

Magdalena Wieczorkowska*

MEDYKALIZACJA MĘSKIEGO CIAŁA

Abstrakt. Ciało męskie podlega procesom medykalizacji, podobnie jak ciało kobiece. Choć dynamika tych procesów jest nieco inna, a historia medykalizacji męskich ciał krótsza niż w odniesieniu do ciała kobiecego, istnieje bogata literatura i szereg dowodów **ekspansji** tych procesów w obszarze męskiej cielesności, co ma swoje konsekwencje dla postrzegania własnego ciała przez samych zainteresowanych, a także przez żeńską część społeczeństwa. W kolejnych częściach artykułu przybliżona zostanie historia medykalizacji męskiego ciała, samo pojęcie medykalizacji i najważniejsze aspekty tego procesu. Pokazaniu charakteru umedycznienia **męskości służą przykłady** medykalizacji męskiego ciała: andropauza, dysfunkcja erekcji, łysienie, operacje plastyczne, obrzezanie oraz hipercholesterolemia.

Słowa kluczowe: medykalizacja, ciało męskie, andropauza, dysfunkcja erekcji, łysienie.

1. Wstęp – ciało męskie w historii i teorii

Medykalizacja codzienności dotyczy zachowań, stanów oraz ludzkiego ciała, które jest podmiotem działania, wytwórcą i odbiorcą doświadczeń, a także – poprzez procesy umedyczniania – staje się przedmiotem oddziaływań medycyny i jej przedstawicieli. W literaturze poświęconej problematyce medykalizacji podkreśla się, że na przełomie XX i XXI w. procesy te stały się upłciowione (*gendered*), pojawiła się specjalizacja procedur i działań ze względu na płeć (R i e s s m a n 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). Leźnicki, w swej typologii, pisze o medykalizacji kobiet, mężczyzn i dzieci (L e ź n i c k i 2013: 219). Ta specjalizacja rozpoczęła się jednak kilka stuleci wcześniej. Dopóki dominował jednopłciowy model ludzkiego ciała, różnica między kobietą i mężczyzną była jedynie kwestią „stopnia”. Galen opierał tę różnicę na ilości substancji, zwanych „siłami witalnymi” (*vital heat*). Laqueur powołując się na Galena pisał, że kobiety były postrzegane jako gorsza wersja mężczyzn, gdyż panowało przekonanie, że ich narządy płciowe są odwróconą wersją męskich genitaliów

* Dr, Zakład Socjologii, Katedra Nauk Humanistycznych, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Lindleya 6, 90-131 Łódź; e-mail: magdalena.wieczorkowska@umed.lodz.pl

(Laqueur 1999: 26). W XVIII w. pojawił się dwupłciowy model ciała i jednoczesna opozycja między atrybutami należącymi do porządku naturalnego, przypisywanymi kobietom (menstruacja, rodzenie dzieci) oraz należącymi do porządku kultury przypisywanymi mężczyznom (żywiciel rodziny, osoba decyzyjna). Mary Gergen pisze, że kobiety widzą swe ciała jako uwewnętrznione, potencjalnie zanieczyszczone i będące tajemnicą, zaś mężczyźni postrzegają swoje ciała jako uzewnętrznione. Szczególnie istotna jest tu kwestia seksualności – męskie genitalia są na zewnątrz, stąd stają się dla mężczyzn wyznacznikiem ich tożsamości i sytuują ich w sferze społecznej. Kobięce genitalia są zaś ukryte, co sytuuje je w sferze zamkniętej, domowej (Gergen 2001: 73–79).

„Odkrycie” dwupłciowości, które zbiegło się z dynamicznym postępem w medycynie spowodowało, że ciało kobiece spod męskiej dominacji trafiło pod medyczną jurysdykcję (za którą stali profesjonalści płci męskiej), stając się przedmiotem studiów medycznych i obiektem poddawanych coraz silniejszej medykacji. Męskie ciało odsunięte było nieco w cień i medycyna zajmowała się nim rzadko, zazwyczaj w odniesieniu do sfery seksualności, patologizując jedynie „nadmiar” czegoś – np. popędu. Alan Petersen, nieobecność męskiego ciała w procesach medykacji tłumaczy także tym, iż „męskie ciała zostały skonstruowane poprzez naukowe i kulturowe praktyki jako „naturalnie” inne od ciał kobiecych a ciała białych, heteroseksualnych Europejczyków z klasy średniej stały się standardem do mierzenia i oceny innych ciał” (Petersen 1998: 41, cyt. za: Conrad 2007: 24). Riessman z kolei argumentuje większą podatność kobiet na procesy medykacji tym, że ich procesy fizjologiczne są bardziej widoczne, a ich społeczne role wystawiają je na medyczną ocenę i czynią je podporządkowanymi medycznej władzy. Męskie doświadczenia rzadko stają się przedmiotem nauk medycznych i rzadko także lekarze traktują je jako potencjalnie patologiczne, co oddala medyczną interwencję od męskich ciał (Riessman 1983: 116).

Przełom XX i XXI w. przyniósł dalszy postęp w dziedzinie medycyny i technologii medycznej, a towarzyszące mu zjawiska makrostrukturalne (globalizacja, konsumpcjonizm, kultura terapii, społeczeństwo ryzyka) zmieniły postrzeganie ciała. **Globalizacja** powoduje rozprzestrzenianie się określonych wzorców wyglądu, lansując tym samym globalny ideał piękna ciała – zarówno kobiecego, jak i męskiego. Oczywiście nadal obowiązują lokalne warianty piękna – ideał tzw. zachodni różni się od ideału latynoskiego – ale unifikują się sposoby osiągania tych pożądanych sylwetek (np. operacje plastyczne są wykorzystywane zarówno do tego, by pomniejszyć, jak i powiększyć pośladki). **Konsumpcjonizm** powoduje, że ciało nie tylko się ma, ale także się je konsumuje – staje się ono centrum przyjemności, ale także centrum cierpienia, gdyż stosowane zabiegi bywają bolesne (Featherstone 1991: 109–117). Ciało staje się produktem, jest przetwarzane, modyfikowane, aby na końcu zostać poddane symbolicznej sprzedaży na rynku pracy lub towarzysko-matrymonialnym. **Kultura terapii** wzmacnia postawy zewnętrzno-sterowności (Riessman 2011) czyniąc jednostki podatnymi na wpływy

zewewnętrzne i deprofesjonalizując ich wiedzę i samoświadomość. Jednostki coraz częściej zaczynają polegać na doradcach, trenerach osobistych, coachach i innych ekspertach mówiących, jak żyć, jak dbać o ciało i zdrowie (Furedi 2004; Zierkiewicz, Drabik-Podgórna 2010). Dodatkowo, żyjąc w **społeczeństwie ryzyka**, jednostki są nieustannie narażone na niebezpieczeństwo generowane przez współczesną cywilizację, a jedyną pewną rzeczą staje się ciało, o które zaczyna się zabiegać i dbać (Bauman 2006).

Za sprawą omówionych procesów ciało stało się „obiektem” oddziaływań zewnętrznych, przestało być odbierane w kategoriach czegoś stałego i zaczęło być traktowane jako projekt – płynny, elastyczny, modyfikowalny. Definicje „kobiety” i „mężczyzny” przestały być oczywiste – płęć kulturowa oferuje niezliczoną ilość wariantów kobiecości i męskości, a sama dychotomia także jawi się jako anachroniczna, gdyż nie uwzględnia całej gamy tożsamości konstruowanych, m.in. w oparciu o własne ciało i jego percepcję (por. Kluczyńska 2015: 92–93).

Świątną ilustracją tego, jak obecnie funkcjonuje ciało i jakie aspekty cielesności stają się ważne, jest propozycja Giddensa. Wyróżnia on wygląd, sposób bycia, zmysłowość oraz reżimy (Giddens 2010: 138–139). **Wygląd** to cechy zewnętrzne, widoczne dla innych, które świadczą o pozycji społecznej, wykonywanym zawodzie. Na ich podstawie otoczenie dokonuje interpretacji naszych zachowań. **Sposób bycia** to sposób posługiwania się ciałem oraz wyglądem zewnętrznym, pokazujący osobowość jednostki, a także poziom akceptacji przyjętych przez otoczenie konwencji. **Zmysłowość**, według Giddensa, to sposób, w jaki jednostka doświadcza skrajnych emocji – przyjemności i bólu. Do wybuchu II wojny światowej atrakcyjność mężczyzn była mierzona ich osiągnięciami i działaniami. Kontrola sfery ekonomicznej spowodowała, że ciało znajdowało się na drugim planie. Po wojnie wzrosła konkurencyjność na rynku pracy (spowodowana m.in. emancypacją kobiet) i męskie ciało stało się ważnym narzędziem walki o sukces, w dodatku nie tylko zawodowy, ale i osobisty, gdyż mężczyźni stali się obiektem ocen kobiet pod względem atrakcyjności seksualnej (Luciano 2002: 4–5; Melosik 2002: 23–24). Najważniejszy aspekt cielesności – z punktu widzenia niniejszych rozważań – to **reżimy**, jakim jednostki poddają swoje ciała. Są to sposoby dbania, kultywowania i kreowania ciała. Foucault pisał o technikach dyscyplinowania ciała pokazując, jak ścierają się ze sobą różne formy wiedzy-władzy próbując uzyskać status monopolisty i wyznaczać wzorce cielesności (Foucault 2009). Władza medycyny i dyskursu medycznego zdominowała koniec XX i początek XXI w., dając możliwość zintensyfikowania procesów medykalizacji męskiego ciała.

Współczesne procesy medykalizacji męskiego ciała odbywają się przy współudziale medycyny, koncernów farmaceutycznych, mediów, a także samych zainteresowanych, którzy dostrzegają potrzebę dbania o ciało, bycia atrakcyjnymi, utrzymywania kondycji, potrzebę osiągnięcia starości zachowaniem pewnego „poziomu” męskości.

2. Kilka słów o procesach medykalizacji

Medykalizacja najczęściej rozumiana jest jako czynienie czegoś niemedycznego – stanu, zachowania, zjawiska – medycznym, wkraczanie medycyny w kolejne obszary życia codziennego, ekspansja kategorii i terminów medycznych, wyjaśnianie problemów niemedycznych jako zaburzeń, chorób i syndromów (Conrad, Schneider 1992; Conrad 2005, 2007; Davis 2006; Poitras, Meredith 2009). Współcześnie medykalizacja dokonuje się nie tylko w dyskursie naukowym (coś jest medykalizowane przez instytucje i przedstawiciele medycznych, medykalizacja typu *top-down*), lecz także dokonuje się na poziomie dyskursów potocznych – jednostki same „konstruują” choroby i zaburzenia, a następnie budują wokół nich nowe tożsamości, domagając się oficjalnego uznania ich dolegliwości za choroby w sensie medycznym (medykalizacja typu *bottom-up*). Należy zaznaczyć, że procesy medykalizacji są charakterystyczne dla współczesnych społeczeństw kultury zachodniej, a ich szczególna dynamika jest obserwowana i opisywana w Europie oraz Stanach Zjednoczonych.

Źródeł procesów medykalizacji można poszukiwać już w okresie oświecenia, co związane było z wypieraniem religii i dominacją nauki jako modelu objaśniania świata (Wieczorkowska 2012: 35). Zyskały one na sile w XX w., dzięki rozwojowi technologii medycznej, urynkowieniu zdrowia, choroby i ciała, ale także na skutek przemian cywilizacyjnych (starzenie się społeczeństw, światowy terroryzm i wzrost globalnego ryzyka, dominacja chorób przewlekłych, kult młodości). Zmieniła się tym samym struktura i siła oddziaływania poszczególnych sił napędowych i aktorów tych procesów. We wczesnym modelu medykalizacji dominującą rolę odgrywały instytucje medyczne i ich przedstawiciele (imperializm medyczny jako forma kontroli społecznej) (Freidson 1970; Zola 1972; Parsons 2009; Conrad, Schneider 1992; Conrad 2005; Poitras, Meredith 2009). W nowym modelu istotnymi siłami napędowymi są mechanizmy rynkowe, ruchy społeczne, media oraz sami konsumenci/pacjenci (Conrad, Schneider 1992; Conrad, Leiter 2004; Conrad 2005; Poitras, Meredith 2009). Jednym z najważniejszych aktorów są koncerny farmaceutyczne, których oddziaływanie doprowadziło do wyodrębnienia się nowego procesu określanego jako farmaceutykalizacja. Abraham definiuje ją jako „proces, w którym społeczne, behawioralne lub cielesne stany są leczone lub postrzegane jako takie, które powinny być leczone przez lekarzy lub pacjentów za pomocą preparatów medycznych” (Abraham 2010: 604). Proces ten odgrywa istotną rolę w medykalizacji ciała męskiego, o czym będzie mowa w dalszych częściach artykułu.

Medykalizacja dotyczy mężczyzn, kobiet i dzieci, może zachodzić na poziomie mikro-, mezo- i makrostrukturalnym, może mieć charakter całkowity lub częściowy i obejmuje stany, procesy, zjawiska i zachowania (por. Leźnicki 2013). Należy jednak podkreślić, że procesy medykalizacji nie mają charakteru jednokierunkowego, możliwe są bowiem procesy przeciwstawne, określane jako

demedykalizacja. Nowe podejścia, np. propozycja Drew Halfmanna, pokazują, iż dane zjawisko może podlegać jednocześnie medykalizacji i demedykalizacji, w zależności od poziomu (mikro-, mezo-, makro-) i wymiaru (dyskursy, praktyki, jednostki i aktorzy), na jakim zjawisko jest rozpatrywane (Halfmann 2011).

3. Medykalizacja ciała męskiego – analiza przypadków

W kolejnych sekcjach artykułu omówione zostaną przykłady medykalizacji ciała męskiego. Jako rama koncepcyjna zostanie użyta propozycja Waggoner i Stults, które charakteryzując medykalizację w odniesieniu do płci, wydzieliły trzy obszary medykalizacji. W przypadku mężczyzn można wskazać na następujące przykłady w ramach tych obszarów:

- naturalne zdarzenia życiowe – andropauza, dysfunkcja erekcji;
- biomedyczne i kosmetyczne ulepszenia – łysienie, operacje plastyczne;
- medyczny nadzór / interwencje – obrzezanie, hipercholesterolemia (Waggoner, Stults 2010).

3.1. Naturalne zdarzenia życiowe

Oba opisywane poniżej przykłady medykalizacji mieszczą się w obszarze seksualności, który historycznie był jednym z kluczowych wyznaczników męskości. Sprawność seksualna i potencja są synonimem siły, witalności i młodości. Wraz z wiekiem spada u mężczyzn poziom testosteronu, co prowadzi do szeregu zmian w ich organizmach. Innym wyznacznikiem procesu starzenia się u mężczyzn jest spadek potencji. Peter Conrad, powołując się na innych autorów, pisze: „żyjemy w najstarszym społeczeństwie, w którym opieramy się procesowi starzenia się i często boimy się go. Zamiast zaakceptować naturalny postęp cyklu życia, medykalizujemy starość w celu jej kontroli” (Conrad 2007: 25). Według Murphy’go metaforą opisującą męskie ciało jest metafora maszyny, a penis to „zimny, pozbawiony cielesności element wyposażenia” (Murphy 2001: 17). Dodatkowo, Gregory Gross i Robert Blundo piszą, że medykalizacja ciała męskiego wzmacnia kulturowe oczekiwania, że mężczyźni będą się pomyślnie starzeć (*ageing well*) i zachowają młodzieńczą męskość do późnej starości. Jest to związane z dominującym w kulturze zachodniej modelem męskości opartym na takich cechach, jak niezależność, współzawodnictwo, młodzieńcza energia i fizyczność (Gross, Blundo 2015: 85–86).

3.1.1. Andropauza

Testosteron postrzegany jest jako hormon męskości. Nic dziwnego, że jego spadek, który pojawia się wraz z wiekiem, budzi niepokój współczesnych mężczyzn. Na poziomie fizjologicznym testosteron odpowiada, m.in., za popęd

seksualny, muskulaturę, zachowania agresywne czy wzrost włosów (Conrad 2007: 26). Naturalny jego spadek, który pojawia się wraz z procesem starzenia się, został w XX w. uznany za patologiczny objaw choroby, którą należy poddać leczeniu za pomocą zastępczej terapii testosteronem.

Medykalizacja tego stanu budzi wątpliwości już na poziomie językowym. Termin „andropauza” jest stosowany w literaturze zamiennie z takimi określeniami, jak „męska menopauza”, „męskie klimakterium” lub „deficyt androgenowy u starzejących się mężczyzn” (*androgen deficiency in aging men*, ADAM) (Conrad 2007: 26). Wszystkie wymienione określenia sugerują, że jest to zjawisko podobne do kobiecej menopauzy, która oznacza zanik zdolności reprodukcyjnych (niepłodność). Spadek poziomu testosteronu u mężczyzn nie prowadzi jednak do zaniku funkcji reprodukcyjnej, mężczyzna-senior może wciąż być ojcem, podczas gdy kobieta-seniora nie może być matką. Dodatkowo, nie ma jednoznacznej zgody, jaki poziom testosteronu należy uznać za prawidłowy i jaki będzie poziomem patologicznym (Conrad 2007: 30). W związku z tym badacze sugerują, że powinno mówić się o częściowym deficycie androgenowym u starzejących się mężczyzn (*partial androgen deficiency in aging men*, PADAM) (Conrad 2007: 30).

Spadek testosteronu może powodować u mężczyzn takie objawy, jak zmęczenie, spadek libido czy depresja (Conrad 2007: 30). Nic dziwnego, że mężczyźni byli zainteresowani jak najdłuższym utrzymaniem oznak męskości. Medykalizacja andropauzy jest związana z osiągnięciami w dziedzinie ginekologii i endokrynologii. Obserwacja wykastrowanych mężczyzn doprowadziła do wyciągnięcia wniosku o ścisłym związku między testosteronem i męskością. Potwierdzała to także wiedza potoczna:

Poza tym każdy farmer wiedział, że jądra wpływają na energię i muskulaturę; kastracja koguta prowadzi do uczynienia z niego kapłona – grubszego, delikatniejszego i mniej aktywnego osobnika. Wykastrowanie agresywnego zwierzęcia farmerskiego (konia, psa, byka) czyni je potulnym i łatwiejszym do doglądania (Rothman, Rothman 2003: 132).

Pierwszą formą terapii była tzw. organoterapia. Początkowo używano ekstraktów z jąder zwierząt (Watkins 2007: 372). Metodę tę spopularyzował francuski lekarz Charles Edouard Brown Séquard, który w 1889 r. ogłosił, że udało mu się odmłodzić jego osłabione i schorowane siedemdziesięciodwuletnie ciało za sprawą serii zastrzyków z rozgniecionych jąder psów i świń morskich (Watkins 2007: 372; Conrad 2007: 28). Opiswane przez Séquarda rezultaty zainteresowały europejskich i amerykańskich lekarzy, którzy zaczęli stosować tę technikę odmładzania u swoich pacjentów. Po etapie pierwszej fascynacji odkryciem i szerokim jego zastosowaniu (m.in. do leczenia padaczki, nowotworu, cholery, zapalenia płuc, gruźlicy i astmy) terapia okazała się nieskuteczna¹, same wyniki Séquarda nigdy nie zostały powtórzone i w konsekwencji uznano go za

¹ Równie nieskuteczne okazały się ekstrakty z innych narządów (np. tarczycy, nadnerczy), stosowane przez endokrynologów do leczenia innych schorzeń.

oszusta (Watkins 2007: 373; Conrad 2007: 28). Niemniej jednak był to przełom w myśleniu o podłożu starzenia się męskiego organizmu. W latach 20. XX w. wielu starzejących się mężczyzn w Europie i Stanach Zjednoczonych poddawało się przeszczepowi jąder kóz lub małp wierząc, że będą one produkować testosteron (Watkins 2007: 373).

W 1935 r. udało się wyizolować męski testosteron, który syntetyzowany w laboratoriach stał się, według Conrada, lekiem poszukującym jednostki chorobowej (Conrad 2007: 29). Środowisko naukowe entuzjastycznie przyjęło wiadomość o nowej substancji i jej potencjalnych zastosowaniach, kreując w artykułach naukowych obiecującą wizję dla starzejących się mężczyzn. Szybko została ona podchwyciona przez marketingowców, którzy wykreowali andropauzę jako jednostkę chorobową objawiającą się zmęczeniem, apatią, brakiem zainteresowania seksem (Conrad 2007: 29). Jak pisze Watkins, od roku 1992 do 2004 liczba wydanych na testosteron recept wzrosła 20-krotnie, ze 122 tysięcy do o 2,4 miliona (Watkins 2007: 370). Pierwsze preparaty były sprzedawane w tabletkach i plastrach. Obecnie na rynku farmaceutycznym dostępne są przede wszystkim zastrzyki (Omnadren, Testosteronum propionate) oraz żełe (np. Androtop, Tostran).

Warto zauważyć, że współcześnie testosteron odgrywa niezwykle ważną symboliczną rolę jako męski hormon. Dlatego też mężczyźni w średnim wieku sięgają po niego, stymulując rynek podsycany reklamami². W Polsce po preparaty z testosteronem chętnie sięgają sportowcy. Konieczność bycia nieustannie w formie, bez oznak zmęczenia, wymagana w życiu zawodowym (ale także prywatnym) powoduje, że można się spodziewać wzrostu zainteresowania tą formą terapii nie tylko wśród starzejących się mężczyzn, lecz także wśród „zdrowych” jednostek, które będą z niej korzystać jako z formy ulepszenia (*enhancement*).

3.1.2. Dysfunkcja erekcji

Problemy z erekcją są kolejnym przykładem tego, jak z problemu społecznego (o charakterze prywatnym, intymnym), stał się on zagadnieniem i przedmiotem interwencji medycznej. Rok 1998 był przełomowy dla postrzegania tego stanu – w tym roku na rynek farmaceutyczny w Stanach Zjednoczonych wprowadzono lek o nazwie Viagra. Początkowo był on zalecany starszym mężczyznom z problemami erekcji, a także tym, u których te problemy były skutkiem choroby – np. raka prostaty czy cukrzycy. Problemy erekcji u mężczyzn występowały jednak jeszcze przed „erą Viagry”, Conrad wspomina już o czasach wiktoriańskich (Conrad 2007: 41). Zanim pojawiły się leki, mężczyźni używali

² W Polsce niedozwolona jest reklama leków dostępnych na receptę skierowana do ogółu odbiorców, dopuszczalna jest tylko reklama tych środków kierowana do profesjonalistów, jednak w Stanach Zjednoczonych pojawiają się komunikaty ostrzegające przed „jazdą z pustym bakiem”. Testosteron kreowany jest jako paliwo, którym można napełnić ciało, by można było dodać gazu.

urządzeń wspomagających erekcję. Pierwszym opatentowanym wynalazkiem było urządzenie próżniowe Otto Lederera z 1913, który skorzystał z pomysłu opisanego przez Muschenbracka już w 1694 r. (Jonas 2011: 3). W 1936 r. Nicolai Bogoras przeprowadził pierwszą operację rekonstrukcji penisa, po jego amputacji (Jonas 2011: 3). Te pierwsze wzmianki świadczą o dużym zainteresowaniu męskim problemem i jego wczesnej medykalizacji. Intymny problem mężczyzny i jego partnerki/partnera jawi się jako problem medyczny, przedmiot zainteresowania opinii publicznej, ekspertów, specjalistów i mediów. Oczekiwania kierowane pod adresem mężczyzn powodują wzrost lęku o własną sprawność seksualną i zwiększają popyt na leki.

Viagra została wynaleziona przypadkiem. Pfizer, koncern farmaceutyczny, który wypromował lek, testował go pierwotnie wśród mężczyzn, u których stwierdzono problemy z naczyniami krwionośnymi zasilającymi serce. Preparat miał rozluźniać naczynia, pozwalając na lepszy obieg krwi. Niestety, testy wykazały niską skuteczność, a pacjenci biorący w nich udział zaczęli zgłaszać skutki uboczne leku w postaci silnej erekcji (Conrad 2007). Viagra³, bo pod taką nazwą handlową wprowadzono lek na rynek, zwiększa przepływ krwi do penisa, dzięki czemu mężczyzna może osiągnąć i utrzymać erekcję w czasie seksualnego pobudzenia w czasie 30 do 60 minut po przyjęciu doustnym. Działanie leku utrzymuje się od 4 do 6 godzin (Conrad, Leiter 2004: 162). Wprowadzenie preparatu na rynek i dalsza medykalizacja problemu erekcji były możliwe, gdyż w latach 90. XX w. został on przedefiniowany z zaburzenia psychogenicznego w zaburzenie medyczne, by w 1992 r. uzyskać nową oficjalną nazwę „dysfunkcja erekcji”. Jej leczenie było promowane i podsycane przez urologów, przemysł i technologię medyczną oraz media (Conrad, Leiter 2004: 162; Conrad 2005: 6). Warto tu przypomnieć, że swoistego odczarowania wstydliwego męskiego problemu dokonał ówczesny senator Bob Dole, który w kampanii reklamowej przyznał się do problemów z erekcją i polecał preparat mężczyznom (słynny slogan reklamowy: „Ask your doctor is Viagra right for you”) (Gross, Blundo 2015: 87; Conrad 2005: 6). Ilu mężczyzn potrzebuje terapii? Według jednych źródeł szacuje się, że zaburzenia erekcji dotyczą 10 do 20 milionów amerykańskich mężczyzn, inne zaś podają, że problem ten może dotyczyć nawet połowy Amerykanów (Conrad 2007: 41). Paulina Nowosielska pisze w artykule *Męskość warta miliony* – powołując się na badania prof. Zbigniewa Lwa-Starowicza – że w Polsce kłopoty z erekcją ma ok. 9% mężczyzn. Ponad 2% doświadcza tego zaburzenia w stosunkowo młodym wieku (30–34 lata), w grupie wiekowej 35–39 lat jest to już 6,8%, w wieku 50–54 lat na impotencję cierpi 20,5%, zaś w grupie 55–59 lat to aż 31,6% (Nowosielska 2005).

Viagra początkowo była lekiem dla starszych mężczyzn, jednak koncern produkujący lek szybko dostrzegł potencjalny rynek zbytu. W Stanach Zjednoczonych

³ Substancją czynną jest sildenafil.

rozpoczęła się kampania reklamowa skierowana do ogółu odbiorców, której skutkiem była ekspansja definicji medycznego problemu także na młodszych mężczyzn, którzy od czasu do czasu miewają problemy z erekcją. W ten sposób preparat stał się nie tylko lekiem na zaburzenie, lecz także jest przykładem rozwiązania, mającego na celu medyczne ulepszenie sfery seksualnej mężczyzn (Conrad 2007: 44). Obecnie na rynku dostępne są preparaty podobne do Viagry – Cialis i Levitra (wszystkie na receptę), a także wiele tzw. suplementów diety. W maju 2016 grupa Adamed wprowadziła na polski rynek preparat o nazwie MaxOn, dostępny bez recepty i zawierający sildenafil. Portal i-potencja.pl prowadzi ranking preparatów na podstawie głosowania internautów, na którym można uzyskać informację o najpopularniejszych preparatach wśród mężczyzn, a także zapoznać się z krótkimi opisami ich działania.

Z badań IMS Health wynika, że „przez 12 miesięcy do końca sierpnia 2013 r. wartość sprzedaży leków wspomagających potencję wydawanych na receptę w aptekach spadła rok do roku z 53,6 do 47,2 mln zł, a sprzedaż suplementów wzrosła z 35,5 do 37,2 mln zł” (finanse.wp.pl 2013).

Należy pamiętać, że dane dotyczące liczby mężczyzn z problemem erekcji są szacunkowe. Medykalizacja i farmaceutyzacja prowadzą do zjawiska zwanego handlem chorobami (*disease mongering*), na skutek którego dane mogą być zawyżone sugerując, że problem dotyczy większej – niż w rzeczywistości – grupy osób. Sytuacja taka miała miejsce w Australii, gdzie jedna z kampanii reklamowych sugerowała, że problem erekcji dotyczy aż 39% mężczyzn. Jak się okazało, wartość ta była zawyżona, gdyż dodano wszystkie typy problemów zgłaszanych przez mężczyzn, włączając w to kategorie mężczyzn mających problemy tylko okazjonalnie (Moyning i in. 2002).

Współczesny mężczyzna chce być męski nie tylko dla siebie, ale jako jednostka zewnątrzsterowna (Risman 2011) chce spełniać oczekiwania otoczenia (w tym także partnerki), stąd można się spodziewać, że popularność preparatów na potencję będzie rosła.

3.2. Biomedyczne i kosmetyczne ulepszenia

Rozwój technologii medycznej spowodował, że możliwe stało się diagnozowanie dolegliwości, które do tej pory były nierozpoznane. Pojawiają się zatem nowe jednostki chorobowe, które obiektywnie istniały już wcześniej, jednak nie były możliwe do zdiagnozowania ze względu na brak sprzętu i/lub procedur diagnostycznych. Postęp w medycynie i farmacji prowadzi także do tego, że medykaliżuje się normalne stany i proponuje się terapie również osobom obiektywnie zdrowym. Ten typ działań określany jest jako ulepszenia (*enhancements*). Medykalizacja obejmuje tym samym nie tylko osoby chore, które poddaje się leczeniu, lecz także osoby zdrowe, które mogą stać się jeszcze zdrowsze (a dzięki temu, wydajniejsze, sprawniejsze i – w konsekwencji – lepsze od innych).

3.2.1. Łysienie

Utrata włosów u mężczyzn jest zjawiskiem powszechnym, lecz mimo to budzi wśród nich niepokój o własny wygląd. Jest to interesujący przypadek medykacji, gdyż dokonuje się ona mimo oporu środowiska medycznego (Conrad 2007: 34). W literaturze medycznej poświęconej problematyce łysienia zwraca się szczególną uwagę na emocjonalne i psychospołeczne konsekwencje utraty włosów. Jest to także jeden z głównych powodów medykacji tego procesu. Utrata włosów **potocznie wiązana jest z procesem starzenia, który jest negatywnie konotowany w społeczeństwie.**

Problemy z utratą włosów wśród mężczyzn są znane od stuleci. Jak pisze Peter Conrad, jednym z pierwszych znanych dokumentów poświęconych temu problemowi, zawierającym aż 11 sposobów radzenia sobie z wypadaniem włosów, jest papirus datowany na XV w. p.n.e. Kuracje miały raczej charakter magiczny – Paracelsus w XVI w. przepisywał eliksir zawierający krew porodową, krew zamordowanego noworodka i jad żmii. Przez długi okres medycyna nie miała do zaoferowania żadnej skutecznej terapii, stąd leczenie opierano na magii, alchemii i przesądach. Dopiero pod koniec XIX w. pojawiły się pierwsze teorie próbujące wyjaśnić przyczyny utraty włosów (zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet). Jedna z nich mówiła o tym, że utrata włosów jest spowodowana przez noszenie kapeluszy, które blokują dopływ powietrza, inna opierała się na teorii zarazków. Wśród oferowanych w tym okresie terapii popularne było przypalanie skóry głowy, elektrowstrząsy lub noszenie próżniowych czapek (Conrad 2007: 34–35).

Współczesna wiedza medyczna tłumaczy męskie łysienie poprzez związek z gospodarką hormonalną i uwarunkowaniami genetycznymi. Niestety, nie ma w środowisku medycznym zgody co do tego, czy jest to choroba. Niektórzy uważają, że jest to zjawisko powszechne, związane z dojrzałością seksualną, inni zaś uważają, że może to być problem medyczny, jeśli subiektywnie jednostka czuje, że utrata włosów jest zbyt duża (Conrad 2007: 35). Mimo tych wątpliwości i rozbieżności, przyjęło się rozróżniać męski wzorzec łysienia (**łysienie androgeniczne, *androgenic alopecia***) od utraty włosów **związanej z procesem starzenia się.** Mimo sceptycyzmu części środowiska medycznego co do medycznego podłoża problemu, coraz więcej dowodów wskazuje na genetyczne uwarunkowania tego procesu. Podkreśla się także znaczenie hormonu, dihydrotestosteronu, w osłabianiu włosów.

Z medycznego punktu widzenia, określenie ram patologicznego łysienia wydaje się trudne, jeśli nie niemożliwe. Mężczyźni mają odmienne typy owłosienia na głowie – jedni zostali obdarzeni bujnymi włosami, inni zaś mają rzadkie i cienkie włosy. Powinny zatem istnieć zindywidualizowane normy dotyczące utraty włosów. W literaturze medycznej istnieją jednak zestandaryzowane diagramy pokazujące postęp łysienia i opisujące poszczególne kategorie intensywności utraty włosów, od łagodnej do ciężkiej postaci (Conrad 2007: 36).

Współczesna oferta medycyny w leczeniu łysienia ewoluowała od czasów starożytnych. Na rynku obecne są preparaty do stosowania doustnego, preparaty do smarowania, kosmetyki do pielęgnacji włosów i skóry głowy, a także zabiegi kosmetyczne i dermatologiczne (od stymulacji skóry głowy, poprzez redukcję powierzchni łysej skóry, wstawianie owłosionych płatów, aż po przeszczep włosów). Problem utraty włosów został nagłośniony w mediach za sprawą artykułów i reklam sugerujących emocjonalną traumę u mężczyzn spowodowaną łysieniem oraz podających zawyżone i niepoparte dowodami liczby mężczyzn dotkniętych problemem (Moynihan i in. 2002). W literaturze anglojęzycznej szeroko opisywane są przykłady wprowadzenia na rynek takich preparatów, jak Rogaine i Propecia (Moynihan i in. 2002; Conrad 2007). Oba są przykładami wykorzystania skutków ubocznych leku (*off-label use*). Rogaine początkowo był lekiem na nadciśnienie, a jego skutek uboczny stanowił wzrost włosów (Conrad 2007: 37–38). Podobnie było z drugim preparatem (Propecia). Pierwotnie był lekiem testowanym u mężczyzn z przerostem prostaty, gdy okazało się, że działa przeciw wypadaniu włosów. Preparat nie powoduje odrostu włosów, dlatego jego przyjmowanie należy zacząć, gdy jednostka zaobserwuje pierwsze niepokojące objawy wypadania włosów.

Na polskim rynku – poza zabiegami chirurgicznymi – dostępne są dwie grupy preparatów. Pierwsza z nich to preparaty do stosowania na skórę – np. Loxon, Piloxidil, Rogaine. Są to preparaty stymulujące porost włosów. Druga grupa to leki w formie doustnej, stosowane zarówno przy łagodnym przeroście gruczołu krokowego, jak i przeciw wypadaniu włosów (nie stymulują wzrostu włosa, a jedynie zapobiegają wypadaniu i spowalniają proces łysienia). Warto pamiętać, że leki te wywołują skutki uboczne i, co ważne, mogą je stosować jedynie mężczyźni (Majewska 2015).

Należy się spodziewać, że medykalizacja łysienia androgenowego będzie się nasilać, czego dowodem może być nowa specjalizacja medyczna – trychologia.

3.2.2. Operacje plastyczne

Wiek XX to okres dominacji cielesności – ciała nagie, skąpo odziane, idealne spoglądały (i nadal spoglądają) z magazynów, bilbordów, programów telewizyjnych czy stron internetowych, wyznaczając w ten sposób standard, normę kulturową, którą każda jednostka powinna osiągnąć i realizować. Przez długi czas najbardziej eksploatowane było ciało kobiece, jednak od lat 80. XX w. datuje się znaczący wzrost obecności wizerunków męskiego ciała w przestrzeni medialnej. Popularyzacja masowych imprez sportowych w mediach, zapoczątkowana w latach 60. XX w., dodatkowo przyczyniła się do idealizowania wyglądu męskiego ciała, przywodząc na myśl starożytne posągi wyznaczające kanon piękna na wiele stuleci (por. Arcimowicz 2015).

Sylwetka mezomorficzna (proporcjonalna, ciało dobrze umięśnione, pozbawione tkanki tłuszczowej) jest obecnie najbardziej pożądanym typem budowy

ciała męskiego (Arcimowicz 2015: 58). Największej eksploatacji męskiego ciała dokonuje reklama (podobnie jak w przypadku ciała kobiecego). Przełomem w portretowaniu męskiego ciała były reklamy bielizny Calvina Kleina. Wiek XXI to narodziny zjawiska określanego jako „sporno”. Polega ono na wykorzystaniu sportowców (mężczyzn) w reklamach o zabarwieniu erotyczno-pornograficznym (Arcimowicz 2015: 64). W szerszym kontekście można mówić o seksualizacji męskiego wizerunku w reklamie (Melosik 2002: 24).

Nic dziwnego, że media są uważane za jednego z kluczowych aktorów w procesie medykalizacji. Wyznaczając standardy, kreują normy kulturowe, których trzeba przestrzegać. Bycie *fit* to nie tylko sprawność fizyczna, ale – w przypadku mężczyzn – także sprawność seksualna i zdrowie. Dbanie o ciało jest przymusem, reżimem:

Zdrowie to właściwy i pożądaný stan ludzkiego ciała i ducha, który (przynajmniej teoretycznie) można mniej lub bardziej dokładnie opisać, a po opisaní precyzyjnie zmierzyć. Wyznacznikiem zdrowia jest kondycja psychofizyczna pozwalająca sprostać wymogom przypisanej nam roli społecznej, przy czym wymogi te pozostają z reguły stałe i niezmiennie (Bauman 2006: 119–120).

Aby mieć zdrowe i piękne ciało, należy o nie w odpowiedni sposób dbać. Z pomocą przychodzi szereg kosmetyków oraz zabiegów kosmetycznych i dermatologicznych, przeznaczonych dla mężczyzn. Coraz chętniej panowie sięgają także po ofertę tzw. medycyny spełniania pragnień, czyli chirurgię plastyczną. W 2008 r. najczęściej wykonywane u mężczyzn zabiegi to: plastyka nosa, powiek, liposukcja, zmniejszanie piersi i przeszczep włosów. Waggoner i Stults (2010) piszą także o rosnącej popularności implantów klatki piersiowej oraz łydek. Z danych International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS) wynika, że w 2015 r., spośród procedur chirurgicznych, mężczyźni najchętniej poddawali się plastyce powiek, liposukcji, pomniejszeniu piersi, plastyce nosa i przeszczepom włosów. Popularne były także przeszczepy tłuszczu na twarz, plastyka uszu, twarzy, brzucha oraz szyi. Powiększanie penisa znalazło się na 13 miejscu. Wśród procedur niechirurgicznych najpopularniejsze były: ostrzykiwanie jadem kielbasianym, wstrzykiwanie kwasu hialuronowego, depilacja, fotoodmładzanie oraz niechirurgiczna redukcja tkanki tłuszczowej. Mężczyźni chętnie sięgali też po peelingi chemiczne, mikrodermabrazję, niechirurgiczne naciąganie skóry oraz mikroablacyjne złuszczenie naskórka (ISAPS 2015).

3.3. Medyczny nadzór/interwencje

Kolejną grupą przejawów medykalizacji są działania mające charakter kontrolujących. Męskie ciało w tym aspekcie jest znacznie słabiej kontrolowane i dyscyplinowane niż ciało kobiet. Zmienia się także charakter niektórych zabiegów (np. obrzezanie).

3.3.1. Obrzezanie

Obrzezanie przez długi czas było praktykowane jako forma rytuału religijnego wśród osób pochodzenia żydowskiego. Obecnie coraz częściej wykonuje się tzw. niekulturowe, nieterapeutyczne obrzezanie (*non-cultural nontherapeutic circumcision*, NNC).

Zabieg ten jest uważany za jeden z najstarszych znanych ludzkości – pierwsze wzmianki o nim pochodzą sprzed 15 tysięcy lat (A g a r w a l i in. 2016). Stopniowa medykalizacja trwała do wieku XIX, potem zaczęła słabnąć, by swój schyłek osiągnąć w latach 60. XX w. w Wielkiej Brytanii⁴, co było związane z działaniami systemów ubezpieczeń zdrowotnych (A g a r w a l i in. 2016). Demedykalizacja odbywała się przy sprzeciwie rodziców oraz środowiska medycznego. W ostatnich dekadach XX w. nastąpiła remedykalizacja obrzezania – zostało uznane za skuteczny zabieg medyczny zapobiegający rozprzestrzenianiu się HIV/AIDS (W a g g o n e r, S t u l t s 2010; A g a r w a l i in. 2016, WHO), a także zapobiegający infekcjom układu moczowego, szerzeniu się niektórych chorób przekazywanych drogą płciową oraz nowotworom penisa (A g a r w a l i in. 2016; C a r p e n t e r 2010). Wielu mężczyzn decyduje się na ten zabieg, by zwiększyć atrakcyjność seksualną (zabieg powoduje mniejszą czułość penisa, co wydłuża czas współżycia i pozwala zaspokoić partnerkę).

Obecnie zabieg ten ma zwolenników i przeciwników, zarówno wśród obywateli, jak i przedstawicieli środowiska medycznego. Niektórzy podkreślają brak wyraźnych korzyści dla dziecka, niepotrzebne narażenie na ból i stres oraz na aspekty finansowe zabiegu (nie brak głosów sugerujących, że medykalizacja ma uzasadnienie finansowe – obrzezanie wiąże się z zastosowaniem dodatkowych procedur medycznych wobec noworodka/dziecka i wymaga dłuższej hospitalizacji) (A g a r w a l i in. 2016; S a r d i 2011). Wykonywany w dorosłym życiu, jest przykładem praktyk aktorów społecznych w odniesieniu do medykalizacji. Pacjent staje się tu konsumentem usług medycznych, świadomie wybierającym zabieg i poddającym się nadzorowi medycznemu.

3.3.2. Hipercholesterolemia

Przykładem medykalizacji jest też kreowanie choroby wokół podwyższonych wartości cholesterolu. To zagadnienie jest także ilustracją wzajemnych powiązań między procesem medykalizacji i farmaceutyką. Choć problem ten dotyczy także kobiet, mężczyźni są w większym stopniu narażeni na tego typu zaburzenia i to oni są **głównymi odbiorcami i konsumentami oferowanych na rynku preparatów na obniżenie poziomu cholesterolu**⁵. Medykalizacja tego problemu ułatwiła

⁴ W Stanach Zjednoczonych były to lata 70. XX w.

⁵ Mężczyźni, częściej niż kobiety, cierpią na nadciśnienie tętnicze, częściej palą papierosy, nadużywają alkoholu oraz prowadzą bardziej pasywny i niezdrowy styl życia (zła dieta, mało

procesy farmaceutyzacji. Po pierwsze, zmieniono zakres prawidłowych wartości stężenia cholesterolu we krwi. W latach 60. XX w. jako górną dopuszczalną granicę dla Amerykanów wyznaczono 400 mg/dl. Wartości większe traktowane były jako stan patologiczny, a pacjenci poddawani byli leczeniu farmakologicznemu z użyciem statyn. Pod koniec XX w. dopuszczalna norma została obniżona do 240 mg/dl. Co więcej, wartości z zakresu 200–240 mg/dl są traktowane jako będące na granicy wysokiego ryzyka. W literaturze określa się to jako *przedchoroby* (*pre-conditions*), a ryzyko utożsamia się z chorobą (w Polsce za prawidłowy uważa się poziom stężenia cholesterolu całkowitego do 190 mg/dl). Po drugie, warto podkreślić rolę koncernów farmaceutycznych w kreowaniu hipercholesterolemii. Według jednego z nich, produkującego statyny, każdy badany, u którego poziom cholesterolu osiągnął 150 mg/dl, powinien być poddany farmakoterapii i zażywać jedną tabletkę preparatu dziennie („Harvard Magazine”, 2009). Według badań TNS OBOP, aż 72% Polaków nie zna swojego poziomu cholesterolu całkowitego, a 80% nie wie, jakie są jego prawidłowe wartości (M o r g a 2011).

Opisany tu przypadek medykacji wskazuje na tendencję ekspansji w ramach tych procesów. Lekarze coraz chętniej proponują pacjentom farmakoterapię (choć często bywa ona kontrowersyjna, nieskuteczna lub nawet szkodliwa), zamiast pracować nad zmianą stylu życia pacjenta. Jednak na poziomie codziennych praktyk nie można stwierdzić, że **mamy do czynienia z medykacją**. Przytoczone wyniki badań wskazują raczej na niewiedzę pacjentów, a tym samym na pasywność w odniesieniu do medykacji tego problemu.

4. Zakończenie – ku medykacji

Ciało męskie, wbrew pozorom, podlega w znacznym stopniu medykacji. Artykuł opisuje jedynie najbardziej powszechne aspekty tego procesu, co oczywiście nie wyczerpuje problematyki.

Dynamika procesów medykacji w społeczeństwach zachodnich sugeruje, iż będziemy mieć do czynienia z coraz większym zakresem wpływów medycyny na nasze życie, niekoniecznie dokonywanych w sposób bezpośredni, przez instytucje medyczne i ich przedstawicieli. Istotnymi siłami napędowymi tych procesów są obecnie media, przemysł farmaceutyczny oraz sami pacjenci/konsumenci oferty medycznej. Ciało męskie w coraz większym stopniu wystawione jest na społeczne oceny w kategoriach zdrowia, piękna i atrakcyjności, stając się tym samym ważnym obiektem procesów medykacji.

ruchu). Czynniki te wpływają na ryzyko rozwinięcia się hipercholesterolemii (J a r o s z 2014; Ministerstwo Zdrowia 2011; W o j t y n i a k i in. 2012). Dane WHO opierające się na standaryzowanym względem wieku wskaźniku podwyższonego cholesterolu ≥ 240 mg/dl dla osób powyżej 25 r.ż. w 2008 r. wykazały, że problem ten dotyczył 16,5% kobiet oraz 18,3% mężczyzn (www.who.int).

Umedyczenie męskiego ciała może jednak przynieść pozytywne efekty. Socjalizacja chłopców i mężczyzn wciąż każe im być silnymi i męskimi, co nie pozwala na okazywanie słabości. Jest to jeden z czynników wymienianych jako znaczący w odniesieniu do zachorowalności i umieralności wśród mężczyzn z powodu określonych chorób. Większa świadomość własnego ciała i większa o nie troska może spowodować, że mężczyźni częściej i chętniej będą odwiedzać gabinety lekarskie, co paradoksalnie może przedłużyć ich życie i znacząco podnieść jego jakość.

Bibliografia

- Abraham J. (2010), *Pharmaceuticalization of society in context: theoretical, empirical, and health dimensions*, "Sociology", No. 44, August, s. 603–622.
- Arcimowicz K. (2015), *Współczesny ideał męskiego ciała – wybrane aspekty problematyki*, „Acta Universitatis Lodziensis”, Folia Sociologica, nr 55, s. 57–76.
- Agarwal B. B., Agarwal S., Singh A., Gupta M., Saluja S. (2013), *Circumcision: A cut below the belt*, "The Ganga Ram Journal", Vol. 3, No. 3, s. 143–150.
- Bauman Z. (2006), *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.
- Carpenter L. M. (2010), *On remedicalisation: male circumcision in the United States and Great Britain*, "Sociology of Health and Illness", Vol. 32, No. 4, s. 613–630.
- Conrad P. (2005) *The Shifting Engines of Medicalization*, "Journal of Health and Social Behavior", Vol. 46, s. 3–14.
- 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., Leiter V. (2004), *Medicalization, Markets and Consumers*, "Journal of Health and Social Behavior", Vol. 45 (Extra Issue), s. 158–176.
- Conrad P., Schneider J. W. (1992), *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Temple University Press, Philadelphia.
- Davis J. E. (2006), *How Medicalization Lost Its Way*, "Society", Vol. 43, No. 6, s. 51–56.
- Featherstone M. (2008), *Ciało w kulturze konsumpcyjnej*, [w:] M. Szpakowska (red.), *Antropologia ciała. Zagadnienia i wybór tekstów*, Wydawnictwo Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa, s. 109–117.
- Freidson E. (1970) *Professional Dominance. The Social Structure of Medical Care*, Aldine, Chicago.
- Foucault M. (2009), *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, Aletheia, Warszawa.
- Furedi F. (2004), *Therapy Culture. Cultivating Vulnerability in an Uncertain Age*, Routledge, London–New York.
- Gergen M. (2001). *Feminist reconstructions in psychology: Narrative, gender and performance*, Sage, Thousand Oaks, CA..
- Giddens A. (2010), *Nowoczesność i tożsamość*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Główne zagrożenia zdrowia i problemy zdrowotne ludności*, Ministerstwo Zdrowia 2011
- Gross G., Blundo R. (2015), *Viagra: Medical Technology Constructing Aging Masculinity*, "The Journal of Sociology and Social Welfare", Vol. 32, Issue 1, Article 8.
- Halfmann D. (2011), *Recognizing Medicalization and Demedicalization: Discourses, Practices and Identities*, "Health", Vol. 16, No. 2, s. 1–22.

- ISAPS (2015), *International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures Performed in 2015*, <http://www.isaps.org/Media/Default/global-statistics/2016%20ISAPS%20Results.pdf>.
- Jarosz A. (2014), *Choroby męskie i problemy ze zdrowiem u mężczyzn*, http://www.poradnikzdrowie.pl/zdrowie/choroby-meskie/choroby-meskie-i-problemy-ze-zdrowiem-u-mezczyzn_36538.html
- Jonas U. (2011), *The history of erectile dysfunction management*, "International Journal of Impotence Research", Vol. 13, Suppl. 3, S3–S7.
- Kluczyńska U. (2015), *Medykalizacja męskiej seksualności*, „Interalia”, nr 10, s. 92–120.
- Laqueur T. (1999), *Making Sex: Body and Gender From the Greeks to Freud* (8th ed.), Harvard University Press, Massachusetts.
- Leźnicki M. (2013), *Medykalizacja kobiecego ciała na przykładzie operacji plastycznych*, „Scientia et Fides” nr 1 (1), s. 213–230.
- Luciano L. (2002), *Looking Good. Male Body Image in Modern America*, Hill and Wang, New York.
- Majewska M. (2015), *Łysienie androgenowe u mężczyzn. Leki na wypadanie włosów u mężczyzn*, http://www.poradnikzdrowie.pl/uroda/wlosy/lysienie-androgenowe-u-mezczyzn-leki-na-wypadanie-wlosow_41708.html.
- Melosiński Z. (2002), *Kryzys męskości w kulturze współczesnej*, Wydawnictwo Wolumin, Poznań.
- Morga J. (2011), *72 proc. Polaków nie zna swojego poziomu cholesterolu*, <http://www.medonet.pl/zdrowie/wiadomosci,72-proc-polakow-nie-zna-swojego-poziomu-cholesterolu,artykul,1641767.html>.
- Moynihan R., Heath I., Henry D. (2002), *Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering*, "British Medical Journal", Vol. 324, 13 April, s. 886–891.
- Murphy P. F. (2001), *Studs, tools, and the family jewels*, The University of Wisconsin Press, Madison, WI.
- Nowosielska P. (2005), *Męskość warta miliony*, „Tygodnik Przegląd”, 14.08.2005, <http://www.tygodnik-przeglad.pl/meskosc-warta-miliony/>.
- On the Medicalization of Our Culture*, "Harvard Magazine", 23.04.2009, www.harvardmaga-zine.com/2009/04/medicalization-of-our-culture.
- Parsons T. (2009) *System społeczny*, Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków.
- Poitras G., Meredith L. (2009), *Ethical Transparency and Economic Medicalization*, "Journal of Business Ethics", Vol. 86, June, s. 313–325.
- Riesman D. (2011), *Samotny tłum*, Wyd. Vis-a-Vis/Etiuda, Warszawa.
- Riesman 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", Vol. 7, s. 61–89.
- Rothman S. M., Rothman D. J. (2003), *The Pursuit of Perfection. The Promise and Perils of Medical Enhancement*, Pantheon Books, New York.
- Sardi L. M. (2011), *The Male Neonatal Circumcision Debate: Social Movements, Sexual Citizenship, and Human Rights*, "Societies Without Borders", Vol. 6, Issue 3, Article 4.
- Waggoner M. R., Stults H. D. (2010), *Gender and Medicalization*, "Sociologists for Women in Society Fact Sheet", Spring, https://www.socwomen.org/wp-content/uploads/2010/05/fact_4-2010-medicalization.pdf.
- Watkins E. S. (2007), *The Medicalisation of Male Menopause in America*, "Social History of Medicine", Vol. 20, No. 2, s. 369–388.
- Wieczorkowska M. (2012), *Medykalizacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej*, „Przeгляд Socjologiczny”, t. 61, nr 2, s. 31–56.

- Wojtyniak B., Goryński P., Moskalewicz B. (2012), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.
- Zierkiewicz E, Drabik-Podgórną V. (red.) (2010), *Poradnictwo w kulturze indywidualizmu*, Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocław.
- Zola I. K. (1972) *Medicine as an institution of social control*, "The Sociological Review", Vol. 20, s. 487–504.
- Rynek leków na potencję nieustannie rośnie*, 9.10.2013, http://finanse.wp.pl/kat,1033691,title,Rynek-lekow-na-potencje-nieustannie-rosnie,wid,16057149,wiadomosc.html?ticaid=117d08&_tictsn=3.

Magdalena Wieczorkowska

THE MEDICALIZATION OF A MAN'S BODY

Summary. Men's bodies are subject into the process of medicalization similarly to women's bodies. Although dynamics of those processes in men and in women is different and the history of man's medicalization significantly shorter than of a woman's, there is a body of evidence showing the expansion of those processes in the field of masculinity. This has meaningful consequences for the identity of men as well as for its perception in women.

In the subsequent sections of this paper the history of the medicalization of a man's body will be depicted, the definition and main aspects of the medicalization processes will be elaborated. To show the character of the medicalization of masculinity examples including andropause, erectile dysfunction, baldness, plastic surgery, male circumcision and hypercholesterolemia will be elaborated.

Keywords: medicalization, man's body, andropause, erectile dysfunction, baldness.