

Magdalena Wieczorkowska*

MEDYKALIZACJA WYGLĄDU – NOWY WYMIAR ZDROWEGO CIAŁA

Abstrakt. Proces medykalizacji jest nierozzerwalnie związany z ludzkim ciałem. Współcześnie jednak odznacza się on dużą ekspansywnością, zawłaszczając kolejne obszary ludzkiego życia. Medykalizacja dotyczy dwóch kategorii wydarzeń: 1) w ścisłym znaczeniu medycznym chodzi o przemiany, zachodzące w ludzkim życiu w procesie choroby (hospitalizacja, przyjmowanie leków, rehabilitacja itp.); ważne i godne podkreślenia jest obiektywne istnienie choroby; 2) w szerokim znaczeniu, nadanym przez socjologów medycyny, jest to proces zawłaszczania kolejnych obszarów ludzkiego życia pod jurysdykcję medycyny. Obszary te wcześniej traktowane były jako naturalne, normalne (nieśmiałość, ciąża) lub też znajdowały się pod jurysdykcją innych instytucji (rodzina, prawo).

Niniejszy artykuł dotyczy szerokiego, socjologicznego ujęcia tego procesu. Jego celem jest ukazanie jednego z obszarów poddawanych obecnie medykalizacji, jakim jest ludzkie ciało, a dokładniej – wygląd (*image*). Artykuł ma pokazać, jak rozszerza się współcześnie obszar leczenia, co poddaje się kontroli medycyny i jak przekłada się to na życie prywatne i zawodowe oraz na zmianę w postrzeganiu i rozumieniu kategorii „zdrowie” i „choroba”. Przywołane zostaną podejścia do ciała, wymiary i praktyki medykalizacji w odniesieniu do niego oraz przybliżone zostanie pojęcie *lookismu*¹.

Słowa kluczowe: medykalizacja, zdrowie, wygląd, lookism, medycyna estetyczna.

1. Nowy wymiar zdrowia

Istnieje wiele definicji zdrowia; najczęściej jest ono utożsamiane z brakiem choroby. Klasyczna definicja Światowej Organizacji Zdrowia z 1946 r. (za: Sokółowska 1986) podkreśla jego wielowymiarowy charakter, uwzględniając nie tylko wymiar medyczny, wspomniany wyżej (brak choroby lub kalectwa), lecz także wymiar psychologiczny (dobre samopoczucie) i społeczny (pełnia dobrostanu społecznego). Zatem zdrowie jest nie tylko uwarunkowane biologicznie, lecz także środowiskowo. Inaczej będzie rozumiane przez seniora, bezrobotnego,

* Dr, Zakład Socjologii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź; e-mail: magdalena.wieczorkowska@umed.lodz.pl.

¹ Czyt. „lukizm”.

a inaczej przez menedżera. Współcześnie granice tej kategorii stają się jednak jeszcze bardziej płynne, a samo zdrowie zyskuje walor stopniowości (zdrowy – zdrowszy). Media i eksperci nieustannie namawiają nas do podejmowania działań, które mają uczynić nas zdrowszymi. To, czy tak się stanie, zależy w dużej mierze od czynników socjoekonomicznych – troska o własne zdrowie rośnie wraz z poziomem wykształcenia i statusem materialnym.

Współcześnie oznaką zdrowia są lśniące włosy, promienna cera, brak zmarszczek, szczupła sylwetka, mocne paznokcie. Niedawno amerykańska firma przekonywała kobiety, że krótkie, rzadkie i cienkie rzęsy są objawem choroby i polecała swój preparat, który miał być lekarstwem na hipotrychozę rzęs². Stany i procesy, które do tej pory były czymś naturalnym (zmarszczki, wiotczenie skóry) albo traktowane były jako cecha wrodzona (cienkie włosy) obecnie traktowane są jako coś niepożądanego, niewłaściwego, nienormalnego czy patologicznego. Dlatego współczesne „zdrowie” to kategoria daleko wykraczająca poza prosty brak choroby. Poniższe cytaty³ pochodzące z ogólnodostępnych portali internetowych dobitnie pokazują przeobrażenia definicji zdrowia i jej ekspansję:

*Aby zachować piękne, zdrowe włosy, należy codzienne je pielęgnować we właściwy sposób⁴;
Zdrowa Cera – Aby móc promienieć! Promienna cera to wizytówka każdego dbającego o siebie człowieka⁵;*

Jak przywrócić zdrowy wygląd na wiosnę? Za oknem coraz cieplej, trawa się zieleni, ptaki rozpoczęły koncertowanie. Nadchodzi wiosna! Wszystko budzi się do życia. Ta szczególna aura sprawia, że właśnie teraz chcemy być piękniejsze⁶;

Każda z nas chciałaby wyglądać zdrowo i pięknie. Kiedy dostrzegamy niedoskonałości naszej cery, pobladał skórę czy podkrążone oczy, sięgamy natychmiast po środki zaradcze: odżywki, maseczki, kremy, korektory... Kiedy nasze włosy stają się matowe, przesuszone i nie chcą się układać, kupujemy najlepsze odżywki, szampony, stosujemy najbardziej wymyślne zabiegi pielęgnacyjne⁷.

Zdrowie utożsamiane jest z pięknem, w domyśle zaś brzydota – z chorobą. Konsekwencją takiego myślenia staje się subiektywizacja i relatywizacja zdrowia.

² Hipotrychoza to skąpe, cienkie owłosienie lub jego utrata. Problem dotyczy takich części ciała, jak głowa czy twarz. Hipotrychoza rzęs jest przykładem marketingowego kreowania nieistniejącej choroby. Problem kosmetyczny został przekształcony w zagadnienie medyczne przez koncern Allergan, oferując kobietom lekarstwo – preparat o nazwie Latisse. Z informacji producenta można się dowiedzieć, że preparat jest *prescription treatment*, czyli środkiem terapeutycznym, przepisywanym na receptę, co jednoznacznie wpisuje kosmetyk w ramy medykacji. Więcej na ten temat www.latisse.com.

³ Cytaty zostały wybrane ze stron internetowych, znalezionych za pomocą przeglądarki Chrome, wersja 45.0.2454.93 m, po wpisaniu hasła „zdrowy wygląd”, 3.06.2015.

⁴ <http://www.laroche-posay.pl/artyku%C5%82/5-zasad-u%C5%82atwiaj%C4%85cych-piel%C4%99gno-waniew%C5%82os%C3%B3w-i-zapewniaj%C4%85cych-ich-zdrowy-wygl%C4%85d/a5892.aspx>.

⁵ <http://www.zdrowie-uroda.net.pl/zdrowa-cera.html>.

⁶ http://kobieta.interia.pl/uroda/newsjakprzywrocizdrowywygladnawiosne,Id,596370#utm_source=pas.

⁷ http://www.zdrowieinatura24.pl/zdrowywyglad_1811_0.html.

Pojawiają się indywidualne różnice w postrzeganiu brzydoty i piękna. Wielość obrazów piękna i brzydoty (a tym samym zdrowia i choroby) ma także swój wymiar kulturowy. W kulturze latynoskiej krągłe kobiece kształty są synonimem piękna i zdrowia (kobiety o takich kształtach są preferowane jako kandydatki na żony, gdyż panuje przekonanie, że będą dobrymi matkami, nie tylko w wymiarze psychospołecznym, lecz także w wymiarze biologicznym). W kulturze zachodniej preferuje się kobiety bardzo szczupłe, zaś krągłości są przypisywane objadaniu się, brakowi aktywności fizycznej, lenistwu, jednym słowem – brakowi dbałości o swoje ciało i jednocześnie podlegają ocenom moralnym. Co ciekawe, rzadko zwraca się uwagę, że otyłość może być efektem konkretnej choroby (np. cukrzyca), poza tym samą otyłość uważa się za chorobę.

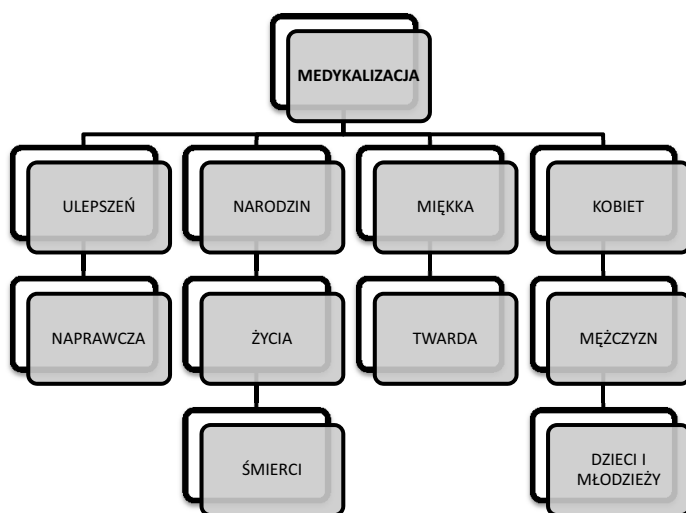
2. Medykalizacja wyglądu

Klasyczna definicja medykalizacji podkreśla ekspansywność medycyny w kolejnych obszarach codziennego życia człowieka i redefiniowanie ich jako patologii, zaburzeń, syndromów czy chorób (Conrad, Schneider 1992). Dokonuje się to poprzez definiowanie określonych stanów czy zachowań w kategoriach medycznych, jako dysfunkcje, choroby, syndromy (poziom interakcyjny), tworzenie kontekstu instytucjonalnego (poziom instytucjonalny), w ramach którego stawia się diagnozę i podejmuje leczenie oraz poprzez bezpośrednie relacje między profesjonalistami medycznymi i pacjentami (poziom interakcyjny), którzy w kontekście instytucjonalnym definiują coś jako chorobę (Macha 2008: 180–181). Definicja sugeruje, że proces medykalizacji wymaga udziału profesjonalistów medycznych w diagnozowaniu i leczeniu (medykalizacja odgórna, *top-down*). Obecnie, mówiąc o ekspansji tego procesu podkreśla się, że wychodzi on poza kontekst czysto medyczny w tym sensie, że pewne stany i zachowania są nazywane chorobami czy zaburzeniami przez aktorów społecznych – laików, osoby nie związane ze światem medycznym, choć prędzej czy później problem musi zetknąć się z kontekstem medycznym (medykalizacja oddolna, *bottom-up*). W ten sposób rozszerza się pula tzw. agentów, sprawców czy pośredników medykalizacji – stają się nimi jednostki, media, ruchy społeczne, przemysł farmaceutyczny (Wieczorkowska 2012).

Czym zatem jest medykalizacja wyglądu, jakie są jej wymiary i jak się ona dokonuje? Medykalizacja wyglądu oznacza stosowanie zabiegów i procedur medycznych w odniesieniu do aspektów i stanów, które do tej pory były traktowane jako naturalne procesy życiowe, to także stosowanie procedur medycznych i leków przez osoby zdrowe w celu ulepszenia siebie i swojego wyglądu⁸. Odwołam się tu do typologii medykalizacji Leźnickiego (2013), nieco ją modyfikując,

⁸ O ekspansji kategorii „choroby” na obszar estetyzacji ludzkiego ciała pisali od lat 90. XX w. różni autorzy, por. m.in. (Featherstone 2008; Paluch 1995).

gdyż w wersji zaproponowanej przez autora zawiera ona pewną nieścisłość⁹. Aby jej uniknąć, proponuję jako pierwszą kategorię podział na medykalizację ulepszeń oraz naprawczą, które nie są obarczone kryterium etapu rozwojowego organizmu (ulepszać można bowiem zarówno ciało dziecka: poprzez wstrzykiwanie botoksu, aby w przyszłości uniknąć zmarszczek, <http://www.dailytelegraph.com.au>, lub podawać leki stymulujące procesy myślowe, jak i ciało dorosłego czy seniora – poprzez profilaktyczne zażywanie leków i suplementów diety. Podobnie w przypadku procedur naprawczych – zabiegi chirurgii plastycznej można stosować zarówno u dziecka poparzonego w wypadku, jak i u seniora po wycięciu nowotworu twarzy). Pozostałe kategorie podziału, przedstawione na ryc. 1. pozostają w brzmieniu zaproponowanym przez Leźnickiego. Medykaliacja wyglądu może mieć zatem zarówno charakter naprawczy (usuwanie blizn), jak i ulepszający (odmładzanie). Będzie dotyczyć



Ryc. 1. Typologia medykaliacji

Źródło: oprac. własne na podst. Leźnicki 2013: 219

⁹ Podział w obrębie dwóch pierwszych kategorii u Leźnickiego w dużym stopniu powiela się, co wynika zapewne z bardzo podobnych kryteriów przyjętych jako podstawa ich utworzenia. Leźnicki proponuje podział na medykalizację wczesną i późną, uwzględniającą odpowiednio ulepszający i naprawczy charakter procesu związany – według autora – z etapami rozwoju organizmu. Drugim rodzajem jest u niego podział na medykalizację narodzin, życia i śmierci, która zawiera się w pierwszej. Leźnicki pisze: „Jako przykład medykaliacji wczesnej posłużyć może np. użycie wzmocnień genetycznych, służących poprawie natury człowieka (konstytucji genetycznej organizmu) wyjściowo zdrowego na inicjacyjnym etapie rozwojowym, celem optymalizacji jego wydajności. W przypadku medykaliacji późnej wskazać można wszelkie działania (bio)medyczne, które służą medycznej korekcji organizmu ludzkiego na dalszym etapie rozwojowym” (Leźnicki 2013: 220). Zatem podstawą wyodrębnienia obu rodzajów medykaliacji (wczesnej/późnej oraz narodzin/życia i śmierci) staje się etap rozwoju.

wydarzeń z przebiegu życia, nie zaś momentów granicznych. Może mieć zarówno charakter miękkiej (procedury niechirurgiczne), jak i twardej (zabiegi chirurgiczne). Dotyczy w największym stopniu ciała kobiecego, choć coraz powszechniej mężczyźni sięgają po ofertę medycyny w tym zakresie, znane są również, uwarunkowane kulturowo, medyczne interwencje poprawiające wygląd dzieci (korekcja uszu).

Wielu autorów (Rie ss man 1983; R i s k a 2003; B l u m, S t r a c u z z i 2004; C o n r a d 2007: 24, 144) zgadza się z tezą, że proces medykalizacji w ostatnich dekadach stał się upłciowiony w tym sensie, że pojawiają się wyspecjalizowane działania i procedury skierowane do mężczyzn (np. Viagra, terapia łysienia) oraz do kobiet (chirurgia plastyczna, czy – obecnie coraz rzadziej stosowana – hormonalna terapia zastępcza).

Jak piszą Merianos, Vidourek i King, powołując się na Sullivana, współcześnie procedury kosmetyczne nie są sposobem praktykowania medycyny naprawczej, nastawionej na poprawę zdrowia i dobrostanu (choć oczywiście w takich celach – naprawczych, korekcyjnych – jest ona wykorzystywana), gdyż ulepszają jedynie wygląd jednostek (S u l l i v a n 1993, za: M e r i a n o s i i n. 2013: 2). Sięganie po zabiegi i procedury może być wpisane w kontekst medycyny ulepszeń (*enhancements*). Jednostki, które z tej oferty korzystają, mogą próbować „naprawić” problemy natury niemedycznej.

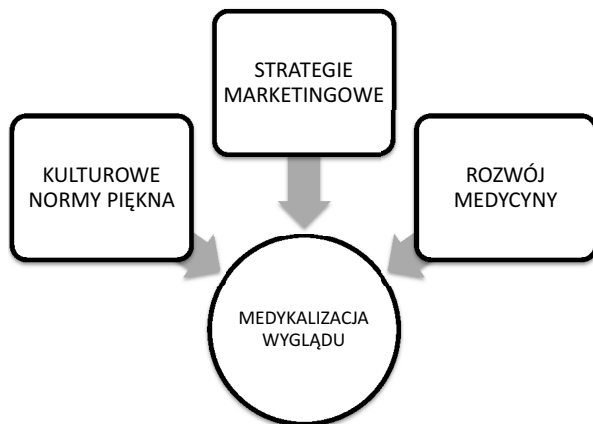
Lansowanie wzorców piękna i wartości im przypisywanych (powodzenie, bogactwo, sława, sukces) powoduje, że wiele osób, głównie kobiet, próbuje im sprostać. Strategie marketingowe sugerują, że pewne zjawiska i stany, do tej pory traktowane jako naturalne elementy życia i rozwoju człowieka, są czymś niepożądanym i patologicznym – ból głowy nie pozwala być wydajnym w pracy, zmarszczki odbierają pewność siebie i czynią kobietę nieatrakcyjną włosy pozbawione blasku są przejawem choroby. W ten sposób dokonuje się medykalizacja tych aspektów, gdyż w świadomości potocznej zaczynają one funkcjonować jako objawy stanu chorobowego, który jest niekorzystny i niepożądany z biologicznego punktu widzenia, a także – co chyba ważniejsze – z perspektywy zawodowej, towarzyskiej czy seksualnej. Kult młodości sprawia, że starzenie się organizmu napawa lękiem przed izolacją społeczną i społecznym ostracyzmem, zmuszając do sięgania po preparaty i procedury odmładzające.

Medykalizacja wyglądu związana jest z oddziaływaniem wzajemnie stymulujących się mechanizmów, które graficznie przedstawiono na ryc. 2. Są to:

- kulturowe normy piękna, kreowane i popularyzowane przez agentów społeczeństwa konsumpcyjnego (głównie media), które wpisują się w poziom konceptualny medykalizacji, gdyż można je potraktować jako definicję piękna, zdrowego wyglądu, zdrowia i choroby;

- strategie marketingowe, rynkowe (oddziałujące poprzez te same kanały, co lansowany ideał piękna), oferujące rozwiązania, dzięki którym można osiągnąć wymarzony wygląd; transmitują elementy poziomu konceptualnego (definicje), zatem zawierają się w poziomie interakcyjnym, jednocześnie prowadzą do autodefinicji i autoidentyfikacji u odbiorców, zatem oddziałują na poziom konceptualny;

– działania w obrębie medycyny, która kreuje swoją ofertę, opierając się na mechanizmach rynkowych; medycyna estetyczna nazywana jest medycyną spełniania pragnień, zaspokaja zarówno potrzeby medyczne, jak i pozamedyczne – ten mechanizm należy do poziomu instytucjonalnego, dotyczy bowiem kontekstu, w ramach którego dojdzie do zdefiniowania problemu na drodze interakcji pacjenta/pacjentki i lekarza.



Ryc. 2. Mechanizmy stymulujące medykalizację wyglądu

Źródło: oprac. własne

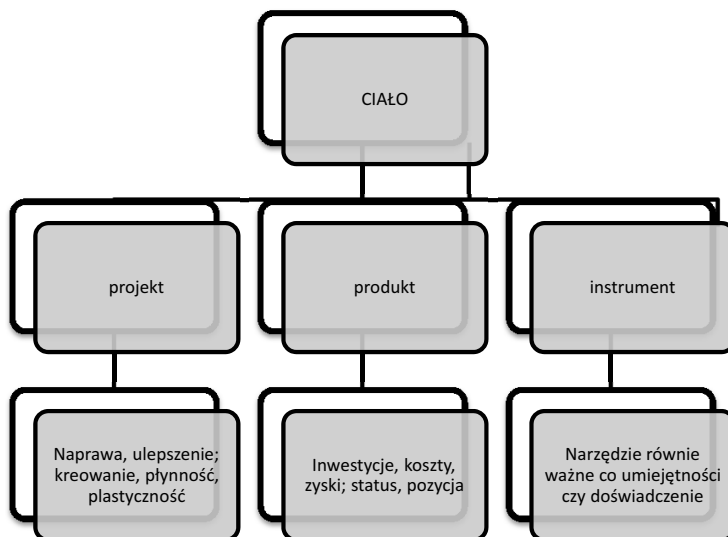
W odniesieniu do ciała, zabiegi kosmetyczne (chirurgiczne i niechirurgiczne) mogą być traktowane jako społeczno-kulturowy przejaw medykacji kobiecego piękna, a procedury same w sobie stają się normalnym sposobem, zarówno do osiągnięcia perfekcjonizmu, jak i do uzyskania terapii (Pitts - Taylor 2007, za: Merianos i in. 2013: 2). Badania, na które powołują się cytowane autorki wskazują, że kobiety postrzegają swoje ciała nie bezpośrednio, lecz za pośrednictwem wpływów społecznych (media, eksperci, otoczenie), które każą im patrzeć na nie przez pryzmat terminologii medycznej (odwołującej się do aspektów estetycznych i genetycznych), zmuszając je do poszukiwania rozwiązań w gabinetach specjalistów medycznych (Gagne, McGaughey 2002; Gillespie 1996; Gimlin 2000, za: Merianos i in. 2013: 2).

Dla wielu kobiet poprawa wyglądu wiąże się nie tylko z poprawą oceny własnego ciała, lecz także z polepszeniem kondycji psychicznej. Pojawiają się tu zatem echa koncepcji holistycznej, traktującej ciało i umysł jako jedność. Odzyskując kontrolę nad swoim ciałem i wyglądem, kobieta odzyskuje też pewność siebie i poczucie własnej wartości. Procedury medycyny estetycznej pełnią zatem funkcję medyczną i terapeutyczną. Funkcja terapeutyczna oznacza, że procedury chirurgiczne są przedstawiane jako poprawiające zdrowie psychiczne. Według przywoływanych przez autorki badań, kobiety, które poddały się zabiegom

chirurgii plastycznej deklarowały, że odzyskały łączność między duszą a ciałem oraz kontrolę nad ciałem (Merianos i in. 2013: 3). Featherstone idzie krok dalej pisząc, że wzrasta także prestiż społeczny, osoba zadbana, piękna jest lepiej oceniana przez otoczenie: „W ramach tej logiki sprawność i szczupłość łączą się nie tylko z energią, zapalem i witalnością, ale z wartością samej osoby, podobnie jak uroda ciała jest brana za sygnał rozważności i przezorności w sprawach zdrowia” (Featherstone 2008: 114). Podkreśla on także rynkowy charakter ciała i wyglądu: „Nagrodą za pracę nad cielesną ascezą nie jest już zbawienie duchowe, czy choćby lepsze zdrowie, ale poprawa wyglądu i bardziej rynkowe «ja»” (Featherstone 2008: 109), o czym traktują kolejne akapity.

3. Ciało w kulturze konsumpcji

Współcześnie ciało nie jest postrzegane w kategoriach deterministycznych jako coś danego raz na zawsze i podlegającego jedynie nieuniknionym zmianom związanym z procesem rozwoju i starzenia się organizmu. Współcześnie ciało staje się elastyczne, płynne, modyfikowalne. Jest materiałem, który jednostka może kształtować według własnych potrzeb i upodobań. Rola pierwszego wrażenia, decydująca często o ważnych etapach naszego życia (zdobycie pracy, partnera) opiera się na wyglądzie zewnętrznym. Obecnie ciało może być postrzegane i traktowane trojako, co zaprezentowano na ryc. 3.

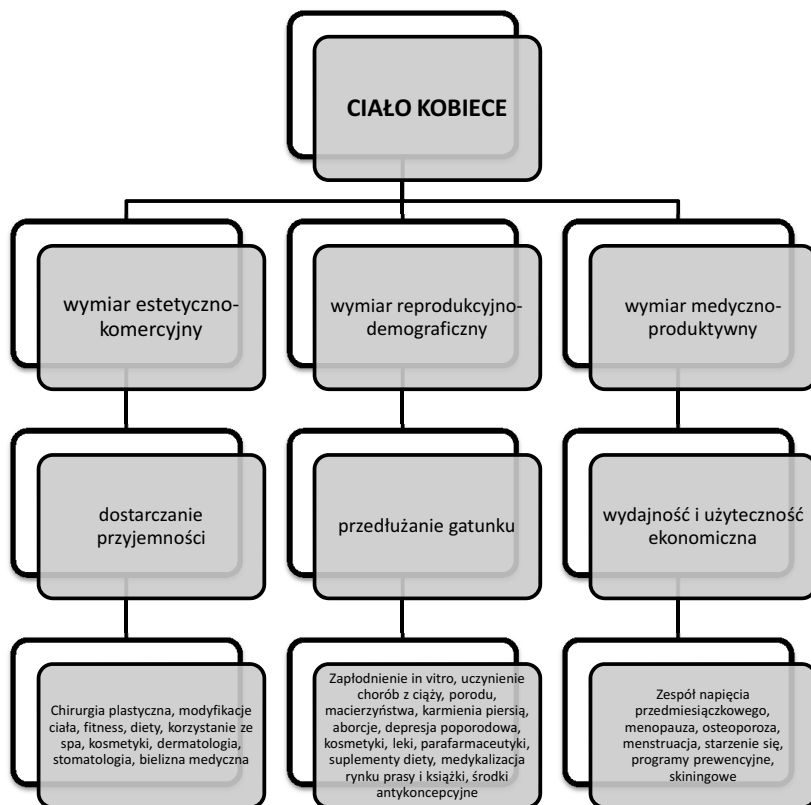


Ryc. 3. Sposoby postrzegania i traktowania ciała

Źródło: oprac. własne na podst. Bauman 2007, Buczkowski 2005, Featherstone 2008, Shilling 2010, Turner 2008

Ciało jako projekt jest pewnym zamysłem, realizowanym systematycznie i na podstawie pewnego planu. W tym wymiarze najbardziej widać jego plastyczność i płynność. Ciało staje się kreacją, może być ulepszane lub naprawiane. **Ciało jako produkt** stanowi zwieńczenie poprzednich działań. Termin „produkt” odsyła nas do wymiaru rynkowego, w ramach którego rozpatrujemy rachunek zysków i strat, związanych z projektowaniem ciała. Realizacja projektu wymaga kosztów (materialnych, psychologicznych, czasu, straconych okazji), ale w przekonaniu jednostki zysk, jaki otrzyma z nawiązką wynagrodzi poniesione koszty. Ciało jest tu traktowane jako inwestycja, która ma generować zysk. To prowadzi do trzeciego ujęcia – **ciała jako instrumentu**, który jest wykorzystywany do realizacji określonych zamierzeń – zdobycia pracy, pieniędzy czy partnera.

Kobiece ciało, z racji swych uwarunkowań biologicznych, zajmuje szczególne miejsce w społeczeństwie i dlatego stało się przedmiotem wielu zabiegów



Ryc. 4. Wymiary medykalizacji kobiecego ciała

Źródło: oprac. własne na podst.: Buczkowski 2005; Bauman 1995: 73–102, Featherstone 2008: 109–117, Shilling 2010, Nettleton 2007, Foucault 1993, 2010, 2012

i procedur medycznych. W związku z funkcjami kobiecego ciała można je charakteryzować w trzech wymiarach (ryc. 4).

Kulturowy ideał piękna ciała towarzyszy ludzkości od tysięcy lat, choć na przestrzeni dziejów ulegał wielu przeobrażeniom. Ciało było dostarczycielem bodźców estetycznych i przyjemności. Początkowo dostarczanie bodźców estetycznych było celem samym w sobie, by później stać się instrumentem realizacji innych celów, które można ogólnie nazwać komercyjnymi (zarabianie ciałem poprzez prostytutkę, pozowanie do aktów, udział w teatrach osobliwości, lansowanie się w mediach, „bycie twarzą” określonych marek, czy zdobywanie dobrze płatnej pracy). Praktykami medykalizacji będą tu zabiegi chirurgii plastycznej, procedury kosmetyczne, dermatologiczne czy używanie bielizny medycznej. Omawiany wymiar, **estetyczno-komercyjny**, odnosi się do ciała kobiecego, choć możliwe jest jego odniesienie do ciała męskiego. Drugi wymiar – **reprodukcyjno-demograficzny** – odnosi się już tylko do ciała kobiecego i jest związany z uwarunkowaniami biologicznymi. Główną funkcję stanowi tu przedłużanie ludzkiego gatunku, a ciało jest tu traktowane instrumentalnie. Na kobiecie spoczywa odpowiedzialność za wydanie na świat potomstwa i jego wykarmienie. W tej perspektywie jej ciało może być kontrolowane przez instytucje oraz ich przedstawicieli. Medykalizacja obejmuje takie wydarzenia, jak ciąża, poród, zapłodnienie. Rozwija się przemysł kosmetyczny i farmaceutyczny, które dodatkowo czynią ciążę wydarzeniem medycznym, stanem zagrożenia (dla matki i dziecka). Kobietom radzi się, jak dbać o brzuch, sutki, cały organizm za pośrednictwem specjalistycznych publikacji. Ostatni wymiar również traktuje ciało w sposób instrumentalny, jednak tu celem jest efektywność i użyteczność w znaczeniu ekonomicznym, a nie demograficznym. Mowa tu o **wymiarze medyczno-produktywnym**. Tu ciało jest dodatkowo kontrolowane przez państwo i agendy rządowe (obok kontroli medycznej pojawia się polityczna lub – by użyć terminu Foucaulta – biopolityczna). Praktykami medykalizacji w odniesieniu do kobiecego ciała. Będą tu np. programy profilaktyczne, skriningowe (program profilaktyki raka piersi czy raka macicy, poddanie medycznej kontroli miesiączkowania czy menopauzy). Oczywiście w przypadku tego wymiaru nie należy zapominać o praktykach przedłużania młodości, które także mają swój wymiar ekonomiczny (utrzymanie się na rynku pracy, lepsze zarobki).

4. *Lookism*

Rola pierwszego wrażenia, wspomniana już wyżej, jest znana nie od dziś. Nic więc dziwnego, że aby podnieść swoją wartość rynkową, ludzie inwestują w swój wygląd, poczynając od ciała. Zadbana cera, brak zmarszczek czy siwych włosów wskazują na młodość i witalność, są synonimem zdrowia, podobnie jak opaleniźna czy smukła sylwetka. Warto w tym miejscu przywołać pojęcie *lookismu*¹⁰,

¹⁰ Podejmuje się niezbyt udane próby wprowadzenia odpowiednika tego angielskiego terminu do języka polskiego w formie „wyglądizm”.

który oznacza dyskryminację lub przesady oparte na wyglądzie zewnętrznym osoby. Tendencyjnie przypisuje się osobom ładnym cechy pozytywne, takie jak: uczciwość, systematyczność, rzetelność, obowiązkowość, zaś osobom, które są brzydkie – cechy przeciwne. Amerykańskie badania pokazały, że ma to swoje odzwierciedlenie w zatrudnianiu osób oraz przekłada się na ich zarobki. Termin po raz pierwszy został użyty w 1978 r. przez przedstawicieli ruchu na rzecz akceptacji otyłości w artykule Williama Safire’a w „The Washington Post” (Tietje, Cresap 2005). W 2010 r. ukazała się książka prawniczki Deborah Rhode zatytułowana *The Beauty Bias*, w której przedstawiono skalę i charakter zjawiska dyskryminacji ze względu na wygląd. Najpopularniejszym przejawem uprzedzeń związanych z wyglądem są te dotyczące nadwagi i otyłości – według autorki aż 60% amerykańskich kobiet i 40% mężczyzn zgłaszało praktyki dyskryminacji przy zatrudnianiu ze względu na nadwagę¹¹.

Autorzy *Employment Discrimination Report 2014* powołują się na badania Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgów Plastycznych, według których 13% kobiet w wieku 18–64 lata, czyli w tzw. wieku produkcyjnym, rozważyłoby skorzystanie z procedury medycyny estetycznej, aby stać się bardziej pewnymi siebie i bardziej konkurencyjnymi na rynku pracy, 3% kobiet przyznało się, że już to zrobiło, by poprawić swoją wartość w miejscu pracy, zaś większość, bo aż 73% jest przekonana, że w dzisiejszych czasach pełnych ekonomicznych wyzwań wygląd i młodość odgrywają rolę na rynku pracy, w jej uzyskaniu, zdobyciu awansu czy pozyskaniu klientów. Dodatkowo, 80% badanych kobiet uważa, że operacje plastyczne i zabiegi kosmetyczne mogą podnieść pewność siebie u jednostki¹².

Pojawia się zatem rodzaj sprzężenia zwrotnego – *lookism* w pracy, będący wynikiem wizerunku lansowanego w mediach (pozostającego pod wpływem zmodyfikowanych przez medycynę estetyczną ciał i wizerunków wzorcowych, np. celebrytów), staje się przyczyną sięgania po ofertę medycyny estetycznej.

5. Medykalizacja wyglądu w liczbach

Najbardziej widocznym przejawem albo praktyką medykalizacji wyglądu jest sięganie po ofertę chirurgii plastycznej oraz dermatologii i kosmetologii. Według danych Międzynarodowego Towarzystwa Estetycznej Chirurgii Plastycznej (International Society of Aesthetic Plastic Surgery ISAPS), zebranych w *Międzynarodowym sondażu na temat procedur estetycznych/kosmetycznych wykonanych w 2010 roku*, krajami, w których wykonuje się najwięcej zabiegów są Brazylia, Stany Zjednoczone, Chiny, Meksyk, Japonia i Indie (tab. 1.).

¹¹ Dokument elektroniczny, <http://employmentdiscrimination.foxrothschild.com/2014/03/articles/employee-hiring/lookism-and-beauty-bias-an-update> (5.05.2015).

¹² *Ibidem*.

Tabela 1. Kraje, gdzie wykonuje się najwięcej zabiegów (liczba zabiegów w tysiącach)

Lipoplastyka	Powiększenie biustu	Plastyka oczu	Plastyka nosa	Plastyka brzucha
Brazylia 436 887	USA 336 648	Brazylia 155 543	Brazylia 106 609	USA 154 265
USA 402 259	Brazylia 254 214	USA 127 937	USA 75 521	Brazylia 125 600
Chiny 134 720	Meksyk 85 099	Chiny 73 480	Chiny 125 700	Meksyk 39 756
Indie 130 480	Włochy 75 225	Japonia 66 172	Indie 113 040	Indie 33 660
Japonia 118 612	Chiny 55 400	Włochy 63 330	Japonia 112 497	Chiny 33 480

Źródło: <http://www.isaps.org/>.

Największą popularnością na świecie cieszyły się w 2011 r. zabiegi lipoplastyki (odsysanie tłuszczu wraz z plastyką powłok brzusznych), powiększanie biustu, plastyka powiek, nosa i brzucha (tab. 2.).

Tabela 2. Najpopularniejsze zabiegi chirurgiczne na świecie w 2011 r. (liczba zabiegów w tysiącach)

Nazwa zabiegu	Liczba zabiegów
1	2
Lipoplastyka	2 174 803
Powiększenie biustu	1 506 475
Plastyka powiek	1 085 153
Plastyka nosa	985 325
Plastyka brzucha	681 344
Pomniejszenie biustu (kobiety)	549 994
Podniesienie biustu	543 848
Face lifting	421 029
Plastyka uszu	242 271
Pomniejszanie biustu (mężczyźni)	235 947
Chirurgiczne powiększanie ust	221 703

Tabela 2 cd.

1	2
Plastyka czoła	135 242
Powiększenie pośladków	119 007
Powiększenie podbródka	108 178
Lifting ramion	94 026

Źródło: jak w tab. 1.

W tab. 3. uwidoczniło najpopularniejsze zabiegi niechirurgiczne, stosowane w 2011 r. Z przedstawionych danych wynika, że najczęściej decydowano się na wstrzyknięcie botoksu, kwasu hialuronowego, autologiczny przeszczep tkanki tłuszczowej¹³, zabiegi laserowe (w tym laserowa depilacja) oraz mikrodermabrazję¹⁴.

Tabela 3. Najpopularniejsze zabiegi niechirurgiczne na świecie w 2011 r.
(liczba zabiegów w tysiącach)

Nazwa zabiegu	Liczba zabiegów
Wstrzyknięcie botoksu	3 072 372
Zastryki z kwasu hialuronowego	2 045 899
Autologiczny przeszczep tkanki tłuszczowej	836 864
Laserowa depilacja	796 192
Zabieg laserem IPL	583 536
Mikrodermabrazja	394 148
Peeling chemiczny	305 585
Nieinwazyjne wyszczuplanie	285 074
Laserowe wygładzanie skóry	189 657
Zastryk z wypełniacza na bazie wapnia	180 769
Laserowa liposukcja	176 800
Dermabrazja	109 198
Skleroterapia (likwidacja żyłaków)	99 220
Powiększanie penisa	20 121

Źródło: jak w tab. 1.

¹³ Jest to przeszczep od tego samego dawcy, np. pobiera się tkankę tłuszczową z uda i wstrzykuje się ją w policzek.

¹⁴ Jest to zabieg mechanicznego ścierania naskórka za pomocą mikrokryształków.

W Stanach Zjednoczonych najpopularniejszymi zabiegami dla kobiet w 2011 r. były: powiększanie piersi, lipoplastyka, plastyka brzucha, oczu oraz podniesienie biustu. Mężczyźni najczęściej korzystali z lipoplastyki, plastyki nosa, oczu, zmniejszenia biustu oraz liftingu twarzy (American Society for Aesthetic Plastic Surgery – ASAPS) (<http://www.surge-ry.org>, 5.05.2015).

Warto przeanalizować, w jakim wieku amerykańskie kobiety sięgają po najpopularniejszy zabieg i jakie są tego przyczyny. Najliczniejszą, 49% grupę stanowią kobiety młode w wieku 19–34 lata, drugą tworzą kobiety w wieku 35–50 lat (40%), a trzecią – w wieku 51–64 lata (9%). Zaskakujące może być to, że 1,5% osób poniżej 18 roku życia także decyduje się na ten zabieg. Ostatnią kategorię stanowią najstarsze Amerykanki, powyżej 65. roku życia (ASAPS 2011). Wśród Amerykanek powyżej 18. roku życia najczęstszym powodem wykonania zabiegu jest czysta kosmetyka (bez medycznych wskazań, jak np. asymetria czy genetyczny niedorozwój piersi) – deklaruje go aż 44% pań, które wykonały zabieg (ASAPS 2011).

W perspektywie 15 lat znacząco wzrosła liczba zabiegów lipoplastyki, powiększania biustu, plastyki powiek, brzucha i podnoszenia biustu (tab. 4.).

Tabela 4. Porównanie chirurgicznych i niechirurgicznych procedur w latach 1997–2011 (liczba zabiegów w tysiącach)

Rodzaj procedury	1997	2011
Lipoplastyka	176,863	325,332
Powiększanie biustu	101,176	316,848
Plastyka powiek	159,232	147,540
Plastyka brzucha	34,002	149,410
Podniesienie piersi	19,882	127,054

Źródło: jak w tab. 1.

6. Zakończenie – konsekwencje medykalizacji wyglądu

Przedstawiony zarys zagadnienia jest oczywiście niepełny, dogłębna analiza wymagałaby sięgnięcia po inne dane, nie tylko z zakresu procedur chirurgicznych i niechirurgicznych, lecz także tych, dotyczących innych praktyk medykalizacji wyglądu, przedstawionych na ryc. 4. Pozwala jednak na wyciągnięcie szeregu wniosków ukazujących najbardziej istotne konsekwencje tego zjawiska.

Po pierwsze, zmienia się postrzeganie własnego ciała. Staje się ono projektem, materiałem, który można w miarę potrzeb przerabiać, modyfikować. Traci ono w ten sposób swoją stałość, stając się płynne i niepewne. Niepewność popycha ludzi w stronę kolejnych reżimów, procedur i zabiegów „na wszelki wypadek”, gdyby to, co dotychczas osiągnięto było jednak niewystarczające. Nieustannie przeglądamy się w oczach innych, poszukując tam informacji na temat tego, czy wyglądamy dobrze, zdrowo.

Po drugie, powraca model ciała-maszyny, które należy nieustannie serwisować, poddawać przeglądom medycznym, poprawiać i ulepszać. To z kolei wiąże się z kolejną, trzecią kwestią – indywidualną odpowiedzialnością za zdrowie i zdrowy wygląd. To od jednostki zależy stan jej zdrowia, wszystkie mechanizmy perswazyjne sugerują, że jej zadaniem jest pielęgnowane, trenowanie, ulepszanie wyglądu, by sprostać normom kulturowego piękna, ukazywanego za pośrednictwem agentów medykalizacji.

Treść strategii perswazyjnych nie pozostawia miejsca na brak witalności, bladłość cery, łamliwość paznokci, niedyspozycje spowodowane bólem czy zmarszczki. Pojawia się kulturowy przymus bycia pięknym, co jest kolejną, czwartą już, konsekwencją (por. Merianos i in. 2013). Jednostka jest poddawana ocenom moralnym w kategoriach zdrowe = dobre, chore = złe.

W związku z indywidualną odpowiedzialnością za zdrowie, choroba jest postrzegana jako coś, co pojawia się na „własne życzenie”, wpisując się w ten sposób w model metafizyczno-obwiniający choroby. Brzydki wygląd jest zaniedbaniem, którego jednostka dopuściła się wobec siebie i który podlega ocenie społecznej. Człowiek sam jest sobie winien, że jest otyły, ma tłustą cerę czy odrosty na głowie. Taka osoba jest zła, gdyż dopuściła się tych „zbrodni” na własnym ciele.

Warto zwrócić także uwagę na konsekwencje medykalizacji wyglądu dla tożsamości jednostki, wraz z zmianą ciała zmienia się bowiem „ja”. Turnerowska¹⁵ „koncepcja siebie” i „obraz siebie” wymagałyby doprecyzowania, jeśli nie redefinicji, ze względu na przemiany tożsamości pod wpływem modyfikacji własnego wizerunku i manipulacji nim.

Kolejną konsekwencją jest pewien paradoks współwystępowania ascezy i hedonizmu – ciało ma być fabryką przyjemności, ale aby osiągnąć ten stan, musi zostać poddane wielu wyrzeczeniom i cierpieniom.

Na koniec warto także wspomnieć o konsekwencjach medykalizacji wyglądu w obszarze medycyny i ochrony zdrowia. W ślad za ofertą chirurgii plastycznej pojawiła się tzw. turystyka medyczna do krajów i miejsc, gdzie wykonuje się określone zabiegi lub też tam, gdzie są one tańsze¹⁶. Niestety, cena często nie idzie w parze z jakością świadczonych usług i tu pojawia się kolejna konsekwencja – rosną koszty

¹⁵ Chodzi o koncepcję Ralpa H. Turnera.

¹⁶ Plastyczna turystyka medyczna jest elementem szerszego fenomenu, jakim jest podróżowanie w celach leczniczych.

leczenia powikłań i nieudanych zabiegów, które zazwyczaj obciążają budżet rodzimego państwa, a nie kraju goszczącego turystę-pacjenta. Ważnym efektem popularyzacji zabiegów estetycznych jest uzależnienie od nich, które generuje kolejne problemy, zarówno w aspekcie jednostkowym (osoba uzależniona traci kontrolę nad liczbą procedur, naraża swoje zdrowie i życie), jak i społecznym (dla osób uzależnionych potrzebna jest szczególna forma terapii, co stanowi wyzwanie dla instytucji ochrony zdrowia, psychiatrów i psychoterapeutów). Ostatnia kwestia dotyczy redefinicji zdrowia i choroby oraz ekspansji tej ostatniej kategorii na obszar ciała. To, co jeszcze niedawno było przejawem dbałości o zdrowie (np. stosowanie kremów przeciwzmarszczkowych), coraz częściej postrzegane jest jako walka z chorobą.

Bibliografia

- Bauman Z. (2007), *Płynna nowoczesność*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
- Blum L. M., Stracuzzi N. F. (2004), *Gender in the Prozac Nation: Popular Discourse and Productive Femininity*, "Gender and Society", Vol. 18, No. 3, s. 269–286.
- Buczkowski A. (2005), *Spoleczne tworzenie ciała. Pleć kulturowa i pleć biologiczna*, Universitas, Kraków.
- Conrad P. (2007), *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, The Johns Hopkins University Press, Baltimore, Maryland.
- Conrad P., Schneider J. W. (1992), *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Temple University Press, Philadelphia.
- Enslar E. (2007), *Dobre ciało*, Wydawnictwo WAB, Warszawa.
- Featherstone M. (2008), *Ciało w kulturze konsumpcyjnej*, [w:] M. Szpakowska (red.), *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 109–117.
- Featherstone M., Hepworth M., Turner B. S. (1991), *The Body: Social Process and Cultural Theory*, Sage Publications, New York.
- Gagne P., McGaughney D. (2002), *Designing women: Cultural hegemony and the exercise of power among women who have undergone elective mammoplasty*, "Gender & Society", Vol. 16, No. 6, s. 814–838, [za:] A. L. Merianos, R. A. Vidourek, K. A. King, *Medicalization of Female Beauty: A Content Analysis of Cosmetic Procedures*, "The Qualitative Report" 2013, Vol. 18, Art. 91, s. 1–14.
- Gillespie R. (1996), *Women, the body and brand extension in medicine: Cosmetic surgery and the paradox of choice*, "Women & Health", Vol. 24, No. 4, s. 69–84, [za:] A. L. Merianos, R. A. Vidourek, K. A. King, *Medicalization of Female Beauty: A Content Analysis of Cosmetic Procedures*, "The Qualitative Report" 2013, Vol. 18, Art. 91, s. 1–14.
- Gimlin D. (2000), *Cosmetic surgery: Beauty as a commodity*, "Qualitative Sociology", Vol. 23, No. 1, s. 77–98, [za:] A. L. Merianos, R. A. Vidourek, K. A. King, *Medicalization of Female Beauty: A Content Analysis of Cosmetic Procedures*, "The Qualitative Report" 2013, Vol. 18, Art. 91, s. 1–14.
- Leźnicki M. (2013), *Medykalizacja kobiecego ciała na przykładzie operacji plastycznych*, „Scientia et Fides”, Vol. 1, No. 1, s. 213–230.
- Matcha D. A. (2000), *Medical Sociology*, Allyn & Bacon, Massachusetts, s. 180–181.
- Merianos A. L., Vidourek R. A., King K. A. (2013), *Medicalization of Female Beauty: A Content Analysis of Cosmetic Procedures*, "The Qualitative Report", Vol. 18, Art. 91, s. 1–14.

- Paluch A. (1995), *Etnograficzny atlas ciała ludzkiego i chorób*, Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław.
- Pitts-Taylor V. (2007), *Surgery junkies*, Rutgers University Press, New Brunswick, NJ, [za:] A. L. Merianos, R. A. Vidourek, K. A. King, *Medicalization of Female Beauty: A Content Analysis of Cosmetic Procedures*, "The Qualitative Report" 2013, Vol. 18, Art. 91, s. 1–14.
- Rhode D. L. (2010), *The Beauty Bias: The Injustice of Appearance in Life and Law*, Oxford University Press.
- Riessman C. K. (1983), *Women and Medicalization: A New Perspective*, "Social Policy", Vol. 14 (Summer), s. 3–18.
- Riska E. (2003), *Gendering the Medicalization Thesis*, "Advances in Gender Research", No. 7, s. 61–89.
- Shilling Ch. (2010), *Socjologia ciała*, PWN, Warszawa.
- Sokołowska M. (1986), *Socjologia medycyny*, PWN, Warszawa.
- Sullivan D. (1993), *Cosmetic surgery: Market dynamics and medicalization*, "Research in Sociology of Health Care", Vol. 10, s. 97–115, [za:] A. L. Merianos, R. A. Vidourek, K. A. King, *Medicalization of Female Beauty: A Content Analysis of Cosmetic Procedures*, "The Qualitative Report" 2013, Vol. 18, Art. 91, s. 1–14.
- Tietje L., Cresap S. (2005), *Is lookism unjust?: The ethics of aesthetics and public policy implications*, "Journal of Libertarian Studies", Vol. 19, No. 2, s. 31–50.
- Turner B. S. (2008), *The Body and Society. Explorations in Social Theory*, Sage Publications, New York.
- Wieczorkowska M. (2012), *Medykalizacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej*, „Przełęcz Socjologiczny”, T. 61, nr 2, s. 31–56.
- Wolf N. (2014), *Mit urody*, Wydawnictwo Czarna Owca, Warszawa.

Netografia

- American beauty pageant mother defends giving 8-year-old daughter Botox and 'Virgin Waxes'*, "The Daily Telegraph", May 13, 2011, <http://www.dailytelegraph.com.au/american-beauty-pageant-mother-defends-giving-8-year-old-daughter-botox-and-virgin-waxes/story-e6freuy9-1226055262894> (25.05.2015).
- ISAPS International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2011*, <http://www.isaps.org/> (25.05.2015).
- "Lookism" and Beauty Bias in the Workplace*, <http://employmentdiscrimination.foxrothschild.com/2014/03/articles/employee-hiring/lookism-and-beauty-bias-an-update/> (25.05.2015).

Magdalena Wieczorkowska

THE MEDICALIZATION OF IMAGE – NEW DIMENSION OF THE HEALTHY BODY

Summary. Process of medicalization is inevitably connected with a human body. Nowadays it becomes more and more expanding appropriating subsequent areas of everyday life. Medicalization relates to two categories of events: 1) in a narrow medical meaning it relates to changes within one's life in the process of an illness (hospitalization, taking medications, rehabilitation). It is important to

underline the objectivity of an illness; 2) in a broad sense, given by medical sociologists, it is a process of appropriation of the subsequent areas of everyday life under the control of medicine. Those areas were previously treated as natural, normal (shyness, pregnancy) or they were under the power of other institutions (law, family).

The article related to the second meaning. Its aim is to depict one of the areas subject to the medicalization which is human body, and – to be more precise – external appearance (image). The article is to show how the area of medical treatment broadens, what is being subjected to medical control and what are the consequences in private as well as professional life, how definitions of health and illness are being changed. Approaches to the body, dimensions and practices of medicalization will be recalled as well as the concept of lookism will be considered.

Keywords: medicalization, health, image (appearance), lookism, aesthetic medicine.