

Magdalena Wieczorkowska

Ciało i medycyna

1. Wstęp

Medycyna jest nierozzerwalnie związana z ludzkim ciałem, gdyż stanowi ono bezpośredni przedmiot i cel instrumentalnych działań profesjonalistów medycznych. Wraz z rozwojem nauk medycznych zmieniała się wiedza o ciele i stosunek do niego, nie tylko w tej dziedzinie. Medyczna wiedza o funkcjonowaniu ciała wpływa na jego postrzeganie w społeczeństwie, kulturze, sztuce czy polityce. Postęp w samej medycynie, rozwój farmakologii oraz inżynierii i technologii medycznej spowodowały nie tylko zmiany w rozumieniu, czym ciało jest, lecz także w tym, czym ciało może być. Zmiany w percepcji ludzkiego ciała dotyczą zarówno nauk medycznych, jak i społecznych.

Koncepcja ciała jako efektu wiedzy/władzy Michela Foucault, Norberta Elias a koncepcja cywilizowania ciała czy opisywana przez Chrisa Shillinga indywidualizacja ciała to socjologiczne konstrukty, mające u podłoża medyczne osiągnięcia. Ciało staje się łącznikiem między socjologią i medycyną. Socjologiczne koncepcje śmierci, umierania czy niepełnosprawności – są rewidowane przez osiągnięcia technicyzowanej medycyny, a z drugiej strony, rozwój możliwości tej ostatniej zmienia znaczenie ciała, stając się inspiracją do badań i rozwoju nowych obszarów refleksji socjologicznej. Jak pisze Williams (2003), klasyczne podziały między ciałem i umysłem, naturą i kulturą czy biologią i społeczeństwem nabierają nowych znaczeń.

Warto jednak podkreślić, że medycyna bez nauk społecznych byłaby dziedziną niepełną. Zmiana struktury chorób¹ „pchnęła” nauki medyczne w objęcia socjologii i innych nauk społecznych, gdyż kluczowe stało się rozumienie pozamedycznych uwarunkowań zdrowia wynikających ze stylu życia, miejsca zamieszkania czy miejsca w strukturze społecznej. Zatem niniejszy rozdział ma charakter interdyscyplinarny, łączący w sobie socjologię ciała i socjologię zdrowia i medycyny.

Celem rozdziału jest ukazanie kształtowania się stosunku do ciała wraz ze zmieniającą się wiedzą medyczną. W ujęciu historycznym rozdział przeprowadzi czytelnika od czasów starożytnych, przez okres Średniowiecza aż do Oświecenia i powstanie

1 Zmiana struktury chorób związana jest z rozwojem medycyny i farmakologii i oznacza spadek liczby chorób ostrych i śmiertelnych, a wzrost liczby chorób przewlekłych.

medycyny klinicznej. W obszarze medycyny współczesnej, opartej na dowodach (EBM), czytelnik zapozna się z koncepcjami medycznej władzy nad ciałem, a także procesami medykalizacji oraz genetycyzacji. Pokazane będą także kluczowe obszary odnoszące się do związków ciała z medycyną – ciała jako laboratorium, problematyka transplantacji czy stosunku do ciała umierającego oraz martwego. Nakreślona zostanie także problematyka komercjalizacji ciała w odniesieniu do usług medyczno-zdrowotnych takich jak chirurgia plastyczna. W ostatniej części rozdziału zostanie przybliżona problematyka ciała przyszłości w odniesieniu do cyborgizacji w wymiarze medycznych ulepszeń.

2. Najważniejsze koncepcje teoretyczne

2.1. Hipokrates i humory

Od starożytności uczeni zastanawiali się nad zagadką funkcjonowania ludzkiego ciała, a wyobrażenia o jego pracy i procesach wewnętrznych przez wiele stuleci oparte były na opisach greckich uczonych. Początkowo grecka myśl medyczna oparta była na praktykach i przekonaniach zaczerpniętych z Mezopotamii, Fenicji i Egiptu (Brzeziński 2014; Krajewska 2018). Przełomem okazały się prace Hipokratesa, oparte na obserwacji objawów klinicznych i wyciąganiu z nich racjonalnych wniosków w sposób naukowy, które opisywały związek między budową ciała a ludzkimi dyspozycjami, także tymi natury społecznej.

Opracowany przez Hipokratesa tzw. humoralny model ciała oparty został na obserwacji jego działania, cyklicznej zmienności przyrody (Vigarello 2005; Kalachanis, Michailidis 2015) oraz poglądach na temat czterech żywiołów: ognia, powietrza, ziemi i wody (Tatarkiewicz 2014). Teoria humorów wprowadzona przez Hipokratesa w V wieku p.n.e. była rozwijana w późniejszych stuleciach m.in. w pracach Galena (II w. n.e.), który zaproponował teorię temperamentów, łącząc cielesność z psychiką. Żywioły i odpowiadające im cechy (porywczność, siła, stałość i zmienność) stały się podstawą charakterystyk ludzkiej osobowości. Teoria Hipokratesa stanowi nie tylko model objaśniający, jak działa i zmienia się ludzkie ciało, ale także określający równowagę między zdrowiem i chorobą. Grecki uczyony ludzkie ciało opisywał za pomocą czterech substancji, tzw. humorów. Były to żółć, krew, flegma oraz czarna żółć, określana też jako melancholia. Każda z tych substancji, za sprawą swoich właściwości utrzymywała ciało przy życiu, zaś ich wzajemne oddziaływanie było odpowiedzialne za temperaturę ciała, barwę skóry, a nawet temperament. Dodatkowo te cztery płyny wiązano z żywiołami – ogniem, wodą, powietrzem oraz ziemią.

Równowaga między czterema płynami decyduje o stanie zdrowia jednostki. Choroba spowodowana jest przewagą jednego z płynów. Przyczyną stanu nierównowagi może być m.in. nasze postępowanie, które dziś określilibyśmy mianem stylu życia. W jednym z dzieł – *De acre, aquis et locis* – Hipokrates wykazał wyraźne związki przyczynowo-skutkowe między czynnikami środowiskowymi a chorobą (Brzeziński

2014; Krajewska 2018). Zmienił w ten sposób postrzeganie człowieka i jego ciała i zwrócił uwagę na społeczne uwarunkowania zdrowia.

Budowa i funkcjonowanie ludzkiego ciała w teorii humoralnej determinuje także charakter człowieka, predysponując go do określonych zachowań, czynności, działań, a nawet profesji. Psychospołeczny wymiar teorii humoralnej w pewnym stopniu funkcjonuje do dziś – w kontaktach społecznych opisujemy innych, odwołując się do typologii temperamentów, przypisując cholerykom, melancholikom czy flegmatykom określone charakterystyki społeczne. Wiele współczesnych teorii osobowości opiera się także na teorii humoralnej.

Z dzisiejszej perspektywy rozważania te mogą się wydawać nieco prymitywne i naiwne, jednak dały one podstawy nowożytnej medycynie. Naukowość podejścia Hipokratesa jest niezaprzeczalna, a jego osiągnięcia na długo wyznaczyły kierunki rozwoju wiedzy medycznej. Choć Przysięga Hipokratesa w pierwszych słowach odwołuje się do bogów – „Przysięgam na Apollona lekarza, na Asklepiosa, Hygieje i Panaceje oraz na wszystkich bogów i boginie, biorąc ich na świadków, że wedle mej możliwości i rozeznania będę dochowywał tej przysięgi i tych zobowiązań”² – Hipokrates uważany jest za pierwszego lekarza, który zerwał z mistyczno-religijnym modelem choroby na rzecz modelu racjonalno-pragmatycznego.

2.2. Choroba jako kara, czyli rzecz o grzesznym ciele

Wspomniany wyżej mistyczno-religijny model choroby, określanej też jako model metafizyczno-obwiniający, jest obok modelu pragmatyczno-racjonalnego najczęściej przywoływanym sposobem interpretowania choroby i zmian fizycznych oraz psychospołecznych, jakie ona wywołuje. Oba modele mają swoje społeczne uwarunkowania, gdyż każdy z nich w inny sposób opisuje rolę chorego i jego relację z otoczeniem. Model metafizyczno-obwiniający ukształtował się w starożytności – przekonanie o boskim pochodzeniu choroby było obecne w Egipcie czy Fenicji, dotarło także do Grecji (Jouanna 2012). Historyczne dowody na boskie pochodzenie choroby można znaleźć w literaturze antycznej, np. w dziełach Homera, Hezjoda oraz dziełach Herodota czy Tukidydesa (Williams 2003).

Rozwój wiedzy naukowej spowodował odejście od tej deterministycznej wizji życia człowieka, w której podlega on łasce lub niełasce sił wyższych. Przyczyniły się do tego prace przywoływanego wcześniej Hipokratesa. Model metafizyczno-obwiniający powrócił w okresie Średniowiecza, wraz ze wzrostem roli chrześcijaństwa i kościoła katolickiego jako instytucji. Sama medycyna pozostawała pod silnym wpływem kościoła katolickiego, gdyż znaczna część średniowiecznych lekarzy wywodziła się ze środowisk duchownych (Reiser 1985; Dougherty 1993; Jouanna 2012; Le Goff, Truong 2018; Krzysztofik 2020). W tym okresie również umocniło się postrzeganie ludzkiego ciała w kategoriach *stricte* moralnych. Na jakich założeniach opiera się zatem model metafizyczno-obwiniający? Przede wszystkim ciało jawiło

2 Cytat pochodzi ze strony Okręgowej Izby Lekarskiej http://www.oil.org.pl/xml/oil/oil50/tematy/prawo_oil/hipokr (dostęp: 25.09.2021).

się w opozycji do duszy – to pierwsze należało do *profanum*, drugie zaś do *sacrum*. Ciało postrzegane było jako centrum porządku ziemskiego, będąc jednocześnie potępiane jako siedlisko zła i otaczane troską jako rezerwuar duszy, instrument cierpienia zbliżającego do Boga oraz zbawienia. Choroba jawiła się jako efekt czynów i występków człowieka, była postrzegana jako kara za grzechy, ale jednocześnie dawała szansę na odkupienie, gdyż sprawiała, że człowiek cierpiał fizycznie, podobnie jak umierający na krzyżu Chrystus. Choroba to zatem nieczystość ciała i duszy, dlatego też leczono i jedno, i drugie. Społeczny wymiar ludzkiego życia był zdeterminowany religijnie, zaś sama choroba miała charakter bardziej moralny niż fizyczny, choć jej manifestacje były jak najbardziej fizyczne.

Model ten, pozbawiony zabarwienia religijnego, z dominującym elementem obwiniania, obecny jest również współcześnie – wiele chorób ma podłoże środowiskowe i związane są ze stylem życia jednostki. Osoby chorujące np. na AIDS czy choroby weneryczne są stygmatyzowane, gdyż istnieje domniemanie, że chory przyczynił się do powstania choroby i na skutek swego złego/niemoralnego zachowania spotkała go kara w postaci określonego schorzenia. W 2008 roku media doniosły o śmierci półrocznego dziecka, u którego zidentyfikowano rzadką chorobę metaboliczną związaną z niedoborem enzymu LCHAD. W Polsce z tym schorzeniem żyje około 100 osób, z czego 37 mieszka na Kaszubach. Choroba ma podłoże genetyczne i ujawnia się w wieku niemowlęcym. Organizm chorego nie produkuje (lub wytwarza za mało) enzymu odpowiedzialnego za przemianę tłuszczów. Gdy w organizmie zdrowego człowieka spada poziom cukru, energia pobierana jest właśnie z tłuszczów. U chorych z niedoborem LCHAD spadek poziomu glukozy uszkadza układ nerwowy i mięśnie. Fakt, że ponad 1/3 chorych to mieszkańcy Kaszub, spowodował, że z rzadkiej choroby genetycznej stała się ona „chorobą etniczną” i doprowadził do „powstania negatywnego stereotypu Kaszubów jako grupy zamkniętej, obciążonej chorobą genetyczną, kultuwującej przestarzałe zwyczaje (endogamia)” (Kwaśniewska 2018).

Stygmatyzacja czy inaczej piętnowanie jest społeczną reakcją na obiektywną definicję choroby. Pojęcie to użyte w 1963 roku przez Ervinga Goffmana odnosiło się do każdego atrybutu, który dyskredytuje jednostkę w procesie interakcji (Goffman 1990). Stygmatyzacja jest zwykle konsekwencją etykietowania. W kontekście medycznym definiowanie kondycji pacjenta w kategoriach choroby jest nadawaniem mu etykiety chorego. W zależności od postrzegania tej etykiety przez społeczeństwo może stać się ona przyczyną stygmatyzacji, czyli piętnowania chorego. To z kolei prowadzi do nierównego traktowania, marginalizacji i wykluczenia.

2.3. Narodziny medycyny nowożytnej – biomedyczny model ciała

Wraz ze słabnącą rolą kościoła katolickiego i jednoczesnym rozwojem nauki ewoluowała wiedza o ludzkim ciele i jego funkcjonowaniu. Od XV wieku, kiedy uczelnie medyczne wyzwalały się spod dominacji kościoła, nastąpiła również zmiana kształcenia w tej dziedzinie. Prace takich uczonych jak Leonardo da Vinci czy Vesalius, oparte na sekcjach ludzkich zwłok pozwoliły zweryfikować wcześniejsze poglądy

na anatomię i fizjologię ludzkiego ciała. Wiedza medyczna, oparta coraz częściej na empirii, sięgała także po filozoficzne prądy myślowe. Siedemnastowieczna nauka inspirowana była filozofią kartezjańską, zaś w medycynie szczególnego znaczenia nabrała koncepcja dualizmu psychofizycznego wyłożona przez Kartezjusza w *Zasadach filozofii*:

A chociaż na podstawie dowolnego atrybutu poznaje się substancję, wszelako każdej substancji przysługuje jakaś główna własność, która konstytuuje jej naturę i istotę i do której sprowadzają się wszystkie inne własności. W ten sposób rozciągłość wzdłuż, wszere i w głąb konstytuuje naturę substancji cielesnej; a myślenie konstytuuje naturę substancji myślącej. Bo wszystko inne, co można ciału przypisać, zakłada z góry rozciągłość i jest tylko jakąś modyfikacją rzeczy rozciągłej; tak jak wszystko, co odkrywamy w umyśle, to są tylko różne modyfikacje myślenia. Tak np. nigdzie indziej jak tylko w rzeczy rozciągłej można pojąć kształt, a ruch też jedynie w rozciągłej przestrzeni; ani nigdzie indziej wyobraźni czy odczuwania, czy woli jak tylko w rzeczy myślącej (Kartezjusz 1960: 39–40).

Umysł (*res cogitans*) odznacza się myśleniem i świadomością, zaś ciało (*res extensa*) charakteryzuje rozciągłość w przestrzeni.

Rozważania Kartezjusza spowodowały, iż procesy życiowe (nie tylko w odniesieniu do ciała człowieka, ale ogólnie do przyrody) zaczęto postrzegać jako czysto materialne, mechaniczne. Ciało, jako *res extensa*, podlegało jedynie procesom mechanicznym, zaś dusza została zredukowana do substancji myślącej (Lampart 2020). Rozdział duszy i ciała oraz mechanistyczna wizja tego ostatniego stały się atrakcyjnym tropem dla rozwijającej się medycyny, która zaproponowała biomedyczny model choroby i towarzyszącą mu naukową wizję ludzkiego ciała jako przedmiotu zainteresowania medyków.

W 1878 roku Louis Pasteur ogłosił, iż choroby wywoływane są przez drobno-ustroje. Odkrycie to zostało rozwinięte przez Roberta Kocha, który doprecyzował, że konkretne bakterie wywołują konkretne choroby. W ten sposób jednoprzyczynowy model choroby znany jako model biomedyczny stał się dominującym paradygmatem w medycynie do początków XX wieku. Wraz z kartezjańskim dualizmem spowodował, że medycyna skupiała się na znalezieniu i usunięciu konkretnej przyczyny z ciała, a dokładniej z chorej części, i zupełnie zaniedbała stronę psychospołeczną chorego. Ludzkie ciało jawiło się w tamtym czasie jako maszyna zbudowana z połączonych i współzależnych części, zaś rola lekarza podobna była do roli mechanika, który ma znaleźć i naprawić usterkę. Społeczne przyczyny chorób także były ignorowane (Germov 2019). Model biomedyczny uznawał także, że właściwym miejscem do leczenia tego „uszkodzonego” ciała jest szpital. Ciało stało się opisywalne i mierzalne w kategoriach naukowych, chory stał się podporządkowanym decyzjom medycznym, zaś choroba jawiła się jako obiektywny stan niepożądany. Medycyna szpitalna wprowadziła cztery innowacje: nozologię strukturalną, zlokalizowaną patologię, badanie fizykalne oraz analizy statystyczne (Williams 2003). Takie postrzeganie ciała wywołało kilka istotnych konsekwencji (Germov 2019):

- uprzedmiotowienie – dualizm ciała i duszy koncentruje się na naprawie uszkodzonych części ciała-maszyny; to może prowadzić do uprzedmiotowienia

– pacjenci są traktowani jak chore ciała lub przypadki i nie są postrzegani jako wyjątkowe jednostki z ich indywidualnymi potrzebami; pacjent nie jest traktowany holistycznie;

- redukcjonizm – następuje redukcja w obrębie ludzkiego ciała – z organów do komórek, z komórek do molekuł i genów; na tym poziomie psychospołeczne przyczyny chorób całkowicie giną;
- specjalizacja – konsekwencją redukcjonizmu jest przekonanie, że określony narząd można leczyć w oderwaniu od innych, a to w konsekwencji prowadzi do rosnącej liczby specjalistów (kardiolog, endokrynolog, gastroenterolog); w obrębie tych specjalizacji następują kolejne – pojawiają się lekarze specjalizujący się w leczeniu określonego narządu, np. hepatolog);
- determinizm biologiczny – redukcjonizm w konsekwencji często prowadzi także do przekonania, że to biologia determinuje status społeczny, ekonomiczny i zdrowotny człowieka, a nie odwrotnie; determinizm biologiczny jest niebezpieczny, gdyż może uprawomocniać nierówności społeczne – jeśli nierówności zdrowotne czy społeczne uznać za zdeterminowane biologicznie, konsekwencją takiego myślenia jest przekonanie, że niewiele można zrobić, by to zmienić;
- podejście obwiniające – ostatnią konsekwencją jest lokowanie przyczyny choroby i lekarstwa na nią jedynie w obrębie jednostki, przy jednoczesnym ignorowaniu społecznego kontekstu zdrowia i choroby – „Zamiast pytać, dlaczego choroba się pojawia i próbować usunąć te warunki, badacze medyczni próbują zrozumieć biologiczne mechanizmy rozwoju choroby, tak aby móc na nie wpływać” (Capra 1982: 150; tłum. M.W.); skupienie się na leczeniu jednostki może prowadzić do stosowania podejścia obwiniającego – chorobę można postrzegać jako rodzaj genetycznego fatalizmu lub jako efekt indywidualnych wyborów w ramach stylu życia. Takie podejście zdaje się całkowicie ignorować rolę zmiennych środowiskowych, jak chociażby warunki życia czy pracy, które wynikają z określonego umiejscowienia „chorego ciała” w strukturze społecznej.

Biomedyczny model doprowadził do uprzedmiotowienia ciała człowieka, a także postępującej jego fragmentaryzacji. Instrumentalna interwencja medyczna dotyczyła chorego narządu, który medycyna miała za wszelką cenę naprawić. Nie tylko holistyczne podejście do człowieka, które pojawiło się w Starożytności, utraciło na znaczeniu, ale dodatkowo także samo ciało przestało się jawić jako całość, a rosnąca specjalizacja w obrębie profesji medycznych spowodowała, że doszło do jego swoistej dekompozycji. Medycyna naprawcza jako efekt modelu biomedycznego za główny cel stawia przywrócenie sprawności choremu ciału (a dokładniej jego części), nie interesuje się jednak chorobą w perspektywie biopsychospołecznej. Dodatkowo medycyna została ugruntowana jako jedyna instytucja mogąca kontrolować zdrowie i chorobę jednostki. Ta rosnąca rola medycyny została dostrzeżona po II wojnie światowej, a procesy medykalizacji stały się ramą analityczną przemian medycyny opartej na dowodach (EBM, *evidence-based medicine*).

2.4. Procesy medykalizacji

Relacja między ciałem a medycyną jest nierozzerwalnie związana z procesami medykalizacji. Procesy te oznaczają wkraczanie medycyny w kolejne obszary ludzkiego życia i czynienie z nich terytorium eksploracji dla medycyny (Conrad 2007; Wieczorkowska 2012b; Clark 2014; Nowakowski 2015). Ponieważ ciało jest najbardziej bezpośrednim obiektem oddziaływań medycyny, procesy medykalizacji są jednocześnie procesami zawłaszczania ciała człowieka przez instytucje medyczne. Medykalizacja rozumiana jako forma medycznej kontroli społecznej nie jest zjawiskiem nowym, jednak postęp w medycynie powoduje, że procesy „czynienia medycznymi” kolejnych sfer ludzkiego życia w ostatnich dekadach przybrały na sile. Procesy medykalizacji nie są jednorodne, różnicuje je:

- dynamika umedyczniania – w ujęciu makrostrukturalnym obserwuje się nasilenie procesów medykalizacji, jednak w odniesieniu do konkretnych zjawisk, stanów czy zachowań można mówić o różnych stopniach medykalizacji i odmiennym natężeniu (Conrad 2007) – w przypadku ciał to ciało kobiece jest znacznie silniej poddane jurysdykcji medycznej niż ciało męskie (Wieczorkowska 2012a, 2015, 2016), Peter Conrad pisał o upłciowieniu procesów medykalizacji (*gendered*) (Conrad 2007);
- zasięg terytorialny – mówiąc o medykalizacji, ma się na myśli procesy charakterystyczne dla współczesnych społeczeństw kapitalistycznych (Nowakowski 2015).

Medyczna kontrola społeczna sięga czasów starożytnych – już greccy uczeni pisałi o konieczności nadzorowania osób cierpiących na obłąd. Podstawą kontroli był nonkonformizm w zachowaniach chorego. Michel Foucault początki współczesnej medykalizacji umiejscawiał w drugiej połowie XVIII wieku i związane były one z rozwojem samej medycyny oraz instytucji medycznych (Foucault 1999). Pierwsze prace poświęcone wkraczaniu medycyny w kolejne obszary życia człowieka oraz stosowanie terminologii i procedur medycznych w odniesieniu do stanów, cech i zachowań, które poprzednio były traktowane jako naturalne lub znajdowały się pod jurysdykcją innych instytucji, pojawiły się w latach 50. i 60. XX wieku (Conrad 1992, 2005; Conrad, Schneider 1992). Podkreślały one negatywne konsekwencje zawłaszczania przez medycynę zjawisk niemających biologicznego podłoża (jak bieda czy bezrobocie) oraz krytykowały arbitralność kryteriów diagnostycznych i płynność granic między normą a patologią. Medykalizacja w tamtym okresie miała charakter odgórny (*top-down*) i polegała na narzucaniu przez medyczną elitę i instytucje medyczne ram diagnostycznych, leczniczych i terapeutycznych na naturalne stany fizjologiczne, niepowodzenia życiowe, problemy rodzinne czy społeczne. Imperializm medyczny, transmisja medycznej wiedzy – władzy oraz medyczny nadzór społeczny od góry do dołu, od elit do ogółu społeczeństwa były przedmiotem zainteresowania takich badaczy jak Erving Zola, Ivan Illich czy Talcott Parsons.

Od końca lat 80. XX wieku obserwuje się zmianę polegającą na odwróceniu kierunku medykalizacji (Conrad 2005, 2007). Obecnie medykalizacja ma charakter oddolny (*bottom-up*), a profesjonaliści medyczni są jednym z wielu i nie tak znaczącym aktorem tych procesów. Siłą napędową umedyczniania kolejnych

obszarów życia, a także internetu (Miah, Rich 2008) czy architektury (Zardini, Borasi, Campbell 2012) są obecnie sami pacjenci i konsumenci, stowarzyszenia, grupy i ruchy społeczne, a na mezo- i makropoziomie – ekonomika zdrowia, przemysł farmaceutyczny oraz genetyka. Peter Conrad, czołowy badacz procesów medykalizacji w swoich analizach podkreśla wielowymiarowość tego zjawiska i zwraca uwagę na rosnącą rolę nowych aktorów w procesach umedyczniania. Oddawanie pola medycynie jest spowodowane rosnącymi oczekiwaniami społecznymi, związanymi z kategorią sukcesu, która w społeczeństwie amerykańskim stała się swoistą panwartością³. Brak sukcesu w jakiejś dziedzinie (np. edukacji) nie jest słabością intelektu, trudność w skupieniu uwagi i nadpobudliwość cechą charakteru czy brakami w wychowaniu, lecz są objawami choroby (*medicalization of underperformance*). Łatwość, z jaką medycyna przejmuje kolejne obszary i roztacza władzę nad ciałem i życiem, jest powodowana rosnącymi oczekiwaniami społecznymi wobec sprawności i wydajności ciała oraz jego wyglądu, ale także wzrostem oczekiwań wobec samej medycyny, która z medycyny naprawczej staje się medycyną spełniania pragnień. Choroba coraz częściej staje się murem, za którym można się bezpiecznie schować przed wymaganiami i oczekiwaniami świata zewnętrznego, jest wymówką i generuje oczekiwania odmiennego, ulgowego traktowania.

Medykalizacja może się przejawiać używaniem medycznego języka do opisu zjawisk, stanów czy zachowań oraz w stosowaniu procedur medycznych w miejsce rozwiązań edukacyjnych, wychowawczych, prawnych czy socjalnych.

Umedycznienie nie dotyka w równym stopniu kobiet i mężczyzn, a jest to związane z postrzeganiem kobiety i jej ciała w przeszłości. Do XVIII wieku funkcjonował tzw. **jednopłciowy model ciała**. Zakładano, że istnieje jedna płęć biologiczna (męska), zaś różnica między kobietą a mężczyzną jest różnicą „stopnia” natężenia pewnych cech, nie zaś różnicą jakościową. W teorii humoralnej różnicę tę stanowiła kombinacja humorów. Model ciała biologicznego to model męski, zaś kobieta była jego gorszym wariantem, z męskimi genitaliami umieszczonymi w jamie brzusznej do góry nogami (Laqueur 1992; Park 2010; King 2013; Buczkowski 2017). W XVIII wieku „dostrzeżono” wyjątkowość ciała kobiety (głównie układu rozrodczego), ale wraz z jego odkryciem (i emancypacją, której towarzyszyło symboliczne wyjście kobiety ze sfery domu do sfery publicznej) ciało kobiety stało się obiektem zainteresowania „męskiej medycyny”, czyli zdominowanej przez mężczyzn i przyjmującej męski punkt widzenia. Stąd też o wiele więcej zmedykalizowanych stanów, zachowań i zjawisk dotyczyło kobiet niż mężczyzn. Obecnie coraz częściej również męskie ciało staje się kawałek po kawałku obszarem medycznej aneksji. Mówiąc o umedycznianiu, zwraca się uwagę na trzy jego obszary (Waggoner, Stults 2011):

- medykalizacja normalnych zdarzeń życiowych – niepłodność u kobiet, menopauza, starzenie się, kontrola miesiączkowania, poród, zespół napięcia przedmiesiączkowego, dysfunkcja erekcji, andropauza;

3 To do niej także w swych pracach w latach 60. XX wieku odwoływał się Talcott Parsons, konstruując rolę chorego.

- biomedyczne i estetyczne ulepszenia – chirurgia plastyczna (powiększanie i redukcja piersi, plastyka powiek, implanty pośladków, liposukcja, wydłużanie nóg, operacje odmładzające głos, waginę, implanty łydek i klatki piersiowej), dermatologia, kosmetologia, sterydy, przetaczanie krwi, terapia łysienia, przeszczepy włosów, przeszczep komórek macierzystych;
- nadzór medyczny i interwencje – mammografia, cytologia, opieka prenatalna, obrzezanie.

W przypadku umedyczniania procesów fizjologicznych jak ciąża czy starzenie się medycyna zawłaszcza te obszary, definiując je jako wymagające medycznego nadzoru i interwencji. Ponieważ kobieca fizjologia w zakresie funkcji rozrodczych jest odmienna od męskiej, to kobiety doświadczają w tym obszarze medycznych praktyk częściej niż mężczyźni. Biomedyczne i estetyczne ulepszenia to obszar, w którym medykalizacja ma charakter głównie oddolny – to klienci domagają się przeprowadzenia zabiegu, ulepszenia swojego – zazwyczaj zdrowego i sprawnego – ciała. I choć chirurgia plastyczna ma swoje źródło w zabiegach rekonstrukcji uszkodzonych lub zdeformowanych części ciała, to obecnie kojarzona jest głównie ze sferą estetycznych ulepszeń. Korzystają z nich głównie kobiety, ale coraz częściej sięgają po nie także mężczyźni. Wzrost oczekiwań społecznych w odniesieniu do ciała stymuluje rozwój medycyny w obszarze ulepszeń, ciało jest przekształcane i modelowane, zdrowie staje się produktem nabywanym na rynku medycznym, a o jego zasobie decyduje sytuacja materialna i indywidualne potrzeby klienta. Ostatni obszar – nadzór medyczny i interwencje – to wykorzystanie instrumentów medycyny do kontroli zdrowia populacji i monitorowanie ich kapitału zdrowotnego w celu utrzymania efektywności gospodarczej i społecznej państwa. Programy prewencyjne i badania skriningowe mają na celu medyczny nadzór nad ciałami obywateli i w razie potrzeby pozwalają na medyczną interwencję. Oczywiście jest także wymierny pozytywny efekt tych programów i badań – pozwalają one zidentyfikować grupy ryzyka lub wykryć choroby we wczesnym stadium, a w konsekwencji mogą istotnie zmniejszyć ryzyko zachorowania lub – w przypadku wykrycia choroby – pozwalają osobie chorej na podjęcie decyzji, czy i jak ją leczyć, co może być interpretowane jako Goffmanowskie zarządzanie piętnem (Goffman 1990).

Medykalizacja to współczesna forma władzy nad ciałem. Jest to władza oparta na wiedzy naukowej, poparta autorytetami eksperckimi. Jak pisał Michel Foucault (2006, 2010), jest to forma nadzoru nad ciałem jednostki i populacją jako żywym organizmem. Zadaniem tej władzy jest dyscyplinowanie, nadzorowanie, poddawanie reżimom i kontrolowanie ciał rozmieszczonych w przestrzeni. Kategorią centralną staje się życie i przeżycie, mierniki populacyjne, jak wskaźnik urodzeń, zachorowalność określają zdrowie populacyjne i wyznaczają kierunki polityk szczegółowych (zdrowotnej, edukacyjnej). Instytucjonalnym ulokowaniem tej władzy jest państwo, jednak władza ta jest sprawowana na bazie medycznych ekspertyz, które stają się podstawą normalizacji społeczeństwa. Ta zaś odbywa się poprzez „opomiarowanie” ciała jako takich oraz ich parametrów życiowych. Norma medyczna staje się normą kulturową, zaś dbałość o zdrowie i ciało stają się imperatywem moralnym. Jest ona

wytworem określonego dyskursu, określonej wiedzy i nie ma charakteru uniwersalnego. Foucault (2020), opisując proces normalizacji, odwoływał się do przykładu więziennictwa i kar, jednak odnaleźć go można także w odniesieniu do medycznej władzy nad ciałem, które jest mierzone, porównywane, homogenizowane, hierarchizowane i wykluczane ze względu na posiadanie określonych schorzeń. Normy medyczne zmieniają się zazwyczaj na skutek rozwoju wiedzy medycznej, zaś eksperci z zakresu zdrowia i choroby rekomendują określone działania będące podstawą polityki państwa wobec obywateli i jednocześnie instrumentem nadzoru i społecznej kontroli medycznej.

Rozwój medycyny sprawił, że nastąpiła zmiana w strukturze chorób – dzięki szczepieniom, antybiotykom i popularyzacji wiedzy z zakresu higieny i aseptyki schorzenia, które dawniej dziesiątkowały ludzkie populacje, przestały im zagrażać. Tak zwane przejście epidemiologiczne (McKeown 2009) pokazuje, jak – od początku XIX wieku – zmalała śmiertelność z powodu chorób zakaźnych i jak zostały one „zastąpione” przez choroby przewlekłe i cywilizacyjne. Na owo przejście epidemiologiczne także można spojrzeć z perspektywy medycznej władzy nad ciałem, gdyż opanowanie chorób zakaźnych było możliwe dzięki dyscyplinowaniu i reżimom takim jak masowe szczepienia (gruźlica, polio), izolacja, przyjmowanie leków, monitorowanie efektów leczenia. Współczesna medycyna kontroluje nie tylko przebieg choroby i proces leczenia, ale także zdrowie populacji, poddając ciała mierzeniu i monitorowaniu w celu wychwycenia nawet najmniejszych nieprawidłowości i odstępstw od norm. Za cenę bezpieczeństwa jednostki rezygnują z autonomii własnego ciała, poddając je coraz liczniejszym medycznym procedurom.

Początkowo medycyna miała charakter **naprawczy** – jej zadaniem było wyleczyć i przywrócić ciało do sprawności. Obecnie, obok tej gałęzi zajmującej się ciałem chorym, ułomnym, niesprawnym, pojawiła się **medycyna spełniania pragnień**, medycyna ulepszeń, w której centralną kategorią staje się zdrowie jako obszar interwencji i nadzoru instytucji i profesjonalistów medycznych. O ile w przypadku medycyny naprawczej człowiek zmuszony jest do korzystania z jej usług, o tyle medycyna ulepszeń to obszar, w który jednostka wkracza dobrowolnie. Pomiędzy zdrowiem i chorobą pojawia się nowa kategoria – ryzyko zdrowotne. Monitorowanie funkcji ciała, określanie granic między normą i patologią oraz analiza społeczno-kulturowych uwarunkowań występowania określonych chorób spowodowały wyodrębnienie się obszaru zarządzania ryzykiem zdrowotnym. Ciało będące na granicy świata chorych i zdrowych to ciało, które jest traktowane jako chore i poddawane procedurom diagnostycznym, terapeutycznym i leczniczym, mimo że schorzenie nie jest jeszcze obiektywnym stanem, w jakim znajduje się jednostka. **Medycyna prewencyjna** (Courtine 2020) roztacza władzę nad jeszcze zdrowym ciałem, czyniąc je zależnym od wiedzy i umiejętności specjalistów medycznych. To ciągłe monitorowanie w poszukiwaniu potencjalnych chorób eskaluje lęk o własne zdrowie i życie oraz sprawia, że ciało jawi się jako niepewne i stanowiące zagrożenie dla jego właściciela, co w świecie ryzyka ma swoje racjonalne uzasadnienie. Medycyna idzie jednak o krok dalej, starając się też przewidywać i kreować ciało – opisanie

ludzkiego genomu daje możliwości antycypowania losu jednostki w odległej przyszłości i projektowania ciała pozbawionego wad i wyposażonego w określone ulepszenia. **Medycyna predyktywna, personalizowana, prewencyjna i partycypacyjna (4P)** to model medycyny przyszłości, jednak już dziś można obserwować pierwsze osiągnięcia w tym obszarze związane z rozwojem genetyki czy bioinżynierii (Głos 2017; Pasowicz 2013).

2.5. Ciało u mechanika – medycyna naprawcza

W odniesieniu do modelu medycyny nastawionej na leczenie określonych schorzeń można mówić o mechanicystycznym podejściu do ciała człowieka, które było wcześniej charakteryzowane w ramach modelu biomedycznego. Założenia dotyczące relacji lekarz – pacjent pokazują, że ten ostatni, w zależności od rodzaju dolegliwości, ma się biernie poddać procedurom medycznym i władzy specjalistów (aktywność – bierność), współpracować, uznając autorytet lekarza (kierowanie – współpraca) lub też stać się partnerem i móc w pewnym zakresie decydować o swoim leczeniu (współuczestnictwo) (Szasz, Hollender 1956; Sokołowska 1986). Zatem ciało, w większym lub mniejszym stopniu, podlega tu naprawie bez udziału osoby pacjenta. Jedynie ostatnia relacja, charakterystyczna dla chorób przewlekłych sprawia, że pacjent traktowany jest holistycznie, a władza nad jego ciałem słabnie, co w pewnej mierze jest także efektem bezradności medycyny w leczeniu przyczynowym tego typu dolegliwości.

Warto wspomnieć tutaj o szczególnym przypadku chorób – tych, które wywołują epidemie. AIDS, które swoje żniwo zbierało w latach 80. XX wieku, zmieniło oblicze dyskursu o chorobie i traktowaniu pacjenta, zaś pandemia SARS-CoV-2 zainicjowała debatę na temat autonomii, wolności i granic ingerencji w życie i ciało człowieka – obywatela, stając się doskonałą egzemplifikacją modelu biowładzy Michela Foucaulta. Pojawiające się epidemie mają jeszcze jeden doniosły skutek dla samej medycyny postrzeganej jako rodzaj władzy i kontroli nad ludzkim życiem – podważają⁴ bowiem jej autorytet i osłabiają władzę nad ciałem, pozostawiając coraz szerszej uchylone drzwi dla sceptyków niewierzących w naukowość i zasadność stosowanych medycznych rozwiązań. Medialność XX-wiecznych epidemii powoduje także, że chorujące ciało (a także chorująca populacja) staje się przedmiotem publicznej debaty, jest pokazywane i objaśniane w kontekście choroby. AIDS to pierwsza choroba, która – poprzez jej medialne ekspozycje – odarła z prywatności pacjentów, w tym także gwiazdy (Courtine 2020). Jednocześnie zaś uświadomiła, że w obliczu ryzyka choroby jesteśmy równi, zaś nierówności dotyczą szans na odpowiednie leczenie. O ile AIDS zwróciło uwagę na znaczenie prewencji w rozprzestrzenianiu się choroby, o tyle COVID-19, czyli choroba wywołana wirusem SARS-CoV-2, pokazał siłę

4 Istnieje oczywiście zależność odwrotna, polegająca na umacnianiu pozycji medycyny wśród zwolenników medycznych interwencji i rozwiązań, np. zwolenników szczepień, jednak w tym kontekście chodziło o pokazanie, że sytuacje takie jak epidemia są swoistym sprawdzianem dla uprzywilejowanej pozycji medycyny.

związków między wiedzą ekspercką a politycznymi decyzjami dyscyplinującymi i kontrolującymi ciała obywateli poprzez izolację, kwarantannę, dystans społeczny (który w istocie jest dystansem fizycznym), stosowanie środków ochrony osobistej (maseczki, płyny do odkażania i dezynfekcji, rękawiczki), stosowane w niektórych krajach „przepustki COVID-owe” pozwalające na zrobienie zakupów w trakcie twardego *lockdownu*, certyfikaty szczepień różnicujące dostęp do przestrzeni publicznej dla osób zaszczepionych i niezaszczepionych (element tzw. segregacji sanitarnej) czy wreszcie stosowane w niektórych krajach zakazy dotykania przedmiotów w przestrzeni publicznej bez wyraźnej potrzeby (np. artykułów w sklepach). W tym przypadku działania prewencyjne o takim charakterze były jedynym możliwym do zastosowania instrumentem w walce z rozprzestrzeniającym się wirusem. Zdrowe ciała poddano reżimom o charakterze prewencyjnym, zaś chore poddały się procedurom medycznym, których celem było ich ratowanie za wszelką cenę.

Oprócz epidemii (powracających jak malaria lub też całkiem nowych jak SARS-CoV-2) mamy współcześnie do czynienia ze wzrostem liczby stanów o charakterze przewlekłym. Te ostatnie sprawiają, że pacjent w momencie diagnozy staje się związany silną relacją z podmiotami ochrony zdrowia i ich przedstawicielami. Można zaryzykować tezę, że choroba przewlekła powoduje uzależnienie od medycyny, która łagodzi objawy, podnosi komfort życia i przedłuża je. Współczesne osiągnięcia w wiedzy i technologii medycznej pozwalają takim pacjentom nie tylko żyć długo, ale często też szczęśliwie. Choroba przewlekła czy niesprawność czasem stają się dla chorych pretekstem do przekraczania granic i testowania swoich organizmów – niejednokrotnie takie osoby zawstydzają swoją siłą, sprawnością i dokonaniem zdrowych ludzi (np. paraolimpijczycy). Jest to możliwe nie tylko dzięki medycynie naprawczej, ale również dzięki bioinżynierii, która wykracza poza prostą naprawę – usprawnienie staje się ulepszeniem (Piore 2019). W jednym z kolejnych podrzdziałów wątki te zostaną opisane nieco bardziej szczegółowo.

Warto w tym miejscu wspomnieć o ważnym obszarze medycyny naprawczej, jakim jest transplantologia. Transplantacje, czyli przeniesienie tkanek, komórek lub narządów w obrębie jednego lub kilku organizmów dla wielu pacjentów są jedyną szansą na dalsze życie. Pierwsze próby przeszczepiania narządów miały miejsce w starożytności, jednak jako nauka transplantologia rozwinęła się w drugiej połowie XX wieku (Nogal, Wiśniewska, Antos 2016).

Lata 60. XX wieku stały się momentem przełomowym dla rozwoju światowej transplantologii klinicznej dzięki udoskonaleniu techniki przeszczepiania, poznaniu sposobów rozpoznawania i leczenia procesu odrzucania przeszczepu, wprowadzeniu metod przechowywania narządów (z zastosowaniem płynów konserwujących) oraz wykryciu nowej generacji leków – leków immunosupresyjnych (Nogal i in. 2016: 116).

Mówiąc o transplantacjach, należy uwzględnić kontekst biorcy, dawcy i rodziny. Narządy do przeszczepu pobiera się zarówno od żywych, jak i martwych osób. W sytuacji gdy dawca oddaje organ za życia, najczęściej mamy do czynienia z przeszczepem rodzinnym (np. nerki lub wątroby). Dawca i biorca się znają, jednak sam fakt choroby i konieczności wykonania przeszczepu zmienia relację rodzinną.

Często bliscy czują się zobowiązani do bycia dawcą wbrew sobie, zaś biorca może tego oczekiwać i domagać się przeszczepu lub też odwrotnie – czuć się niezręcznie, ale bać się odmówić. Pobieranie narządów od zmarłego dawcy podlega regulacjom prawnym⁵.

Przeszczepy allogeniczne (pomiędzy dwiema osobami o podobnym genotypie) rodzą między dawcą i biorcą szczególną więź. Sam fakt „wymiany” narządu może wiązać się u biorcy z niepokojem, depresją, wycofaniem. Okres pooperacyjny wczesny to czas, kiedy biorca zaczyna rozmyślać o dawcy. Zakłada się, że powinno się zachować anonimowość dawcy, aby zapobiec obciążeniu emocjonalnemu i niepotrzebnym wyobrażeniom o dawcy (Gulla 2006). Pacjentowi po przeszczepie może być trudno zaakceptować nowy organ, czasem pojawiają się zaburzenia w postrzeganiu własnego ciała, a pacjenci odczuwają żal po stracie swojego narządu, opłakują go i żalują decyzji o przeszczepie. Niektórzy boją się, że przeszczep zmieni ich tożsamość, że przejmą cechy charakteru biorcy (Engle 2001; Rainer, Thompson, Lambros 2010).

W 2020 roku wykonano w Polsce 1180 przeszczepów od zmarłych dawców i 59 od dawców żywych (nerka i fragment wątroby) (Poltransplant 2020). Najwięcej wykonanych zabiegów dotyczyło nerki (717 od dawców zmarłych i 31 od żywych). Wykonano także 1269 zabiegów przeszczepu rogówki. W grudniu 2020 roku liczba osób oczekujących na przeszczep wyniosła 1806, z czego ponad 1000 to osoby oczekujące na nerkę. Według raportu Centrum Badania Opinii Publicznej (CBOS) z 2016 roku (Feliksiak 2016) 80% Polaków zgadza się, by po ich śmierci pobrano narządy do przeszczepu. Niestety 75% nie rozmawiało o tym ze swoimi bliskimi. Jednocześnie aż 89% osób zadeklarowało, iż gdyby wiadomo było, że zmarły bliski nie wyraził sprzeciwu wobec pobrania jego narządów po śmierci, uszanowałiby tę decyzję. O tym, że w Polsce obowiązuje zasada zgody domniemanej, wiedziało 20% badanych.

2.6. Ciało w zagrożeniu – medycyna prewencyjna

Działania prewencyjne mają odciążyć medycynę naprawczą w znaczeniu instrumentalnym, zaś system ochrony zdrowia w znaczeniu ekonomicznym. W myśl zasady „lepiej zapobiegać, niż leczyć”, jednostki będące częścią szerszych kategorii i grup (określanych mianem grup ryzyka) są poddawane monitoringowi i kontroli wybranych parametrów. Ten rodzaj władzy nad ciałem ma znaczenie polityczno-gospodarcze – zdrowie populacyjne przekłada się bowiem na efektywność ekonomiczną kraju. To nieustanne mierzenie i odnoszenie się do norm powoduje, iż jednostka eskaluje lęk o własne zdrowie, zaś to ostatnie staje się czynnikiem ryzyka

5 W Polsce obowiązuje zgoda domniemana – jeśli dawca za życia nie wyraził sprzeciwu wobec pobrania jego organów, to jest to jednoznaczne ze zgodą. Artykuł 5 ustawy z dnia 1 lipca 2005 r. o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów mówi: „Pobrania komórek, tkanek lub narządów ze zwłok ludzkich w celu ich przeszczepienia można dokonać, jeżeli osoba zmarła nie wyraziła za życia sprzeciwu” (Anon 2005). W praktyce rodzina zmarłego często nie wyraża zgody na pobranie narządów nawet wtedy, gdy zmarły nie wyraził pisemnego sprzeciwu i nie ma przeszkód formalnych do pobrania narządów.

choroby. Andy Miah i Emma Rich (Miah, Rich 2008) w książce *The Medicalization of Cyberspace* opisują zjawisko medykacji internetu w kierunku *chronic care web* i *preventive web*. Ta ostatnia to propozycja dla osób zdrowych, które poszukują informacji o wzmacnianiu kondycji i unikaniu zagrożeń. Pojawia się nowy typ obywatela – *healthy cybercitizen* – którego zadaniem jest utrzymywanie i wzmacnianie kondycji poprzez używanie dostępnych badań i pomiarów medycznych. Aby tego dokonać, konieczna jest współpraca i zasięganie opinii ekspertów i doradców, którzy choć sami nie są profesjonalistami medycznymi, odwołują się do autorytetu medycyny, aby uwiarygodnić swoje zalecenia (Bunton, Burrows, Nettleton 2003).

2.7. Ciało plastyczne – medycyna spełniania pragnień

Możliwości współczesnej medycyny wykraczają daleko poza naprawę ludzkiego ciała w zakresie, w jakim zostało ono uszkodzone. Z medycyny naprawczej i rekonstrukcyjnej wyewoluowała kolejna jej dziedzina, której celem jest poprawianie i ulepszanie ludzkiego ciała. Medycyna estetyczna, chirurgia plastyczna, kosmetologia, dermatologia czy fizjoterapia to przykłady obszarów, w których centralną kategorią jest pojęcie zdrowia, a celem nadrzędnym jest jego poprawa, wzmocnienie a w konsekwencji uczynienie kogoś zdrowszym. Bycie sprawnym, pięknym, zadbanym staje się jednocześnie synonimem zdrowia i normą kulturową (Bauman, Kunz 2012), która wyznacza pozycję społeczną jednostki, determinuje jej szanse na rynku pracy, w relacjach partnerskich czy kontaktach towarzyskich.

Komercjalizacja usług medycznych powoduje, że ciało także stało się urynkowane, jest inwestycją, towarem, instrumentem (Gałuszka 2015; Wieczorkowska 2015). Mówi się o mcdonaldyzacji medycyny, pokazując, że stała się działalnością usługową rządzącą się prawami popytu i podaży (Williams 2003; Gałuszka 2013), a ciało poddane urynkowaniu jest jednocześnie pod jurysdykcją medycyny. Medykacja wyglądu jest w dużej mierze doświadczeniem kobiet, stąd Peter Conrad, pisząc o współczesnej medykacji, podkreślał, że są to procesy upłciowione (*gendered*) (Conrad 2007).

Jakie są konsekwencje ekspansji medycyny spełniania pragnień dla ludzkiego ciała? Poza faktem jego dalszej medykacji, która przejawia się zawłaszczaniem sfery zdrowia, jest to zmiana postrzegania własnego ciała. Staje się ono plastyczne, modyfikowalne i zaczyna być traktowane w kategoriach projektu (Wieczorkowska 2012a, 2015; Staniec-Januszek 2019). Przestaje być postrzegane w kategoriach naturalistycznych jako obiekt biologiczny, który może być zmieniany jedynie przez upływ czasu (Nettleton 2007; Jakubowska 2009; Kluczyńska 2016), jawi się natomiast jako „urabialne” i „kreowalne” według potrzeb i pragnień jednostki. Stąd procedury medyczne, których celem jest poprawa wyglądu, określane są jako medycyna spełniania pragnień.

Następuje estetyzacja ciała, które jest indywidualizowane, przeżywane i odrębne od innych ciał (Shilling 2021). Jest potencjałem, możliwością, kapitałem kształtowalnym przez indywidualne wyobrażenia, ale także przez kulturę i stosunki społeczne (Turner 2008; Bieńko 2009), stając się w ten sposób także nośnikiem nierówności

społecznych w sferze zdrowia. Pisząc o ciele jako o kapitale biologicznym, Honorata Jakubowska (Jakubowska 2009) pisała o trzech wymiarach jego zróżnicowania:

- baza wyjściowa, czyli ciało biologiczne;
- zarządzanie kapitałem – możliwość i umiejętność przekształcania ciała, również w aspekcie odwracania procesów, które go dotyczą;
- ochrona kapitału przed zagrożeniami.

Medycyna sprawia, że ciało staje się piękne, ale pozostaje także młode. Usuwając oznaki starzenia się, odsuwa także perspektywę śmierci, sprawiając, że staje się ona tematem tabu.

Napór na medycynę jest też konsekwencją przekonania o niepewności własnego ciała – jawi się ono jako kruche, delikatne i niedoskonałe, dlatego tak chętnie poddawane jest ulepszeniom (Williams 2003; Nettleton 2007). Płynność ludzkiego ciała pozwala zaprojektować je, począwszy od koloru włosów i oczu, poprzez kształt twarzy, wielkość piersi, wzrost, kształt sylwetki, na płci skończywszy⁶. Ciało jest możliwością ograniczaną przez postęp medycyny, własną wyobraźnię i zasobność portfela. Rodzi to wspomniane wcześniej nierówności w sferze zdrowia, wzmacniając jego stopniowalny charakter oraz rynkowy wymiar. Wielokrotnie zabiegi wywołują niepożądane konsekwencje medyczne, a każde zmiany psychospołeczne – zaburzenia tożsamości, uzależnienie od zabiegów, zaburzenia postrzegania własnego ciała (dysmorfofobia).

2.8. Medycyna tradycyjna i alternatywna

Tradycyjne sposoby radzenia sobie z dolegliwościami towarzyszą ludziom od początku istnienia. W wielu regionach świata metody oparte na ziołolecznictwie, akupunkturze, terapii kryształami czy światłem są wciąż bardziej popularne niż medycyna oparta na dowodach. Wiele metod i technik pochodzących z medycyny tradycyjnej zostało przeniesionych na grunt społeczeństw zachodnich, dając początek medycynie alternatywnej określanej też jako komplementarna, choć często – ze względu na brak udokumentowanych podstaw naukowych – określa się ją jako lecnicstwo niemedyczne (Piątkowski 2014).

Jedną z najważniejszych różnic między EBM a medycyną alternatywną jest postrzeganie choroby w kategoriach holistycznych. Pacjent jawi się tu jako jedność biopsychospołeczna, zaś choroba jest rozpatrywana jako fenomen psychospołeczny i kulturowy, a dopiero potem jako biologiczny. W wielu podejściach z zakresu medycyny alternatywnej nie odróżnia się choroby od innych form tzw. złęgo losu; ciało, umysł i dusza tworzą jedność i wzajemnie się przenikają, a choroba nie zawsze ma podłoże biologiczne (Sokołowska 1986).

Mimo wielu dowodów na psychospołeczne podłoże chorób somatycznych medycyna oparta na modelu biomedycznym wciąż nie sprostała oczekiwaniom pacjentów. Dlatego obiecująca wydaje się **Mind-Body Medicine**, obszar medycyny

6 Warto wspomnieć tu także o takich zabiegach jak: odmładzanie waginy, odmładzanie strun głosowych czy wydłużanie kończyn dolnych.

wykorzystujący różnorodność technik zaprojektowanych, by zwiększać wydajność umysłu i psychiki do radzenia sobie z problemami somatycznymi (Astin i in. 2003; Wolsko i in. 2004). Do najpopularniejszych technik zalicza się relaksację, medytację, hipnozę, biofeedback, terapię kognitywno-behawioralną oraz psychoedukację. Wraz z rosnącym zapotrzebowaniem ze strony pacjentów na partnerską i osobistą relację z lekarzem oraz roszczeniowość w kierunku holistycznego podejścia do problemów zdrowotnych ten rodzaj medycznych interwencji jawi się jako obiecujący.

2.9. Ciało zobrazowane za pomocą technologii medycznej

Medycyna jest szczególnym przypadkiem naruszania intymności ciała. Wizyta u lekarza wiąże się zazwyczaj z koniecznością jego obnażenia i pokazania obcej osobie, która – z racji wykonywanego zawodu – ma możliwość fizycznego kontaktu z nim. Narusza to zasady relacji społecznej, gdyż w kontaktach formalnych, oficjalnych zakłada się brak kontaktu fizycznego, a często jest on prawnie zakazany. Relacja lekarz – pacjent należy do nielicznych wyjątków⁷, gdzie ta zasada nie obowiązuje (Anon 2012). Pacjent musi odsłonić swoje ciało i oddać je w ręce lekarza w celach diagnostycznych i leczniczych. Wiąże się to często z poczuciem dyskomfortu dla pacjenta, który wstydzi się swoich niedoskonałości, blizn, deformacji (Szary 2014; Gulla, Izydorczyk, Kubiak 2019). Uwarunkowania religijne czy kulturowe mogą jeszcze dodatkowo komplikować tę relację i zwiększać lęk i poczucie dyskomfortu u pacjenta (Padela, Pozo 2011; Bagheri, Alali 2017).

W warunkach nowoczesnej medycyny badanie fizykalne to dopiero początek podróży w głąb ludzkiego ciała, gdyż w celu postawienia diagnozy, a później zastosowania leczenia ciało styka się z aparaturą medyczną prześwietlającą jego wnętrze. Zanim medycyna doszła do momentu, w którym – za sprawą medycznej technologii – mogła zajrzeć w najbardziej niedostępne obszary ludzkiego ciała, opierała się na domysłach i fantastycznych jego wyobrażeniach. Przełomu w poznaniu morfologii człowieka dokonał Andreas Vesalius w XVI wieku. W 1543 roku ukazało się jego dzieło *De humani corporis fabrica*. Autor zawarł w nim dokładne ryciny wszystkich części ludzkiego ciała oraz ich szczegółowe opisy. Co ciekawe, Vesalius opierał swoje prace na sekcjach zwłok zwierząt (Jędrzejewski 2013). Nieco wcześniej Leonardo da Vinci, łamiąc obowiązujące przepisy, wykonywał sekcje zwłok na ciałach ludzkich (Legierska i in. 2009). Pozostawione przez niego szkice i rysunki doskonale pokazują ludzką anatomię. Jak piszą autorzy artykułu o Leonardzie:

Dla celów naukowych i dydaktycznych przedstawiał badane struktury z każdej strony oraz niekiedy na przekrojach. Starał się nie tylko poznać budowę, ale nade wszystko poznać, zrozumieć i wytłumaczyć czynność. Takie pojmowanie anatomii nieznanie było nigdy przed nim, ani w latach mu współczesnych. Jest pierwszym anatomem w nowoczesnym stylu (Legierska i in. 2009: 74–75).

7 Inne przykłady formalnych relacji z dopuszczalnym kontaktem fizycznym to wizyta u stomatologa, kosmetyczki, piercera, tatuatora, fryzjera czy fizjoterapeuty, lekcje tańca, zajęcia jogi.

Przełomowym instrumentem pozwalającym „osłuchać” wnętrze ludzkiego ciała był wynaleziony w 1816 roku przez Rene Laenneca **stetoskop** (Bishop 2018). Wynalazek ten zrewolucjonizował praktykę lekarską i relację lekarz – pacjent, gdyż pozwolił na utrzymywanie dystansu fizycznego. W tamtych czasach miało to ogromne znaczenie, gdyż zabiegi higieniczne takie jak kąpiel nie były zbyt popularne.

Kolejna rewolucja w medycynie nadeszła w 1895 roku, gdy Wilhelm Röntgen odkrył **promieniowanie gamma** i po raz pierwszy zastosowano je do prześwietlania ludzkiego ciała. **Radiografia medyczna** znalazła szerokie zastosowanie w chirurgii – dzięki niej lokalizowano ciała obce, pociski czy złamania. Dzięki wysiłkom Marii Skłodowskiej-Curie wojskowe ciężarówki zostały wyposażone w aparaty rentgenowskie (Courtine 2020). Radiologia stała się prototypem badania *no touch*, w którym nie ma bezpośredniego fizycznego kontaktu między ciałem chorego a wykonującym zdjęcie.

Badania obrazowe zmieniły praktykę lekarską i ukształtowały obraz własnego ciała u przeciętnego człowieka (Courtine 2020). Są wykonywane na żywych ludziach (choć radiografia czy tomografia mogą być wykonywane na zwłokach), a nie jak sekcje, na zmarłych, i w porównaniu do nich są mniej inwazyjne, choć obarczone ryzykiem (szczególnie gdy konieczne jest podanie kontrastu). Od lat 20. XX wieku medycyna interesowała się osiągnięciami w dziedzinie fizyki i chemii związanymi z promieniotwórczością (Lawson 2012). W 1942 roku Enrico Fermi z Chicago stworzył reaktor jądrowy, zaś po II wojnie światowej, od roku 1946 zaczęto go wykorzystywać do produkcji radioizotopów do celów medycznych. Nazwa „**medycyna nuklearna**” po raz pierwszy została użyta w 1952 roku. Obecnie izotopy promieniotwórcze wykorzystuje się zarówno do diagnostyki, jak i leczenia pacjentów (diagnostyczna i interwencyjna medycyna nuklearna). Scyntygrafia, pozytonowa tomografia emisyjna (PET), tomografia trójwymiarowa SPECT to nazwy, które dla pacjentów brzmią groźnie i kojarzą się z negatywnymi skutkami napromieniania. Obecnie osiągnięcia medycyny nuklearnej wykorzystywane są przez nauki kognitywne, do badania pracy i funkcji ludzkiego mózgu (Courtine 2020). W ten sposób medycyna zagląda w ludzkie myślenie, nie pozostawiając jednostce nawet skrawka ciała, które mogłoby skrywać jakąś tajemnicę.

Innym rodzajem badania pozwalającym zgłębić tajniki ludzkiego ciała jest **ultrasonografia**, która wykorzystuje do obrazowania ultradźwięki. Metoda ta, znana już w czasie II wojny światowej upowszechniła się w latach 60. i 70. XX wieku. Obecnie wykorzystywana jest m.in. do wykrywania guzów, wrzodów, torbieli, służy także jako narzędzie oceny rozwoju płodu, jednak jej zastosowanie jest dużo szersze i obejmuje takie specjalizacje jak anestezjologia, angiologia, okulistyka, neonatologia, medycyna ratunkowa czy kardiologia. Szczególnego znaczenia badanie ultrasonograficzne nabiera w odniesieniu do ciąży. Możliwość obserwacji rozwoju embrionu i płodu wywołała co najmniej dwie konsekwencje. Po pierwsze, przypięczętowała psychiczną więź między matką i nienarodzonym dzieckiem. Po drugie, przyczyniła się do zmiany rozumienia początku życia, co z kolei wywołało debatę na temat możliwości jego odebrania wskutek aborcji. Według niektórych (Courtine

2020) ultrasonografia stała się instrumentem w rękach państwa i kościoła, będąc nową formą nadzoru nad ciałem kobiety, powodując jego wywłaszczenie i odbierając kobietom część praw do stanowienia o swoim ciele, a w konsekwencji życia. Z drugiej strony, badania prenatalne, na czele z obrazowaniem mogą u przyszłych matek eskalować lęk o prawidłowość rozwoju płodu i powodować, że czas radosnego oczekiwania staje się czasem nieprzyjemnego niepokoju (Puzewicz-Barska, Tarasiewicz 2004). Decyzja o dokonaniu aborcji z powodów terapeutycznych (w związku z nieodwracalną lub ciężką wadą płodu) może być utrudniona właśnie dlatego, że przyszła matka widziała płód w swoim łonie i łatwiej go personalizować. Od lat 70. XX wieku w prawie amerykańskim figuruje prawo do urodzenia się bez upośledzeń, potocznie zwane prawem do „nieistnienia” (Justyński 2003), z którego korzystają niepełnosprawne dzieci wytaczające swym matkom procesy o odszkodowanie z tytułu „złego urodzenia” (*wrongful birth*), w których wykorzystują dokumentację medyczną jak ultrasonografia (Courtine 2020).

2.10. Medycyna wirtualna i e-zdrowie

Warto w tym miejscu wspomnieć o zastosowaniu obrazowania i wykorzystaniu obrazów wizualnych do zabiegów i konsultacji. Medyczna technologia staje się nie tylko bardziej inteligentna, ale dodatkowo miniaturyzuje się – niektóre narzędzia stają się mniejsze, bardziej poręczne, zabiegi nie wymagają rozległej interwencji chirurgicznej, gdyż spopularyzowano tzw. chirurgię wziernikową (Williams 2003), która wykorzystuje obraz z kamery endoskopowej do precyzyjnego celowanego zabiegu.

Medycyna wirtualna stwarza możliwości treningu dla studentów, „zdalnej” operacji wykorzystującej robota i kamerę stereoskopową (*tele-presence surgery*), telekonsultacji, asysty zdalnej podczas zabiegów, a nawet *streamingu* operacji na żywo (Williams 2003).

Pandemia SARS-CoV-2 przyspieszyła rozwój telemedycyny i rozwiązań z zakresu e-zdrowia (teleporady, badania na odległość, monitoring zdrowia na odległość). Wiele z nich wymaga jeszcze udoskonalenia i ulepszeń, ale już dziś widać, jak w tym zakresie mogą i będą ewoluować usługi zdrowotne.

2.11. Śmierć i umieranie ciała

Rozwój wiedzy medycznej wraz z podniesieniem się ogólnego poziomu życia i wykształcenia ludzi spowodował wydłużenie się życia. Konsekwencją tego nowego procesu jest możliwość obserwowania nowych biologicznych zmian zachodzących w organizmie człowieka. Dodatkową konsekwencją jest opóźnienie śmierci skutkujące jej odsunięciem z dyskursu biomedycznego. Śmierć jawi się dla medycyny jako wypadek przy pracy, który nie powinien mieć miejsca. W biomedycznym modelu zdrowia jest miejsce na medycynę naprawczą – leczenie i przywracanie społeczeństwu sprawnych i efektywnych ciał. Szpital jest miejscem, w którym odbywa się proces leczenia i jest to podstawowy cel jego funkcjonowania. Nawet sam moment śmierci wciąż dla wielu jest niejasny. Klasyczne kryterium śmierci (ustanie podstawowych funkcji życiowych, czyli oddechu i bicia serca) zostało w latach

70. XX wieku zastąpione kryterium współczesnym, w ramach którego orzeka się o śmierci mózgowej (Pala 2014). W tym czasie stosowano już techniki reanimacji i używano respiratora, co spowodowało pojawienie się nowej kategorii pacjentów – trwale nieprzytomnych, sztucznie podtrzymywanych przy życiu dzięki zabiegom resuscytacyjnym. Stwarzało to także możliwości dla transplantologii, jednak wymagało zmian definicyjnych, które umożliwiłyby zmiany prawne. W przypadku podtrzymywania życia dla celów transplantacyjnych pojawia się pytanie o stan ciała – czy jest ono żywe, czy martwe? W socjologii mówi się w takich przypadkach o społecznym ożywieniu – osoba, u której stwierdzono śmierć mózgową, ale jest podtrzymywana przy życiu w celach transplantacyjnych (lub w celu podtrzymania ciąży aż do momentu, kiedy możliwe będzie jej rozwiązanie), traktowana jest przez otoczenie, jakby była żywa. Podłączona do aparatury podtrzymującej życie wygląda jakby spała (Ogryzko-Wiewiórska 2000). Personel medyczny ma do takiej osoby stosunek instrumentalny, ale dla rodziny wiąże się to z ogromnymi emocjami.

Śmierć i umieranie nie podlegają terapii i są nieuchronne. Próba ich instytucjonalizacji w latach 50. XX wieku spowodowała odhumanizowanie procesu odchodzenia i przyczyniła się do wzrostu lęku społecznego przed śmiercią. Pojęcie uporczywej terapii zdaje się doskonale oddawać ten rodzaj władzy medycznej nad ciałem. Odwołując się do Foucaulta koncepcji biowładzy, która nakazuje żyć i pozwala umrzeć, jeszcze lepiej możemy zrozumieć tę medyczną formę opresji wobec ludzkiego ciała. Osiągnięcia medycyny spowodowały, że obecnie częściej mamy do czynienia z procesem umierania niż z szybką, gwałtowną śmiercią. Gdy człowiek dowiaduje się o diagnozie, pojawia się czas dodany, który może być postrzegany jako coś dobrego (gdy chory może pozałatwiać swoje doczesne sprawy i przygotować siebie i bliskich na odejście) lub jako coś negatywnego (gdy umieraniu towarzyszą ból, niesprawność, utrata niezależności i kontroli nad swoim ciałem). U pacjenta umierającego pojawia się lęk, który może mieć różne przyczyny (Więckowska 2002): lęk przed cierpieniem fizycznym, przed poniżeniem, przed zmianami zachodzącymi w ciele, przed uzależnieniem od innych, przed konsekwencjami naszej śmierci dla innych, przed niemożnością załatwienia ważnych spraw życiowych, przed nieistnieniem, przed karą za grzechy. Instytucjonalizacja śmierci, czyli przeniesienie śmierci ze sfery prywatnej do sfery publicznej, z domu do szpitala powoduje, że umierający jest odizolowany od bliskich, stając się anonimowym przypadkiem. Oderwanie od domu i rodziny powoduje, że śmierć jawi się jako coś przerażającego – dawniej śmierć następowała w domu, była wydarzeniem społecznym, a ciałem zmarłego, aż do momentu pogrzebu, zajmowała się rodzina i sąsiedzi. Szpital jako miejsce, w którym się leczy, nie radzi sobie ze śmiercią i umieraniem, czyniąc z tych ostatnich momentów życia wydarzenia odhumanizowane i poddane technologizacji i instrumentalizacji (Ogryzko-Wiewiórska 2000; Więckowska 2002).

Związek ciała z medycyną nie kończy się jednak wraz ze śmiercią – wręcz przeciwnie, może się on zacieśnić. Oprócz omawianych wcześniej transplantacji, gdy organy pobiera się od osoby ze stwierdzoną śmiercią mózgową, innym przykładem tej relacji jest oddanie swego ciała na potrzeby medycyny. Co więcej, tylko w sytuacji

przeszczepu i oddania ciała nauce mamy prawo dysponowania własnym ciałem i jego fragmentami na wypadek śmierci (Soniewicka 2020). Donacja na cele naukowo-dydaktyczne to szczególny przypadek daru, a jego znaczenie jest związane z dobrem publicznym (ochrona zdrowia i życia ludzi). Ciało zmarłego służy po śmierci innym osobom, które obcując z nim, przygotowują się do wykonywania zawodu lekarza.

Odpowiedzią na braki medycyny naprawczej w odniesieniu do umierania jest medycyna paliatywna, zajmująca się opieką nad pacjentem w stanie terminalnym. Jest ona zorientowana na poprawę jakości życia, nie zaś na leczenie. Specjaliści podejmują działania mające na celu łagodzenie bólu i objawów choroby, umożliwienie jak najgodniejszego przeżycia ostatnich chwil oraz wsparcie umierającego i jego rodziny (także po śmierci pacjenta). Nie podejmuje się działań mających na celu opóźnienie lub przyspieszenie śmierci. Instytucjonalną odpowiedzią na szpital jest w opiece paliatywnej hospicjum.

Ból jest nieodłączną częścią umierania, różni się natężeniem, lokalizacją i długością trwania, jest też odczuciem niezwykle subiektywnym (Więckowska 2002; Ostrowska 2005; Ryshkovska, Bohuta, Kruta 2016; Leung, Arthur, Udo 2018). Reakcja na ból jest indywidualna i powinna być rozpatrywana z uwzględnieniem czynników biologicznych, psychologicznych i społecznych. W perspektywie historycznej ból towarzyszący chorobie był kojarzony z karą lub rozumiany jako doświadczenie oczyszczające, uszlachetniające. Ból wywołuje lęk i depresję, to z kolei potęguje poczucie samotności i może powodować wrogość wobec otoczenia. Dlatego tak ważne jest jego łagodzenie, aby pacjent nie skupiał się na cielesności jako źródle bólu i mógł godnie przeżyć okres zbliżający go do śmierci.

2.12. Ciało przyszłości

W jednym z opowiadań Stanisława Lema (Lem 1957) kierowca wyścigowy, pan Johns staje przed sądem pozwany przez firmę Cybernetyk Company, która twierdzi, że ma prawo do ciała głównego bohatera. Tenże na skutek wypadków sukcesywnie wymieniał kolejne części ciała na protezy dostarczane przez firmę, której prezes twierdzi, że pozwany nie jest już człowiekiem, a jego ciało należy do przedsiębiorstwa. Pytanie o to, gdzie kończy się człowiek, a zaczyna maszyna, staje się coraz istotniejsze w świetle współczesnych osiągnięć naukowych. Wirtualne kliniki, ksenotransplantacje, bioniczne kończyny, technologia CRISPR pozwalająca edytować geny czy narządy z drukarki – choć brzmi to jak opisy scen z filmu *science fiction*, to wcale nie jest tak odległą przyszłością ani wyimaginowaną wizją reżysera. Paradoksem współczesności jest kreowanie niepewnego ciała. Niepewność ta wynika z faktu, iż znacząca ingerencja w ludzkie ciało stawia pod znakiem zapytania definicję tego, czym ono jest, czym jest człowiek i człowieczeństwo w ogóle. Aktualne wciąż są słowa Fukuyamy, który pisał, że obecnie tracimy poczucie wspólnoty człowieczeństwa, gdyż nie mamy jasnej wizji tego, czym jest człowiek (Fukuyama 2003). Z jednej strony mamy bezprecedensową możliwość kontroli ludzkiego ciała za pomocą biotechnologii, ale właśnie ta możliwość staje się źródłem niepewności, gdyż kwestionuje i zaciera granice między ciałem a światem zewnętrznym, między człowiekiem a maszyną, między człowieczeństwem a sztuczną

inteligencją. Cyborg to hybryda, chimera – połączenie urządzenia cybernetycznego (*cybernetic device*) i organizmu biologicznego (*biological organism*).

Medycyna przyszłości rozwija się na naszych oczach. Dotychczasowe osiągnięcia stają się podstawą dalszych badań i poszukiwań, łącząc wysiłki lekarzy, farmakologów, biotechnologów z odkryciami inżynierów. Rozważania o ludzkim ciele w tym kontekście wykraczają poza ramy medycyny. Ciało jawi się jako kreacja interdyscyplinarna – drukowanie narządów, wytwarzanie tkanek, genetyczne ulepszanie mające na celu eliminację chorób, przekraczanie granic możliwości i wydolności ciała dzięki rozwiązaniom bionicznym, bioinżynieryjnym, to tylko przykłady tej współpracy. W tym kontekście mówi się o opisywanej w jednym z poprzednich podrozdziałów medycynie 4P, czyli predyktywnej, prewencyjnej, personalizowanej i partycypacyjnej (Głos 2017). W kolejnych akapitach zostaną przybliżone nowo rozwijające się gałęzie medycyny.

Medycyna genomiczna

Projekt Badania Ludzkiego Genomu został zakończony w 2003 roku (Pasowicz 2013). Początkowo przedsięwzięcie amerykańskie, stało się międzynarodową inicjatywą. Jego cel to poznanie sekwencji ludzkiego DNA oraz identyfikacja genów odpowiedzialnych za określone choroby. Paradygmat genetyczny stał się jednym z najbardziej obiecujących na przełomie wieków ze względu na swoją wartość wyjaśniającą i predyktywną (Cockerham 2007). Medycyna genomiczna różni się od medycyny genetycznej – ta ostatnia zajmuje się głównie dziedziczeniem, a w jej ramach bada się wpływ pojedynczego genu na powstawanie choroby. Medycyna genomiczna idzie o krok dalej i zajmuje się chorobami o podłożu wielogenowym (Pasowicz 2013). Poszukiwanie genów odpowiedzialnych za powstawanie chorób wydaje się oczywistą konsekwencją rozwoju medycyny, jednak niesie ze sobą pewne zagrożenie związane z medykacją – połączenie tych dwóch procesów może spowodować, że także nasze predyspozycje czy cechy charakteru postrzegane jako niepożądane, niewłaściwe mogą stać się celem poszukiwań genetycznych i ewentualnych rozwiązań biomedycznych. Zjawisko to określane jest jako genetyzacja, a Abby Lippman definiuje je jako proces, w którym różnice między jednostkami są zredukowane do sekwencji DNA, zaś większość chorób, zaburzeń oraz odmienności psychologicznych czy behawioralnych przynajmniej częściowo zdefiniowana jest jako mająca pochodzenie genetyczne. Na tej podstawie wdraża się interwencje oparte na technologii genetycznej, aby rozwiązać problemy zdrowotne (Lippman 1991: 19). Zatem mamy tu do czynienia ze zmianą na poziomie konceptualnym (definiowanie problemów w kategoriach genetycznych) oraz instrumentalnym (diagnozowanie i leczenie w ramach paradygmatu genetycznego). Jan Domaradzki pisze o 4 konsekwencjach, które mają ścisły związek z ludzkim ciałem (Domaradzki 2019):

- genetyczny redukcjonizm – człowiek i jego ciało sprowadzone są do poziomu molekuł;
- genetyczny determinizm – człowiek jest zdeterminowany przez procesy biologiczne zachodzące na poziomie tych molekuł, zaś wyjaśnienia innego rodzaju (np. środowiskowe) tracą na znaczeniu;

- genetyczny esencjalizm – w DNA zapisana jest instrukcja życia, która stanowi jego istotę i podstawę wyjątkowości jednostki;
- genetyczny fatalizm – wyjątkowość i stabilność DNA sprawiają, że scenariusz ludzkiego życia i funkcjonowania ciała są zaprogramowane i nie mogą być zmienione.

Medycyna genomowa jest uważana za przyszłość opieki zdrowotnej, w ramach której będzie można precyzyjnie określić indywidualne ryzyko zachorowania oraz dobrać spersonalizowaną terapię (Pasowicz 2013). Rodzi to jednak wiele problemów bioetycznych. Nadzieje i oczekiwania związane z terapią przyszłości spowodowały wzrost zainteresowania przechowywaniem materiału genetycznego tak, aby w przyszłości, wraz z dostępnością do terapii, można było go wykorzystać. Z biobankowaniem, czyli gromadzeniem i przechowywaniem ludzkiego materiału genetycznego wiąże się wiele oczekiwań, a komercjalizacja tego zjawiska powoduje, że dużo częściej podkreśla się potencjalne korzyści, pomijając możliwe ryzyko (Domaradzki 2019). Poznanie ludzkiego genomu otwiera możliwość manipulacji w jego obrębie. Celem medycyny genomowej jest naprawa lub eliminacja wadliwych genów. Dostępna od niedawna technologia CRISPR/Cas9 (*Clustered Regularly-Interspaced Short Palindromic Repeats*) pozwala na taką ingerencję w genom ludzki przez edytowanie genów. Z jednej strony daje to rzeczywiście ogromne możliwości na eliminację niektórych chorób i poprawę efektywności w ochronie zdrowia, z drugiej jednak strony przypomina zabawę w Boga i niesie ryzyko arbitralnego doboru cech, które mają być „naprawiane”. Takie kreowanie ludzkiego ciała, oprócz niekwestionowanych korzyści, rodzi problem prawa do własności i decydowania o swoim genomie, a w konsekwencji może w dłuższej perspektywie spowodować zagrożenie dla gatunku ludzkiego.

Medycyna spersonalizowana

Wykorzystuje wiedzę kliniczną, łącząc ją z najnowszymi osiągnięciami (np. w dziedzinie genetyki i genomiki), aby tworzyć „szyte na miarę” terapie, uwzględniając indywidualne zróżnicowanie pacjentów. Złożoność takich chorób jak otyłość czy nowotwory zmusza do poszukiwania wyjaśnień nie na poziomie jednego genu, ale na poziomie genomu. To z kolei pozwala na projektowanie terapii celowanej, odpowiadającej nie tylko na chorobę u konkretnego pacjenta, ale także minimalizującej ryzyko tej terapii. Poza rozwiązaniami terapeutycznymi medycyna spersonalizowana to również część medycyny prewencyjnej, gdyż skupia się także na analizie mechanizmów sprzyjających zachowaniu zdrowia. Takie rozwiązania zmieniają nie tylko oblicze relacji lekarz – pacjent, ale są korzystne z punktu widzenia ekonomiki zdrowia (Pasowicz 2013).

Medycyna translacyjna

Jest to interdyscyplinarne podejście, łączące osiągnięcia nauk podstawowych, zdrowia publicznego oraz nauk klinicznych w celu zaprojektowania optymalnych rozwiązań terapeutycznych i profilaktycznych wykraczających poza tradycyjne pojmowanie usług zdrowotnych (Pasowicz 2013). Jak pisze Mieczysław Pasowicz: „Medycyna translacyjna obejmuje:

- badania naukowe w poszukiwaniu początku i mechanizmów procesu chorobowego,
- identyfikację swoistych zdarzeń biologicznych, biomarkerów lub ścieżek prowadzących do choroby,
- wykorzystanie tych odkryć do opracowania nowych metod diagnostycznych i terapii,
- włączenie nowych metod diagnostycznych i terapii do codziennej praktyki klinicznej” (Pasowicz 2013: 88).

Zarysowane powyżej nowe obszary diagnostyki, leczenia i predykcji są odpowiedzią na oczekiwania wobec wysoce technicznej medycyny. Ryzyko związane z coraz bardziej zaawansowanymi terapiami budzi lęk, eskalujący oczekiwania pacjentów, którzy domagają się efektywności terapii połączonej z bezpieczeństwem jej stosowania i minimalizacją skutków ubocznych.

Taki sposób patrzenia na człowieka i jego ciało powoduje, że mimo fragmentaryzacji i redukcjonizmu uwzględnia się indywidualność i wyjątkowość każdego z nas. Dzieje się to jednak w odhumanizowany sposób, niespełniający jak dotąd czwartego postulat medycyny 4P, partycypacji, dlatego na popularności zyskują też inne formy leczenia, jak medycyna tradycyjna i medycyna alternatywna.

Transplantologia otworzyła nowe możliwości, ale pokazała też ograniczenia związane z małą podażą narządów w porównaniu z popytem na nie. Obecnie obiecujące stają się ksenotransplantacje, czyli zabiegi polegające na transplatacji, implantacji lub infuzji do ludzkiego biorcy żywych komórek, tkanek i organów pochodzących od nie-ludzkiego dawcy lub ludzkich płynów, komórek, tkanek i organów, które miały *ex vivo* kontakt z nie-ludzkimi, ale zwierzęcymi komórkami, tkankami lub organami (U.S. Food and Drug Administration 2021).

Elementy nie-ludzkie nie są obce ludzkiemu ciału⁸, choć dotychczas były one po prostu sztuczne – rozrusznik serca, tytanowe biodro, polimerowe naczynie krwionośne, elektroniczne ucho, tytanowe implanty zębowe, egzoszkielety, protezy kończyn – to tylko przykłady zastosowań osiągnięć bioinżynierii. Obecnie ciało biogeniczne jest połączeniem inżynierii oprogramowania, robotyki i medycyny – protezy kończyn są połączone z komputerem, który je kontroluje, mózg człowieka sparaliżowanego wysyła impulsy, które specjalne oprogramowanie przetwarza na myśli i mowę (Meyer, Asbrock 2018). Ciała osób sparaliżowanych, z niesprawnością stają się nie tylko sprawne i zdrowe, ale swoją wydajnością i wydolnością przekraczają granice przeciętnego ludzkiego organizmu. Pionierem w dziedzinie tego typu usprawnień jest Hugh Herr, profesor Massachusetts Institute of Technology, który w wyniku wypadku w górach stracił obie nogi poniżej kolan. Zapytany o swoje kalectwo powiedział: „Nie widzę niepełnosprawności, widzę wadliwą technologię”

8 Warto tu też wspomnieć o organizmach żyjących wewnątrz ludzkiego ciała. Drobnoustroje, bakterie, pasożyty – medycyna i farmakologia znalazły sposób na ich eliminację, wierząc przez długi czas, że wszystkie obce organizmy w naszym ciele są złe. Zaś kulturowa koncepcja ciała wzmocniła podział między ciałem biologicznym należącym do świata przyrody a ciałem duchowym będącym wytworem społeczno-kulturowym.

(Piore 2019). Stworzył na własne potrzeby bioniczne nogi, które naśladują naturalne kończyny. Jest uważany za prekursora biomechatroniki. Innymi przykładami są bioniczne protezy kończyn oferowane przez firmę Össur, egzoszkielek Ekso Bionics GT czy reWalk i REX system (Meyer, Asbrock 2018).

Pojawia się pytanie o granice i różnice między „naprawą” a „wzmocnieniem” czy „ulepszeniem”. Ulepszenie jest efektem zastosowania nanotechnologii, biotechnologii, technologii informacyjnej i nauk kognitywnych w sposób poprawiający funkcjonowanie zdrowego organizmu w porównaniu z przeciętnym poziomem sprawności człowieka. Terapia i naprawa to działanie, którego celem jest zlikwidowanie przeszkody, jaką spowodowała choroba lub niesprawność (Meyer, Asbrock 2018). Co jednak w sytuacji, gdy człowiek z niesprawnością, dzięki „naprawie” staje się dodatkowo „wzmocniony”? Zagadnienie to jest poruszane w rozdziale na temat ciała i sportu. Nowoczesna technologia pozwala przezwyciężyć fizyczne i psychiczne ograniczenia spowodowane niesprawnością, ale staje się też obiecującym rozwiązaniem dla tych, którzy chcą być jeszcze sprawniejsi, zdrowsi, wydajniejsi, szybsi czy bardziej wytrzymali. Rozwiązaniem, które dobrze to obrazuje, jest Neuralink Elona Muska. Jest to wszczepialny interfejs mózg – maszyna, który ma być odpowiedzią na potrzeby osób z uszkodzonym mózgiem, jednak dostrzeżono też jego potencjał rynkowy w obszarze zwiększania wydajności pracy. Czy w przyszłości będziemy kontrolowanymi za pomocą takich interfejsów pracownikami? Kto będzie nas kontrolował? To kolejne pytania, na które dziś nie znamy odpowiedzi, ale z którymi będziemy musieli się zmierzyć w niedalekiej przyszłości.

3. Kluczowe pojęcia

Biomedyczny model ciała – zakłada istnienie związków przyczynowo-skutkowych między określonymi drobnoustrojami a chorobami. Przyjmuje, że choroba to fenomen biologiczny, stosuje podejście instrumentalne do leczenia uszkodzonego organu/tkanki/narządu.

Cyborg – połączenie urządzenia cybernetycznego (*cybernetic device*) i organizmu biologicznego (*biological organism*).

Dualizm kartezjański – przekonanie spopularyzowane przez Kartezjusza (René Descartesa), że ciało i duszą są bytami odrębnymi i odmiennymi, które legło u podstaw biomedycznego modelu choroby, wedle którego jest to fenomen fizyczny, biologiczny, a subiektywne odczucia i czynniki społeczne nie mają znaczenia dla procesu diagnozowania i leczenia.

EBM – *evidence-based medicine*, medycyna oparta na dowodach, w ramach której podejmowanie decyzji klinicznych opiera się właśnie na korzystaniu z najnowszych osiągnięć naukowych w powiązaniu z wiedzą na temat stanu zdrowia pacjenta.

Genetyzacja – proces, w którym różnice między jednostkami są zredukowane do sekwencji DNA, zaś większość chorób, zaburzeń oraz odmienności psychologicznych czy behawioralnych przynajmniej częściowo zdefiniowana jest jako mająca pochodzenie genetyczne.

Jednopłciowy model ciała – zakłada, że istnieje jedna płęć biologiczna (męska), a różnica między kobietą a mężczyzną jest różnicą „stopnia” natężenia pewnych cech, nie zaś różnicą jakościową.

Medycyna 4P – medycyna predyktywna, personalizowana, prewencyjna i partycypacyjna.

Medycyna genetyczna – zajmuje się dziedziczeniem, a w jej ramach bada się wpływ pojedynczego genu na powstawanie choroby.

Medycyna genomiczna – zajmuje się chorobami o podłożu wielogenowym.

Medycyna nuklearna – dział medycyny wykorzystujący izotopy promieniotwórcze do diagnostyki jak i leczenia pacjentów.

Medycyna paliatywna – dział medycyny zajmujący się opieką nad pacjentem w stanie terminalnym, jest ona zorientowana na poprawę jakości życia, nie zaś na leczenie.

Medycyna prewencyjna – zajmuje się profilaktyką i czynnikami ryzyka, mogącymi wywołać chorobę.

Medycyna spełniania pragnień – medycyna ulepszeń; centralną kategorią staje się zdrowie jako obszar interwencji i nadzoru instytucji oraz profesjonalistów medycznych.

Medycyna spersonalizowana – wykorzystuje wiedzę kliniczną, łącząc ją z najnowszymi osiągnięciami, aby tworzyć „szyte na miarę” terapie, uwzględniając indywidualne zróżnicowanie pacjentów.

Medycyna translacyjna – interdyscyplinarne podejście, łączące osiągnięcia nauk podstawowych, zdrowia publicznego oraz nauk klinicznych w celu zaprojektowania optymalnych rozwiązań terapeutycznych i profilaktycznych wykraczających poza tradycyjne pojmowanie usług zdrowotnych.

Medykalizacja – wkraczanie medycyny w kolejne obszary ludzkiego życia i czynienie z nich terytorium eksploracji dla medycyny, definiowanie naturalnych stanów i zachowań w kategoriach patologii, zaburzenia lub choroby i stosowanie interwencji medycznych w celu ich wyleczenia.

Mind-Body Medicine – obszar medycyny wykorzystujący różnorodność technik zaprojektowanych, by zwiększać wydajność umysłu i psychiki do radzenia sobie z problemami somatycznymi.

Model biomedyczny – podejście na gruncie medycyny opartej na dowodach (EBM, *evidence-based medicine*), w świetle którego choroba jest postrzegana jako złe funkcjonowanie mechanizmów biologicznych w ciele człowieka. W klasycznym ujęciu model ten koncentrował się na biomedycznych przyczynach chorób, lekceważąc determinanty psychospołeczne, które mogą prowadzić do zaburzeń zdrowotnych oraz ignorując problematykę prewencji. Model ten doprowadził do redukcjonistycznego podejścia do ludzkiego ciała i w konsekwencji wpłynął na kształt modeli relacji lekarz – pacjent.

4. Najważniejsze badania

Medykalizacja. Autorytetem w dziedzinie badań nad procesami medykalizacji jest amerykański socjolog medycyny Peter Conrad. Od końca lat 80. XX wieku zajmuje się szeroką problematyką socjomedyczną obejmującą m.in.: ADHD, medykalizację dewiacji, doświadczenie epilepsji, edukację medyczną, programy *wellness*, ulepszenia medyczne, rozwój genetyki czy doświadczenie choroby. W ostatnim czasie jego badania skupiają się na strukturze, znaczeniach i potencjale biomedycznych ulepszeń oraz na globalizacji ADHD. Przełomową pracą były badania nad ADHD wśród amerykańskich uczniów, efektem jest książka *Identifying Hyperactive Children: The Medicalization of Deviant Behavior* (1975, 2004). Praca ukazuje historyczne tło kształtowania się tej jednostki chorobowej, świetnie ilustruje także omawiane w części teoretycznej zjawisko upłciowienia procesów medykalizacji, pokazując różnice w opisywaniu symptomów choroby wśród dziewcząt i chłopców. Praca ta nie tylko doskonale opisuje proces umedycznienia zachowań, ale także swoisty kryzys instytucji rodziny oraz instytucji edukacyjnych w wychowaniu dzieci. Badania prowadzone nad ADHD pokazały także konstruktywistyczną perspektywę w definiowaniu choroby, którą znakomicie autor omawia w książce *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness* (z Josephem W. Schneiderem 1980, 1992). Medykalizacja danego stanu czy zachowania polega właśnie na konstruowaniu choroby – nazywaniu czegoś, co dawniej podlegało charakterystykom moralnym (zły, niezdolny, nieudolny), chorobą, syndromem, zaburzeniem.

Genetyczacja. Jednym z obszarów medycyny, który dynamicznie się rozwija, jest genetyka. Obecnie mówi się o genetyczacji jako o procesie podobnym do medykalizacji. Badania w tym obszarze w Polsce prowadzone są przez Jana Domaradzkiego, socjologa związanego z Katedrą Nauk Społecznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu i Pracownią Socjologii Zdrowia i Patologii Społecznych. Jest on prekursorem badań nad zjawiskami genetyczacji w Polsce. W swej książce *Społeczne konstruowanie genetyki – reprezentacje biotechnologii*

w polskim czasopiśmiennictwie opiniotwórczym odwołuje się do najważniejszych socjologicznych perspektyw w badaniach nad medykacją (biomedykacją, genetyzacją, molekularyzacją i genetyczny esencjalizm) i w dalszej części pracy koncentruje się na genetyzacji, opisując wiele metafor genetyki: DNA jako szyfr natury, jako język i księga życia, jako źródło tożsamości, jako przepis, jako plan budowy; genom jako fabryka i komputer, jako święty Graal, jako mapa, jako zagadka; badania genetyczne jako wojna, jako horror, jako śledztwo i jako wyścig.

Donacje. Badania przeprowadzone przez Magdalenę Makuch i Macieja Woźniaka (Makuch, Woźniak 2020) wśród studentów Uniwersytetu Medycznego w Lublinie pokazują, że większość studentów uważa donacje na cele naukowe za coś pozytywnego – prawie 90% badanych przyznało, że tego typu pomoc dydaktyczna jest najlepszym sposobem na poznanie ludzkiej anatomii i morfologii, zaś nieco ponad 10% uznało, że „jest to działanie dopuszczalne z zastrzeżeniem, że zwłoki powinny być stopniowo zastępowane innymi, bardziej nowoczesnymi pomocami naukowymi, np. wirtualnymi modelami czy atlasami” (Makuch, Woźniak 2020: 432). Ponad połowa badanych przyznała, że niedopuszczalne jest wykorzystywanie w celach naukowych zwłok niezidentyfikowanych osób. Studenci byli podzieleni, jeśli chodzi o opinie, czy osoba oddająca swoje ciało na cele naukowo-dydaktyczne powinna otrzymać z tego tytułu materialną rekompensatę – około 30% uznało, że tak, prawie tyle samo, że nie i taka sama grupa nie miała w tej kwestii zdania. Prawie 60% badanych zanegowało możliwość zastąpienia aktu donacji zgodą rodziny, gdyby osoba sama go nie podpisała, zaś zdecydowana większość studentów (ponad 84%) uznaje niepodważalność decyzji zmarłego, w przypadku donacji. Co ciekawe, ponad 42% studentów uważa, że powinno się zalegalizować możliwość kupna pomocy dydaktycznych pochodzących z ludzkiego ciała. I choć studenci uważają, że ten sposób nauki jest najlepszy, to ponad 1/3 odwołałaby swoich bliskich od decyzji o donacji. Niecałe 22% studentów byłoby gotowych oddać swoje ciało na cele naukowo-dydaktyczne. Badania, choć o ograniczonym zasięgu wniosków, ukazują złożoność zagadnień związanych z rolą ciała dla celów naukowo-dydaktycznych.

Transplantacje. Przeszczepy narządów pociągają za sobą ryzyko powikłań, a nawet śmierci. Pacjenci, u których zabieg przebiegł pomyślnie, doświadczają konsekwencji natury psychologicznej. Badania jakościowe wśród osób po przeszczepie kończyny górnej prowadziła w Polsce Katarzyna Kowal (Kowal 2012a, 2012b). W świetle badań ciało przechodzi fizyczne przemiany, którym towarzyszą mentalne przemiany w jego postrzeganiu – ciało przed przeszczepem było integralne, by stać się sfregmentaryzowane i w końcu zrekonstruowane, z którym wiąże się kryzys tożsamości. Jest on związany z faktem posiadania czegoś obcego, co utrudnia biorcy identyfikację. Drugim problemem jest świadomość, że „nowa” kończyna oznacza śmierć jej dawcy i towarzyszące temu poczucie winy związane z niemożnością odwdzięczenia się dawcy.

5. Podsumowanie

Medycyna jest niewątpliwie formą sprawowania kontroli nad ciałem człowieka. Ta kontrola nie zawsze jest zła – działania prewencyjne pozwalają uniknąć człowiekowi choroby, działania naprawcze pomagają się z nią uporać i wrócić do pełnej sprawności i normalnej funkcjonalności. Jednak należy mieć świadomość łatwości, z jaką medycyna zawłaszcza kolejne obszary życia człowieka, uzależniając go od swoich działań. Bezpośrednim polem oddziaływania medycyny jest ciało człowieka, które wciąż postrzegane jest jako biologiczny organizm, oderwany od psychospołecznej egzystencji jego właściciela. Zmiana struktury chorób, wzrost wiedzy medycznej wśród laików i oczekiwanie relacji partnerskich w układzie lekarz – pacjent wciąż nie są w pełni dostrzegane i uwzględniane w ramach technicznie i instrumentalnie zorientowanej medycyny, która wnikając coraz głębiej w ciało człowieka i rozkładając je na molekuly, traci z pola widzenia jego istotę, jaką jest człowieczeństwo. Mariaż medycyny z inżynierią, mechaniką i innymi dziedzinami staje się z jednej strony obietnicą na dłuższe, zdrowsze, a w konsekwencji lepsze życie, lecz z drugiej strony napawa lękiem przed konsekwencjami ingerencji genetycznych czy bioinżynieryjnych.

6. Pytania sprawdzające

1. Jak będzie wyglądało ciało przyszłości w związku z dalszym rozwojem wiedzy medycznej i bioinżynierii?
2. Jakie mogą być konsekwencje dla definiowania i pojmowania ludzkiego ciała na skutek biomedycznych ulepszeń?
3. Jakie znaczenie mają procesy medykalizacji dla kontrolowania ludzkiego ciała?
4. Jakie są konsekwencje genetyzacji?
5. Jaka jest rola technik obrazowania „w” postrzeganiu ludzkiego ciała?

Bibliografia

- Anon (2012), *A Primer on Communication Studies*.
- Astin John A., Shapiro Shauna L., Eisenberg David M., Forys Kelly L. (2003), *Mind-Body Medicine: State of the Science, Implications for Practice*, „The Journal of the American Board of Family Practice”, vol. 16(2), s. 131–147.
- Bagheri Alireza, Alali Khalid (2017), *Islamic Bioethics. Current Issues and Challenges*, Intercultural Dialogue in Bioethics, vol. 02, World Scientific.
- Bauman Zygmunt, Kunz Tomasz (2012), *44 listy ze świata płynnej nowoczesności*, Kraków: Wydawnictwo Literackie.
- Bieńko Mariola (2009), *Niedyskretny urok ciała i seksu w formacie medialnym*, [w:] Marta Kaczorek, Krzysztof Stachura (red.), *Przemiany seksualności*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, s. 41–53.

- Bishop P.J. (2018), *Evolution of the Stethoscope*, „Journal of the Royal Society of Medicine”, vol. 73(6), s. 448–456.
- Brzeziński Tadeusz (2014), *Historia medycyny*, Warszawa: PZWL.
- Buczowski Adam (2017), *Płeć kulturowa jako kategoria historyczna. Relacje między medyczną koncepcją ciała a pojęciem płci kulturowej*, „Adeptus”, t. 9, <https://doi.org/10.11649/a.1470>
- Bunton Robin, Burrows Roger, Nettleton Sarah (2003), *The Sociology of Health Promotion*, London: Routledge.
- Capra Fritjof (1982), *The Turning Point Science Society and The Rising Culture*, Flamingo Publisher.
- Clark Jocelyn (2014), *Medicalization of Global Health 2: The Medicalization of Global Mental Health*, „Global Health Action” 7 (SUPP.1).
- Cockerham William C. (2007), *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, New York: Wiley-Blackwell.
- Conrad Peter (1992), *Medicalization and Social Control*, „Annual Review of Sociology”, vol. 18, s. 209–232.
- Conrad Peter (2005), *The Shifting Engines of Medicalization*, „Journal of Health and Social Behavior”, vol. 46(1), s. 3–14.
- Conrad Peter (2007), *The Medicalization of Society*, Baltimore: Johns Hopkins University Press Books.
- Conrad Peter, Schneider Joseph W. (1992), *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, Philadelphia: Temple University Press.
- Courtine Jean-Jacques (red.) (2020), *Historia ciała*, t. 3: *Różne spojrzenia. Wiek XX*, Gdańsk: Wydawnictwo słowo/obraz terytoria.
- Domaradzki Jan (2019), *Geneticization and Biobanking*, „Polish Sociological Review”, vol. 205(1), s. 103–117.
- Dougherty Charles J. (1993), *Bad Faith and Victim-Blaming: The Limits of Health Promotion*, „Health Care Analysis”, vol. 1, s. 111–119.
- Engle D. (2001), *Psychosocial Aspects of the Organ Transplant Experience: What Has Been Established and What We Need for the Future*, „Journal of Clinical Psychology”, vol. 57(4), s. 521–549.
- Feliński Michał (2016), *Postawy wobec transplantacji*, Warszawa: Fundacja Centrum Badania Opinii Społecznej.
- Foucault Michel (1999), *Narodziny kliniki*, Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Foucault Michel (2006), *Trzy typy władzy*, [w:] Aleksandra Jasińska-Kania, Lech Nijakowski, Jerzy Szacki, Marek Ziółkowski (red.), *Współczesne teorie socjologiczne*, t. 2, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, s. 512–536.
- Foucault Michel (2010), *Bezpieczeństwo, terytorium, populacja*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Foucault Michel (2020), *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, Warszawa: Aletheia.
- Fukuyama Francis (2003), *Our Posthuman Future*, New York: Picador.
- Gałuszka Mieczysław (2013), *Medycyna i zdrowie w społeczeństwie konsumpcyjnym: makdonaldyzacja opieki zdrowotnej versus ryzyko zdrowotne*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Sociologica”, t. 45, s. 35–50.
- Gałuszka Mieczysław (2015), *Komercjalizacja ciała ludzkiego w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Sociologica”, t. 55, s. 37–56.
- Germov John (2019), *Imagining Health Problems as Social Issues*, [w:] John Germov (ed.), *Second Opinion. An Introduction to Health Sociology*, South Melbourne, Victoria: Oxford University Press, s. 2–23.
- Głos Aleksandra (2017), *Medycyna P4 i antynomie samowiedzy*, „Filozofia w Praktyce”, t. 3, s. 1261–1284.
- Le Goff Jacques, Truong Nicolas (2018), *Historia ciała w średniowieczu*, Warszawa: Aletheia.
- Goffman Erving (1990), *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, London: Penguin.

- Gulla Bożena (2006), *Psychologiczne aspekty transplantacji serca*, „Psychiatria Polska”, t. 2, s. 323–334.
- Gulla Bożena, Izydorczyk Bernardetta, Kubiak Rafał (2019), *Godność i intymność pacjenta. Aspekty psychologiczne i prawne*, Kraków: Uniwersytet Jagielloński, Biblioteka Jagiellońska.
- Jakubowska Honorata (2009), *Socjologia ciała*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu im. Adama Mickiewicza.
- Jędrzejewski Kazimierz (2013), *Andreas Vesalius i jego wielkie dzieło: De humani corporis fabrica, „Folia Medica Lodziensia”*, t. 40(2), s. 155–206.
- Jouanna Jacques (2012), *Greek Medicine from Hippocrates to Galen. Selected Papers*, „Studies in Ancient Medicine”, vol. 40, Leiden–Boston: Brill.
- Justyński Tomasz (2003), *Poczęcie i urodzenie się dziecka jako źródło odpowiedzialności cywilnej*, Kraków: Zakamycze.
- Kalachanis Konstantinos, Michailidis Ioannis E. (2015), *The Hippocratic View on Humors and Human Temperament*, „European Journal of Social Behaviour”, vol. 2(2), s. 1–5.
- Kartezjusz (1960), *Zasady filozofii*, Warszawa: PWN.
- King Helen (2013), *The One-Sex Body on Trial: The Classical and Early Modern Evidence*, Routledge.
- Kluczyńska Urszula (2016), *Ciało jako obszar refleksji naukowej i jako projekt*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu”, t. 3(48), s. 277–284.
- Kowal Katarzyna (2012a), *Doświadczenie własnej cielesności biorców kończyny – socjologiczne stadium ciała*, „Przegląd Socjologii Jakościowej”, t. 8(2), s. 152–199.
- Kowal Katarzyna (2012b), *Kryzys tożsamości w doświadczaniu ciała zrekonstruowanego przeszczepem kończyny górnej*, „Hygeia Public Health”, t. 47(4), s. 477–483.
- Krajewska Judyta (2018), *Nie tylko „o sztuce lekarskiej” w wybranych pismach w Corpus Hippocraticum*, „Saeculum Christianum. Pismo Historyczne”, t. 25, s. 54–62.
- Krzysztofik Małgorzata (2020), *The Image of Disease in Religious, Medical–Astrological and Social Discourses: Old Polish Literature as an Example of Early Modern European Mentality*, „Journal of Religion and Health”, vol. 1.
- Kwaśniewska Anna (2018), *Choroba jako klątwa. Analiza i kontekst dyskursu medialnego dotyczącego tzw. genu kaszubskiego*, „LUD. Organ Polskiego Towarzystwa Ludoznawczego i Komitetu Nauk Etnologicznych PAN”, t. 101(0), s. 231–251.
- Lampart Konrad (2020), *Antropologiczno-metafizyczne konsekwencje nietomistycznego rozumienia duszy ludzkiej na przykładzie wybranych problemów*, „Studia Gilsoniana”, t. 9(1), s. 63–85.
- Laqueur Thomas (1992), *Making Sex. Body and Gender from the Greeks to Freud*, Cambridge: Harvard University Press.
- Lawson Richard (2012), *Przyczynki do historii medycyny nuklearnej, z podkreśleniem roli laureatów Nagród Nobla. Nowotwory*, „Journal of Oncology”, t. 6(5), s. 385–90.
- Legierska Maria, Węclawek Małgorzata, Jarosz Robert, Ślusarczyk Konstanty (2009), *Leonardo Da Vinci jako anatom. Próba odtworzenia stosowanej przez niego techniki*, „Annales Academiae Medicae Silesiensis”, vol. 63(1), s. 70–75.
- Lem Stanisław (1957), *Dzienniki gwiadzowe*, Warszawa: Iskry.
- Leung Kelvin, Arthur Richard, Udo Ito (2018), *Patient’s Perspective on Management of Chronic Pain Associated With Frequent Emergency Attendances and Psychiatric Diagnoses*, „Journal Patient Experience”, vol. 6(3), s. 179–184, <https://doi.org/10.1177/2374373518787467>
- Lippman Abby (1991), *Prenatal Genetic Testing and Screening: Constructing Needs and Reinforcing Inequities – PubMed*, „American Journal of Law and Medicine”, vol. 1–2(17), s. 15–50.
- McKeown Robert E. (2009), *The Epidemiologic Transition: Changing Patterns of Mortality and Population Dynamics*, „American Journal of Lifestyle Medicine”, vol. 3(1 Suppl), s. 19S.
- Meyer Bertolt, Asbrock Frank (2018), *Disabled or Cyborg? How Bionics Affect Stereotypes Toward People With Physical Disabilities*, „Frontiers in Psychology”, 0(NOV):2251.
- Miah Andy, Rich Emma (2008), *The Medicalization of Cyberspace*, London: Routledge.

- Nettleton Sarah (2007), *The Sociology of the Body*, [w:] William C. Cockerham (ed.), *The Blackwell Companion to Medical Sociology*, Wiley-Blackwell, s. 43–63.
- Nogal Halina, Wiśniewska Ewa, Antos Elżbieta (2016), *Zarys historyczny dynamiki rozwoju transplantologii klinicznej*, „Polski Przegląd Nauk o Zdrowiu”, t. 1(46), s. 113–118.
- Nowakowski Michał (2015), *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.
- Ogryzko-Wiewiórowska Mirona (2000), *Umieranie i śmierć. Perspektywa socjomedyczna*, [w:] Włodzimierz Piątkowski, Anna Titkow (red.), *W stronę socjologii zdrowia*, Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 94–115.
- Ostrowska Antonina (2005), *Śmierć w doświadczeniu jednostki i społeczeństwa*, Warszawa: Wydawnictwo IFIS PAN.
- Padela Aasim I., Rodriguez del Pozo Pablo (2011), *Muslim Patients and Cross-Gender Interactions in Medicine: An Islamic Bioethical Perspective*, „Journal of Medical Ethics”, vol. 37(1), s. 40–44.
- Pala Amadeusz (2014), *Zjawisko śmierci – zmora medycyny*, „Semina Scentiarum”, t. 13, s. 115–139.
- Park Katharine (2010), *Cadden, Laqueur, and the „One-Sex Body”*, „Medieval Feminist Forum (MFF)”, vol. 46(1), s. 96–100.
- Pasowicz Mieczysław (2013), *Medycyna nowej generacji*, [w:] Mieczysław Pasowicz (red.), *Zdrowie i medycyna – wyzwania przyszłości*, Kraków: Oficyna Wydawnicza AFM, s. 85–95.
- Piątkowski Włodzimierz (2014), *Lecznictwo niemedyce. Wybrane aspekty socjologiczne i formalno-prawne*, „Konteksty Społeczne”, t. 4(2), s. 7–20.
- Piore Adam (2019), *Magia bioinżynierii. Ciało, geny i medycyna przyszłości*, Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Poltransplant (2020), *Statystyka 2020*, 3 października 2021, http://www.poltransplant.org.pl/statystyka_2020.html (dostęp: 03.10.2021).
- Puzewicz-Barska Joanna, Tarasiewicz Małgorzata (2004), *Nasze ciała – nasze życie*, Gdańsk: Fundacja Współpracy Kobiet NEWW.
- Rainer Jackson P., Thompson Catherine H., Lambros Heather (2010), *Psychological and Psychosocial Aspects of the Solid Organ Transplant Experience – a Practice Review*, „Psychotherapy (Chicago, Ill.)”, vol. 47(3), s. 403–412.
- Reiser Stanley J. (1985), *Responsibility for Personal Health: A Historical Perspective*, „The Journal of Medicine and Philosophy”, vol. 10(1), s. 7–17.
- Ryshkovska Nataliya, Bohuta Krystyna, Kruta Anastasiya (2016), *Pacjenci z bólem przewlekłym – specyfika diagnozy zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania*, „Psychiatria”, t. 13(4), s. 198–202.
- Shilling Chris (2021), *Socjologia ciała*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Sokołowska Magdalena (1986), *Socjologia medycyny*, Warszawa: PZWL.
- Soniewicka Marta (2020), *Problem prawa własności do ciała ludzkiego i jego części po śmierci*, [w:] Jakub Pawlikowski (red.), *Ciało ludzkie w badaniach naukowych i praktyce medycznej: ujęcie transdyscyplinarne*, Warszawa: PZWL, s. 175–186.
- Staniec-Januszek Ewa (2019), *Zastosowania nowoczesnej biotechnologii z perspektywy ciała jako projektu*, „Rozprawy Społeczne”, t. 13(2), s. 129–141.
- Szary Stefan (2014), *Znaczenie i godność ludzkiego ciała w praktyce medycznej*, „Hygeia Public Health”, t. 49(2), s. 222–224.
- Szasz Thomas S., Hollender Marc H. (1956), *The Basic Models of the Doctor-Patient Relationship*, „Archives of Internal Medicine”, vol. 97, s. 585–592.
- Tatarkiewicz Władysław (2014), *Historia filozofii*, t. 1: *Filozofia starożytna i średniowieczna*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Turner Bryan S. (2008), *The Body & Society: Explorations in Social Theory*, London: Sage Publications.
- U.S. Food and Drug Administration (2021), *Xenotransplantation | FDA*, Retrieved 3 October 2021, <https://www.fda.gov/vaccines-blood-biologics/xenotransplantation> (dostęp: 03.10.2021).
- Vigarello Georges (red.) (2005), *Historia ciała*, t. 1, Gdańsk: słowo/obraz terytoria.

- Waggoner Miranda, Stults Cheryl (2011), *Gender and Medicalization Sociologists for Women in Society – Fact Sheet, Spring 2010*.
- Wieczorkowska Magdalena (2012a), *Medicalisation of a Woman's Body – a Case of Breasts*, „Przegląd Socjologiczny”, t. 61, nr 4, s. 143–172.
- Wieczorkowska Magdalena (2012b), *Medykalizacja społeczeństwa w socjologii amerykańskiej*, „Przegląd Socjologiczny”, t. 61, nr 2, s. 31–56.
- Wieczorkowska Magdalena (2015), *Medykalizacja wyglądu – nowy wymiar zdrowego ciała*, „Acta Universitatis Lodzianis. Folia Sociologica”, t. 55, s. 93–109.
- Wieczorkowska Magdalena (2016), *Medykalizacja męskiego ciała*, „Acta Universitatis Lodzianis. Folia Sociologica”, t. 58, s. 71–87.
- Więckowska Elżbieta (2002), *Umieranie i śmierć w instytucjach medycznych – instytucjonalizacja śmierci*, [w:] Jarosław Barański, Włodzimierz Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba: wybrane problemy socjologii medycyny*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza Atut – Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, s. 182–195.
- Williams Simon J. (Simon Johnson) (2003), *Medicine and the Body*, London: Sage.
- Wolsko Peter M., Eisenberg David M., Davis Roger B., Phillips Russell S. (2004), *Use of Mind-Body Medical Therapies: Results of a National Survey*, „Journal of General Internal Medicine”, vol. 19(1), s. 43.
- Zardini Mirko, Borasi Giovanna, Campbell Margaret (2012), *Imperfect Health: The Medicalization of Architecture*, Montreal: Canadian Centre for Architecture.

The body and medicine

The body is a conduit between medicine and sociology. The sociological concepts of the human body are based on medical achievements, whereas the contemporary model of health and disease would be incomplete without the knowledge concerning the sociocultural conditioning of these states.

The aim of this chapter is to demonstrate how medical knowledge influences the perception of the body, its meaning and its transformations. The presented theories are discussed in chronological order: first, the humours theory; next, the medieval model, which involves treating disease as a punishment for sins and enforcing body regimes; and then, modern medicine and the biomedical model of health and disease. The contemporary processes that place the body in medical shackles conclude in the medicalisation processes, which continue to spread to an increasing number of areas connected to human life and body, making it a subject of medical intervention and control. Other theories are concerned with curative medicine, preventive medicine, and medicine aiming at fulfilling wishes, as well as their influence on the social construction of the body. There is also a comparison of the assumptions underlying modern medicine and alternative medicine in the context of the perception and treatment of the human body. In the next subsection, medical imaging is presented as a way of looking at the body using various medical devices that deprive one of privacy, intimacy, and often dignity.

The human body is mortal; yet, before the inevitable comes, medicine subjects the body to life-sustaining and life-saving procedures, which often bring pain and suffering. However, the relationship between the body and medicine does not

end with one's death as a human may become an organ donor after his or her death or may leave instructions regarding the use of his or her body after death, e.g. by donating the body to science.

The achievements of medicine also modify the near-future perception of the body, posing questions about the limits of interventions, boundaries between fixing the body and improving the body, and, thus, the limits of humanity itself. This is the focal point of the final discussed theory, which introduces the context of cyborgisation.

The second part of the chapter offers selected key notions and their synthetic description. The third part of the chapter presents a concise description of studies on medicalisation, geneticisation, donation, and transplantation.