

Sylvia Breczko¹

Socjologia ciała. Co dalej?

Socjologię ciała od lat osiemdziesiątych XX wieku krytykowano za niewielki wkład w mainstreamową socjologię i chociaż „moda na ciało” w socjologii minęła, na przykładzie przeanalizowanych roczników czasopisma „Body & Society” z lat 2011–2013 wykazuję, że dyscyplina ta ma wciąż wiele do zaoferowania.

Słowa kluczowe: ciało, socjologia ciała, biomedycyzacja, biotechnologia

Sociology of the Body. What Next?

Since the 1980s, sociology of the body has been criticized for its small contribution to mainstream sociology. And despite the fact that the subject of “the body” in sociology has since passed, on the example of the analysis of the annual edition of volumes of “Body & Society” from the years 2011–2013 I will show that sociology of the body still has a lot to offer.

Key words: the human body, sociology of the body, biomedicalization, biotechnology

Na początku XXI wieku Bryan S. Turner, jeden z nestorów socjologii ciała, w bardzo krytyczny sposób wypowiadał się na temat kolejnych mód ogarniających nauki społeczne, a przede wszystkim socjologię. Jak pisał, „sporą część współczesnej socjologii można określić mianem dekoracyjnej, ponieważ jest – a to tylko jeden z zarzutów – jedynie opisem reprezentacji ciała w kulturze” (Turner 2003: 535). Dekoracyjność czy wręcz galanteryjność socjologii miała objawiać się podejmowaniem coraz to nowych i bardziej błahych tematów, staczających główne problemy społeczne do rynsztoka codzienności. Takim tematem bez wątpienia była dla wielu socjologia ciała – zaiste kuriozalny obiekt intelektualnych rozważań, przed-

¹ Absolwentka Instytutu Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego oraz Szkoły Nauk Społecznych Instytutu Filozofii i Socjologii PAN; breczko.sylvia@gmail.com.

miot mało istotnych analiz, będących konsekwencją infantylizacji kultury i życia społecznego w ogólności. Jej krytyka często przybierała jednak postać krytykantwa, zwłaszcza że na nowo podjęty temat tożsamości i sam przełom, który w innej publikacji określiłam mianem dominacji paradygmatu tożsamościowego (Breczko 2013), słusznie wskazały na kluczowe znaczenie cielesności dla zrozumienia dokonujących się od lat osiemdziesiątych XX wieku zmian społecznych. Niemniej poczucie, że socjologia ciała to obszar na marginesach głównego nurtu socjologii, utrzymuje się do dziś – i jest ono w dużej mierze usprawiedliwione. Aby dokonać adekwatnej oceny tego, co się na tym polu obecnie dzieje, konieczne jest dotarcie do tych zakamarków myśli społecznej, a następnie wnikliwe przyjrzenie się im.

W niniejszym artykule przedstawiam krótki przegląd najnowszych socjologicznych analiz cielesności. Aby nie zagubić się w gąszczu podejmowanych tematów, charakterystycznym nie tylko dla tej subdyscypliny, wybrałam wytyczony już szlak, mianowicie czasopismo „Body & Society”, będące od 1995 roku najważniejszą platformą wymiany myśli badaczy z kręgu socjologii ciała². Do analizy wybrałam roczniki 17, 18 oraz 19 z lat 2011–2013, mając nadzieję, że podejmowane w nich wątki będą reprezentatywne i nakreślą kontury głównych obszarów analiz oraz pól badawczych³. Rekonstrukcja ta w zamierzeniu miała pomóc odpowiedzieć na pytanie postawione w tytule tego artykułu, mianowicie: co dalej? Co stało się z tym „dekoracyjnym” trendem w najnowszej socjologii? I czy faktycznie mamy w tym nurcie do czynienia z przerostem teorii nad empirią (Jakubowska 2012)? Po dokonaniu analizy zebranego materiału jedno wydaje się pewne – prowadzone obecnie badania cielesności pozwalają wskazać najbardziej newralgiczne miejsca na mapie kluczowych zmian nie tylko kulturowo-społecznych, ale również politycznych.

Od medycyny do biomedycyzacji

Medycyna była pierwszym polem socjologicznego zainteresowania ciałem – do dzisiaj, co ciekawe, analizowana jest teoretyczna propozycja amerykańskiego funkcjonalisty Talcotta Parsonsa z lat pięćdziesiątych XX wieku, dotycząca roli chorego (Parsons 2009; zob. też Giddens, Sutton 2012: 408–409). W ciągu następnego dziesięciolecia zauważono i nazwano, a potem zjadliwie skrytykowano nowy trend, mianowicie interpretowanie problemów społecznych i obyczajowych (od

² Czasopismo „Body & Society” ukazuje się od marca 1995 roku i jest wydawane przez Sage Publications. Numery archiwalne dostępne są pod adresem: <http://bod.sagepub.com>.

³ Przeprowadzona przeze mnie analiza porównawcza polegała na przejrzaniu dwunastu numerów pisma pod kątem powtarzających się tematów; pierwszym krokiem było zestawienie słów kluczowych i abstraktów wszystkich sześćdziesięciu artykułów. Na podstawie najczęściej występujących słów kluczowych wyselekcjonowałam cytowane w tekście artykuły do krytycznej lektury. Interpretacja ta jest wyłącznie cząstkowa, albowiem ogranicza się do dwóch – w mojej opinii najbardziej interesujących – ścieżek badawczych.

nałogów po praktyki seksualne) w kategoriach medycznych, który jest nam znany pod socjologiczną nazwą „medykalizacja” (Giddens, Sutton 2014: 223–227; Jakubowska 2009: 81–89). Obecnie przemożny wpływ medycyny na życie społeczne został niejako oswojony, a nawet więcej – to właśnie w medycynie upatruje się świeckiego zbawienia i taka forma jej statusu dostała się do repozytorium społecznej wyobraźni. Pierwsze dziesięciolecie XXI wieku jawi się więc licznym badaczom, i całkiem słusznie, jako nowy czas; można nawet spotkać się z opiniami, że wiek ten będzie, albo już jest, „epoką biologii”. Jak wskazuje protagonista tego stanowiska, brytyjski socjolog Nikolas Rose, nie tylko na Zachodzie, ale też w różnych innych regionach kuli ziemskiej „ludzie zaczynają mówić o sobie językiem współczesnej biomedycyny, oceniać własne postępowanie w kategoriach norm nałożonych przez biomedycznych ekspertów, kształtować ciała i umysły za pomocą produktów będących wytworami systemu wartości biomedycyny”⁴ (2013: 6). Przejście od medycyny do fenomenu, który coraz częściej nazywa się biomedykalizacją, jest więc jedną z kluczowych zmian, jakie naznaczyły życie społeczne, i będzie miało – jak można przypuszczać – niebagatelne konsekwencje.

Biomedykalizację definiuje się bardzo szeroko i dotyczy ona wszystkich sfer życia społecznego. Za Adele E. Clarke i pozostałymi autorkami artykułu *Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine* (2003), do którego odwołuje się między innymi Lech Nijakowski (2009: 113), możemy wymienić jej główne składowe, mianowicie: polityczno-ekonomiczne formowanie struktury kompleksu medyczno-przemysłowego; biomedyczne skupienie się na zdrowiu, ujmowanym w kategorii moralnego zobowiązania, ze szczególnym uwzględnieniem czynników ryzyka; rozwój praktyk i innowacji o charakterze biomedycznym (takich jak technologia genetyczna, urządzenia bioniczne); zmiany w obszarze biomedycznej produkcji i zarządzania wiedzą; i wreszcie – transformacje ciała i przemiany tożsamości (zob. też Breczko 2011; Leźnicki, Lewandowska 2013; Thompson 2011). I to właśnie transformacje ciała w obliczu biomedykalizacji, nieodłącznie związane z globalnymi podziałami politycznymi i nierównościami ekonomicznymi, są obszarem pogłębionych badań na gruncie socjologii ciała.

Społeczno-polityczne aspekty biomedykalizacji budzą wiele wątpliwości. Część z nich została wyrażona na łamach pisma „Body & Society”, w numerze specjalnym poświęconym migracjom medycznym (rocznik 17, numer 2/3 z 2011 roku). Turystyka medyczna w pierwszej dekadzie XXI wieku zatacza bowiem coraz szersze kręgi – podróżują ludzie, podróżują (nie zawsze legalnie) części ludzkich ciał, a także cielesne szczątki. Jeszcze kilka bądź kilkanaście lat temu teoretycy migracji, czy też szerzej – mobilności, nie przewidywali, że obok migracji zarobkowej to właśnie migracja medyczna⁵ okaże się jednym z głównych

⁴ Cytaty z publikacji anglojęzycznych podawane są w tłumaczeniu autorki.

⁵ Migracja medyczna, w dużym skrócie, to nie tylko migracja pracowników medycznych (w szczególności lekarzy i pielęgniarek), ale również poszukiwanie przez pacjentów możliwości leczenia poza granicami kraju zamieszkania. W pracach socjologicznych wiele uwagi poświęcono

powodów nieraz międzykontynentalnych podróży (nie biorę tu pod uwagę, rzecz jasna, turystyki wypoczynkowej, która często jest przykrywką dla prawdziwego celu wyjazdu; zob. Castles, Miller 2011; Urry 2009). Dokonania w zakresie chirurgii transplantacyjnej oraz kosmetycznej, a także ogólnie nowe możliwości biotechnologiczne otworzyły jednak dyskusję na problem relacji między cielesnością a granicami – w tym granicami państw, które zezwalają na dane procedury medyczne bądź ich zakazują. Już nie tylko zamożna klasa średnia poszukuje nowych opcji przedłużenia życia, usprawniania swojego ciała i polepszania dobrostanu, angażując się w często nielegalne praktyki w innych rejonach świata; ruch odbywa się też w drugą stronę – nierzadko to biedniejsi poszukują opieki medycznej poza granicami swoich państw, w których jest ona niedostępna bądź zakazana prawnie (czego przykładem może być turystyka aborcyjna Polek), a uchodźcy z terenów objętych konfliktami zbrojnymi właśnie swą okaleczoną cielesność traktują jako kartę wstępu do lepszego świata (więcej w: Roberts, Schepher-Hughes 2011; Ticktin 2011).

Niemieccy socjologowie Ulrich Beck i Elisabeth Beck-Gernsheim piszą w tym kontekście o „biopolitycznych obywatelach świata”, rysując dość ponury obraz globalnych nierówności wpisanych w ciało: „Muzułmańskie nerki oczyszczają chrześcijańską krew. Biali rasiści oddychają za pomocą czarnych płuc. Blondwłosa menedżer spogląda na świat okiem afrykańskiego dziecka ulicy. Katolicki biskup przeżywa dzięki wątrobie wyciętej prostytutce z brazylijskiej faweli. Ciała bogatych zmieniają się w złożone sztucznie dzieła patchworkowe; ciała biednych w jednookie, względnie jednonerkowe składy części zapasowych, użyteczne przy wielu rodzajach kalectwa” (Beck, Beck-Gernsheim 2013: 101–102). Wydaje się jednak, że obraz jasnych podziałów na bogatą Północ i biedne Południe czy wykluczony Wschód i uprzywilejowany Zachód, który implikował termin „turystyka medyczna”, a tym bardziej „turystyka transplantacyjna”, ulega przeobrażeniom, w miarę jak migracja medyczna zaczyna obejmować nie tylko ciała, ale i narzędzia, technologie oraz terapie – również alternatywne – a samo przemieszczanie się w celu poszukiwania rozwiązań medycznych konkretnych problemów (takich jak niepłodność, dysfunkcje seksualne, choroby psychiczne, uzależnienia) nabiera charakteru masowego. Popularne destynacje specjalizujące się w chirurgii plastycznej i transplantacyjnej, takie jak Kostaryka, Brazylia i Tajlandia, „demokratyzują się” pod względem klienteli, a rozwój „turystycznych” ośrodków medycznych uznaje się za ważny krok na drodze do gospodarczego wzrostu i modernizacji tych krajów, przez co znajduje wsparcie instytucji rządowych (Wilson 2011: 122). Rozwój turystyki medycznej, jak pisze Ara Wilson (2011: 123) w swoim studium

migracjom bogatych pacjentów z zamożnych krajów zachodnich do krajów biedniejszych w celu poddania się zabiegom często nielegalnym (takim jak przeszczep narządów pochodzących z handlu), co zwykło się określać terminem turystyki medycznej. Obecnie jednak, odkąd migrują nie tylko bogaci, ale również biedni z całego świata, lepiej posługiwać się pojęciem szerszym i zamiast o turystyce, mówić właśnie o migracji medycznej.

na temat Tajlandii, jest więc z jednej strony „nasyconym medialnie konstruktem”, z drugiej zaś „zestawem instytucjonalnych praktyk”.

Innym poddawanym krytyce aspektem biomedycyzacji jest utowarowienie – traktowanie opieki zdrowotnej i samego zdrowia nie jako prawa przysługującego każdemu obywatelowi bądź osobie, ale jako towaru na rynku, i to rynku międzynarodowym (zob. Roberts, Scheper-Hughes 2011: 19). Zdrowie czy sprawność można sprzedać i kupić – tak przynajmniej wydaje się osobom zamieszkanym w nielegalny, acz globalny proceder handlu narządami, którego skala z roku na rok wzrasta. Podobne założenie przyświeca jednak również sektorowi medycznemu, który w pewnych regionach świata specjalizuje się w dostarczaniu sprofilowanych usług medycznych, łącząc wczasy z zabiegami (przeszczep nerek w Republice Południowej Afryki, operacje plastyczne w Kostaryce). Można argumentować, że jest to wyłącznie nowa forma wyjazdów do sanatoriów czy uzdrowisk, lecz nie może ująć uwadze, że nowe centra medyczne nie mają wiele wspólnego z dobroczynnymi właściwościami danego miejsca – znaczenie ma jedynie profil wykonywanych tam usług. Logice utowarowienia poddane są nie tylko migracje personelu medycznego z biedniejszych do bogatszych krajów, ale także wewnętrzne migracje z państwowych szpitali do prywatnych klinik. Zmiany te widoczne są bardzo wyraźnie w Polsce⁶.

Coraz więcej pisze się o „obywatelstwie biologicznym” lub „bio-obywatelstwie”, aczkolwiek są to terminy różnie rozumiane i interpretowane (zob. Cooter 2008). Według Nikolasa Rose’a i Carlosa Novasa (2005) obywatelstwo biologiczne to nowy typ obywatelstwa, który powstaje w epoce dominacji biomedycyny i biotechnologii. Twierdzą oni, że zmiany w obszarze technologii medycznych tak dogłębnie przekształciły nasze postrzeganie siebie, że zaczynamy mówić o ciele w kontekście naszego uposażenia genetycznego jako o „bio-wartości” (określenie za: Waldby 2000) – jako obywatele mamy nowe wyobrażenia naszej biologicznej odpowiedzialności, inne normy zdrowia i praktyk zdrowotnych, a co za tym idzie, odmiennie widzimy siebie, własną tożsamość i cielesność. Z jednej strony mamy do czynienia z nowym aktywizmem „nadziei” na styku oddolnej działalności politycznej, nauki i profesji medycznych – czego przykładem mogą być stowarzyszenia pacjentów; z drugiej zaś tworzone są odgórnie nowe sposoby kategoryzowania ludzi – o podwyższonym ciśnieniu, podatnych na stres, z ADHD – które zwrótnie wpływają na zakres naszych obowiązków zdrowotnych wobec samych siebie⁷.

⁶ Myślę tu w szczególności o popularnej praktyce przyjmowania przez lekarzy tych samych pacjentów raz w prywatnej klinice, a raz w państwowym szpitalu. Z kolei zagadnienie migracji polskiego personelu medycznego do bogatszych ośrodków zagranicznych doczekało się pokaźnej literatury i rządowych analiz (zob. np. Kautsch 2013).

⁷ Warto zauważyć, jak ściśle kategoryzacja ta powiązana jest z ryzykiem i zarządzaniem ryzykiem – na przykład osoby mające w rodzinie historię chorób nowotworowych mają niejako obowiązek podejmować działania profilaktyczne i „uprzedzić” ewentualne wystąpienie choroby, przynajmniej zabezpieczając się finansowo.

Prace badawcze posługujące się kategorią biomedycyzacji ukazują zatem bardzo wyraźnie dwie kluczowe kwestie – powiązanie kategorii ciała i zdrowia z globalnym kapitalizmem i globalnymi nierównościami (w przypadku migracji medycznych) oraz stworzenie nowych podstaw dla polityki tożsamości (jaką jest polityka nadziei, a także aktywizacja obywateli wokół kwestii życia) i form zarządzania ryzykiem. Oba te zagadnienia wytyczają socjologii ciała nowe szlaki, dalekie od wspomnianej na wstępie „dekoracyjności”.

Od ciała-jako-maszyny do maszyny-jako-ciała

Zainteresowanie studiami nad techniką i technologią rozwinęło się wśród socjologów mniej więcej w tym samym czasie co studia nad cielesnością poddawaną procesom cyborgizacji. Poczynając od znanego eseju Donny Haraway i koncepcji przedłużenia człowieka przez maszynę Marshalla McLuhana, od lat osiemdziesiątych XX wieku wiele uwagi poświęcono związkom między nowymi technologiami a ciałem. Jeszcze kilkanaście lat temu można było zetknąć się z opiniami, że żyjemy w świecie „post-biologicznym”. Jak pisał Ryszard Kluszczyński, „fakt ten oznacza, że stale rosnąca liczba zjawisk składających się na nasze życie jest mediatyzowana, rozszerzana, przekształcana bądź tworzona przez technologię. [...] Nowe technologie stają się rozszerzeniami, przedłużeniami ludzkiego ciała i jako takie wpływają na kształt tożsamości. [...] Przede wszystkim jednak przeobrażeniom ulega samo ciało – operowane, przeszczepiane, uzupełniane o protezy i implanty, przekształcane i klonowane” (2001: 75–76).

Obecnie wydaje się, że przedrostka „post” użyto w tym kontekście przedwcześnie, niemniej warto zauważyć, że to, co niegdyś zdawało się być daleką przyszłością, stało się teraźniejszością w mgnieniu oka, i sama szybkość dokonujących się na tym polu zmian każe zapytać o trwałość naukowych etykiet. W ostatnich latach można obserwować przeniesienie się zainteresowania nowymi technologiami od mediów cyfrowych w kierunku medycyny, jako technologii aktywnie konstruującej nowe byty i narzędzia. Jak stwierdzają Mike Michael i Marsha Rosengarten we wprowadzeniu do numeru specjalnego „Body & Society” poświęconego medycynie (rocznik 18, numer 3/4 z 2012 roku), obecnie „ciała nie są odrębnymi przedmiotami nastawionymi na leczenie, otwartymi na zmiany czy nawet negatywne konsekwencje zastosowanych kuracji” (2012: 12). Ciała niejako „tworzy się” w ramach medycznych eksperymentów, które mają dopiero odpowiedzieć na pytanie, czym cielesność jest i jakim normom powinna podlegać. Dlatego też wielokrotnie przywoływane jest w tym kontekście stanowisko Brunona Latoura, zgodnie z którym technologia medyczna jest z konieczności polityką prowadzoną innymi środkami. Zbadanie sposobu, w jaki się to dokonuje – jak za pomocą eksperymentów i medycznych procedur tworzy się to, co nazywamy medycyną (włączając w to medyczne rozumienie ciała) – jest jednym z kluczowych pól ba-

dawczych nie tylko dla socjologów ciała, ale również badaczy z kręgu studiów nad nauką i technologią.

Studia nad nauką i technologią (STS) to interdyscyplinarny teren badawczy, na którym oszałamiającą karierę zrobiła jakiś czas temu teoria aktora-sieci (ANT). Jednym z założeń ANT jest odwrócenie relacji między człowiekiem a maszyną; nie tylko człowiek, poprzez biotechnologiczne artefakty, zaciera granice między sobą a maszyną, ale również maszyna – czy ogólniej, technologia – staje się siłą aktywnie wpływającą na relacje społeczne. W terminologii ANT zarówno ludzie, jak i maszyny (organizmy nie-ludzkie) to aktanci – podmioty w świecie społecznym. Jak wskazuje australijska socjolożka Deborah Lupton, w przypadku medycyny do aktantów możemy zaliczyć „wyposażenie medyczne i laboratoryjne, terapie farmakologiczne, pomoce medyczne takie jak balkoniki rehabilitacyjne, protezy kończyn, stymulatory serca i wózki inwalidzkie, a także stojące za nimi przekonania. Badacze posługujący się teorią aktora-sieci są zainteresowani tym, w jaki sposób aktorzy ci współdziałają z ludźmi – lekarzami i ich pacjentami, badaczami – aby wspólnie tworzyć sieć społecznych i materialnych relacji” (2012: 17). Dlaczego to takie ważne? Dlatego, że w momencie, gdy biotechnologia staje się horyzontem prowadzonych rozważań, przedmioty i podmioty razem budują nowe rozumienie ciała i cielesności, tworząc nowe tożsamości, których nie jesteśmy jeszcze w stanie nazwać.

Owa „czarna skrzynka” – by posłużyć się określeniem ukutym przez wspomnianego wcześniej Latoura – czyli miejsce tworzenia eksperymentów medycznych, nie jest jednak aż tak oddalona od społeczeństwa i jego stereotypów. Świadczą o tym badania prowadzone z perspektywy płci – przykładem niech będzie zamieszczony w „Body & Society” artykuł Lesley A. Sharp *The Invisible Woman* (2011). Autorka przekonuje w nim, że chociaż wydaje się, iż biotechnologia nie ma wiele wspólnego z estetyką ciała, to jednak inżynierowie pracujący w laboratoriach nad wynalezieniem bądź udoskonaleniem sztucznych odpowiedników głównych ludzkich organów są niezwykle zainteresowani parametrami czy też wzorami cielesnego piękna. Ciała ulepszone lub odbudowane za pomocą różnego rodzaju implantów wprowadzają swoistą bioestetykę, która reprodukuje modele zróżnicowanych płciowo ideałów piękna. A ponieważ bioinżynierowie to głównie mężczyźni, w tworzonych prototypach odwzorowują ideał młodego, umięśnionego mężczyzny. Ciałem uniwersalnym staje się zatem znowu człowiek witruwiański Leonarda da Vinci – wizerunek ten często jest kanwą dla infografik i komunikacji środowiska bioinżynierów.

Połączenie ANT z analizami feministycznymi daje na polu socjologii medycyny niezwykle interesujące rezultaty. Medycyna nigdy nie była obszarem ślepych na płęć; można nawet powiedzieć, że jej wzorcotwórcza rola wspierała patriarchalny podział między płciami. Dlatego też można znaleźć wiele rozważań na temat płci i seksualności w kontekście biotechnologii, przemysłu farmaceutycznego i przemysłu kosmetycznego (przede wszystkim chirurgii kosmetycznej; zob. Holliday, Elfving-Hwang 2012; Leźnicki 2013). We wcześniejszych analizach, prowadzo-

nych na przełomie XX i XXI wieku, często podkreślało się medykalizację, szczególnie ciała kobiecego – menstruacja, poród oraz menopauza były i są poddawane medycznej kontroli, a językiem używanym do opisu tych zjawisk jest język medycyny. Obecnie zachodzące procesy biomedykacji operują ideą ciała uniwersalnego, które jest jednakowoż ciałem męskim. Daje to szerokie pole do dyskusji na temat posthumanizmu toczącej się w obszarze filozofii (zob. Braidotti 2014).

Poza biomedykalizację cielesnych maszyn

Jak podsumowuje Bruno Latour, „musimy pamiętać, że tym, co stawia badanie cielesności w awangardzie nauk społecznych, jest z jednej strony spotkanie feminizmu, studiów nad nauką oraz krytycznego odczytania Foucaulta, ale z drugiej strony ekspansja przemysłu biotechnologicznego i opanowanie przez niego niemal wszystkich detali naszego codziennego życia” (2004: 227). Nacisk na znaczenie biotechnologii i jej wpływ na ciało oraz życie ludzi jest na polu socjologii ciała wyraźny jak nigdzie indziej. To właśnie na tym obszarze przekonanie Anthony’ego Giddensa (2014), że żyjemy w „społeczeństwie dużych szans i dużego ryzyka”, nabiera pełnego wydzźwięku. Badacze zwracają uwagę na to, jak w momencie coraz bardziej inwazyjnych bioingerencji w nasze ciała może się zmienić nasze myślenie o zdrowiu i chorobie, a także o osobowości i tożsamości – zwłaszcza że stoją za tym interesy globalnego przemysłu farmaceutycznego (więcej w: Nettleton 2013). Jednocześnie połączenie analiz z nurtu STS z wrażliwością genderową wskazuje na reprodukcję, a nawet pogłębienie istniejących nierówności.

W którym kierunku może zatem podążać socjologia ciała? Nacisk na procesy biomedykacji, jaki można w jej ramach zauważyć, wskazuje na przesunięcie zainteresowań od reprezentacji ciała w kulturze do badania globalnych konsekwencji rewolucji „technonauki” (by raz jeszcze posłużyć się terminologią Latoura). Jedną z dróg, którymi podążają badacze, jest badanie ekonomicznych oraz politycznych powiązań przemysłu biotechnologicznego z odtwarzaniem globalnych nierówności społecznych; inną jest analiza zmian tożsamościowych pod wpływem coraz powszechniejszych bioingerencji w ludzkie ciało – kategoria ryzyka i zarządzania ryzykiem, spopularyzowana w socjologii przez Ulricha Becka (2004, 2012), w kontekście biomedycznym zyskuje jawne znaczenie polityczne. Kształtujące się nowe polityki tożsamości, definiowane i definiujące się po raz pierwszy w terminach czysto medycznych, organizują nowe ruchy pacjentów, którzy w przyszłości mogą stać się potężną grupą interesu.

Wskazując na te nowe tematy analiz z kręgu socjologii ciała, nie chciałabym sugerować, że są one głównymi albo podstawowymi obszarami badawczymi. Jak w każdej subdyscyplinie, tak i tutaj odnajdziemy ich wiele – wymienić można chociażby ciągle zainteresowanie fenomenologicznymi aspektami ucieleśnienia czy powiązania ciała z twórczością artystyczną (zwłaszcza sztukami wizualnymi i tańcem). Niemniej to właśnie na obszarze, na którym przecinają się zagadnienia

społeczne i medyczne, koncentrują się najbardziej węzłowe kwestie, podstawowe dla „społeczeństwa medycznego ryzyka” – jeżeli mogą w ten sposób strawestować tytuł książki Ulricha Becka (2012). Pytanie o to, co dalej z socjologią ciała (bądź w socjologii ciała), to zatem pytanie o możliwe scenariusze zarządzania ryzykiem i naszymi coraz bardziej mechanicznymi ciałami w przyszłości.

Literatura

- Beck U., 2004, *Społeczeństwo ryzyka. W drodze do innej nowoczesności*, tłum. S. Cieśla, Warszawa: Scholar.
- Beck U., 2012, *Społeczeństwo światowego ryzyka. W poszukiwaniu utraconego bezpieczeństwa*, tłum. B. Baran, Warszawa: Scholar.
- Beck U., Beck-Gernsheim E., 2013, *Miłość na odległość. Modele życia w epoce globalnej*, tłum. M. Sutowski, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Braidotti R., 2014, *Po człowieku*, tłum. J. Bednarek, A. Kowalczyk, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Breczko A., 2011, *Podmiotowość prawna człowieka w warunkach postępu biotechnomedycznego*, Białystok: Temida 2 – Wydawnictwo Stowarzyszenia Absolwentów Wydziału Prawa w Białymstoku.
- Breczko S., 2013, *Polityzacja ciała. Między dyskursem publicznym a teorią socjologiczną*, Kraków: Nomos.
- Castles S., Miller M.J., 2011, *Migracje we współczesnym świecie*, tłum. A. Gąsior-Niemiec, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Clarke A.E., Shim J.K., Mamo L., Fosket J.R., Fishman J.R., 2003, *Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S. Biomedicine*, „American Sociological Review” vol. 68, no. 2.
- Cooter R., 2008, *Biocitizenship*, „The Lancet” vol. 372, no. 9651; online: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673608617195/fulltext> [dostęp: 25.03.2015].
- Giddens A., 2014, *Europa. Burzliwy i potężny kontynent*, tłum. O. Siara, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Giddens A., Sutton Ph.W., 2012, *Socjologia. Wydanie nowe*, tłum. O. Siara, A. Szulżycka, P. Tomanek, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Giddens A., Sutton Ph.W., 2014, *Socjologia. Kluczowe pojęcia*, tłum. O. Siara, P. Tomanek, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Holliday R., Elfving-Hwang J., 2012, *Gender, Globalization and Aesthetic Surgery in South Korea*, „Body & Society” vol. 18, no. 2.
- Jakubowska H., 2009, *Socjologia ciała*, Poznań: Wydawnictwo Naukowe UAM.
- Jakubowska H., 2012, *Ciało jako przedmiot badań socjologicznych – dylematy, pominięcia, możliwości*, „Przegląd Socjologii Jakościowej” t. 8, nr 2; online: http://przegladsocjologiijakosciowej.org/Volume19/PSJ_8_2_Jakubowska.pdf [dostęp: 25.03.2015].
- Kautsch M., 2013, *Migracje personelu medycznego i ich skutki dla funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” nr 11.
- Kluszczynski R.W., 2001, *Społeczeństwo informacyjne. Cyberkultura. Sztuka multimediów*, Kraków: Rabid.

- Latour B., 2004, *How to Talk About the Body? The Normative Dimension of Science Studies*, „Body & Society” vol. 10, no. 2/3.
- Leźnicki M., 2013, *Medykalizacja kobiecego ciała na przykładzie operacji plastycznych*, „Scientia et Fides” nr 1.
- Leźnicki M., Lewandowska A., 2013, *Biomedykalizacja a genetyczne udoskonalanie człowieka w kontekście analiz bioetycznych*, „Acta Universitas Lodziensis. Folia Sociologica” t. 45; online: <http://dSPACE.uni.lodz.pl:8080/xmlui/handle/11089/3964> [dostęp: 25.03.2015].
- Lupton D., 2012, *Medicine as Culture. Illness, Disease and the Body*, 3rd ed., London: Sage Publications.
- Michael M., Rosengarten M., 2012, *Medicine: Experimentation, Politics, Emergent Bodies*, „Body & Society” vol. 18, no. 3/4.
- Nettleton S., 2013, *The Sociology of Health and Illness*, 3rd ed., Cambridge: Polity Press.
- Nijakowski L., 2009, *Biowładza w późnej nowoczesności*, w: *Wiedza-władza*, J. Szymczyk, M. Zemło, A. Jabłoński (red.), Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Parsons T., 2009, *System społeczny*, tłum. M. Kaczmarczyk, Kraków: Nomos.
- Roberts E.F.S., Scheper-Hughes N., 2011, *Introduction: Medical Migrations*, „Body & Society” vol. 17, no. 2/3.
- Rose N., 2013, *The Human Sciences in a Biological Age*, „Theory, Culture & Society” vol. 30, no. 1.
- Rose N., Novas C., 2005, *Biological Citizenship*, in: *Global Assemblages. Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*, A. Ong, S.J. Collier (ed.), Malden, MA: Blackwell.
- Sharp L.A., 2011, *The Invisible Woman: The Bioaesthetics of Engineered Bodies*, „Body & Society” vol. 17, no. 1.
- Thompson Ch., 2011, *Medical Migrations Afterword: Science as a Vacation?*, „Body & Society” vol. 17, no. 2/3.
- Ticktin M., 2011, *How Biology Travels: A Humanitarian Trip*, „Body & Society” vol. 17, no. 2/3.
- Turner B.S., 2003, *Zarys ogólnej socjologii ciała*, w: *Teoria społeczna. Podręcznik*, B.S. Turner (red.), tłum. G. Woroniecka, A. Gąsior-Niemiec, Warszawa: Oficyna Naukowa.
- Urry J., 2009, *Socjologia mobilności*, tłum. J. Stawiński, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Waldby C., 2000, *The Visible Human Project. Informatic Bodies and Posthuman Medicine*, London: Routledge.
- Wilson A., 2011, *Foreign Bodies and National Scales: Medical Tourism in Thailand*, „Body & Society” vol. 17, no. 2/3.