

Mariola Bieńko

Ciało i piękno

1. Wstęp

Ciało jest zarówno obiektem społecznej kontroli, jak i podstawą indywidualnego projektu tożsamości oraz narzędziem służącym jednostce do zarządzania wrażeniem, jakie wywiera na innych. Mapa ludzkiej cielesności jest wytworem w dużej mierze społeczno-kulturowym, źródłem praktyk, systemem zrytualizowanych działań symbolicznych w sferze prywatnej i publicznej. To plastyczne narzędzie, silnie uwikłane w mechanizmy społeczeństwa konsumpcyjnego. Odpowiedzialność za własne ciało, a więc troska o jego atrakcyjność, zdrowie czy sprawność spada w epoce neoliberalizmu na jednostkę, stanowiąc podstawę jej dobrego samopoczucia, jak również ważny aspekt społecznej oceny. Tak popularne współcześnie zarządzanie cielesnością jest powiązane z tendencją do estetyzacji życia, która polega na możliwości autokreacji i „stwarzania siebie” (Featherstone 1991; Shilling 1993; Giddens 2002). Poczucie władzy nad wyglądem zbiega się z poczuciem zdolności do przekształcania go w najbardziej charakterystyczny znak własnego zindywidualizowanego „ja”, ma ono coraz bardziej odpowiadać tożsamości, „jakiej poszukuje jednostka” (Giddens 2002: 297). Wraz z rozwojem przemysłu „upiększającego” (*beauty industry*) ciało można „uprawiać” i dowolnie korygować. Stało się ono tworzywem oddanym ekspertom do modelowania. To refleksyjny projekt, który wydaje się coraz częściej kwestią wyboru (Shilling 1993). Jego wygląd, rozmiar, kształt i nawet skład są potencjalnie otwarte na rekonstrukcję według zamiarów właściciela.

Zarządzanie cielesnością ma związek z przewartościowaniem piękna jako wartości społecznej (Berry 2007; Pussetti 2021). Wizualny charakter współczesnej kultury i dominująca rola obrazu w kreowaniu społecznej rzeczywistości sprawiają, że jednym z podstawowych wyznaczników statusu człowieka staje się jego wygląd zewnętrzny. Wysilek tworzenia własnego wizerunku pokazuje miejsce jednostki w świecie społecznym. Piękne ciało jest źródłem kapitału symbolicznego – zarówno wygląd, jak i prezentacja ciała są kluczowe dla osiągnięcia społecznej samoaktualizacji.

Celem rozdziału jest pogłębienie wiedzy na temat inwazyjnych praktyk cielesnych oraz „tworzenia nowych ciał” w kulturze rywalizacji, samorealizacji, samospelnienia. Rozdział jest próbą refleksji, w jakim zakresie reżimy cielesne stanowią wyraz

kontroli na poziomie zarówno indywidualnym, jak też społecznym. Na niniejsze rozważania składają się dwa uzupełniające się wymiary. Pierwszy z nich odnosi się do mechanizmów, jakimi posługują się przedstawiciele medycznego i medialnego systemu eksperckiego, wskazując społecznie pożądany model idealnego ciała. Drugi wymiar rozważań sprowadza się do odpowiedzi na pytanie, w jakim stopniu realizacja projektu „znormalizowanego”, „pięknego” człowieka o określonych parametrach fizycznych jest wyrazem opresji, a w jakim indywidualizmu i emancypacji jednostki. Przedstawiona w rozdziale analiza oparta jest na materiale teoretycznym i empirycznym.

2. Najważniejsze koncepcje teoretyczne

2.1. Indywidualny i społeczno-kulturowy projekt pięknego ciała

Definiując atrakcyjność fizyczną, można odwołać się do różnych kanonów określających piękno ludzkiego ciała. Na ogół wysoko cenimy zachowanie proporcji, harmonii i symetrii, jednak normatywny porządek piękna i brzydoty jest konstruowany społecznie. Maorysi podziwiają wydatne wargi sromowe, plemię Bandung – obwisłe piersi, w Mauretanii ideałem jest kobieta otyła z widocznymi na ciele rozstępami. Zdaniem Umberto Eco trudno jest obecnie wyodrębnić ideał estetyczny w obliczu „orgii tolerancji i całkowitego synkretyzmu, absolutnego i niepojętego politeizmu piękna” (Eco 2007: 428). W społeczeństwie konsumenckim to rynek w głównej mierze aktualizuje definicje urody i określa kryteria tego, co uważa się za piękne. Jest to według Jeana Baudrillarda (2006: 189–190) „przymusowe, uniwersalne i demokratyczne piękno, zapisane jako prawo i obowiązek”. Wyznaczane przez stylistów trendy zastąpiły dominujące w przeszłości tradycję i obyczaj. Współcześni konsumenci naśladowają nie to, co było ważne i dostępne dla ich przodków, tylko to, co jest zgodne z modą (Lipovetsky 1994). Nowoczesny hedonizm oparty jest na kreowaniu iluzji, dlatego też zasadniczą rolę odgrywa wizerunek ciała oraz znaczenie, jakie można mu przypisać. Powszechnie wielbionymi postaciami są tzw. piękni ludzie skoncentrowani na osobistym wyglądzie, którzy w interpretacji Wolfganga Welscha (2005: 38) „uprawiają estetyczną perfekcjonizację ciała”. Skupianie się na powierzchownej atrakcyjności i estetycznym zaspokojeniu łączy się z „cielesnym faszyzmem” (Nead 1998: 131), ponieważ wszystko, co nie zgadza się z ideałem, nabiera transgresyjnego, rozrywającego normy charakteru i w ten sposób jest eliminowane z kultury. Ci, których wygląd odbiega od znormalizowanego ciała, są postrzegani jako „inni”. Nawet w świecie mody na ciałopozytywność z większą akceptacją spotyka się ciało określane w logice społeczeństwa konsumpcyjnego jako normatywne.

Body Positivity – ciałopozytywność to społeczny, ogólnościatowy ruch, który powstał w połowie lat 60. XX wieku w USA, ma na celu promowanie naturalnego wyglądu, równości wszystkich typów i rozmiarów ciała, szacunku dla niedoskonałości, a także przekonanie,

jak ważna jest akceptacja własnego ciała takim, jakie jest, nawet jeśli nie pasuje do restrykcyjnych standardów piękna, kultu szczupłej i wysportowanej sylwetki. Główne hasła ruchu Body Positive zaczęły pojawiać się w kanałach medialnych około 2012 roku w celu zakwestionowania sposobu, w jaki media przedstawiają nierealistyczne standardy kobiecego piękna, a w szerszej perspektywie – w celu wyzwolenia ciała od traktowania go jako obiektu nieustannej oceny oraz odrzucenia paradygmatu, w którym stanowi ono o wartości osoby. Krytyka ruchu ciałaopozytywności opiera się na zarzutach, że jego zwolennicy kreują niezdrową kulturę, lekceważącą komplikacje medyczne, które często wiążą się z otyłością. Ruch może również wywołać u swoich zwolenników obsesję na punkcie wyglądu oraz ignorowanie innych aspektów życia, a w rezultacie angażowanie się w niebezpieczne reżimy cieleśne z powodu presji, by dostatecznie dbać o swoje ciało (O'Hara Ahmed, Elashie 2021)¹.

W narcystycznej kulturze Zachodu ciało programowo jest źródłem szczęścia, a atrakcyjność fizyczna, powiązana silnie z młodością, stała się elementem sukcesu życiowego (Featherstone 1991; Lasch 1991). Amerykański profesor bioetyki i filozofii Carl Elliott (2003: 295–304) mówi o „tyraniu szczęścia” jako obsesji, która ujawnia się w gorliwym korzystaniu z wszelkiego rodzaju technologii poprawiających kondycję ciała, wśród których wymienia chirurgię estetyczną. Nieodmiennie rozkoszujemy się „oczywistą rozrzutnością pięknej młodości” (Etcoff 2000: 340), zdając sobie zarazem sprawę, że osiągnięcie normatywnych standardów piękna jest właściwie niemożliwe. Postmodernistyczne ciało to ciało żyjące poza czasem, a jego pielęgnacja wyraża pragnienie nieśmiertelności. Ciało, jak twierdzi Baudrillard, stało się dziś „przedmiotem zbawienia. Zajęło ono, i to dosłownie, miejsce duszy w jej roli moralnej i ideologicznej” (Baudrillard 2006: 169). Ukuto na określenie tego zjawiska termin „*beautification*”, łącząc angielskie słowa „piękno” i „beatyfikację”. Wysiłki na rzecz upiększania ciała wiążą wartość estetyczną z wartością moralną. Ulepszanie własnego wizerunku jest cnotą, a „naturalny wygląd” jest określany jako „zaniedbanie” (Bourdieu 2005: 257–258).

Rozpowszechniane przez komercyjną kulturę masową przejawy troski o ciało są związane ze sprawowaniem nad samym sobą nadzoru, dyscypliną i ciężką pracą (Schilling 1993; Turner 1996). Piękno jako istotny wyznacznik wartości społecznej przestało być tajemnicą, utożsamiane jest raczej z obietnicą spełnienia. Presja na samorealizację, spełnianie marzeń, wewnątrzsterowność jest tak silna, że jednostka nie próbuje zaakceptować swojego wyglądu, lecz dąży do zmodyfikowania go zgodnie z zapośredniczonym przez kulturę ideałem. Jak twierdzi Anthony Giddens (2002: 139), wygląd zewnętrzny nie może bowiem w posttradycyjnych warunkach wysoko rozwiniętej nowoczesności być pozostawiony samemu sobie. Zadbane ciało ma gwarantować sukces, troska ma więc charakter nagradzający. Jest to zarazem „troska represyjna”, gdyż ciało „należy nadzorować, ujarzmić i umartwiać w celach »estetycznych«” (Baudrillard 2006: 192).

1 Szczegółowy opis zjawiska ciałaopozytywności (*body positivity*) znaleźć można w rozdziale dotyczącym judgments autorstwa A. Maj i A. Wójtewicz.

Ciało jednostki sprowadzone jest do poziomu przedmiotu konsumpcji i jako towar ma związek z procesem społecznego różnicowania – wytwarzania, odtwarzania lub podtrzymywania dystansów społecznych. Estetyka jako konstrukt społeczno-kulturowy nigdy nie jest neutralna, z natury ma również charakter polityczny. Standardy estetyczne wzmacniają, podporządkowują, kategoryzują i definiują relacje władzy. Wciąż poszerzające się możliwości rzeźbienia własnego ciała zbiegają się z coraz bardziej restrykcyjnymi ideałami estetycznymi i ograniczonymi wyobrażeniami o tym, co naturalne, normalne. Ciało pozostaje „produktem społecznym” (Bourdieu 2005: 242), a estetycznie zorientowane formy oddziaływań na ciało stanowią realizację społecznej normy. Poddawane reżimom cielesnym ciało jako element kapitału kulturowego odsłania nierówności wynikające z przynależności do określonej rasy, klasy społecznej, płci. Poszukiwane właściwości cielesne występują tym częściej, im wyższa jest lokalizacja na drabinie społecznej. Stosunek do ciała definiowanego jako „łaska” lub „dolegliwość” jest korelatem pozycji społecznej (Bourdieu 2005: 28). Piękne, zadbane ciało to już nie tyle kaprys, ile społeczny „obowiązek”.

Bycie „pięknym” według ustalonych kanonów staje się coraz bardziej dyktatem egzystencjalnym, odgrywającym ważną rolę w codziennej walce o społeczną akceptację. Atrakcyjność fizyczna wpływa w dużym stopniu na samopoczucie, jakość kontaktów interpersonalnych, a także decyduje o podwyższeniu lub spadku samooceny i poczucia własnej wartości. Częścią współczesnego mitu piękna jest przekonanie o istnieniu związku pomiędzy wyglądem a charakterem człowieka. W zachodnioeuropejskim kręgu kulturowym zadbane, szczupłe, młodzieńcze ciało jest odczytywane społecznie jako oznaka zdrowia, atrakcyjności fizycznej, samokontroli oraz „normalności”. Brak pożądanых atrybutów cielesnych może wskazywać nie tylko na chorobę, ale również na życiową porażkę. Jak wskazują badania, w Stanach Zjednoczonych osoby atrakcyjne są mniej samotne, bardziej stabilne emocjonalnie, bardziej popularne i kompetentne społecznie, częściej umawiają się na randki i są bardziej doświadczone seksualnie niż osoby nieatrakcyjne (Sullivan 2004: 20). Korzyści z bycia atrakcyjnym przenoszą się na korzyści ekonomiczne – wyniki badań dowodzą, iż osoby uważane za atrakcyjne są lepiej opłacane, otrzymują wyższe podwyżki i są postrzegane jako lepsi pracownicy (Sullivan 2004; Paprzycka, Orlik 2015). Wygląd, nazywany kapitałem piękna, jest integralną częścią wykonywanej pracy lub realizowanej roli społecznej. Na kapitalistycznych rynkach, zwłaszcza w sektorze usług, wzrasta ekonomiczny nacisk na wygląd jako strategię inwestycyjną. Pracownicy mogą być zatrudniani ze względu na ich atrakcyjny wygląd lub być szkoleni w zakresie autoprezentacji, pielęgnacji osobistej i etykiety. „Praca estetyczna” jako konstrukt społeczny denaturalizuje piękno, znormalizowany, wypracowany wygląd przekłada się na ekonomiczne i symboliczne nagrody. Estetyka definiowana jest poprzez wiek, miejsce zamieszkania oraz przynależność do określonej klasy, rasy i płci (Elias, Gill, Scharff 2017).

2.1.1. Medycyna i media: ekspercki wymiar piękna

Od XIX wieku dzięki dyskursowi medycznemu kultura zachodnioeuropejska zaczyna ciało przekształcać, doskonalić, tworzyć, poddawać systematycznemu egzaminowaniu zgodnie z obowiązującą normą. Celem działań medycyny jest redukcja odstępstwa od normy (Foucault 1999). Lekarze usiłują nadzorować i konstruować ciało na każdym etapie ludzkiego życia, od narodzin aż do śmierci, wciąż rozszerzając zakres ingerencji biomedycznych, w tym również chirurgicznych (Arroba 2003: 38–42; Wieczorkowska 2015). U podstaw procesu medykalizacji leży wiara w nieograniczone możliwości medycyny w rozwiązywaniu zarówno problemów zdrowotnych, jak i estetycznych związanych z cielesnością (Conrad, Leiter 2004: 158–176; McKenzie 2013). Dynamiczny postęp naukowo-techniczny w biomedycynie ukierunkowany jest z jednej strony na eliminację chorób, z drugiej zaś coraz częściej na poprawę psychofizycznej kondycji człowieka, w tym na biotransformację ciała ludzkiego połączoną z jego estetyzacją, w oparciu o potencjał zmedykalizowanej chirurgii estetycznej (Conrad 2007; Suissa 2008: 619–630; Jakubowska 2009). Wykorzystanie zaawansowanych technologii, strategia marketingowa oraz wzmożone korzystanie ze zdobyczy medycyny wpisują usługi estetyczne w nurt posthumanistyczny, promujący doskonalenie, wzmacnianie i poprawianie ludzkiego organizmu – *human enhancement* (Maturro 2012). Usługi z zakresu medycyny estetycznej uznawane są za „umiarkowany enhancement”, który wpływa na wzmocnienie naturalnego potencjału w obszarze piękna i atrakcyjności użytkownika usług. Stosowanie zabiegów estetycznych nie zmierza w kierunku wykroczenia poza ludzką naturę, lecz ma na celu poprawę samopoczucia pacjenta w związku z przeżywaniem własnej cielesności oraz relacji z otoczeniem społecznym (Napiwodzka-Bulek 2017: 162–163).

Perfekcyjny wygląd jest fenomenem kultury konsumpcyjnej, wymuszającej dekonstrukcję projektu ciała (Jeffreys 2005; Richardson, Locs 2014). Ekspertki z zakresu medycyny i mediów tworzą ponowoczesny kanon piękna, narzucający przyjęcie kontrolującego stosunku do ciała, które można, a nawet należy przekształcać i doskonalić na niespotykaną do tej pory skalę. W kontekście kulturowym medycyna estetyczna jest coraz częściej przedstawiana jako efektowny „wybór stylu życia”. Pacjenci, a właściwie konsumenci są dobrze wyszkoleni w diagnozowaniu swoich „problemów” związanych z wyglądem. Na podstawie dostępnej wiedzy eksperckiej obserwują ciało, zachęceni do aplikowania schematów dyscyplinujących jako całościem naturalnych. W interpretacji Foucaulta władza wytwarza podatne, posłuszne ciało w procesie, który z jednej strony nie ma charakteru jawnej przemocy, może zatem być uznany za dobrowolny, zgodny z indywidualnym projektem jednostki, z drugiej zaś konstytuuje jednostki podległe i nieautonomiczne (Foucault 2009). Za pomocą wizerunku sprawuje się władzę (poprzez systemy eksperckie wykorzystywane w medycynie i mediach) nad rzeczywistym konkretnym ciałem w oderwaniu od bezpośredniej przemocy. Oferty gabinetów medycyny estetycznej pokazują, jak należy przekształcać ciało, aby zostało uznane za piękne, zaś produkcja wiedzy dotyczącej modyfikacji ciała odbywa się poprzez przekaz medialny.

Media reklamują konkretne praktyki, które są elementem systemu dyscyplinowania, zarówno w stopniu symbolicznym, jak i instrumentalnym. W jednej z reklam prasowych mechanicznej stymulacji skóry „pobudzającej w naturalny sposób metabolizm komórkowy” eksperci dostarczają proste uzasadnienie jej zastosowania: „Wśród Francuzek korzystanie z tych zabiegów jest równie naturalne i popularne jak chodzenie do fryzjera. To po prostu element stylu życia i dbania o siebie” (Zwierciadło 2021: 198). Jak widać, zwykłe odniesienie do chirurgicznej operacji jako korekty sugeruje nieszkodliwą i konieczną procedurę, która wydaje się raczej (od)twarzać normalność, niż wytwarzać sztuczność. Podobnie jak przemysł medialny chirurgia estetyczna skutecznie i z zyskiem dostarcza zarówno problemu, jak i jego rozwiązania.

Media wspierają uwikłanie ciała w regulujące jego status i funkcjonowanie praktyki „upodatniania”, utrwalając wizerunek ciał zarazem plastikowych i plastycznych (Bordo 1993). Zaawansowana kultura technologiczna pozwala znacząco zmieniać wizerunek zewnętrzny „z własnej woli”. Naturalnie wyglądające ciało, pozbawione interwencji lekarza medycyny estetycznej (ale także wizażystów czy obróbki graficznej w programie komputerowym) traktowane jest jako nieatrakcyjne. Naomi Wolf (2014) określa to zjawisko pornografią urody, bo tak jak pornografia „instruuje”, jak powinien wyglądać stosunek seksualny, tak kultura promuje określony wygląd, wskazując, które kobiety są atrakcyjne. Uroda staje się pożądaną „kompetencją” nie tylko zawodowych piękności z branży erotycznej, pornograficznej, modowej, których praca polega na eksponowaniu atrakcyjnego ciała. Bycie piękną nie jest już czymś przyrodzonym, wynikiem natury czy uzupełnieniem przymiotów moralnych. Z taką samą pieczołowitością kobieta powinna troszczyć się o swą twarz i figurę, jak o swą duszę (Baudrillard 2006: 174–175). Mężczyźni również odczuwają presję, by sprostać ideałom estetycznym już od najmłodszych lat. Zabawki przeznaczone dla małych chłopców promują nierealistyczne standardy ciała. Figurki popularnych bohaterów akcji są bardziej umięśnione, niż mogliby to osiągnąć zawodowi kulturyści. W mediach coraz więcej uwagi poświęca się wizerunkom mężczyzn, którzy podobnie jak kobiety powinni atrakcyjnie wyglądać, angażując się więc w pracę nad ciałem, naśladowując hegemoniczną męskość uosabianą przez męskich celebrytów. Niemożność osiągnięcia idealnego wyglądu staje się przyczyną zaburzeń narcystycznych, anoreksji, bulimii czy dysmorfofobii, którym towarzyszą obniżone poczucie własnej wartości, brak pewności siebie oraz ograniczenie kontaktów społecznych (Brytek-Matera 2008).

Dysmorfofobia (gr. *dysmorfia* – brzydota) to zaabsorbowanie wyimaginowanym defektem w wyglądzie lub nadmierna koncentracja na rzeczywistej, niewielkiej anomalii fizycznej. Obsesyjne myśli i kompulsyjne zachowania dotyczące wyglądu zewnętrznego są powodem cierpienia i wpływają na istotne pogorszenie funkcjonowania w życiu codziennym. Zaburzenie obrazu ciała może prowadzić do izolacji społecznej. Niekiedy chorzy wielokrotnie poddają się zabiegom chirurgicznym, podejmują próby modyfikowania własnego ciała (włącznie z samouszkodzeniami), chociaż nie wpływa to przeważnie na poprawę własnego

wizerunku i subiektywny odbiór rzekomego defektu. Często rozwija się depresja, która czasami prowadzi do samobójstwa. Dysmorfobia (ang. *body dysmorphic disorder* – BDD) od 1980 roku nosi nazwę zaburzenia obrazu ciała, wprowadzona do nazewnictwa psychiatrycznego występuje w ICD-10 (Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych), jak i DSM-IV (klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego) jako „cielesne zaburzenie dysmorficzne”. Może prowadzić do uzależnienia od zabiegów medycyny estetycznej i chirurgii plastycznej. Chorzy na dysmorfobię często wywierają nacisk na kosmetologów i lekarzy połączony z agresywnym i napastliwym zachowaniem, stosując groźby oraz różnego rodzaju formy szantażu i zastraszania w celu wymuszenia przeprowadzenia u nich następnych procedur pielęgnacyjnych lub *stricte* medycznych. Podczas gdy dysmorfia ciała występuje zaledwie u 1–2% populacji ogólnej, jest nadreprezentowana u odbiorców operacji estetycznych. Zaburzenie to jest zbyt rzadko prawidłowo diagnozowane przez lekarzy medycyny estetycznej, specjalistów w gabinetach chirurgicznych, kosmetologicznych, dermatochirurgicznych (Munro, Stewart 1991; Fang, Hofmann 2010; Singh, Veale 2019).

Cechą współczesnej postfeministycznej kultury medialnej jest wzmoczona inwigilacja kobiet, przejawiająca się w bezprecedensowym poziomie kontroli i krytycznej oceny ich ciał. Zmuszone są one do nieustannego definiowania własnego „ja” poprzez zarządzanie swoim wizerunkiem, aby w ostatecznym rozrachunku zająć miejsce po stronie tych, które poddały się reżimowi odpowiedzialności za siebie, lub tych, które poniosły porażkę. Imperatyw samodoskonalenia jest centralny dla kultury metamorfoz, a jej kwintesencją jest chirurgia estetyczna. Kobiectwo pisma z właściwą sobie swobodą piszą o wysokich kosztach walki o piękne ciało, a internet prezentuje coraz szersze możliwości mniej lub bardziej inwazyjnych zabiegów estetycznych na rozmaitych portalach tematycznych i społecznościowych. Media często skupiają się na osiągnięciu „naturalnego wyglądu”, co sugeruje, że utrzymanie iluzji naturalności nawet poprzez chirurgiczne modyfikacje jest najważniejsze, aby uznać kobietę za atrakcyjną. Medialna kultura *makeover*, proponując całkowitą zmianę wyglądu oraz upodabniania się do celebrytów, umieszcza podmiot w pozycji przedsiębiorcy własnego „ja”, który musi „inwestować w ciało”, aby współzawodniczyć z innymi w sferze prywatnej i publicznej (Wegenstein 2012; Elias, Gill, Scharff 2017). Telewizyjne programy *reality*, a obecnie przede wszystkim media społecznościowe pomogły przesunąć medycynę estetyczną w świadomości społecznej ze sfery próżności do obszaru inwestowania w jakość życia oraz formy samodoskonalenia wymagającego odwagi.

Kultura *makeover* – kultura przeprowadzania metamorfoz w telewizyjnych programach typu *reality show*, w których dokonuje się całkowitej zmiany wyglądu (np. *Extreme Makeover, I Want a Famous Face, The Swan* itd.). Gatunek ten polega na „wymyśleniu na nowo” jednostki poprzez przekształcenie z niechcianego „przed” (*before body*) w pożądane „po” (*after body*). Tego typu spektakle oferują narrację odkupienia, gdzie ból (zarówno fizyczny, jak i emocjonalny) jest niezbędnym elementem podróży, którą należy podjąć, aby stać się lepszą (i społecznie aprobowaną) wersją siebie. Model doskonałości uosabiany jest przez ekspertów lub celebrytów, którzy zalecają rozmaite interwencje służące poprawie wizerunku uczestniczek „z własnej woli”. Postać postmodernistycznego Prometeusza, męskiego chirurga z magicznymi mocami transformacji i uzdrawiania, jest kluczowa dla tej metanarracji.

Droga do odnalezienia prawdziwego siebie leży w drastycznej przemianie własnego ciała. W ideę zmiany wyglądu poprzez operację plastyczną, utratę wagi lub zmianę stylu wpisana jest obietnica zyskania „lepszego ja” i nawiązania bardziej satysfakcjonujących relacji społecznych. W formacie „pedagogiki regulacyjnej” (Weber 2009) widzowie dowiadują się, w jaki sposób dzięki cielesnej metamorfozie można zyskać kontrolę nad osobowością oraz jakie warunki muszą spełnić, aby uniknąć krytycznego spojrzenia, z którym spotyka się bohaterka programu poświęconego zmianie wyglądu. Programy typu *makeover* to próba (hiper)normalizacji ciał na podstawie neoliberalnych wymogów dotyczących samooceny i samodoskonalenia. Dostarczają one gotowych rozwiązań do urzeczywistnienia fantazji o stworzeniu siebie, a zarazem wzmacniają stereotypy płciowe (Wegenstein 2009). Zmieniony wygląd uczestniczek zawsze powinien pasować do idealnego modelu kobiecości (Weber 2009). Kultura *makeover* polega na „ukazywaniu ciągłej zmiany i pracy” (Jones 2008: 12), aktywizuje klientów gotowych ucieleścić radykalnie rozszerzoną etykę pracy społeczeństwa późnego kapitalizmu.

Eksperci z branży medycyny estetycznej i mediów przejęli prymat w kreowaniu wizerunku atrakcyjnego seksualnie, wysportowanego, szczupłego i młodego ciała. Gładkie, jędrne, pozbawione zmarszczek ciało ma spełniać nieosiągalne kryteria narcystycznej, konsumenckiej kultury medialnej. W tej rzeczywistości liczą się przede wszystkim wykreowane pragnienia, nie autentyczne potrzeby. Medialny wizerunek wydaje się tak „prawdziwy”, że skłania wiele osób do modelowania swoich ciał według wzoru, który w istocie jest jedynie zdjęciem poddanym cyfrowej obróbce. Jednak z perspektywy zadowolonego konsumenta nie istnieje możliwość określenia, co jest sztuczne, a co rzeczywiste.

Filtry aplikacji mobilnych służących do wysyłania filmów i zdjęć wykorzystują algorytmy do wzmocnienia standardu piękna, określanego jako „**Instagram Face**”, który charakteryzuje się wysokimi kośćmi policzkowymi, pozbawioną porów skórą, kocimi oczami i wypukłymi ustami. Niektóre filtry na Snapchacie pozwalają zmienić odcień skóry, rozmiar oczu, ust, policzków, zmiękczyć drobne linie i zmarszczki, sprawiając, że twarz, pozbawiona niedoskonałości, wygląda nieskazitelnie. Uczestnicy tej mistyfikacji zakładają, że wyjątkowa kombinacja cech jest możliwa do osiągnięcia. Wywiera to znaczący wpływ na standardy piękna oraz wzmacnia dążenie do perfekcji milionów użytkowników na całym świecie, upowszechniając przekonanie, że indywidualne piękno w prawdziwym życiu nie jest wystarczająco dobre ani godne polubień. Porównywanie swojego prawdziwego „ja” z upiększonym obrazem siebie zwiększa niezadowolenie z naturalnego wyglądu. W przypadku osób szczególnie niepewnych siebie przepaść pomiędzy oczekiwaniami a rzeczywistością może prowadzić do zaburzeń dysmorficznych. Od 2018 roku ten nieoczekiwany efekt mediów społecznościowych określany jest jako „**Snapchat dysmorphia**” – „dysmorfia Snapchata”, czyli pragnienie, aby wyglądać identycznie jak na przefiltrowanym zdjęciu. Według danych Amerykańskiej Akademii Chirurgii Plastycznej i Rekonstrukcyjnej Twarzy (AAFPRS) młodzi pacjenci poniżej 30. roku życia coraz częściej wykonują zabiegi estetyczne w celu poprawienia swojego wizerunku w mediach społecznościowych. Chirurdzy plastyczni zgłaszają wzrost liczby pacjentów (głównie dziewcząt i młodych kobiet), którzy jako wzór operowanej twarzy nie prezentują już zdjęć celebrytów, lecz perfekcyjną wersję samych siebie – wyretuszowane selfies ze Snapchata (Ramphul, Meijas 2018).

2.2. Fenomen chirurgii estetycznej

2.2.1. Płacąc za „nowe” ciało

Współczesny system dyscyplinowania ciała reprezentowany jest w coraz większej mierze przez praktyki medycyny estetycznej. Pierwsze znane zapisy o zabiegach chirurgii plastycznej pochodzą z około 600 roku p.n.e. z Indii i dotyczą rekonstrukcji nosa i uszu, ponieważ usuwanie tych części ciała było w tamtych czasach powszechnie stosowaną karą. Wczesne operacje były wykonywane wyłącznie na mężczyznach, często gladiatorach, którzy zostali ranni lub oszpecceni w trakcie walki. Claudius Galen, uznawany za wynalazcę chirurgii estetycznej, przeprowadził operację korekcji opadających powiek i usunięcia nadmiaru tłuszczu w okolicach piersi, stanu znanego obecnie jako ginekomastia. Początki współczesnych zabiegów chirurgicznych są umiejscowione w technikach korekcyjnych opracowanych w celu leczenia obrażeń powstałych w wyniku działań I wojny światowej. Symptomatyczne jest przesunięcie punktu ciężkości z operacji naprawczych mężczyzn na przemysł upiększania kobiet (Jones 2008). Techniki chirurgiczne zamiast korygować deformacje, zaczęły służyć doskonaleniu wyglądu, a lekarze i pacjenci oswoili się z ideą dokonywania zabiegów na życzenie, mniej istotnych z punktu widzenia życia i zdrowia.

Chirurgia plastyczna jest dziedziną medycyny, której nazwa wywodzi się od greckiego słowa *plastikos* – „formować” lub „kształtować”. Zabiegi dzieli się na kategorie według rodzaju, celu, obszaru ciała, stopnia inwazyjności, a także używanego sprzętu. Chirurgiczne i niechirurgiczne procedury mają na celu zmianę kształtu naturalnych struktur ciała w celu poprawy wyglądu i poczucia własnej wartości (Nejadsarvari i in. 2016; Nuffield Council on Bioethics 2017). W obszarze chirurgii plastycznej można wyróżnić chirurgię kosmetyczną/estetyczną i rekonstrukcyjną. Chirurgia rekonstrukcyjna stosowana jest do korekcji tego, co zostało zmienione pod wpływem choroby czy wypadku. Naprawia deficyt lub defekt, jest próbą „powrotu do normalności”, może być narzędziem odbudowy tożsamości człowieka w uzasadnionych przypadkach, do których można zaliczyć defekty genetyczne, uszkodzenia ciała. Chirurgia kosmetyczna nazywana zamiennie estetyczną ma na celu upiększanie, jest próbą „przekroczenia normalności” (Gillies, Millard 1957; Shiffman 2013). Deborah Caslav Covino (2001) wprowadza rozróżnienie, twierdząc, że procedury i produkty chirurgii kosmetycznej są postrzegane jako tymczasowe i powierzchowne, podczas gdy procedury chirurgii estetycznej oznaczają trwałą zmianę. W rozdziale posługuję się głównie pojęciem chirurgii estetycznej, a nie chirurgii plastycznej, by podkreślić, że analizowane przeze mnie operacje chirurgiczne przeprowadzane są na ciałach całkowicie zdrowych.

Estetologia medyczna (łac. *aesthetologia medica*, ang. *medical aesthetology*) to dziedzina nauki zajmująca się badaniem, opisywaniem, pielęgnowaniem, przywracaniem oraz kreowaniem za pomocą środków medycznych piękna ludzkiego ciała. W zakresie poznawczo-opisowym dziedzina ta opiera się na metodologii nauk przyrodniczych (medycyny, biologii, biofizyki), antropologii i antropometrii, socjologii, psychologii oraz estetyki i filozofii. W zakresie interwencyjnym celem estetologii medycznej jest poprawa fizycznej atrakcyjności człowieka za

pomocą metod typowych lub zastrzeżonych dla medycyny (leki, procedury i zabiegi), dietyki, rehabilitacji oraz fizykoterapii. Działy estetyki medycznej, praktykowane wyłącznie przez lekarzy środkami z zakresu ich specjalności podstawowej, których wyłącznym lub głównym celem jest poprawa fizycznej atrakcyjności pacjenta, to:

- medycyna estetyczna,
 - dermatologia estetyczna,
 - chirurgia estetyczna,
 - ginekologia estetyczna,
 - stomatologia estetyczna (Śpiewak 2012).
-

Pod koniec XIX wieku porównywano chirurgię plastyczną do terapii psychiatrycznej (Gilman 1998). Współczesna retoryka towarzysząca zabiegom estetycznym również podkreśla, że w walce o „nowe” ciało chodzi nie tylko o poprawę wyglądu, ale również samopoczucia, z czym wiążą się relacje społeczne i sekrety osobowości. Chirurdzy plastyczni tworzą „nowe” ciała, zastępując psychoterapeutów. *Beauty expert* zalecają, by traktować chirurgię estetyczną jako „swoją najlepszą przyjaciółkę”, przekonują, że wykonanie zabiegu „dosłownie odmienia życie” („Wysokie Obcasy Extra” 2021). W rzeczywistości chirurgia estetyczna to forma praktyki biomedycznej, której celem jest zapobieganie starzeniu się, obecnie jedna z najszybciej rozwijających się dziedzin medycyny komercyjnej, w której subiektywne potrzeby pacjentów są rozumiane jako właściwe wskazania do interwencji medycznych.

Chirurgia estetyczna kwalifikowana jest jako dział medycyny spełniającej pragnienia (*wish-fulfilling medicine*) (Asscher, Bolt, Schermer 2012). W ramach zabiegów o charakterze nie tyle „lecniczym”, ile „estetycznym” pacjent zgłasza się do lekarza i wyraża intencję udoskonalenia wybranych partii ciała. Może wybrać pomiędzy efektem optymalnym a maksymalnym, kierując się swoimi upodobaniami czy poczuciem estetyki. Chirurgia estetyczna czyni z lekarza artystę rzemieślnika realizującego zlecenie na określonej usługę dotyczącą szczególnego przedmiotu, jakim staje się ludzkie ciało. W tej sytuacji lekarz jest sługą pacjenta, czyli środkiem do celu, a nie arbitrem (Gimlin 2010: 57). Pojawia się więc dylemat, jak dalece chirurg może spełniać pragnienia, życzenia i fantazje pacjenta, zwłaszcza gdy domaga się on działań ryzykownych, niekoniecznych, o nieznanym skutkach, jak np. umieszczenie kamieni szlachetnych w twardówce oka.

W połowie lat 90. XX wieku chirurgiczne modyfikacje ciała zaczęto postrzegać jako ofertę, z której korzystają nie tylko celebryci. W ocenie specjalistów chirurgia estetyczna XXI wieku staje się coraz bardziej dostępna, precyzyjna i ekonomiczna (Shiffman 2013). Jednocześnie jednak pojawiają się w tej branży kolejne obszary ryzyka. Zabiegi są przeprowadzane w gabinetach lekarskich i klinikach medycyny estetycznej, a nie w szpitalach. Cieleśna perfekcja bywa groźna dla życia i zdrowia pacjentów (Jeffreys 2005; Suissa 2008). Wciąż rozszerzany jest zakres „wskazanych” ingerencji chirurgicznych, tzw. „zabiegów kompleksowych”, z założenia multiproceduralnych. Wzrasta ryzyko infekcji i negatywnej reakcji na znieczulenie. Najczęstszymi powikłaniami i skutkami ubocznymi operacji są mechaniczne urazy nerwów i tkanek, reakcje zapalne, zakażenia, oparzenia, blizny i przebarwienia, do

bardziej drastycznych należy zaliczyć przypadki martwicy skóry lub utraty funkcji operowanych części ciała. Niektórzy lekarze wykonują zabiegi, mimo że nie przeszli odpowiedniego szkolenia, nie mają certyfikatów ani stosownych uprawnień. W Polsce nadal brakuje przepisów regulujących zakres dozwolonych zabiegów estetycznych działających na poziomie tkanki podskórnej, które mogą wykonywać technicy usług kosmetycznych, kosmetyczki czy osoby niebędące lekarzami.

Mimo znacznej inwazyjności zabiegów chirurgicznych bagatelizuje się informacje o efektach ubocznych i nie uprzedza, że bardzo często wspomniane zabiegi należy powtarzać, bez pewności osiągnięcia zamierzonego efektu. Nowe technologie otrzymują certyfikaty Amerykańskiej Agencji Żywności i Leków (FDA), potwierdzające jedynie, że dane urządzenie lub preparat działa i nie szkodzi. Lekarze nie mają natomiast wiedzy na temat długofalowego działania zabiegów. Nieznane są również statystyki zgonów i umieralności z powodu komplikacji w wyniku przebytych operacji.

Chirurgia estetyczna nie jest objęta ubezpieczeniem, jest to zabieg elektywny („na życzenie”). Pacjent stał się klientem, wybierającym odpowiedni dla siebie produkt medyczny z szerokiej oferty cen i jakości usług. Z uwagi na wysokie koszty zabiegów jest to dział medycyny komercyjnej i luksusowej, niedostępnej dla znacznej części społeczeństwa. Susan Bordo (1993: 247) nazywała chirurgię estetyczną „arystokratyczną” formą buntu. Przebyte zabiegi to nadal demonstracja zasobności ekonomicznej klientów, którym „sprzedawane jest piękno” (Gimlin 2002; Elliott 2008).

2.2.2. Standaryzacja, fragmentaryzacja i patologizacja ludzkiego ciała

Znormalizowany i zestandaryzowany model cielesności, podatny na wpływy systemów eksperckich podlega ujarzmieniu przez mechanizmy dyscyplinowania, jakimi są zabiegi kosmetyczne, operacje plastyczne. W przekonaniu Sandera Gilmana (1998) celem „operacji estetycznej” jest zwiększenie naszej wizualnej anonimowości, a nie wyjątkowości. Naturalne przejawy ludzkiej fizjonomii (budowa ciała, rysy twarzy) traktowane są jako „schorzenie”, które należy poddać leczeniu. Charakterystyczne i wyjątkowe cechy ludzkiej fizjonomii zostają uznane za defekt w obliczu obowiązującego wyglądu i budowy ciała. Podczas gdy konsumencka retoryka wyboru, indywidualizmu i różnorodności głosi, że powinniśmy być sobą, chirurgiczne modyfikacje ciała zmierzają w stronę podobieństwa i jednorodności.

Rośnie społeczna potrzeba standaryzacji ciała (Leźnicki 2013). Naturalny wygląd człowieka bywa nieakceptowany, wręcz wstydlivy. Doświadczanie wstydu, niezręczności, narzucane spojrzeniem i reakcją innych, jest tym silniejsze, im większa jest dysproporcja pomiędzy ciałem społecznie pożądanym a własnym (Bourdieu 2005). Jesteśmy świadkami naukowej i kulturowej „patologizacji” niestandardowego wyglądu, czego przykładem jest powstanie w literaturze medycznej terminu „hipomastia” w celu opisania „patologii” posiadania małych piersi (Berry 2007: 74) czy też wprowadzenie przez czasopismo „Vogue” w 1973 roku terminu „cellulit” na określenie wykreowanego medialnie problemu estetycznego kobiet (Arroba 2003). Anomalie lub różnice w wyglądzie fizycznym stają się problemami biomedycznymi

wymagającymi leczenia. Jak zauważa Elizabeth Haiken (1997: 4), „starzejące się twarze, płaskie piersi i małe penisy, które jako fakty życiowe uznawano za niezasługujące na pomoc medyczną, zostają stopniowo przedefiniowywane jako problemy godne uwagi medycznej, a ostatnio jako patologie lub deformacje wymagające rozwiązań medycznych”.

Chirurgia estetyczna jest swoistym symulakrum, podtrzymuje bowiem ideał, który nie jest oryginałem, co więcej, nie jest on osiągalny bez interwencji medycznej. Chirurgicznie ulepszone twarze i ciała stają się normą, są jednak jedynie reprodukcją kopii, czyli mitu piękna. Przypominają atrybuty występujące u innych, niemniej jednak oparte na symulakrze. Chirurgię estetyczną można postrzegać jako formę kolonizacji ciała. Kolonizatorzy (twórcy mitu piękna) starają się zmodyfikować tożsamości, aby dopasować je do obowiązującego ideału. Problem z symulakrum za pośrednictwem chirurgii estetycznej polega na tym, że rozprzestrzenia się tylko jeden rodzaj kopii, opartej na „białym” heteroseksualnym standardzie piękna, który nie jest w pełni reprezentatywny dla wszystkich ludzi. Wzorce lansowane przez Zachód stają się punktem odniesienia przy ocenie atrakcyjności na całym świecie. Można mówić o zachodnio-centrycznym charakterze ponowoczesnego kanonu piękna. Przemysł medyczny dostarcza środków do zarządzania normatywną ideologią stawania się młodzieńczym WASP (White Anglo-Saxon Protestant – biały Anglosas wyznania protestanckiego), pozytywnie ocenianym członkiem zachodniej kultury. Idealne proporcje w podręcznikach chirurgii plastycznej oparte są na białym, zachodnim, heteroseksualnym ideale piękna (Balsamo 1996: 58–63). Poprzez akt korekty praktyka chirurgiczna lokuje inne ciała w rzeczywistości niepoprawności cielesnej (Gimlin 2002: 142).

Propagowanie jednego obowiązującego ideału piękna normalizuje medycznie skonstruowany typ piękna syntetycznego, a dewaluuje „markery” etniczne, oznaki starzenia i inne indywidualne wyznaczniki tożsamości. Zabiegi chirurgii estetycznej mają na celu wyeliminowanie lub bagatelizowanie cech etnicznych lub związanych z wiekiem w zamian za cechy, które odpowiadają ideałowi piękna. To jednocześnie procedury mające bezpośredni związek z opresją konkretnych grup społecznych. Operacja powiek jest powszechnie stosowana u osób pochodzenia azjatyckiego, aby po części ukryć swój fenotyp. Kobiety powiększają piersi i modelują ciało zgodnie z upodobaniami mężczyzn. Osoby starsze korzystają z liftingu twarzy, aby ukryć swój wiek, dostosowując się do powszechnego w kulturze popularnej kultu młodości.

Starość jest traktowana jako nieestetyczny defekt, a widoczne oznaki starzenia się sugerują, że posiadacz ciała utracił nad nim kontrolę. Chirurgia estetyczna jest jedną z taktyk pozytywnego starzenia się, opartą na idei, że można przeciwstawić się upływowi czasu, kupując produkty lub usługi, które pomogą wyglądać młodo, zdrowo i szczęśliwie. We współczesnej kulturze wizualnej obowiązuje kontrolowana niewidzialność starości. Człowiek podążający za trendami nie może być stary albo przynajmniej nie wyglądać na takiego. Pragnienie młodości leży u podstaw procedur medycyny estetycznej, jednak ludzie korzystają z zabiegów na ogół nie po to, by przeciwstawić się starzeniu, ale by je zaprojektować, to znaczy „wyglądać dobrze jak na swój wiek” (Jones 2008).

Ocena starzejącego się ciała jako „problematicznego” nasila się, zwłaszcza jeśli należy ono do kobiety. Fizjologiczne oznaki starzenia postrzegane są jako symptomy utraty kobiecości, tożsamości seksualnej i społecznej widoczności. Uzyskanie gładkiej skóry, płaskiego brzucha i jędrnych piersi sprawia, że kobiety czują się bardziej „atrakcyjne” i „pożądane seksualnie”, a także oznacza większą uwagę ze strony najbliższego otoczenia, co pomaga zmniejszyć przykrą niewidzialność. Redaktorki amerykańskiego czasopisma „Allure”, chcąc podkreślić nieuchronność naturalnego procesu starzenia, ogłosiły zakaz używania na swoich stronach określenia „przeciw starzeniu” w odniesieniu do kosmetyków i zabiegów medycyny estetycznej (Lee 2017). Wysiłki zmierzające do utrzymywania iluzji młodości prowadzą bowiem do coraz większego dystansowania się wobec swojego ciała oraz braku kontaktu ze swoją fizycznością.

Według Anthony’ego Elliotta (2008) rozwój kultury chirurgii estetycznej jest wyrazem naszego nieskrępowanego i patologicznego pragnienia młodzieńczego i coraz bardziej sztucznego piękna, a społeczne i osobiste koszty tej głębokiej zmiany kulturowej są powodem, jak twierdzi australijski socjolog, do poważnego niepokoju. Dynamiczny rozwój chirurgii estetycznej i jej coraz większa akceptacja społeczna może drastycznie zmienić sposób postrzegania ciała, które nie dość, że zostaje odzielone od pozostałych elementów współtworzących tożsamość, to jeszcze ulega fragmentaryzacji, rozbiciu na części, lepiej bądź gorzej ocenianych. Obok rankingów najseksowniejszych gwiazd, w mediach pojawiają się zatem również rankingi ich nosów, oczu, ust, włosów, policzków, skóry, nóg. Niezależnie od oceny talentów aktorskich i wokalnych Jennifer Lopez wizerunkowo punktem odniesienia dla widzów są jej pośladki (Elliott 2011). Ponowoczesne ciało nie jest już biologicznym darem, którego organiczna integralność jest nienaruszalna. Obserwujemy przesunięcie tradycyjnej definicji ciała jako całości, której wady należy przyjąć, do „ciała fragmentarycznego”, co pozwala na modyfikacje nie tylko ze względu na normy estetyczne, ale także w celu osobistej ekspresji. Dominująca kultura legitymizuje synergię „autodestrukcji” i „humanizacji” piękna zmierzającego do stereotypu modelowego ideału (Jarrin 2017).

2.2.3. Rynek chirurgii estetycznej: statystyki i trendy

Jak wynika z danych IMCAS (International Master Course on Aging Skin), liczba operacji plastycznych z roku na rok rośnie. Na świecie najczęściej wykonywane są zabiegi liposukcji (odsysania tłuszczu), operacje powiększania piersi, a także usuwanie zmarszczek (IMCAS 2021). Od 2000 roku Amerykańskie Towarzystwo Chirurgów Plastycznych (American Society of Plastic Surgeons, ASPS) odnotowało w statystykach znaczny wzrost liczby zabiegów powiększających piersi, liftingu pośladków oraz chirurgii kosmetycznej żeńskich narządów płciowych (*Female genital cosmetic surgery*, FGCS). W ciągu ostatnich dwóch dekad biznes „estetycznej przebudowy ciała” urosł do rangi wielomiliardowego przemysłu, z inwestycjami w badania i rozwój, agresywnym marketingiem i przeważnie, ale nie wyłącznie kobietą bazą konsumentów. Chirurgia plastyczna umożliwia korektę niemal całego ciała. Na świecie kobiety zdecydowanie częściej niż mężczyźni poddają się takim zabiegom.

W kolejności od najbardziej do najmniej popularnych: powiększają lub podnoszą biust, dokonują liposukcji, plastyki brzucha oraz plastyki opadających powiek. Poprawą własnego wyglądu zainteresowanych jest coraz więcej mężczyzn. Stają się oni coraz liczniejszą grupą pacjentów w gabinetach medycyny estetycznej, korzystając najczęściej z zabiegów liposukcji, plastyki opadających powiek, pomniejszania piersi, plastyki brzucha i liftingu twarzy (ASAPS 2020).

Według danych Międzynarodowego Towarzystwa Estetycznej Chirurgii Plastycznej (International Society of Aesthetic Plastic Surgery, ISAPS) w Brazylii, Wenezueli, Argentynie oraz Chile operacje plastyczne cieszą się znacznym uznaniem społecznym, są szeroko akceptowane i instytucjonalizowane. Z kolei w Iranie, Arabii Saudyjskiej korzystanie z operacji plastycznych traktuje się jako wyraz przekroczenia norm społecznych (ISAPS 2020). W Chinach i Korei Południowej widoczny jest znaczny wzrost zainteresowania operacjami estetycznymi, związany m.in. z dbałością o utrzymanie dobrego (poprawnego kulturowo) wizerunku oraz szeroką dostępnością rozlicznych klinik chirurgii plastycznej przyjmujących również poza bezpośrednim wskazaniem zdrowotnym (Hua 2013: 143–146). Rośnie zjawisko turystyki medycznej związanej z chirurgią estetyczną jako rynkiem międzynarodowym, który umożliwia pacjentom dokonanie interwencji w anonimowym środowisku poza ich krajem i ich sieciami społecznymi (Holliday, Jones, Bell 2019). W Korei Południowej przemysł turystyki medycznej jest dotowany przez rząd.

Najwyższy odnotowany w przeciągu ostatnich kilkudziesięciu lat wskaźnik przeprowadzonych operacji estetycznych wykazują Stany Zjednoczone. W latach 2000–2019 odnotowano tam wzrost przeprowadzonych operacji o 169% w porównaniu z 20% wzrostu na całym świecie (ASAPS 2020). Brazylijczycy są drugim co do wielkości światowym konsumentem zabiegów chirurgii estetycznej. Rząd brazylijski wdraża politykę traktującą chirurgię estetyczną jako sposób, w jaki kobiety o niższym statusie społeczno-ekonomicznym mogą przełamać głęboko zakorzenione klasowe bariery poprzez zmianę swojego wyglądu. W krajach Ameryki Południowej nie inicjacja seksualna czy pierwsza miesiączka stają się wyznacznikami dorosłości i kobiecości, lecz pierwsza w życiu operacja chirurgiczna. Banki oferują specjalne kredyty na ten cel (Jarrin 2017).

Efekt wizualny, jaki pozwalają uzyskać zabiegi służące do tej pory jedynie dojrzałym kobietom jako pomoc w niwelowaniu skutków upływającego czasu, pożądany jest u coraz większej liczby coraz młodszych kobiet. Obecnie popyt na syntetyczne wypełniacze tkankowe spływające zmarszczki, korygujące zarys twarzy i zmieniające usta w pełniejsze widoczny jest nawet wśród nastolatek (Frier 2020: 359). Z jednej strony popularne na świecie stają się karnety do salonów odnowy biologicznej dla dzieci, z drugiej zaś wchodzi w życie ustawy ograniczające dostęp i zakres procedur estetycznych. Od 2021 roku w Wielkiej Brytanii stosowanie zastrzyków z toksyną botulinową i wypełniaczy skórnych osobom poniżej 18. roku życia wyłącznie z powodów kosmetycznych i pomimo zgody rodziców lub opiekunów jest nielegalne.

W Polsce brakuje systematycznych i reprezentatywnych badań dotyczących liczby i rodzaju wykonywanych zabiegów niechirurgicznych, jak i operacji. Wyniki

sondażu CBOS z 2003 roku wskazywały na to, że największy odsetek osób, które chciałyby coś zmienić w swoim wyglądzie zewnętrznym, przypadają na kategorie wiekowe 35–44 i 45–54 lata, najmniej zainteresowana zmianą wyglądu była kategoria osób w wieku 65 lat i więcej (Biały 2003). Obecnie wzrost zainteresowania procedurami upiększającymi jest widoczny wśród przedstawicieli generacji Millenialsów (25–34 lata). **Badania rynku zabiegów medycyny estetycznej w Polsce pokazują, że 2,3% dorosłych mieszkańców poddało się co najmniej jednemu zabiegowi** wymodelowania sylwetki, odmłodzenia wyglądu czy poprawy atrakcyjności poszczególnych partii ciała. **To około 600 tys. osób.** Kobiety stanowią obecnie ponad 75% wszystkich pacjentów zgłaszających się do gabinetów medycyny estetycznej. **Wśród Polek w wieku od 18 do 55 lat 89% przyznaje, że ma kompleksy związane ze swoim wyglądem i ciałem, natomiast co najmniej siedem na dziesięć nie miałoby nic przeciwko poddaniu się zabiegowi estetycznemu (Rynek estetyczny 2021).** Badanie lekarzy zajmujących się medycyną estetyczną w Polsce z 2021 roku wskazuje, że obecnie najczęściej na zabiegi decydują się osoby z tzw. Power Generation – aktywni zawodowo i świadomi swoich potrzeb 35–49-latkowie. Polacy najchętniej wybierają zabiegi z wykorzystaniem toksyny botulinowej (83%) oraz kwasu hialuronowego (70%), a także mezoterapię (52%). Wzrost zainteresowania zabiegami wśród mężczyzn zauważyło 42% specjalistów z zakresu medycyny estetycznej (Mieczkowski 2021).

W skali globalnej rynek medycyny estetycznej notuje spektakularny wzrost dochodów nawet pomimo pandemii. Światowe badania dowodzą, że 11% kobiet jest bardziej zainteresowanych zabiegami chirurgii estetycznej niż przed pandemią. Natomiast 35% badanych kobiet, które mają już za sobą jedną procedurę estetyczną, planuje kolejne operacje w najbliższej przyszłości (ASPS 2020). Praca zdalna oraz izolacja społeczna sprzyjają inwazyjnym zabiegom i rekonwalescencji. Nowy pacjent odkrywa lekarza medycyny estetycznej, wcześniej mylił go z kosmologiem (Mieczkowski 2021). Używane powszechnie media społecznościowe mają bezpośredni wpływ na podejmowanie decyzji o poprawie swojego wyglądu, gdyż widoczne tam twarze to w większości wyciszzone ze zmarszczek selfie.

2.3. Praktyki estetycznych modyfikacji ciała w perspektywie feministycznej

2.3.1. Opresyjny charakter patriarchalnego standardu kobiecego piękna

Ciało przesunęło się na centralne miejsce w teorii postmodernistycznej i tym samym jego istnienie jako organizmu fizycznego zostało zmarginalizowane. Odrzucając pojęcie ciała jako biologicznego bytu zdeterminowanego przez naturę, teoretycy popadli w drugą skrajność, uznając je za niemal nieskończenie plastyczne.

Michel Foucault twierdzi, że ciało poddane jest zewnętrznemu, dyscyplinującemu oraz normalizującemu spojrzeniu instytucji i ideologii, choć poziom intensywności tej kontroli może się różnić w zależności od jednostki. W procesie przymusowego dyscyplinowania są tworzone „ciała podporządkowane i wyćwiczone, ciała podatne” (Foucault 2009: 133). Chirurgia estetyczna należy do sfery tego, co Foucault (1988) nazwał „technologiami ja”. Podnoszące atrakcyjność

fizyczną zabiegi wyszczuplające, odmładzające można uznać za przykład „pracy nad ciałem, przemyślanej manipulacji jego częściami” (Foucault 2009: 133). Odbiorcami zabiegów estetycznych są w przeważającej mierze kobiety, być może dlatego dyskurs na temat chirurgii plastycznej został zdominowany przez analizy feministyczne. Przedstawicielki feminizmu zainspirowane koncepcjami Foucaulta (który co prawda odnosił się wyłącznie do ciał mężczyzn) zastosowały poststrukturalistyczne spostrzeżenia do interpretacji problemu ucieleśnienia. Podkreślały regulację „potulnych ciał” kobiet (Bartky 1990), które nieustannie dyscyplinowane, pozostawały „ciałami posłusznymi”, uległymi wobec reżimu konsumpcjonizmu (Bordo 1993).

Analizy feministyczne rozwijały się równoległe do przemian zachodnich społeczeństw. Proponowane koncepcje i teorie służyły jako narzędzia interwencji wobec konkretnych problemów społecznych. Perspektywa „prywatne jest polityczne” w odniesieniu do piękna rozciąga się na wszelkie rodzaje nierówności, które mogą zmusić zdominowanych do poprawy estetyki w kierunku norm ustanowionych przez dominujących. Szczególnie dotyczy to kobiet, które uczone są, że nigdy nie powinny czuć się komfortowo we własnym ciele. Elizabeth Grosz, związana z feminizmem korporalnym, w którym ciało zostaje dowartościowane jako źródło znaczeń, krytykuje zjawisko hiperkorporalności kobiet w kulturze zachodniej, oparte na przekonaniu, że kwestia cielesności czy też materialności dotyczy wyłącznie przedstawicielek płci żeńskiej, a ich ciała są szczególnym obszarem działania władzy. W myśl filozofii kartezjańskiej rozumność została skojarzona z podmiotem męskim, a kobiecość z bezrozumnym czynnikiem materialnym. Ujawniając kartezjański dualizm umysł–mężczyzna, ciało–kobieta jako ideologię patriarchalną, Grosz dowodzi, że naturalne ciało przedstawiane jest jako niemal z definicji nieadekwatne, wadliwe, a przez to dojrzałe do „kosmetycznej restrukturyzacji, fragmentacji” (Grosz 1994: 151). Patriarchalny dyskurs sytuuje ciała mężczyzn jako suwerenne, obiektywne, kontrolowane i dlatego nieproblemатyczne, podczas gdy ciała kobiet, zdominowane przez biologię, są rozumiane jako mniej uformowane, bardziej subiektywne, a nawet „nieszczelne” (Shildrick 1994; Longhurst 2001).

Praktyka chirurgii estetycznej nie polega po prostu na udoskonalaniu „naturalnego” ciała, ale działa poprzez redefinicję standardów piękna i przypisywanie tych standardów do odbiegających od normy „wadliwych” ciał kobiet. Patriarchalne społeczeństwo jako system wpływa na poczucie własnej wartości i problemy z wizerunkiem ciała u kobiet poprzez utożsamianie wyglądu z ich wartością jako osoby. Powierzchnowość kobiety decyduje o tym, jak jest odbierana i traktowana przez otoczenie, jej wygląd jest oceniany jako ważny i w pewien sposób reprezentatywny dla tego, kim ona jest. Według psycholożki Ellyn Kaschak kobiety poddane są ogromnej presji sprostania nieosiągalnemu modelowi wyidealizowanego piękna. Wyznacznikiem kobiecości jest bycie atrakcyjną i pociągającą dla mężczyzny. Dlatego kobieta utożsamia się ze swoim ciałem, „jest swoim wyglądem” (Kaschak 1995: 77). Ciało kobiece staje się zarówno kapitałem, jak i towarem, a kobiety, spełniając oczekiwania społeczne względem preferowanego wyglądu, same wpędzają się w pułapkę

wizualności i uprzedmiotowienia. Internalizacja zarówno ogromnego znaczenia tego, jak się „wygląda”, jak i ideałów piękna prowadzi do samouprzedmiotowienia, które jest elementem obsesji piękna.

Samouprzedmiotowienie charakteryzuje się chronicznym zwracaniem uwagi na własny wygląd fizyczny. **Polega na wykształceniu w sobie perspektywy zewnętrznego (najczęściej bardzo krytycznego) obserwatora-nadzorcy, który skupia się na nieprzerwanym monitorowaniu własnego wyglądu, ale także zachowania. W tym ujęciu osoba** zaczyna postrzegać siebie jako przedmiot do oglądania i oceniania na podstawie wyglądu, konstruuje własną tożsamość na podstawie cielesnego wizerunku. Według teorii uprzedmiotowienia od najmłodszych lat ciała kobiet są oglądane, komentowane i oceniane przez innych. Dziewczęta i kobiety uczą się, że (seksualna) atrakcyjność jest centralnym aspektem kobiecej roli płciowej, a zatem celem, do którego muszą dążyć. Poczucie „bycia piękną” w dużo większym stopniu u kobiet niż u mężczyzn koreluje z poczuciem własnej wartości oraz oceną życiowego sukcesu. Ogromną rolę odgrywa społeczna presja na tworzenie, prezentowanie, utrzymywanie i poprawianie atrakcyjnego wyglądu (tj. szczupły – ideał dla kobiet, muskularny – ideał dla mężczyzn) (Fredrickson, Roberts 1997; Moradi 2011; Zurbriggen 2013).

Krytyczne analizy feministyczne uznają praktyki chirurgii estetycznej za formę uprzedmiotowienia i podporządkowania kobiet (Morgan 1991; Bordo 1993; Negrin 2002). Pragnienie modyfikacji ciała za pomocą zabiegów może być motywowane niższą samooceną lub zwiększonym doświadczeniem niepokoju dysmorficznego. Te psychologiczne doznania mogą z kolei wynikać z mechanizmów utowarowienia kobiecego ciała, które utwierdzają kobietę w przekonaniu, że spełnienie społecznych oczekiwań dotyczących piękna sprawi, że poczuje się ona szczęśliwsza lub bardziej pewna siebie (Holliday, Sanchez Taylor 2006).

W radykalnej wersji chirurgia estetyczna jest definiowana jako samookaleczenie „przez pełnomocnika” (Jeffreys 2005: 149). W interpretacji Wolf patriarchalne standardy płci i piękna pozbawiają kobiety jakiegokolwiek sprawczości. Rynek chirurgii estetycznej został stworzony, aby powstrzymać kobiety przed mobilizacją w życiu publicznym. Ich czas poświęcony na korygowanie „defektów” urody mogłyby przeznaczyć na edukację i pracę zawodową. Wolf przekonuje, że chirurdzy estetyczni mają dziś bezpośredni interes finansowy w utrzymywaniu kobiet w przekonaniu, że są „brzydkie”. Podobnie jak w XIX wieku, kiedy kobiety wierzyły, że menstruacja, masturbacja, ciąża i menopauza to choroby, dziś dochodzą do przekonania, że ich normalne, zdrowe ciała wymagają kosmetycznej korekty (Wolf 2014). Dodatkowo rozkład płci wśród aktorów zaangażowanych w przemyśle chirurgii estetycznej zawsze był wyraźnie niezrównoważony: większość chirurgów stanowią mężczyźni. To do nich udają się kobiety w roli pacjentek, szukając aprobaty dla korekty swojego „wadliwego” wyglądu. Ten stosunek liczby mężczyzn chirurgów do pacjentek wspiera również tezę, że pomysł kobiety jest uzasadniony, jeśli mężczyzna aprobuje i wspiera go, ponieważ męska perspektywa jest postrzegana jako bardziej racjonalna.

Męskie spojrzenie (*Male gaze*) – termin po raz pierwszy przedstawiony przez brytyjską teoretyczkę mediów Laurę Mulvey (1975) na określenie patriarchalnej dominacji, wywierającej presję na kobietę, żeby dostosowała się fizycznie do wyglądu, który odpowiada męskiemu pojmowaniu piękna. Spopularyzowany został w odniesieniu do przedstawiania postaci kobiecych w filmie jako nieaktywnych, często otwarcie zseksualizowanych obiektów męskiego pożądania. Męskie spojrzenie postrzega kobiece ciało jako coś, co heteroseksualny mężczyzna (lub całe społeczeństwo patriarchalne) może oglądać, podbijać, posiadać i wykorzystywać do realizacji swoich celów. Obraz kobiet ma służyć przede wszystkim męskiej przyjemności, która wynika z patrzenia na piękno kobiecego ciała. Presja dostosowania się do tego spojrzenia oraz akceptacji bycia postrzeganą w ten sposób kształtuje myślenie kobiet o własnym ciele oraz o swoim miejscu w świecie. Chirurgia estetyczna i wszelkie interwencje upiększające kobiece ciało są postrzegane jako „ułatwiacze męskich fantazji” (Wegenstein 2012: 160).

Przedstawiciele radykalnego feminizmu drugiej fali negatywnie postrzegają chirurgię estetyczną jako opresyjny sposób na uzyskanie społecznej aprobaty poprzez spełnienie ideału piękna wyznaczanego przez „męskie spojrzenie” skierowane na kobiece ciało. Jak twierdzi feministyczna filozofka Sandra Lee Bartky (1990), głównym wyznacznikiem kobiecości, a zarazem znaczącą miarą wartości kobiety jest zdolność do przyciągania pełnych podziwu spojrzeń. Kobiety podświadomie podporządkowują się mężczyznom, akceptując kulturowy standard idealnego kobiecego ciała, określanego przez Bartky „tyranią smukłości” (*tyranny of slenderness*). Estetyczne zabiegi i technologie przeciwstarzeniowe oferują kobietom nowe wybory i możliwości (lub naciski i obowiązki) do kształtowania ciała zgodnie z tym imperatywem. Idealna kobiecość wymaga radykalnej transformacji cielesnej, w wyniku której praktycznie każda kobieta musi zmienić coś w swoim wyglądzie. W reżimie zinstytucjonalizowanego heteroseksualizmu kobieta staje się „obiektem i zdobywcą”, przyjmując wobec własnej osoby postawę mężczyzny (Bartky 1990: 73). Czerpie wówczas erotyczną satysfakcję z fizycznego „ja”, traktując swoje ciało jako piękny obiekt, na który można patrzeć i który można ozdabiać.

Opisana przez Bartky koncepcja „kompleksu mody i piękna” (*fashion-beauty complex*), podobnego w jej przekonaniu do kompleksu wojskowo-przemysłowego, obrazuje zawiłe sposoby, w jakie technologia i produkcja działają łącznie z marketingiem, by regulować kobiece ciało. Inna przedstawicielka feministycznej filozofii Susan Bordo (1993) dowodzi, że kompleks ten funkcjonuje nie tylko poprzez standardy piękna i normy płci, ale także poprzez procesy estetyzacji i racjonalizacji kobiecego ciała w codziennym życiu. Koncentracja na estetyce ciała (np. smukłość, napięte mięśnie, gładka skóra) oraz na jego dobrej kondycji (np. dieta, ćwiczenia fizyczne, sen) jest podstawowym dyskursem dla jaźni, przedstawianym w wielu różnych kontekstach komercyjnych. Dzisiejszy rynek chirurgii estetycznej stanowi paradygmatyczny przykład funkcjonowania przemysłowego kompleksu mody i piękna.

Kosmetyczne spojrzenie (*Cosmetic gaze*) – określenie dokumentalistki i teoretyczki mediów Bernadette Wegenstein (2012), oznaczające akt patrzenia na własne i cudze ciała, który jest kształtowany przez techniki, oczekiwania i strategie (często chirurgicznych) modyfikacji ciała. To sposób patrzenia o charakterze moralizującym, oczekujący poprawy zarówno fizycznej, jak i duchowej. Jest to również spojrzenie fizjonomiczne, ponieważ tworzy rozdzźwięk pomiędzy pięknem wewnętrznym i zewnętrznym, między tym, jak widzimy siebie, a tym, jak chcemy być postrzegani przez innych. Kosmetyczne spojrzenie leży u podstaw „odrodzenia” celebrowanego w dzisiejszej kulturze metamorfozy i opiera się na koncepcji ciała medialnego, wywodzącego się z dyskursu o urodzie w kinematografii, telewizji, internecie, prezentujących ciała takimi, jakimi powinny i mogłyby być. Jest to forma samodoskonalenia lub samonormalizacji, która nie polega na eliminacji niepasujących jednostek, ale na nakłanianiu podmiotu do uświadomienia sobie tych aspektów w obrębie własnego „ja”, jakie najlepiej odzwierciedlają doskonałość. W tym nowym dyskursie fizjonomicznym to nie sama twarz staje się znakiem, ale tożsamość własna jest rekonceptualizowana jako znak lub obraz (Finkelstein 1991). Poprzez zinternalizowane spojrzenie kosmetyczne oczekuje się, że podmiot „odnajdzie” siebie. Według Wolf (2014) kosmetyczne spojrzenie jest ucieleśnione w samej kobiecie. Jako zdyscyplinowany podmiot kobieta staje się swoim własnym nadzorczą.

2.3.2. Emancypacyjny potencjał chirurgii estetycznej

W analizach feministycznych chirurgia estetyczna jest nie tylko przyczyną opresji, ale również obietnicą emancypacyjnej transformacji, wzmocnienia pozycji kobiet, które doświadczają dyskryminacji ze względu na płeć i wiek (Davis 1995; Gimlin 2002; Blum 2003; Holliday, Sanchez Taylor 2006). Liberalna perspektywa feministyczna uznaje, że chirurgia estetyczna oferuje kobietom „pewien stopień kontroli nad własnym życiem w okolicznościach, w których istnieje bardzo niewiele innych możliwości samorealizacji” (Negrin 2002: 22). Kobiety są społecznie definiowane i zmuszane do troski o swój wygląd (stąd większy u nich lęk przed starzeniem się), a chirurgia estetyczna stanowi technologiczną odpowiedź na tę presję (Balsamo 1996; Haiken 1997; Davis 2003). Jak zauważa Gilman (1998: 19), ograniczeniem chirurgii estetycznej jest właśnie to, że oferuje ona jedynie technologiczne rozwiązanie problemu społecznego. Feministyczna krytyka nie jest na ogół skierowana do kobiet, które poddają się zabiegom, ale raczej do systemu kulturowego, który wywołuje u kobiet stan permanentnego niezadowolenia z własnego wyglądu fizycznego. Głównym celem jest obnażenie nierówności społeczeństwa, które wymuszają taką praktykę (Negrin 2002: 26). Osią analizy feministycznej jest to, czy chirurgia estetyczna daje kobietom wolność wyboru swojego wizerunku, czy też utrzymuje je w stanie uległości wobec „kaprysu” hegemonicznego ideału. Podczas gdy niektórzy przedstawiciele feminizmu określają kobiety, które angażują się w pogoń za pięknem, jako pasywne lub kontrolowane, inni opisują je jako z natury postępowe, aktywne i upodmiotowione. Chirurgiczna zmiana wizerunku może być postrzegana jako sposób na przeciwstawienie się patriarchalnej ideologii, według której kobiety powinny akceptować swój naturalny wygląd. Kosmetycznie zmienione ciało jest aktywnie sprzeczne z tym patriarchalnym punktem widzenia (Balsamo 1996).

Kathy Davis (1995) charakteryzuje chirurgię estetyczną jako narzędzie buntu kobiet przeciwko patriarchatowi i uprzedmiotowieniu przez mężczyzn na rzecz własnego, pożądanego wyglądu. Chirurgia estetyczna oferuje kobietom sposób na uwolnienie się od ciała, którego wizerunek nie pokrywa się z ideałem piękna. Decyzja o poddaniu się operacji świadczy o ich władzy w zakresie asymilacji do ideału. Kobiety świadomie zmieniają cechę fizyczną, która może im się nie podobać, aby zwiększyć swoje szanse na sukces ekonomiczny lub akceptację społeczną. Davis argumentuje, że kiedy kobiety poddają się zabiegom estetycznym, przejmują kontrolę nad swoim ciałem i faktycznie zdobywają władzę w patriarchalnym społeczeństwie. Chirurgia estetyczna może więc paradoksalnie zapewnić kobiecie drogę do stania się raczej „ucieleśnionym podmiotem niż uprzedmiotowionym ciałem” (Davis 1995: 161). Bordo podobnie jak Davis uważa, że kobieta decydująca się na zmianę swojego wyglądu jest zdolna do racjonalnego myślenia i działania, a zabiegi estetyczne świadczą o jej zwiększonej sprawczości.

Przedstawiciele feminizmu nie są zgodni co do twierdzenia, czy chirurgiczne modyfikacje ciała dodają, czy ujmują kobiecie władzy. Czy są symbolem wolności i wyswobodzenia kobiet, czy też je bezwzględnie zniewalają. Trzecia fala feminizmu przynosi wzrost pozytywnego nastawienia do chirurgii estetycznej, definiując ją jako sposób na wyrażenie swojej „prawdziwej tożsamości”. Zmiana w feministycznym podejściu do chirurgii estetycznej wiąże się ze zmianą kryteriów piękna, od zewnętrznych norm narzuconych przez rządzących mężczyzn (w pierwszym, radykalnym ujęciu), do koncentracji kobiet na normalności jako unikaniu brzydoty. Chirurgia estetyczna może być dla kobiety łatwym sposobem na stanie się „normalną”. Dla feministek trzeciej fali ujęcie piękna jako opresji może wydawać się surowe, kwestionują one ten stygmatyzujący pogląd, uwalniając mężczyzn z narzuconej im roli „prześladowcy” oraz pozycjonując kobiety w odniesieniu do ich własnych wyborów i działań, uznając, że nie są one zwykłymi marionetkami, ale samorealizującymi się istotami. Nie ma już relacji władzy, które wywierałyby presję na decyzje kobiet o chirurgicznej zmianie wizerunku. Kobiety decydujące się na zabieg estetyczny nie porównują własnego wyglądu do zewnętrznych norm piękna, ale własną definicję siebie do ciała jako narzędzia do przekazania swojej prawdziwej tożsamości. „Fragmentaryczne” ciało staje się „tekstem”, który powinien odzwierciedlać przekonania. Podstawowym celem zabiegu jest nie piękno, ale prezentacja tożsamości.

Feminizm czwartej fali wykorzystuje ciało jako miejsce dla politycznego aktywizmu, a nie indywidualnego upodmiotowienia. Uznając, że ciało jest nie tylko indywidualnym dobrem, ale także miejscem społeczno-kulturowych i politycznych zmagania, niektóre badaczki feministyczne skupiają się na zróżnicowanych sposobach wartościowania cech fizycznych w różnych kontekstach narodowych, w zależności od spuścizny kolonialnej i geopolityki (Glenn 2008; Jha 2016). To pozwala badaczom wyjść poza twierdzenia o dominacji zachodnich mediów, aby analizować interseksjonalność norm piękna, to znaczy tego, jak wzajemnie powiązane i współkonstruuujące się hierarchie rasy, klasy, religii są implikowane w wartościowaniu niektórych cech fizycznych jako normalnych lub pożądaných, podczas gdy inne są dewaluowane, np. niski wzrost,

spłaszczona twarz, cofnięte czoło, powiększona szczęka, szeroki, płaski lub wypukły i garbaty nos, wąskie oczy, pojedyncze powieki (zmarszczka nakątna oka), brak rzęs itd. Ideał piękna pozostaje opresyjny szczególnie w przypadku osób starszych, niepełnosprawnych, niebinarnych oraz przedstawicieli innych ras niż biała.

Podsumowując, analizy feministyczne pokazują, że repertuar interpretacyjny fenomenu chirurgii estetycznej jest dość ograniczony. Argumenty opierają się albo na społeczno-historycznej abiekcji kobiecego ciała (ułomnego i pozbawionego kontroli), albo na indywidualizmie i „kulturze narcyzmu” oraz hedonistycznej konsumpcji, gdzie ciało jest po prostu narzędziem rozpoznawania oraz realizacji swoich pragnień. Choć argumenty te wydają się przeciwstawne, sytuują kobiety jako „właściwy obiekt chirurgicznej interwencji cielesnej” i powielają konwencjonalną kobiecość (Fraser 2003: 120).

3. Kluczowe pojęcia

Kosmetologia – interwencje dotyczące ciała oparte na środkach nielekarskich (kosmetyki, suplementy, zabiegi nieinwazyjne).

Medycyna estetyczna – dział medycyny należący do estetologii medycznej, zajmujący się zapewnieniem wysokiej jakości życia ludzi zdrowych poprzez poprawę ich fizycznej atrakcyjności, łączący cele lecznicze i wyłącznie „upiększające”. Są to działania zapobiegawcze, zorientowane w dużej mierze na profilaktykę starzenia się skóry, w kolejnym etapie natomiast rekonstrukcyjne, mające odtworzyć stan sprzed tego procesu. Medycyna estetyczna obejmuje głównie zabiegi nieinwazyjne lub o niewielkim stopniu inwazyjności. Nie stanowią one świadczeń medycznych.

Chirurgia plastyczna (rekonstrukcyjna lub estetyczna) – dziedzina medycyny zajmująca się rekonstrukcją wad wrodzonych i nabytych ciała, korektą rzeczywistych lub odczuwanych defektów ciała.

Chirurgia rekonstrukcyjna – dział chirurgii plastycznej zajmujący się poprawą wad wrodzonych i nabytych ciała, korektą rzeczywistych defektów ciała.

Chirurgia estetyczna – dział chirurgii plastycznej zajmujący się korektą odczuwanych przez pacjenta mankamentów ciała natury „subiektywnej”.

Body policing – nieformalna praktyka wzmożonej krytyki i kontrolowania wyglądu fizycznego, ze względu na to, że nie jest on zgodny z normami społecznymi lub nie jest uznawany za odpowiedni w danym otoczeniu.

Body shaming – zjawisko wyśmiewania, zawstydzania, poniżania złośliwymi lub niewybrednymi komentarzami wyglądu fizycznego z reguły kobiet. *Fat-shaming*

odnosi się do kobiet z nadwagą lub też wyraźnie otyłych. *Anty-body shaming* to zdarzenia lub czyny mające na celu ukazanie różnorodności wyglądu kobiecego ciała, bez względu na jego wygląd.

Body neutrality („ciałoneutralność” to termin zaproponowany około 2015 roku przez blogerów, celebrytów i trenerów) – ruch walczący z kultem ciała, promujący postrzeganie siebie w kontekście osiągnięć i unikalnych cech, a nie wyglądu zewnętrznego, zachęca do traktowania swojego ciała jak narzędzia do wykonywania codziennych zadań, pracy zawodowej, spełniania marzeń i realizowania dalekosiężnych planów. Najważniejsze w nowym ruchu są możliwości, jakie daje ciało, a nie jego kształt, proporcje czy rozmiar. Neutralność ciała została wprowadzona jako alternatywne podejście do ciałopozytywności. Zamiast skupiać się na akceptacji swojego ciała bez względu na wszystko, neutralność ciała jest filozofią, która skupia się na tym, co jednostka może osiągnąć dzięki swojemu ciału.

Praca estetyczna (*aesthetic labour*) – praktyka zatrudniania i kontrolowania pracowników na podstawie ich wyglądu fizycznego. W szerszym kontekście to nowe globalne i ponadnarodowe podejście do polityki piękna w neoliberalizmie, akcentujące relacje władzy, definiujące estetykę, takie jak miejsce zamieszkania, klasa, rasa, płeć, wiek.

4. Najważniejsze badania

Plastyczne, a zarazem plastikowe ciała. Wybrane analizy badawcze

4.1. Redefinicja granic normalności kobiecego ciała

Obserwacja chirurgicznych modyfikacji ciała otwiera przed przedstawicielami nauk społecznych interesujące pole badawcze. Zakres analiz opiera się zasadniczo na dwóch założeniach: 1) ciało jest plastyczne – można je (re)kształtować za pomocą coraz lepszej technologii, oraz 2) ciało jest w coraz większym stopniu formą kapitału w sferze prywatnej i na konkurencyjnym rynku pracy. Pierwsze założenie jest widoczne w badaniach nad znaczeniami i doświadczeniami związanymi z chirurgią estetyczną i kulturą piękna. Odnoszą się one głównie do kobiet, postrzeganych społecznie przez pryzmat swojego wyglądu. Analizy pokazują, że istnieje wiele niuansów i subtelności związanych z tym, że kobiety decydują się na interwencję estetyczną. Większość wniosków nawiązuje jednak do **dwóch feministycznych perspektyw**.

Przedstawiciele pierwszej potwierdzają, że kobiety, które decydują się na chirurgiczną zmianę wyglądu, są dyscyplinowane przez system patriarchalny oraz hegemoniczne „męskie spojrzenie”. Opisują piękno jako represyjny zestaw struktur i praktyk, które działają poprzez internalizację ideologii genderowych. Przedstawiają chirurgię estetyczną jako przedłużenie systemu piękna, skoncentrowanego na kolonizacji kobiecych ciał poprzez technologię i nadzór (Chapkis 1988; Morgan 1991; Wolf 2014). Obsesja piękna jest barierą dla równości płci. Kobiety częściej niż mężczyźni

mówią i myślą o swoim ciele, częściej również podejmują działania mające na celu jego poprawę. Ulepszanie, stylizowanie ciała zgodnie z modą i etapem w życiu (*body upgrading*) dotyczy w głównej mierze kobiet, które żyją pod presją kultu pięknego wyglądu i braku przyzwolenia na starzenie się (Hurd Clarke, Griffin 2008). Dojrzałe kobiety wyraźniej niż mężczyźni odczuwają wewnętrzną i społeczną presję, by zachować fizyczną atrakcyjność (Brooks 2010). Starsi mężczyźni w większym stopniu niż kobiety akceptują swoje ciało, przywiązują mniejszą niż kobiety wagę do swojej aparycji (Bieńko 2018; Hurd, Mahal 2021). Odczucia dotyczące własnego wyglądu są nierozzerwalnie związane z samoakceptacją, a korelacja pomiędzy poczuciem własnej wartości a oceną wyglądu jest silniejsza u kobiet niż u mężczyzn (Furnham, Badmin, Sneade 2002). Badania dowodzą, że niewielki odsetek kobiet postrzega się jako atrakcyjne i piękne przede wszystkim dlatego, że ich wizerunek odbiega, jak sądzą, od obowiązujących w mediach standardów piękna. Sondaże amerykańskie pokazują, że więcej kobiet boi się utyć, niż umrzeć (Gimlin 2002). Kobiety opisują same siebie, najczęściej wyolbrzymiając własne mankamenty, co jest odbiciem ich kompleksów i braku akceptacji swojej powierzchowności (Etcoff i in. 2004).

Niski poziom samooceny, religijności, niezadowolenie z własnego ciała oraz dążenie do sprostania medialnym standardom piękna towarzyszą deklarowanej chęci skorzystania z oferty chirurgii estetycznej (Furnham, Levitas 2012). Poddanie się zabiegom może być „wyzwalające dla jednostki” (Bloom 2003: 66), ale może też być wyrazem jej opresji. We współczesnym społeczeństwie przeważają negatywne postawy wobec chirurgii estetycznej i jej odbiorców. Nawet sami odbiorcy uważają operację plastyczną za nieuzasadnioną i moralnie naganną (Davis 1995). Kobiety, które starają się poprawić swój wygląd, spotykają się z dezaprobatą społeczną, są oceniane jako próżne, co utrwała ich poziom niezadowolenia (Chapkis 1988; Grogan 2016). W Polsce badani uważają, że operacje plastyczne powinny być stosowane „w ostateczności”, po wykorzystaniu wszelkich innych możliwości. Akceptują bezwarunkowo jedynie zabiegi chirurgii rekonstrukcyjnej (Maj 2013).

Kathryn Pauly Morgan (1991: 34) odrzuca szereg motywacji, które badane przez nią kobiety podają jako przyczynę operacji, sugerując, iż są to narracje „uwodzicielskie”, ale ideologicznie „zaślepienie”, „zamglone”. W ich miejsce badaczka opisuje „paradoks wyboru”, według którego chirurgia estetyczna jest wyzyskująca, ponieważ wiąże i krępuje ciało w celu dostosowania się, mobilizując ideologię wyzwolenia i transcendencji. Morgan przedstawia kobiety w swoim badaniu (opartym na artykułach w czasopiśmie i programach telewizyjnych) jako „kulturowe ćwoki”, które zinternalizowały normy społeczne i przekształcają swoje ciało zgodnie ze wzorem obecnym w kulturze. Wierzą one, iż tylko atrakcyjny wygląd może poprawić ich samoocenę. Według tej interpretacji kobiety, pozostając w pułapce cyklu prób osiągnięcia niemożliwego standardu piękna, są ofiarami, bezsilnymi konsumentkami dominującego, patriarchalnego systemu. Praca nad ciałem stawia kobiety, zdaniem Debry Gimlin (2002: 16), w pozycji „głupców kultury” (*dupes of culture*), niechcących lub niebędących w stanie sprostać naciskom ideologii piękna. W obu przypadkach jest to z pewnością nawiązanie do figury „kulturowego ćpuna”, oznaczającego

według Harolda Garfinkela (2007) aktora społecznego, który wytwarza stabilne cechy społeczeństwa, postępując zgodnie z ustalonymi i prawomocnymi alternatywami działania, jakich dostarcza wspólna kultura. W istocie kobiety uwikłane są w wyczerpującą pułapkę piękna. Ignorując kulturowe wymagania dotyczące wyglądu zewnętrznego, czują się niepełnowartościowe i wyobcowane. Akceptując je – potwierdzają narzucone im standardy obowiązującej kultury.

Przedstawiciele drugiej perspektywy prezentują w przeprowadzonych przez siebie badaniach kobiety, które decydują się na operację plastyczną jako podmioty mające wolny wybór w kontrolowaniu swojego ciała. Podstawowe wnioski badawcze dotyczą tego, w jaki sposób kobiety używają chirurgii estetycznej do sprawowania władzy nad swoim ciałem i życiem i w ten sposób budują poczucie własnej wartości. Davis (1995) uwzględniła indywidualne doświadczenia i motywacje białych, aktywnych zawodowo kobiet z różnych środowisk klasowych. Na podstawie wywiadów przed operacją i po niej oraz obserwacji uczestniczącej ich konsultacji chirurgicznych odkryła, że zgłaszane motywacje pacjentek do poddania się operacji były wyraźnie spójne: uważały się za inne i chciały stać się zwyczajne, takie jak wszyscy. Davis przekonuje, że kobiety nie dążą do bycia idealnymi czy pięknymi, ale po prostu „normalnymi”. Jednym z jej kluczowych (i najbardziej kontrowersyjnych) argumentów jest to, iż chirurgia estetyczna „może być dla kobiety źródłem upodmiotowienia” (Davis 1995: 11). W swoich argumentach za „odzyskiwaniem” własnych historii kobiet twierdzi, że dla niektórych pacjentek interwencja chirurgiczna nie jest jedynie remedium na defekty ciała, ale sposobem na aktywne poruszanie się wśród ideałów piękna i zmienianie swojego ciała zgodnie z własnym projektem tożsamościowym (Davis 2003: 13). Amerykańska badaczka została ostro skrytykowana za indywidualizowanie chirurgii estetycznej i obronę praktyki jako rozwiązania, nie uwzględniając leżących u jej podstaw przyczyn. Bordo (1997) oceniła wnioski Davis jako teoretycznie błędne i politycznie niebezpieczne. Podczas gdy dla Davis wartość chirurgii estetycznej leży w jej zdolności do umożliwienia niektórym kobietom ucieśnienia swojej osobowości, dla Orlan, podobnie jak dla Balsamo czy Morgan, jej wartość polega właśnie na dezartykułowaniu jedności jaźni.

Przekształcenie ciała poprzez operację często wiąże się z doświadczeniami samokreacji, samorealizacji, samotranscendencji. Siłę tych doświadczeń zaprezentowała francuska artystka performerka **Orlan**, która w latach 1990–1995 poddała się kilku operacjom chirurgii estetycznej, mających na celu modyfikację jej twarzy w sposób, który destabilizował wyobrażenia o wyidealizowanym kobiecym pięknie. Był to wyraz dążenia do przemiany chirurgii plastycznej z narzędzia dominacji w środek do stworzenia własnego autoportretu. Orlan odmówiła znieczulenia ogólnego, aby móc obserwować przebieg operacji, zamieniła procedurę medyczną przeprowadzaną za zamkniętymi drzwiami w przedstawienie teatralne. Artystka stworzyła serię zdjęć pooperacyjnych, na których widoczne są wszystkie siniaki i rany, a także serię „relikwiarzy”, na które składają się „pamiątki” po operacjach, takie jak zakrwawiona gaza, kawałki kości i tłuszcz usunięty w wyniku liposukcji. Jest to konfrontacja z tabu, które w kulturze zachodniej otaczają naruszenie integralności ciała. Orlan opisała swoje operacje jako sposób na zakwestionowanie normatywnych wyobrażeń o pięknie,

zamiast dostosowywania się do nich. Operacje, którym poddaje się Orlan, gdzie twarz zostaje dostownie odklejona od ciała, radykalnie naruszają identyfikację „ja” z twarzą (Hirschhorn 1996: 128–129). Wykorzystanie chirurgii estetycznej przez Orlan jest subwersywne, ponieważ „od-naturalizowuje” ciało i de-stabilizuje stałość tożsamości.

Różne stanowiska teoretyczne i badawcze świadczą o złożoności interpretacji decyzji o poddaniu się zabiegowi chirurgii estetycznej. Wiele badań potwierdza jednak, że kobiety obawiają się, że wyglądają nietypowo, powołują się na pragnienie bycia akceptowaną lub „normalną”, które stoją za ich wyborem zabiegu (Phillips 2005; Heyes 2007). Nie osiągnięto badawczego konsensusu w kwestii tego, czy kobiety dążą do osiągnięcia „pięknego” (Bordo 1993), czy raczej „normalnego” ciała (Davis 1995). Patricia Gagnè i Deanna McGaughey (2002) postulują syntezę dwóch wspomnianych perspektyw feministycznych, twierdząc, na podstawie badań, że kobiety osiągają większą władzę i kontrolę nad swoim ciałem i życiem, gdy ucieleśniają hegemoniczne ideały kobiecego piękna. Neutralizuje to obraz kobiety jako „kulturowego ćwoka/głupca”. Badania potwierdzają, że kobiety są aktywnymi – i często krytycznymi – uczestniczkami tworzenia i negocjowania znaczenia kobiecości i piękna. Chirurgia estetyczna staje się dla kobiet metodą odłączenia „wadliwego” ciała od osobowości. Pacjentki postrzegają swoje przedoperacyjne ciało jako przypadkowe, a obecny bardziej „normatywny” wygląd jako trafny wskaźnik tego, kim naprawdę są (Gimlin 2002: 145–146). Badane kobiety to nie „kulturowe ćwoki”, a raczej bystre konsumentki. Zmieniają swoje ciała dla własnej satysfakcji, w efekcie wykorzystując procedury estetyczne do stworzenia tego, co uważają za normalny wygląd, czyli odzwierciedlający ich tożsamość. Można je scharakteryzować jako kulturowe rozumne negocjatorki, które podjęły decyzję o operacji samodzielnie, wiedzą, co robią, i osiągają to, czego oczekiwały, zdając sobie sprawę z ryzyka (Czerner, Śliz 2013; Gawron 2013; Heggenstaller i in. 2018).

4.2. Estetyczny ideał genitaliów lalki Barbie

Chociaż pacjenci i lekarze od dawna opisują cel chirurgii estetycznej jako wytworzenie „ulepszego”, ale wciąż „naturalnie wyglądającego” ciała, wywiady z kobietami, które przeszły operacje w latach 1990–2007, sugerują, że „sztuczne” staje się coraz bardziej dominujące w narracjach kobiet powiększających piersi (Gimlin 2013). Dotychczasowemu lękowi kobiet przed niewielkim rozmiarem piersi towarzyszy w ostatnich latach lęk przed „zbyt dużą” wielkością warg sromowych. W kulturze zachodniej rośnie liczba operacji plastycznych zmieniających wygląd tych części ciała, które wcześniej uważano za nieistotne dla piękna. Zmiana ta jest motywowana wysiłkami branży chirurgii estetycznej zmierzającymi do rozszerzenia oferty, zwiększenia w ten sposób ogólnej liczby podejmowanych operacji i w efekcie do wzrostu zysków. Badacze donoszą o powstaniu „nowego estetycznego ideału genitaliów lalki Barbie”. „Designerska vagina” stała się modnym słowem we współczesnym dyskursie publicznym (Oeming 2018: 71–73). Labioplastyka wraz z upowszechnieniem się depilacji brazylijskiej umacnia estetykę jako kolejny wymiar dyscyplinarnej kontroli

kobiet (Rodrigues 2012). Kobiety są zachęcane do zmedykalizowanego reżimu samooceny i interwencji w celu osiągnięcia idealnego sromu. Zmodyfikowane genitalia to takie, których różnorodność jest zminimalizowana oraz zastąpiona zgodnością ze szczególną kulturą estetyką (Moran, Lee 2014; Braun 2016).

Krytycy feministyczni, a także sami chirurdzy twierdzą, że korzystanie z mediów, nie tylko pornograficznych, zachęca kobiety do zabiegów redukcji warg sromowych, biorewitalizacji pochwy, wzmocnienia punktu G, odtworzenia błony dziewiczej, repozycjonowania łechtaczki (Schick, Rima, Calabrese 2011). Wszystkie te procedury mają otworzyć kobietę na bardziej satysfakcjonujący seks. Choć odnotowuje się również motywacje poddania się labioplastyce związane z codziennym funkcjonowaniem, zdecydowana większość kobiet robi to z obawy, że wyglądają nienormalnie. Młode dziewczęta są coraz częściej przekonane, że genitalia wszystkich kobiet powinny wyglądać tak samo, czyli tak jak w filmach pornograficznych, gdzie wyrównane waginy aktorek są efektem interwencji chirurgicznej. Pojęcie normalności odgrywa istotną rolę w odniesieniu do zjawiska labioplastyki, rozumianej jako przejaw neoliberalnej biomedycyzacji intymności (Boddy 2020). Jak pokazują badania, u podłoża decyzji, by zmienić wygląd zewnętrznych narządów płciowych, leży seria błędnych przekonań kobiety, że jej genitalia nie są normalne, że istnieje coś takiego jak normalny wygląd kobiecych genitaliów i że operujący chirurg wie, co jest normą (Veale i in. 2014: 58).

4.3. Męskie technologie piękna

Pod koniec XX wieku zarówno Davis (1995), jak i Morgan (1991) akcentowały społeczny (patriarchalny) kontekst niezadowolenia kobiet z własnego ciała, wyłączając mężczyzn ze swoich analiz. Tendencja ta była powielana w „oficjalnych” statystykach Brytyjskiego Stowarzyszenia Chirurgów Estetycznych i Plastycznych (BAAPS) oraz Amerykańskiego Towarzystwa Estetycznej Chirurgii Plastycznej (ASAPS). Obie organizacje nie uwzględniały wzrastającej liczby mężczyzn w praktykach przeszczepów włosów, stomatologii estetycznej, zmniejszania piersi (Holliday, Sanchez Taylor 2006; Atkinson 2008). Uznano, że chirurgia estetyczna jest elementem mizoginistycznej kultury (piękna) i tak naprawdę dotyka głównie kobiet. Wyłączano z dyskusji męską chirurgię estetyczną jako anomalię podejmowaną tylko przez mniejszość (dewiacyjnych) mężczyzn. Davis twierdziła, że chirurgia estetyczna zgodnie ze skryptem genderowym jest zjawiskiem kobiecym, ponieważ mężczyźni nie są oceniani wyłącznie za swój wygląd. Związek pomiędzy ciałem a tożsamością jest bardziej oczywisty w przypadku kobiet niż mężczyzn. Wykazywanie troski o wygląd grozi feminizacją mężczyzn, bo „przekracza granicę akceptowalnego męskiego zachowania”. Kiedy mężczyzna poddaje się operacji estetycznej, „zachowuje się jak kobieta”, odwzorowuje binarność chirurg/pacjent na aktywny/pasywny, a więc męski/kobiecy (Davis 2003: 127).

Późniejsze analizy empiryczne zaprzeczają twierdzeniu, że mężczyźni nie poszukują rozwiązań chirurgii estetycznej. Badania Davis (2003) opierały się w dużej mierze na publicznym systemie opieki zdrowotnej, gdzie odbiorcami zabiegów

chirurgicznych są kobiety – pacjentki korzystające z darmowych operacji zalecanych przez lekarzy jako lekarstwo na niską samoocenę związaną z dysmorfia. Badania Ruth Holliday i Allie Cairnie (2011) skupiały się na prywatnej służbie zdrowia, która konstruuje odbiorców zabiegów chirurgicznych jako konsumentów – klientów. Badani biali Brytyjczycy w wieku od 22 do 58 lat identyfikowali siebie jako aktywnych decydentów w obszarze zabiegów upiększających. Chirurgia estetyczna nie była, jak w przypadku kobiet, odpowiedzią na presję społeczną – czy to presję piękna, normalizacji, czy też dyskomfort psychiczny jako efekt wadliwego ucielesnienia. W przypadku mężczyzn chirurgia nie jest celem samym w sobie, ale raczej technologią, działaniem opisywanym w kategoriach strategicznych, które generuje kapitał w sferze związków i na konkurencyjnym rynku pracy (Elliott 2008). Przejście od biernego pacjenta do aktywnego konsumenta ułatwia dalszy rozwój masowego rynku męskich użytkowników chirurgii estetycznej (Holliday, Cairnie 2011: 75–76).

Bordo pisała o stale rosnącej presji odczuwanej przez mężczyzn, aby się zbliżyć do ideału piękna, który podkreśla władzę i męskość. Wyniki badań wskazują na obecność mitu nie tylko kobiecego, ale i męskiego piękna w kulturze konsumpcyjnej, który ugruntował się w ostatniej dekadzie. Mężczyźni w coraz większym stopniu doświadczają zjawiska *body policing*, czyli wzmożonej krytyki i kontroli ich wyglądu. Niezadowolenie mężczyzn z własnego ciała wynika z promocji nieosiągalnych standardów męskiego piękna w mediach (Grogan 2016). Szczególnie pryncypialne podejście do własnej wagi i muskulatury przejawiają mężczyźni o orientacji homoseksualnej, czego efektem są niebezpieczne zachowania względem swojego ciała doprowadzające do anoreksji, bulimii, depresji oraz innych dolegliwości (Martins, Tiggemann, Kirkbride 2007; Lis 2010). Jak wynika z analizy 75 badań przeprowadzonych w latach 1986–2019, mężczyźni należący do mniejszości seksualnych deklarują zdecydowanie niższy poziom zadowolenia ze swojego wyglądu niż mężczyźni heteroseksualni. Nie zanotowano natomiast różnicy pod tym względem w grupie kobiet hetero- i homoseksualnych (He i in. 2020).

4.4. Plastyczna forma cielesnego kapitału

Założenie, że ciało jest formą kapitału, znajduje swoje najbardziej wyraziste potwierdzenie w kontekście boomu na chirurgię estetyczną na tzw. rynkach wschodzących, w Brazylii, Chinach i na Bliskim Wschodzie. Neoliberalne reformy rynkowe ostatnich dekad przyniosły wielu kobietom w tych regionach zwiększone poczucie sprawczości, mobilności i własnej wartości. Niektórzy komentatorzy uznają wzrost liczby modyfikacji ciała za oznakę dobrobytu, sugerując, że powiększanie piersi czy plastyka brzucha to nowe dobra luksusowe. Inni przytaczają popularność operacji plastycznych nosa i liposukcji jako dowód rosnącej wolności kobiet na Bliskim Wschodzie. Bardziej krytyczni obserwatorzy łączą ten boom z rozwojem globalnej kultury rozrywki i celebrytów, która uznała piękno za warunek konieczny sukcesu i szczęścia (Edmonds 2010).

Badania w Brazylii, Chinach i Indiach pokazują, że wiele kobiet poddaje się zabiegom chirurgicznym, aby zabezpieczyć swoją karierę lub zwiększyć szanse na

małżeństwo (Wen 2013; Jha 2016). W Pekinie kobiety mówią o chirurgii estetycznej jako o „inwestycji często bolesnej, ale koniecznej” (Wen 2013: 236). Taki pogląd nie jest jedynie internalizacją marketingowych haseł przemysłu estetycznego, ale jest wspierany przez państwo, które historycznie, od czasów Rewolucji Kulturalnej, postrzegało kobiety jako źródło siły roboczej i w związku z tym przypisuje ich ciałom odpowiednią rolę. Dziś, w ramach chińskiej gospodarki neoliberalnej, piękno, seksualność i kobiecość są legitymizowane jako waluta i źródło kapitału, przyczyniając się do narodowego wzrostu gospodarczego (Jha 2016). Symboliczny status jasnej skóry powiązany jest z pojęciami postępu, nowoczesności i życiowego sukcesu. Badania empiryczne nad praktykami wybielania skóry ujawniają strukturalne relacje władzy nie tylko w odniesieniu do płci, ale także klasy, kasty, rasy, narodu i globalnej nierówności, a także sposoby, w jakie są one reprodukowane zarówno w narodowych, jak i indywidualnych preferencjach dotyczących urody (Glenn 2008; Jha 2016). Zakotwiczenie chirurgii estetycznej w relacjach władzy wykracza poza płć, dotyczy także przynależności do grupy etnicznej. „Etniczna chirurgia estetyczna” jest próbą dopasowania się do zachodnich norm piękna. Badania przyjmujące perspektywę interseksjonalną i transnarodową uświadamiają również, że choć chirurgia estetyczna obiecuje wymazać anatomiczne „markery” lub przynajmniej sprawić, by fizyczne wyznaczniki różnic stały się kwestią wyborów estetycznych lub stylistycznych, to w rzeczywistości służy ona wzmocnieniu symbolicznej różnicy poprzez (re)artykulację społeczno-kulturowych wartości przypisywanych etnicznym, rasowym czy też związanym z wiekiem cechom.

W kulturze zachodniej technologii modyfikacji ciała, takie jak chirurgia estetyczna i związane z nimi ideały piękna odtwarzają strukturalne osie nierówności oparte na rasie, płci i niepełnosprawności (Davis 2003). Badania empiryczne popularnych programów telewizyjnych typu *makeover* wskazują na strukturyzację klasową. Jessica Ringrose i Valerie Walkerdine (2008) odkrywają, że obiektem interwencji i transformacji są w większości kobiety z klasy robotniczej, których ciała zawodzą jako podmiot/obiekt pożądania i które są oceniane jako nieudolne w swoich projektach tożsamościowych. Zakodowana jako uniwersalna, oceniana pozytywnie kobiecość jest burżuazyjna.

„Estetyczna przedsiębiorczość” kobiet w XXI wieku to stały stan czujności dotyczący własnego wyglądu. Kiedy kobiety stają się coraz bardziej aktywne na rynkach pracy i w kulturze konsumpcyjnej, coraz więcej z nich „idzie pod nóż” (McRobbie 2004). W neoliberalizmie jako reżimie polityczno-ekonomicznym jednostka musi stać się przedsiębiorcą (twórcą i menedżerem) własnego życia – przedsiębiorczym „ja”. W ramach tej koncepcji siebie jako elastycznego zestawu kompetencji nieustannie dostosowanych do rynku ciało jest strategicznym zasobem, w który należy inwestować w celu rozwijania ambicji i udowadniania osiągnięć. W postfeministycznej kulturze cyfrowej obraz ciała jest wykorzystywany w strategiach marketingowych, a także w tworzeniu własnej marki. W przypadku kobiet aut branding jako przejaw przedsiębiorczej podmiotowości nie polega jedynie na autoprezentacji, ale jest elementem procesu oceny i wartościowania cielesności

(Banet-Weiser 2012). Kobiety mobilizowane są do samokontroli, dyscypliny i transformacji w coraz bardziej krytyczny i spychologizowany sposób (Gill 2017). Badacze podkreślają nasilającą się komercyjną kolonizację ciał kobiet w reklamach przejawiającą się w drobiazgowym mierzeniu wymiarów sylwetki, powiększaniu poszczególnych fragmentów ciała oraz ostatnio w rosnącej liczbie aplikacji przeznaczonych do rejestrowania, monitorowania i oceny obszarów kobiecego piękna. „Aplikacje kosmetyczne” generują niespotykany dotąd nadzór nad kobiecym ciałem. Współcześnie kobiety dążą do społecznej akceptacji w ramach cyfrowego systemu samomonitorowania, ucieleśnianego nie przez męskie, lecz „siostrzane spojrzenie” (Lupton 2016; Elias, Gill 2018).

Przedstawione badania potwierdzają tendencję do ujmowania zarazem plastycznego, jak i plastikowego ciała w kategoriach wyboru, gdzie estetyczne modyfikacje, jakkolwiek bolesne i kosztowne, są narzędziem do autokreacji, przewycięzania (fizycznych) ograniczeń i granic społecznych. Plastyczne projekty ciała w kulturze konsumpcyjnej służą wytworzeniu i reprodukowaniu dyskursów normatywności wraz z istniejącymi nierównościami i stosunkami władzy.

5. Podsumowanie

Paradoks chirurgii plastycznej

Zygmunt Bauman (2018: 33) nazywa interwencje kosmetyczno-farmaceutyczno-chirurgiczne trendem, modą, zauroczeniem, a u ich podstaw wskazuje „dialektykę przynależności i samookreślenia oraz logikę mody i embodimentu”. Chirurgia estetyczna stanowi odpowiedź na zakorzenioną w kulturze zachodniej społeczną potrzebę piękna ludzkiego ciała, które za jej pomocą można poddawać procesowi konstruowania i renegocjacji. Rosnąca popularność chirurgii estetycznej jest nieuniknioną konsekwencją konsumenckiej logiki późnego kapitalizmu i obrazu sfragmentaryzowanej i uprzedmiotowionej kobiecości w późnej nowoczesności. Kultura operacji plastycznych („*nip and tuck*”) stała się częścią tkanki codziennego życia, regularnej rutyny pracy nad ciałem. Dzięki całej gamie nowych technologii zabieg można wykonać w czasie przerwy w pracy.

Demokratyzacja chirurgicznych modyfikacji ciała może generować znaczące zmiany w społecznych reprezentacjach piękna. Atrakcyjny wygląd jest kapitałem, a „estetycznie zakwestionowani” przedstawiciele Natury narażeni są na wykluczenie z globalnej kultury piękna. Kultywowane ciało staje się imperatywem komercyjnego ideału samorealizacji (Synott 1993; Baudrillard 2006). Przynależy coraz bardziej do porządku kultury niż natury i staje się wyrazem nierówności społecznych. Chirurgia estetyczna stanowi wyraz kontroli i zarządzania ciałem ludzkim na poziomie zarówno fizycznym, jak też społecznym, ponieważ wskazuje akceptowalny czy też społecznie pożądany model idealnego ciała, a zarazem definiuje „znormalizowanego”, „ulepszanego” człowieka o określonych parametrach fizycznych (Blum 2003). Na skutek dążenia do „ulepszania ludzi” uroda przestała być wartością biologiczną,

a stała się powtarzalnym produktem. Wydaje się, że naturalność jest zastępowana przez sztuczność. Paradoksalnie jednak chirurgia estetyczna jest w dużej mierze uznawana za dopuszczalną tylko wtedy, gdy wynik operacji wygląda „naturalnie”.

Zwolennicy chirurgii estetycznej wskazują na fakt, że pomaga ona osobom poddającym się jej zabiegom we wzmacnieniu integracji i akceptacji społecznej, niweluje dystans i izolację, wzmacnia samoakceptację i umożliwia uzyskanie niepowtarzalnej tożsamości, co zapobiega procesowi samowykluczenia. Jednak medykalizacja ciała z użyciem chirurgii estetycznej implikuje mnogość problemów natury psychospołecznej, prawno-politycznej, etyczno-moralnej czy społeczno-kulturowej (Nye 2003). Niepokój budzą celowość, znaczenie i charakter chirurgii estetycznej, możliwy kierunek jej dalszego rozwoju, jak też stosowanych metod oraz środków społecznej kontroli postępującej medykalizacji wyglądu fizycznego.

Podejmowanie ryzyka inwazyjnych praktyk cielesnych jest interpretowane w kulturze masowej jako konieczność ze względu na przymus posiadania pięknego ciała i zjawisko „hańby” starości. Problem estetycznego konstruowania wizerunku na podstawie idealnego modelu ciała „społecznie pożądanego” generuje wątpliwości dotyczące kryteriów piękna (Rhode 2010). „Brzydotę” definiuje się jako chorobę, zmarszczki, zmiany w ciele po porodzie są uważane za zdrowotne deficyty. Poddawanie medycznym procedurom naturalnych etapów życia człowieka, takich jak np. starzenie się, pogłębia zjawisko dyskryminacji ze względu na wygląd i ze względu na wiek. Towarzyszą temu liczne wątpliwości, czy w efekcie rozwoju usług medycyny estetycznej starość nie zacznie być definiowana w kategoriach choroby. Przeciwnicy medykalizacji ciała z użyciem operacji chirurgicznych wskazują na możliwe uzależnienie od kolejnych procedur estetycznych, co może wywoływać negatywne skutki zdrowotne, społeczne (w tym zaburzenia psychospołeczne, takie jak anoreksja, bulimia, dysmorfofobia) oraz ekonomiczne.

Dla wielu osób zabieg pozostaje głęboko znaczącym i zmieniającym życie doświadczeniem, ponieważ kontrola cielesnego wizerunku łączy się z symboliczną reprezentacją tożsamości. Pojawia się jednak pytanie, czy modyfikacje ciała według norm i standardów piękna są indywidualistycznym wyrazem ekspresji własnej osobowości, czy też raczej przejawem estetycznego konformizmu, pozbawiającego jednostkę tożsamości poprzez zneutralizowanie odziedziczonych przymiotów i znaków, stając się jedynie elementem materialnej kultury, która kieruje się zasadą „wymienności” – typową dla świata maszyn.

Z dotychczasowych rozważań wynika, że chirurgia estetyczna jest nie tylko narzędziem pozwalającym na dostosowanie się do współczesnych standardów urody, ale także aktywnym czynnikiem w wyznaczaniu tych standardów. Ten sam wyidealizowany model kobiecego piękna zachęca do popularyzacji chirurgii plastycznej, a zarazem kształtuje negatywne nastawienie do zabiegów estetycznych. W efekcie kobiety są zarówno zachęcane do poddania się operacji chirurgicznej, jak i potępiane za tę decyzję. Te dwa współwystępujące zjawiska określa się mianem „paradoksu chirurgii plastycznej” (Bonnell, Barlow, Griffiths 2021).

6. Pytania sprawdzające

1. Jakimi czynnikami społeczno-kulturowymi można tłumaczyć wzrost zainteresowania praktykami medycyny estetycznej i chirurgii estetycznej?
2. Wskaż na pozytywne i negatywne konsekwencje rozwoju chirurgii estetycznej.
3. Podaj przykłady wątpliwości natury psychospołecznej, prawno-politycznej, etyczno-moralnej czy społeczno-kulturowej związanych z rozwojem chirurgii estetycznej.
4. Jak rozumiesz pojęcie posłusznego/uległego ciała we współczesnej kulturze?
5. Czy praktyki chirurgii estetycznej są przejawem indywidualnej pracy nad ciałem / własnej przedsiębiorczości jednostki, czy raczej przejawem dyscyplinarnej regulacji zewnętrznej?
6. Czy chirurgia estetyczna jest wobec kobiet/mężczyzn opresyjną czy raczej emancypacyjną praktyką cielesną?
7. W jaki sposób analizy empiryczne interpretują rolę chirurgii estetycznej w procesie kreowania tożsamości kobiet i mężczyzn?
8. Podaj argumenty teoretyczne i empiryczne wyjaśniające „paradoks chirurgii kosmetycznej”.

Bibliografia

- Arroba Anna (2003), *The Medicalization of Women's Bodies in The Era of Globalization*, „Women's Health Journal”, vol. 1, s. 38–42.
- Asscher Eva C.A., Bolt Ineke, Schermer Maartje (2012), *Wish-Fulfilling Medicine in Practice: A Qualitative Study of Physician Arguments*, „Journal of Medical Ethics”, vol. 38(6), s. 327–331.
- Atkinson Michael (2008), *Exploring Male Femininity in the „Crisis”: Men and Cosmetic Surgery*, „Body & Society”, vol. 14, s. 67–87.
- Balsamo Anne (1996), *Technologies of the Gendered Body: Reading Cyborg Women*, Durham: Duke University Press.
- Banet-Weiser Sarah (2012), *Authentic: The Politics of Ambivalence in a Brand Culture*, New York: New York University Press.
- Bartky Sandra Lee (1990), *Femininity and Domination. Studies in the Phenomenology of Oppression*, New York: Routledge.
- Baudrillard Jean (2006), *Społeczeństwo konsumpcyjne. Jego mity i struktury*, Warszawa: Wydawnictwo Sic!
- Bauman Zygmunt, Leoncini Thomas (2018), *Płynne pokolenie*, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Berry Bonnie (2007), *Beauty Bias: Discrimination and Social Power*, London–Westport Connecticut: Praeger Publishers.
- Biały Kamila (2003), *Stosunek do własnego ciała – ideał pięknej kobiety i przystojnego mężczyzny*, komunikat z badań, CBOS, Warszawa [BS/152/2003].
- Bieńko Mariola (2018), *The Body as a Private and Social Space. The Margins of Research Regarding Old Age and Gender*, „Qualitative Sociology Review”, vol. 14(2), s. 52–77.
- Blum Virginia L. (2003), *Flesh Wounds: The Culture of Cosmetic Surgery*, Berkeley, CA: University of California Press.

- Boddy Janice (2020), *Re-thinking the Zero Tolerance Approach to FGM/C: The Debate around Female Genital Cosmetic Surgery*, „Current Sexual Health Reports”, vol. 12, s. 302–313.
- Bonnell Sarah, Barlow Fiona Kate, Griffiths Scott (2021), *The Cosmetic Surgery Paradox: Toward a Contemporary Understanding of Cosmetic Surgery Popularisation and Attitudes*, „Body Image”, vol. 38, s. 230–240.
- Bordo Susan (1993), *The Unbearable Weight, Feminism, Western Culture and the Body*, Berkeley–Los Angeles–London: University of California Press.
- Bordo Susan (1997), *Material Girl: The Effacements of Postmodern Culture*, [w:] Roger N. Lancaster, Micaela di Leonardo (ed.), *The Gender/Sexuality Reader: Culture, History, Political Economy*, London: Routledge, s. 335–358.
- Bourdieu Pierre (2005), *Dystynkcja. Społeczna krytyka władzy sądzona*, Warszawa: Wydawnictwo Scholar.
- Braun Virginia (2016), *In Search of (Better) Sexual Pleasure: Female Genital „Cosmetic” Surgery*, „Sexualities”, vol. 8(4), s. 407–24.
- Brooks Abigail T. (2010), *Aesthetic Anti-Ageing Surgery and Technology: Women’s Friend or Foe?*, „Sociology of Health and Illness”, vol. 32(2), s. 238–257.
- Brytek-Matera Anna (2008), *Obraz ciała – obraz siebie. Wizerunek własnego ciała w ujęciu psychospołecznym*, Warszawa: Wydawnictwo Difin.
- Caslav Covino Deborah (2001), *Outside-In: Body, Mind, and Self in the Advertisement of Aesthetic Surgery*, „Journal of Popular Culture”, vol. 35(3), s. 91–102.
- Chapkin Wendy (1988), *Beauty Secrets: Women and the Politics of Appearance*, London: The Women’s Press.
- Conrad Peter (2007), *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Conrad Peter, Leiter Valerie (2004), *Medicalization, Markets and Consumers*, „Journal of Health and Social Behavior”, vol. 45, s. 158–176.
- Czerner Anna, Śliz Anna (2013), *Zdrowie czy uroda? Obszary ryzyka związane z inwazyjnymi metodami modelowania ciała*, [w:] Marek Jeziński, Magdalena Nowak-Paralusz (red.), *Problematyka kobieca – konteksty*, Toruń: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, s. 367–389.
- Davis Kathy (1995), *Reshaping the Female Body: The Dilemma of Cosmetic Surgery*, New York–London: Routledge.
- Davis Kathy (2003), *Dubious Equalities and Embodied Differences: Cultural Studies on Cosmetic Surgery*, Lanham–Boulder–New York–Oxford: Rowman & Littlefield Publishers.
- Eco Umberto (2007), *Historia piękna*, Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Edmonds Alexander (2010), *Pretty Modern: Beauty, Sex, and Plastic Surgery in Brazil*, Durham: Duke University Press.
- Elias Ana Sofia, Gill Rosalind (2018), *Beauty Surveillance: The Digital Self-Monitoring Cultures of Neoliberalism*, „European Journal of Cultural Studies”, vol. 21(1), s. 59–77.
- Elias Ana Sofia, Gill Rosalind, Scharff Christina (eds.) (2017), *Aesthetic Labour. Rethinking Beauty Politics in Neoliberalism*, London: Palgrave Macmillan.
- Elliott Anthony (2008), *Making the Cut: How Cosmetic Surgery is Transforming Our Lives*, London: Reaktion Books.
- Elliott Anthony (2011), *„I Want to Be Like That!”: Cosmetic Surgery and Celebrity Culture*, „Cultural Sociology”, vol. 5(4), s. 463–477.
- Elliott Carl (2003), *Better than Well – American Medicine Meets the American Dream*, New York: W.W. Norton.
- Etcoff Nancy (2000), *Przetrwają najpiękniejsi*, Warszawa: Wydawnictwo W.A.B.
- Fang Angela, Hofmann Stefan (2010), *Relationship between Social Anxiety Disorder and Body Dysmorphic Disorder*, „Clinical Psychology Review”, vol. 30(8), s. 1040–1048.

- Featherstone Mike (1991), *The Body in Consumer Culture*, [w:] Mike Featherstone, Mike Hepworth, Bryan Turner (eds.), *The Body: Social Process and Cultural Theory*, London: Sage Publications, s. 170–196.
- Finkelstein Joanne (1991), *The Fashioned Self*, Philadelphia: Temple University Press.
- Foucault Michel (1988), *Technologies of the Self*, [w:] Luther H. Martin, Huck Gutman, Patrick H. Hutton (eds.), *Technologies of the Self*, Amherst, MA: University of Massachusetts Press, s. 16–49.
- Foucault Michel (1999), *Narodziny kliniki*, Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Foucault Michel (2009), *Nadzorować i karać. Narodziny więzienia*, Warszawa: Wydawnictwo Aletheia.
- Fraser Suzanne (2003), *Cosmetic Surgery, Gender and Culture*, New York: Palgrave Macmillan.
- Fredrickson Barbara L., Roberts Tomi-Ann (1997), *Objectification Theory: Toward Understanding Women's Lived Experiences and Mental Health Risks*, „Psychology of Women Quarterly”, vol. 21(2), s. 173–206.
- Frier Sarah (2020), *Instagram. Bez filtra: historia od środka*, Łódź: Wydawnictwo Feeria.
- Furnham Adrian, Levitas James (2012), *Factors That Motivate People to Undergo Cosmetic Surgery*, „The Canadian Journal of Plastic Surgery”, vol. 20(4), s. 47–50.
- Furnham Adrian, Badmin Nicola, Sneade Ian (2002), *Body Image Dissatisfaction: Gender Differences in Eating Attitudes, Self-Esteem, and Reasons for Exercise*, „Journal of Psychology”, vol. 136(6), s. 581–596.
- Gagnè Patricia, McGaughey Deanna (2002), *Designing Women: Cultural Hegemony and the Exercise of Power among Women Who Have Undergone Elective Mammoplasty*, „Gender & Society”, vol. 16(6), s. 814–838.
- Garfinkel Harold (2007), *Studia z etnometodologii*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gawron Dagmara (2013), *Wpływ zabiegów upiększających na ocenę własnego wyglądu i nastrojów u kobiet w wieku średnim*, „Psychologia Jakości Życia. Psychology of Quality of Life”, vol. 12(2), s. 97–110.
- Giddens Anthony (2002), *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Gill Rosalind (2017), *The Affective, Cultural and Psychic Life of Postfeminism*, „European Journal of Cultural Studies”, vol. 20(6), s. 606–626.
- Gillies Harold D., Millard D. Ralph Jr. (1957), *The Principles and Art of Plastic Surgery*, Boston: Little, Brown & Co.
- Gilman Sander L. (1998), *Creating Beauty To Cure the Soul: Race and Psychology in the Shaping of Aesthetic Surgery*, Durham NC: Duke University Press.
- Gimlin Debra (2002), *Body Work: Beauty and Self-Image in American Culture*, Berkeley: University of California Press.
- Gimlin Debra (2010), *Imagining the Other in Cosmetic Surgery*, „Body & Society”, vol. 16(4), s. 57–76.
- Gimlin Debra (2012), *Cosmetic Surgery Narratives: A Cross-Cultural Analysis of Women's Accounts*, New York: Palgrave Macmillan.
- Gimlin Debra (2013), *„Too Good To Be Real”: The Obviously Augmented Breast in Women's Narratives of Cosmetic Surgery*, „Gender and Society”, vol. 27(6), s. 913–934.
- Glenn Evelyn Nakano (2008), *Yearning for Lightness: Transnational Circuits in the Marketing and Consumption of Skin Lighteners*, „Gender & Society”, vol. 22 (3), s. 281–302.
- Grogan Sarah (2016), *Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children*, London: Routledge.
- Grosz Elizabeth (1994), *Volatile Bodies: Towards a Corporeal Feminism*, Bloomington: Indiana University Press.
- Haiken Elizabeth (1997), *Venus Envy: A History of Cosmetic Surgery*, Baltimore Md: John Hopkins University Press.

- Heggenstaller Alessandra K., Rau Asta, Coetzee Jan K., Ryen Anne, Smit Ria (2018), *Reflecting on Female Beauty: Cosmetic Surgery and (Dis)Empowerment*, „Qualitative Sociology Review”, vol. 14(4), s. 48–65.
- Heyes Cressida J. (2007), *Normalisation and the Psychic Life of Cosmetic Surgery*, „Australian Feminist Studies”, vol. 22(52), s. 55–71.
- Hirschhorn Michelle (1996), *Orlan: Artist in the Post-Human Age of Mechanical Reincarnation: Body as Ready (to be Re-)Made*, [w:] Griselda Pollock (ed.), *Generations and Geographies in the Visual Arts: Feminist Readings*, London–New York: Routledge, s. 110–134.
- Holliday Ruth, Sanchez Taylor Jacqueline (2006), *Aesthetic Surgery as False Beauty*, „Feminist Theory”, vol. 7(2), s. 179–195.
- Holliday Ruth, Cairnie Allie A. (2011), *Man-made Plastic: An Alternative Account of Aesthetic Surgery*, „Journal of Consumer Culture”, vol. 7(1), s. 57–78.
- Holliday Ruth, Jones Meredith, Bell David (2019), *Beautyscapes: Mapping Cosmetic Surgery Tourism*, Manchester, UK: Manchester University Press.
- Hua Wen (2013), *Buying Beauty. Cosmetic Surgery in China*, Hongkong: Hongkong University Press.
- Hurd Clarke Laura, Griffin Meridith (2008), *Visible and Invisible Ageing: Beauty Work as a Response to Ageism*, „Ageing and Society”, vol. 28(5), s. 653–674.
- Hurd Laura, Mahal Raveena (2021), „I’m Pleased with My Body”: *Older Men’s Perceptions and Experiences of Their Aging Bodies*, „Men and Masculinities”, vol. 24(2), s. 228–244.
- Jakubowska Honorata (2009), *Ciało i seksualność jako narzędzie przyjemności i źródło cierpienia*, [w:] Marta Kaczorek, Krzysztof Stachura (red.), *Przemiany seksualności*. Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, s. 99–109.
- Jarrin Alvaro (2017), *The Biopolitics of Beauty: Cosmetic Citizenship and Affective Capital in Brazil*, Oakland California: University of California Press.
- Jeffreys Sheila (2005), *Beauty and Misogyny: Harmful Cultural Practices in the West*, New York: Routledge.
- Jha Meeta Rani (2016), *The Global Beauty Industry: Colorism, Racism, and The National Body*, London: Routledge.
- Jones Meredith (2008), *Skintight: An Anatomy of Cosmetic Surgery*, Oxford–New York: Berg Publishers.
- Kaschak Elyn (1995), *Nowa psychologia kobiety. Podejście feministyczne*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Lasch Christopher (1991), *The Culture of Narcissism. American Life in an Age of Diminishing Expectations*, New York: W.W. Norton.
- Leźnicki Marcin (2013), *Medykalizacja kobiecego ciała na przykładzie operacji plastycznych*, „Sciencia et Fides”, t. 1(1), s. 213–230.
- Lipovetsky Gilles (1994), *The Empire of Fashion. Dressing Modern Democracy*, Princeton–Oxford: Princeton University Press.
- Lis Bartłomiej (2010), „Pokaż mi swoje ciało, a powiem ci, kim jesteś”. *Wpływ prasy gejowskiej na postrzeganie (własnego) ciała przez mężczyzn homoseksualnych – na przykładzie magazynu „Attitude”*, [w:] Alina Łysak, Edyta Zierkiewicz (red.), *Kobiety i mężczyźni (z) kolorowych czasopism*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza Atut, s. 208–215.
- Longhurst Robyn (2001), *Bodies: Exploring Fluid Boundaries*, London: Routledge.
- Lupton Deborah (2016), *The Quantified Self*, Malden, Cambridge: Polity Press.
- Maj Agnieszka (2013), *Polskie wzory cielesności. Przemiany stosunku do ciała w kulturze ponowoczesnej*, Warszawa: Wydawnictwo SGGW.
- Martins Yolanda, Tiggemann Marika, Kirkbride Alana (2007), *Those Speedos Become Them: The Role of Self-Objectification in Gay and Heterosexual Men’s Body Image*, „Personality and Social Psychology Bulletin”, vol. 33(5), s. 634–647.

- Maturo Antonio (2012), *Medicalization: Current Concept and Future Directions in a Bionic Society*, „Mens Sana Monographs”, vol. 10(1), s. 122–133.
- McKenzie Shelly (2013), *Getting Physical: The Rise of Fitness Culture in America*, Kansas: University Press of Kansas.
- McRobbie Angela (2004), *Post-Feminism and Popular Culture*, „Feminist Media Studies”, vol. 4(3), s. 255–264.
- Moradi Bonnie (2011), *Objectification Theory: Areas of Promise and Refinement*, „The Counseling Psychologist”, vol. 39(1), s. 153–163.
- Moran Claire, Lee Christina (2014), *What's Normal? Influencing Women's Perceptions of Normal Genitalia: An Experiment Involving Exposure to Modified and Nonmodified Images*, „BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology”, vol. 121(6), s. 761–766.
- Morgan Kathryn Pauly (1991), *Woman and the Knife: Cosmetic Surgery and the Colonization of Women's Bodies*, „Hypatia”, vol. 6(3), s. 26–53.
- Mulvey Laura (1975), *Visual Pleasure and Narrative Cinema*, „Screen”, vol. 16(3), s. 6–18.
- Munro Alistair, Stewart Mary (1991), *Body Dysmorphic Disorder and the DSM-IV: The Demise of Dysmorphophobia*, „Canadian Journal of Psychiatry”, vol. 36(2), s. 91–96.
- Napiwodzka-Bulek Karolina (2017), *Medycyna estetyczna – humanistyczne dążenie czy „enhancement”?*, „Filozofia Publiczna i Edukacja Demokratyczna”, t. 6(1), s. 151–166.
- Nead Lynda (1998), *Akt kobiety. Sztuka, obscena i seksualność*, Poznań: Dom Wydawniczy Rebis.
- Negrin Llewellyn (2002), *Cosmetic Surgery and the Eclipse of Identity*, „Body and Society”, vol. 8, s. 21–42.
- Nejadsarvari Nasrin, Ebrahimi Ali, Ebrahimi Azin, Hashem-Zade Haleh (2016), *Medical Ethics in Plastic Surgery: A Mini Review*, „World Journal of Plastic Surgery”, vol. 5(3), s. 207–212.
- Nye Robert A. (2003), *The Evolution of the Concept of Medicalization in the Late Twentieth Century*, „Journal of History of the Behavioral Sciences”, vol. 39(2), s. 115–129.
- Oeming Madita (2018), *IN VULVA VANITAS – The Rise of Labiaplasty in the West*, „Gender Forum”, vol. 67, s. 70–91.
- O'Hara Lily, Ahmed Hanaa, Elashie Sana (2021), *Evaluating the Impact of a Brief Health at Every Size®-Informed Health Promotion Activity on Body Positivity and Internalized Weight-Based Oppression*, „Body Image”, vol. 37, s. 225–237.
- Paprzycka Emilia, Orlik Dominika (2015), *Czy wygląd ma znaczenie? Kapitał seksualny a sukces rekrutacyjny w opiniach mężczyzn i kobiet*, „Acta Universitatis Lodziensis. Folia Sociologica”, t. 55, s. 5–21.
- Phillips Katharine A. (2005), *The Broken Mirror: Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*, New York: Oxford University Press.
- Ramphul Kamleshun, Mejjas Stephanie (2018), *Is „Snapchat Dysmorphia” a Real Issue?*, „Cureus”, vol. 10(3), s. 1–2.
- Rhode Debora L. (2010), *The Beauty Bias: The Injustice of Appearance in Life and Law*, New York: Oxford University Press.
- Richardson Niall, Locs Adam (2014), *Body Studies: The Basics*, London–New York: Routledge.
- Ringrose Jessica, Walkerdine Valerie (2008), *Regulating The Abject*, „Feminist Media Studies”, vol. 8(3), s. 227–246.
- Rodrigues Sara (2012), *From Vaginal Exception to Exceptional Vagina: The Biopolitics of Female Genital Cosmetic Surgery*, „Sexualities”, vol. 15(7), s. 778–794.
- Schick Vanessa R., Rima Brandi N., Calabrese Sarah K. (2011), *Evaluation: The Portrayal of Women's External Genitalia and Physique across Time and the Current Barbie Doll Trends*, „Journal of Sex Research”, vol. 48(1), s. 74–81.
- Shiffman Melvin A. (2013), *History of Cosmetic Surgery*, [w:] Melvin A. Shiffman, Alberto Di Giuseppe (eds.), *Cosmetic Surgery: Art and Techniques*, New York: Springer, s. 3–28.
- Shildrick Margrit (1994), *Leaky Bodies and Boundaries: Feminism, Deconstruction and Bioethics*, PhD thesis, University of Warwick.

- Shilling Chris (1993), *The Body and Social Theory*, London: Sage.
- Singh Aoife R., Veale David (2019), *Understanding and Treating Body Dysmorphic Disorder*, „Indian Journal of Psychiatry”, vol. 61(7), s. 131–135.
- Suissa Amnon (2008), *Addiction to Cosmetic Surgery: Representations and Medicalization of the Body*, „International Journal of Mental Health and Addiction”, vol. 6(4), s. 619–630.
- Sullivan Deborah A. (2004), *Cosmetic Surgery: The Cutting Edge of Commercial Medicine in America*, New Jersey: Rutgers University Press.
- Synott Anthony (1993), *The Body Social. Symbolism, Self, and Society*, London–New York: Routledge.
- Śpiewak Radosław (2012), *Estetologia medyczna, medycyna estetyczna, dermatologia estetyczna, chirurgia estetyczna, ginekologia estetyczna, stomatologia estetyczna – definicje i wzajemne relacje poszczególnych dziedzin*, „Estetologia Medyczna i Kosmetologia”, vol. 2(3), s. 69–71.
- Turner Bryan S. (1996), *The Body and Society. Explorations in Social Theory*, Thousand Oaks, New Delhi: Sage.
- Uroda/Medycyna estetyczna (2021), *5 sposobów na kurze łapki i opadające powieki!*, „Wysokie Obcasy extra”, vol. 11(113), listopad, s. 179.
- Veale David, Eshkevari Ertimiss, Ellison Nell, Costa Ana, Robinson Dudley, Kavouni Angelica, Cardozo Linda (2014), *A Comparison of Risk Factors for Women Seeking Labiaplasty Compared to Those Not Seeking Labiaplasty*, „Body Image”, vol. 11(1), s. 57–62, <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2013.10.003>
- Weber Brenda R. (2009), *Makeover TV: Selfhood, Citizenship, and Celebrity*, Durham–London, NC: Duke University Press.
- Wegenstein Bernadette (2012), *The Cosmetic Gaze: Body Modification and the Construction of Beauty*, Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press.
- Wegenstein Bernadette (ed.) (2009), *Reality Made Over: The Culture of Reality Makeover Shows*, special issue of „Configurations”, vol. 14(1–2), s. 177–191.
- Welsch Wolfgang (2005), *Estetyka poza estetyką. O nową postać estetyki*, Kraków: Universitas.
- Wieczorkowska Magdalena (2015), *Medykalizacja wyglądu zewnętrznego a nowy wymiar zdrowego ciała*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Sociologica”, t. 55, s. 93–109.
- Wolf Naomi (2014), *Mit urody*, Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Zurbriggen Eileen L. (2013), *Objectification, Self-Objectification, and Societal Change*, „Journal of Social and Political Psychology”, vol. 1(1), s. 188–215.

Źródła internetowe

- American Society for Aesthetic Plastic Surgery (ASAPS), *Plastic Surgery Statistics*, <https://www.plasticsurgery.org/news/plastic-surgery-statistics> (dostęp: 01.10.2021).
- American Society of Plastic Surgeons (ASPS) (2020), *Plastic Surgery Statistics Report*, <https://www.plasticsurgery.org/documents/News/Statistics/2020/plastic-surgery-statistics-full-report-2020.pdf> (dostęp: 01.10.2021).
- Etcoff Nancy, Orbach Susie, Scott Jennifer, d'Agostino Heidi (2004), *The Real Truth about Beauty. A Global Report. Findings of the Global Study on Women, Beauty and Well-Being*, https://www.clubofamsterdam.com/contentarticles/52%20Beauty/dove_white_paper_final.pdf (dostęp: 20.10.2021).
- He Jinbo, Sun Shaojing, Lin Zhicheng, Fann Xitao (2020), *Body Dissatisfaction and Sexual Orientations: A Quantitative Synthesis of 30 Years Research Findings*, „Clinical Psychology Review”, vol. 8(11), <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101896>
- IMCAS International Master Course on Aging Skin, <https://www.imcas.com/en/academy/explore/scientific-board> (dostęp: 21.11.2021).
- International Society of Aesthetic Plastic Surgery (ISAPS), <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2020/12/ISAPS-Global-Survey-2019-Press-Release-English.pdf> (dostęp: 01.10.2021).

- Lato, lato i po lecie*, Uroda – medycyna estetyczna, „Zwierciadło”, 10 października 2021, s. 198, www.alliancelpg.pl (dostęp: 01.09.2021).
- Lee Michelle (2017), *Allure Magazine Will No Longer Use the Term „Anti-Aging”*, „Allure”, August 14, <https://www.allure.com/story/allure-magazine-phasing-out-the-word-anti-aging> (dostęp: 01.09.2021).
- Mieczkowski Daniel (2021), *Co wiemy o pacjentach i zabiegach w pandemii*, „Rynek Estetyczny”, 26 kwietnia, <https://www.rynekestetyczny.pl/co-wiemy-i-pacjentach-i-zabiegach-w-pandemii/> (dostęp: 01.10.2021).
- Nuffield Council on Bioethics, *Cosmetic Procedures: Ethical Issues. Report*, 22.06.2017, <https://www.nuffieldbioethics.org/publications/cosmetic-procedures> (dostęp: 01.10.2021).
- Pussetti Chiara (2021), *Because You’re Worth It! The Medicalization and Moralization of Aesthetics in Aging Women*, „Societies”, vol. 11(3), <https://doi.org/10.3390/soc11030097>
- Rynek estetyczny (2021), <https://www.rynekestetyczny.pl/tag/badania-rynku-medycyny-estetycznej/> (dostęp: 01.10.2021).

The body and beauty

This chapter is an attempt to reflect on the invasive beautifying body practices in contemporary consumer culture. The issues raised in this chapter relate to several problem areas. The first one concerns physical attractiveness as an individual and socio-cultural project in the private and public space. The control over one’s body image is linked to a symbolic representation of one’s identity, which is more and more often becoming a matter of choice. Body management is related to a tendency to auto-create and „create oneself” as well as to the re-evaluation of beauty as a social value. The normalised and standardised model of body, susceptible to the influences of the medical and media expert system, is subjugated by the mechanisms of discipline, such as plastic surgeries. These manifestations of caring about the body are connected to maintaining control over oneself, self-discipline and hard work. The media *makeover* culture of becoming similar to celebrities, by proposing a complete change of one’s looks, situates an agent in the position of being an entrepreneur of one’s own self who has to „invest in the body” in order to compete with others on a wider global market. It concerns women in particular, whose „susceptible bodies” in the regime of physical perfection are more frequently subject to exercising discipline than the bodies of men.

The second problem area is focused on the procedures of aesthetic surgery, which are interpreted in the mass culture as a necessity due to the compulsion to have a beautiful body and the phenomenon of old-age „disgrace”. The plastic surgery culture („nip and tuck”) is a consequence of the consumer logic of late capitalism and the neoliberal conception of social life. Surgeons create „new” bodies, replacing psychotherapists. The issues raised in this chapter demonstrate that surgical procedures imply a multitude of psychosocial, legal and political, ethical and moral, and socio-cultural problems. The focus is placed on, among others, the issues of standardisation, fragmentarisation and pathologisation of the human body, as well as an image of objectified femininity in the patriarchal culture under the influence of the „male gaze”.

Selected empirical analyses are reviewed, with an emphasis on those that assume an intersectional and transnational point of view. Aesthetics is defined through age, place of residence or belonging to a given class, race and gender, recreating the structural axis of inequality. In the feminist perspective, the practices of aesthetic body modifications illustrate female and male beauty technologies in the Euro-American culture. „The ethnic aesthetic surgery” in Brasil, China and the Middle East, which erases anatomical „markers”, is an attempt to follow the Western beauty norms.

The theoretical approaches presented in this chapter as well as the results of studies indicate to what degree carrying out the project of an „improved”, „beautiful” human having specified physical parameters is an expression of control and oppression, and to what degree it is an expression of one’s individualism and emancipation; to what extent plastic surgeries are the effect of subjugating the agent through coercive disciplining of the „obedient bodies”, and to what extent they are a reflexive way of managing one’s own life.

The text explains the differences between cosmetology, aesthetic medicine, aesthetic, plastic and reconstructive surgery; the descriptions of the categories of body dysmorphic disorder, aesthetic work, cosmetic gaze as well as the phenomena of body shaming, body policy, body neutrality/body positivity, etc. are also offered.