001 do 6000 zł netto,
 - d) 6001 od 10 000 zł netto,
 - e) powyżej 10 000 zł netto
91. Jaki jest Twój stan cywilny?
 - a) Panna
 - b) Mężatka
 - c) Rozwódka
 - d) Wdowa
92. Czy posiadasz dzieci?
93. Czy pochodzisz z dużego miasta czy z małej miejscowości?

Załącznik 2 (pacjentki)

1. Jakie są współczesne ideały kobiecego piękna?
2. Jak powinno wyglądać atrakcyjne kobiece ciało?
3. Czy współcześnie oceniamy kobietę przez jej atrakcyjność?
4. Co świadczy o atrakcyjności kobiety? Jakie elementy wyglądu, części ciała, ubiór, fryzura, makijaż? A może coś innego?
5. Czy atrakcyjny wygląd pomaga w znalezieniu dobrej pracy? Jeśli tak, to w jaki sposób?
6. Czy kobieta może wyrażać siebie (za pomocą swojego ciała), stroju, makijażu, fryzury, ruchu?
7. Na co zwraca uwagę mężczyzna, patrząc na kobietę?
8. Na jakie elementy kobiecego ciała zwracają uwagę kobiety?
9. Jaki typ kobiecości jest najbardziej obecnie pożądany? Wybierz zdjęcie.



Zdjęcie 1



Zdjęcie 2



Zdjęcie 3



Zdjęcie 4

10. Jakie części ciała kobiety są współcześnie pożądane przez mężczyzn?
11. Które ze zdjęć określa typ pożądanej przez Ciebie sylwetki?



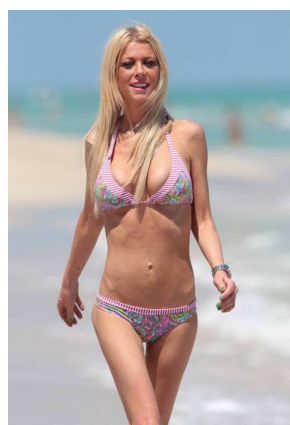
Zdjęcie 5



Zdjęcie 6



Zdjęcie 7



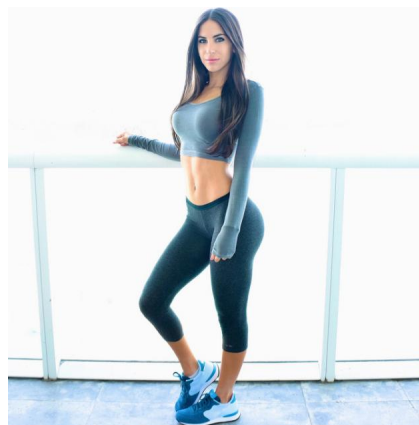
Zdjęcie 8

12. Czy spotkałaś się z określeniem „fit ciało”? W jaki sposób można je zdobyć? Za pomocą jakich działań osiągnąć wymarzony wygląd?
13. Co twoim zdaniem oznacza to określenie?
14. Czy uważasz, że obecnie panuje moda na wyrzeźbione i umięśnione ciało? Jeśli tak, to dlaczego, z jakich powodów?
15. Jak powinna według ciebie wyglądać atrakcyjna kobieta?
16. Jaki wygląd ciała kobiety pokazywany jest dzisiaj w mediach?
17. Czy uważasz, że portale społecznościowe wywierają wpływ na wygląd ciała kobiet? Jeśli tak to, w jaki sposób? Wymień portale, które według ciebie mają taki wpływ.

18. Jaki wygląd ciała propagują portale społecznościowe (Instagram, Twitter, Facebook)?
Wybierz zdjęcie?



Zdjęcie 9



Zdjęcie 10

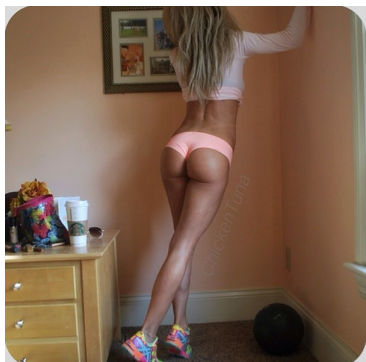


Zdjęcie 11

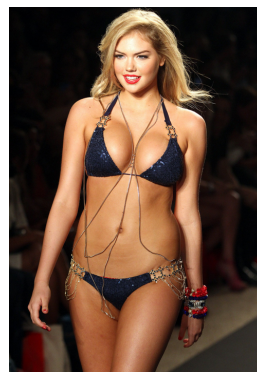


Zdjęcie 12

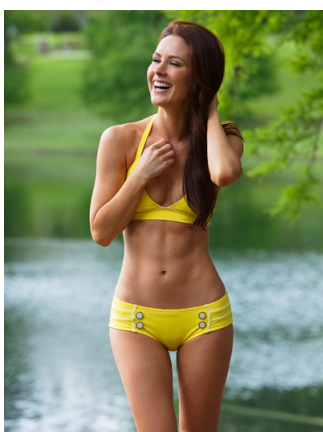
19. Jakie elementy ciała kobiety są najbardziej popularne w mediach społecznościowych? Wybierz kolejność oraz krótko uzasadnij swój wybór.



Zdjęcie 13



Zdjęcie 14



Zdjęcie 15



Zdjęcie 16

20. Jaki wygląd ust najpopularniejszy jest w Telewizji, Internecie bądź prasie kolorowej? A jaki tobie się podoba najbardziej/najmniej i dlaczego?



Zdjęcie 17

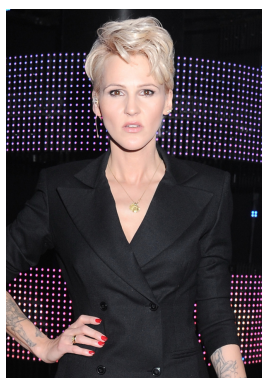


Zdjęcie 18



Zdjęcie 19

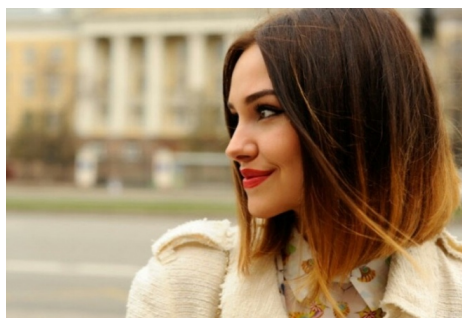
21. Czy znasz takie osoby i wiesz czym one się zajmują, jak: Ewa Chodakowska, Anna Lewandowska, Sylwia Weisenberg, Mellani Brown czy Jen Selter?
22. Jaki rodzaj fryzury jest obecnie najpopularniejszy? Wybierz zdjęcie. A jaki tobie podoba się najbardziej/najmniej i dlaczego? Wybierz kolejność zaczynając od tego, które najbardziej ci się podoba.



Zdjęcie 20



Zdjęcie 21



Zdjęcie 22



Zdjęcie 23

23. Jaki kolor włosów jest najbardziej pożądanym wśród kobiet? Wybierz zdjęcie.



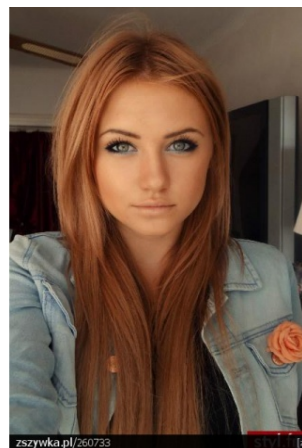
Zdjęcie 24



Zdjęcie 25



Zdjęcie 26



Zdjęcie 27

24. Czy kobiety często korzystają z usług fryzjera?
25. Czy uważasz, że wygląd włosów ma wpływ na to, w jaki sposób kobiety są one odbierane przez innych?
26. Jaka fryzura i jaki kolor włosów są według ciebie najbardziej kobiece?
27. Jakie włosy podobają się mężczyznom? A jakie kobietom?
28. Jaki wygląd paznokci jest najbardziej popularny wśród kobiet?

29. Jaki wygląd paznokci kreują portale społecznościowe? Ułóż zdjęcia w kolejności od tego, które podobają ci się najbardziej.



Zdjęcie 28



Zdjęcie 29



Zdjęcie 30



Zdjęcie 31

30. Czy mężczyźni zwracają uwagę na wygląd dłoni kobiety? Jak myślisz, dlaczego?
31. Czy kobiety patrzą na paznokcie innych kobiet? I dlaczego?
32. Czy uważasz, że kobiety często korzystają z usług kosmetyczek?
33. Czy znasz określenie: na migdałka? I wiesz co ono oznacza?
34. Czy uważasz, że reklamy podpasek czy tamponów budzą kontrowersje?
35. Wymień znane ci reklamy podpasek lub tamponów.
36. Czy według ciebie temat miesiączki jest dzisiaj zakazany, niepożądany, wstydlivy? Dlaczego?
37. Jak sądzisz, co na ten temat myślą kobiety, a jak traktują tę sprawę mężczyźni?
38. Czy miesiączkująca kobieta budzi dzisiaj lęk, obrzydzenie? Dlaczego?
39. Czy ty otwarcie mówisz o tych sprawach, czy też starasz się to ukryć? Dlaczego?
40. Jak temat miesiączki traktują według ciebie mężczyźni, a jak kobiety?
41. Czy Twoim zdaniem, kobieta ma takie same prawa do wolności seksualnej jak mężczyźni? I dlaczego?
42. Na czym według ciebie miałyby polegać taka wolność seksualna?
43. Czy używasz jakieś stałej metody antykoncepcji?

44. Jaki według Ciebie jest odbiór społeczny: życia na „kocią łapę”, posiadania dzieci w niezalegalizowanym związku oraz równego podziału obowiązków domowych między mężczyzną a kobietą?
45. Co sądzisz na temat karmienia piersią w miejscach publicznych?
46. Czy kobieta powinna mieć swobodne prawo do takiego karmienia, dlaczego? I czy wobec tego nie musi/musi się lekko zakrywać, czy starać się znajdować ustronne miejsce?
47. Jakże budzi to w Tobie odczucia?
48. Czy uważasz, że zabiegi z zakresu medycyny estetycznej są współcześnie popularne wśród kobiet?
49. Jakie rodzaje zabiegów są najbardziej popularne? Jak sądzisz, dlaczego?
50. Jak myślisz, które części swojego wizerunku kobiety najczęściej chcą zmienić u lekarza? Dlaczego?
51. Czy uważasz, że kobiety często korzystając z usług medycyny estetycznej? Dlaczego?
52. Czy słyszałaś (spotkałaś, miałaś do czynienia, poznałaś, czytałaś itp.) o pacjentkach zgłaszających się do gabinetu, które odbierają swój wizerunek znacznie gorzej niż w rzeczywistości j?
53. Czy kiedykolwiek za pomocą medycyny estetycznej chciałaś upodobnić się do jakiś słynnych celebrytów, aktorek, piosenekarek czy modelek?
54. Czy lekarz odmówił ci wykonania jakiegoś zabiegu? Jakiego i dlaczego?
55. Czy istnieje jakiś specjalny język związany z medycyną estetyczną i wyglądem? Podaj przykłady i opisz je.
56. Jakich określeń dotyczących wyglądu, ciała i zabiegów używają lekarze a jakich pacjentki? Wymień przykłady i opisz je.
57. Czy uważasz, że zdarzają się pacjenci mężczyźni? Jakie zabiegi chcą wykonać? Jak ci się wydaje, dlaczego?
58. Czemu zdecydowałaś się odwiedzić gabinet medycyny estetycznej? Z jakich powodów? Co ci to dało?
59. Czy duże znaczenie ma dla ciebie wygląd? Jeśli tak to dlaczego?
60. Czy ktoś komentował kiedyś Twój wygląd? Jak?
61. Czy ktoś sprawił ci przykrość komentując twój wygląd? Kto i dlaczego?
62. Na jakie części ciała w swoim wyglądzie zwracasz największą uwagę?
63. Czy jesteś zadowolona ze swojego wyglądu?
64. Jak oceniasz swój wygląd, w skali od 1-10?
65. Czy chodzisz na siłownię, zajęcia fitness lub uprawiasz jakąś inną aktywność sportową? Jaką i dlaczego? Gdzie ćwiczysz i jak często? Od jak dawna ćwiczysz?
66. Co dają ci te ćwiczenia? Czy mają jakiś wpływ na twoje samopoczucie, wygląd, ciało? Jak duży?
67. Czy idąc na trening malujesz się, masz umalowane paznokcie, ubierasz się w jakieś specjalne ubrania? Dlaczego?
68. Czy masz znajomych, przyjaciół na siłowni, klubie fitness, itp.? Często się z nimi widzisz? O czym rozmawiacie?
69. Czy stosujesz jakąś dietę? Na czym ona polega, jakie daje efekty?
70. Czy zdarza ci się jeść coś "niezdrowego"? Jak często i co to jest? Jak się wtedy czujesz?
71. Czy według ciebie trening i dieta są konieczne dla dobrego wyglądu i samopoczucia? Dlaczego?

72. Czy zażywaś jakieś suplementy diety? Jakie i dlaczego? Kto ci je polecił? Skąd się o nich dowiedziałas?
73. Czy ma to wpływ na wygląd twojego ciała?
74. Czy słyszałaś na swój temat, komentarze na tle seksualnym? Jakie?
75. Jak często odwiedzasz fryzjera?
76. Czy wykonywałaś kiedykolwiek zabieg, którego celem jest poprawa wyglądu włosów? Jaki?
77. Czy korzystasz z usług kosmetyczki? Jak często?
78. Czy rozmawiasz ze swoim partnerem na temat miesiączki?
79. Czy zdarzyło się, że mężczyzna kupował ci podpaski bądź tampony?
80. Czy podczas okresu bierzesz udział w jakiś zajęciach sportowych? Jak basen, fitness i inne?
81. Czy korzystasz z usług medycyny estetycznej? Jakich konkretnie i dlaczego? Co ci to daje? Lepsze samopoczucie? Może coś innego, co?
82. Czy kiedyś zdecydowałabyś się na interwencję chirurgiczną mającą poprawić twój wygląd? Kiedy i dlaczego?
83. Jaki jest pani wiek?
84. Jakie jest Pani wykształcenie?
85. Jaka jest Pani pozycja zawodowa?
 - a) nie pracuje/ zajmuje się domem,
 - b) stanowisko szeregowie,
 - c) stanowisko kierownicze,
 - d) top manager/ kadra zarządzająca
86. Jakie są Pani dochody miesięczne?
 - a) nie posiadam dochodu
 - b) do 4000 zł netto,
 - c) 4001 do 6000 zł netto,
 - d) 6001 od 10 000 zł netto,
 - e) powyżej 10 000 zł netto
87. Jaki jest Twój stan cywilny?
 - a) Panna
 - b) Mężatka
 - c) Rozwódka
 - d) Wdowa
88. Czy posiadasz dzieci?
89. Czy pochodzisz z dużego miasta czy z małej miejscowości