

## Wzmacnianie ludzkiego ciała z wykorzystaniem operacji plastycznych – kontekst społeczno-etyczny

Marcin Leźnicki, Aleksandra Lewandowska, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Artykuł służy bliższej eksplikacji problemu wzmocnień przeprowadzanych na ludzkim ciele z użyciem operacji plastycznych, z uwzględnieniem kontekstu społecznego, kulturowego i etycznego. Oprócz racji przemawiających za wdrażaniem wspomnianych wzmocnień, w tekście omówione zostały kluczowe argumenty przywoływane przeciwko stosowaniu wzmocnień ludzkiego ciała, jak również badania mające na celu ukazanie jakiego typu zabiegi z zakresu body enhancement są aktualnie wdrażane, w jakim zakresie się je przeprowadza, czy wreszcie kto jest ich docelowym adresatem.

### Wprowadzenie

Ponad wszelką wątpliwość ciało ludzkie wsparte potencjałem technomedycyny<sup>1</sup> posiada, z jednej strony znaczne możliwości autoregeneracyjne, z drugiej zaś można

1 Narodziny **technomedycyny**, jako medycyny powiązanej z nowoczesnymi technologiami datuje się na przełom wieku XIX i XX i wiąże z rozwojem coraz bardziej skomplikowanych technologicznie maszyn służących do diagnozowania chorób oraz ich leczenia. O technomedycynie mówić należy zatem w kontekście rozwoju technologicznego, który dokonał się na przestrzeni ostatnich stu lat i przyniósł medycynie wyspecjalizowane technologicznie instrumenty diagnostyczne i naprawcze, w tym mikroskop elektronowy, kimograf, stetoskop, oftalmoskop, aparat rentgenowski, rezonans magnetyczny (MRI), pozytonową tomografię emisyjną (PET), czy choćby tomografię komputerową (CT). Zauważalny w XX wieku postęp w dziedzinie inżynierii produkcyjnej przyniósł dalsze technologiczne rozwiązania wykorzystywane w medycynie, w tym aparaty słuchowe, protezy i impalnty, rozruszniki serca, pompy insulinowe, wynalezioną przez W. Kolffa maszynę do dializy nerek i szereg innych wyspecjalizowanych urządzeń biomedycznych sterowanych komputerowo i wykorzystywanych w licznych gałęziach medycyny, jako technomedycyny, w tym m. in. chirurgii naczyniowej, neurologii, okulistyce, otolaryngologii, kardiologii i innych. Współcześnie, pod wpływem intensywnego rozwoju nanotechnologii oraz nanorobotyki, jako wyróżniającą się dziedzinę technomedycyny wskazuje się nanomedycynę. Por. J. C. Moskop, L. Kopelman, *Ethics and Critical Care Medicine*, Dordrecht, Boston, Lancaster, Tokyo, D. Reidel Publishing Company 1985, s. 117–146, M. Watanabe, Kaoru Tachi, ed. *Tekuno/Baioporitikkusu: kagakuiryogijyutsu no ima [Techno/Bio Politics: Contemporary Science, Medicine and Technology]*, „East Asian Science, Technology and

je dzięki medycynie poddawać dyrektywnym leczniczo bioterapiom<sup>2</sup>. Tym niemniej nie sposób nie zauważyć w tym miejscu, że rozwój technik biomedycznych i bioinżynieryjnych otwiera przed nami coraz to dalej idące możliwości korygowania, tudzież wzmacniania szeregu właściwości biofizycznych<sup>3</sup>, w tym choćby wyglądu ludzkiego ciała, wykraczając przy tym dalece poza standardowe, tj. zazwyczaj stosowane, w tym medycznie wymagane i aplikowane interwencje bioterapeutyczne z założenia służące do ratowania zdrowia oraz życia człowieka obciążonego dysfunkcją psycho-fizyczną.

Rozpowszechnianie się wspomnianych wyżej technologii wzmocnień ludzkiego ciała, jak zgodnie zauważają m. in. First i Hogel stanowiło konsekwencję zmiany sposobu myślenia o życiu biologicznym i społecznym człowieka<sup>4</sup>. Ten bowiem na przestrzeni ostatnich kilkunastu lat dopuścił możliwość konstruowania własnego ciała, w tym uplastyczniania i modelowania ciała poddanego morfingowi<sup>5</sup>. W efekcie

---

Society: An International Journal” 2009, nr 3, s. 385–388, F. Baumgartner, *Human Medicine versus Techno-Medicine*, „Texas Heart Institute Journal” 2009, vol. 36, nr 3, s. 268–269; G. Lawrence, *Technologies of Modern Medicine*, London, Science Museum 1994; S. S. Blume, *Insight and Industry: On the Dynamics of Technological Change in Medicine*, Cambridge, Mass., MIT Press 1992; J. Bronzino, V. Smith, M. Wade, *Medical Technology and Society: an interdisciplinary Perspective*, Massachusetts, MIT Press 1990; D. Cui, H. Gao, *Advance and Prospect of Bionanomaterials*, „Biotechnology Progress” 2003, vol.19, nr 3, s. 683–683. S. Moghimi, A. Moein, Ch. Hunter, J. C. Murray, *Nanomedicine: Current Status and Future Prospects*, „The FASEB Journal” 2005, vol. 19, nr 3, s. 311–330; O. C. Farokhzad, R. Langer, *Nanomedicine: Developing Smarter Therapeutic and Diagnostic Modalities*, „Advanced Drug Delivery Reviews” 2006, vol. 58, nr 14, s. 1456–1459.

2 Pojęcie **bioterapii** w rozumieniu potocznym utożsamiane jest z medycyną niekonwencjonalną, zwaną również alternatywną i stosowaniem w jej ramach wszelkiego typu paramedycznych działań leczniczych. W rozumieniu szerszym wskazuje się natomiast na złożony charakter bioterapii, jako **terapii biologicznych** (*biological therapy*), wśród których wyszczególnia się zwyczajowo immunoterapie (*immunotherapy*), terapie z użyciem produktów inżynierii genetycznej (*genetically engineered products*), czy wreszcie ekstraktu pozyskiwanego z tkanek (*organ extracts*). W tym drugim rozumieniu bioterapie mają charakter ściśle medyczny, nie zaś paramedyczny i jako takie aktualnie znajdują zastosowanie w terapiach (m.in. antynowotworowych), można zaś je wykorzystać do wzmocnienia chociażby kondycji genetycznej człowieka zdrowego. Por. <http://medicaldictionary.thefreedictionary.com/biotherapy> (dostęp: 08.08.2015); <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=7816> (dostęp: 10.08.2015).

3 Jak również biopsychicznych, o których nie będzie jednak mowy w tekście.

4 Por. L. F. Hogel, *Enhancement Technologies and the Body*, „Annual Review of Anthropology” 2005, vol. 34, s. 696.

5 **Morfing** – przykład techniki, za pomocą której obraz źródłowy, tak realny (m.in. anatomicznego ciała ludzkiego), jak i nierealny (m.in. filmowy, czy komputerowy obraz ciała ludzkiego) poddawany jest płynnemu, stopniowemu i z założenia nieograniczonemu przekształcaniu, w efekcie którego uzyskujemy obraz docelowy, zakładany i planowany przez twórcę projektu zmiany (m.in. chirurga), jak również adresata projektu (m. in. pacjenta, który decyduje się na zabieg z zakresu chirurgii estetycznej). Może być również tak, że proces przekształcania ciała zmierza w stronę nadmiernego uwypuklenia oraz uwydatnienia określonych cech fizycznych co skutkuje ich karykaturyzacją (jak ma choćby miejsce w przypadku rozlicznych zabiegów z zakresu plastyki biustu, korekty chirurgicznej wykoju oczu i ust). Za tę jednak odpowiada odmiana morfingu zwana **warpingiem**. Nadmienić przy tym warto, że najbardziej rozpowszechniona technika morfingu komputerowego umożliwia chirurgom wybór optymalnego postępowania medycznego. Por. M. Steyvers, *Morphing Techniques for Manipulating Face Images*, „Behavior Research Methods, Instruments & Computers” 1999, vol. 31, nr 2, s. 359–369; Won Sook Lee, N. Magnenat Thalmann, *Virtual Body Morphing*, <http://www.miralab.ch/repository/papers/122.pdf>, (dostęp: 21.05.2015); M. J. Tove'e, P. J. Benson, J. L. Emery, S. M. Mason, E. M. Cohen-Tove'e,

wspomnianych zabiegów człowiek zaczął ponownie odkrywać swoje ciało, nadawać mu sens i znaczenie, stopniowo je prywatyzować i zarządzać nim. Ujemnym skutkiem ekonomizacji i powiązanej z nią optymalizacji ciała, była stopniowa rezygnacja z cielesnej wyjątkowości na rzecz dopasowania się do ujednoliconych wzorców kultury masowej, w celu pozyskania, z jednej strony większej akceptacji środowiskowej, z drugiej natomiast wzrostu poczucia wartości własnego istnienia łączzonej z przekonaniem o nadającej jej sens odrębności, czy też tożsamości cielesnej.

Mając na uwadze powyższe, w dalszej części artykułu podjęta zostanie próba odpowiedzi na następujące pytania: jakie motywacje leżą u podstaw wykonywania zabiegów z obszaru *body enhancement*<sup>6</sup>; jakiego typu zabiegi wykonywane są najczęściej i jaki mają one charakter; jaka jest dostępność do wspomnianych zabiegów i kto z nich rutynowo korzysta, czy wreszcie jakiego typu zabiegi służące wzmocnieniu ludzkiego ciała promuje się w zależności od wybranego regionu świata. Te z kolei kwestie implikują liczne wątpliwości etyczne wyrażane, m. in. w pytaniach, o to jakie są granice ingerencji w ludzką cielesność, szerzej zaś w naturę; czy wspomniane udoskonalanie ludzkiego ciała jest w ogóle zasadne; kto powinien i może decydować o wzmacnianiu ludzkiego ciała; jakiego typu ograniczenia powinno się uwzględnić podejmując decyzje o przeprowadzaniu wspomnianych zabiegów (tj. wiekowe, dotyczące pochodzenia a być może płci?); czy wspomniane zabiegi, jak przykładowo plastyczne operacje chirurgiczne mogą wpłynąć negatywnie na tożsamość jednostki poddanej wspomnianym zabiegom grożąc zerwaniem, w konsekwencji zaś utratą poczucia sensu życia przez jednostki obdarzone nieciąglą tożsamością fizyczną. Te i wiele innych pytań stanowić będą tło rozważań dla niniejszej pracy.

---

*Measurement of Body Size and Shape Perception in Eating-Disordered and Control Observers Using Body-Shape Software*, „British Journal of Psychology” 2003, vol. 94, nr 4, s. 501–516; P.D. Slade, *What is Body Image?*, „Behaviour Research and Therapy” 1994, vol. 32, nr 5, s. 497–502.

6 **Body Enhancement** – ulepszenie, doskonalenie, wzmacnianie ludzkiego ciała za pomocą środków naturalnych, jak również sztucznych w celu zwiększenia wydolności, sprawności, jak również atrakcyjności ludzkiego ciała. W ramach szeroko rozumianej technologii *body enhancement* wyróżnia się cztery główne grupy ulepszeń, w tym wzmocnienia kosmetyczne (*cosmetic enhancement*), przeprowadzane w oparciu o chirurgię plastyczną, medycynę estetyczną, protetykę i ortodoncję; wzmocnienia medyczne (*medical enhancement*), z użyciem m.in. technik protetycznych i implantologii; wzmocnienia funkcjonalne (*functional enhancement*), w ramach których wykorzystuje się m.in. egzoszkielety oraz wzmocnienia farmakologiczne (*pharmacological enhancement*), w tym doping i farmakologiczne środki wzmacniające. W obecnej pracy pojęcie to zostało ograniczone do ulepszeń ciała na drodze chirurgii plastycznej i medycyny estetycznej. Dodatkowe informacji na temat historii i zasadniczych obszarów problemowych z zakresu *body enhancement* odnaleźć można, m.in. w pracach: Ch. Schilling, *The Body and Social Theory*, Sage, London 1993; L. F. Hogle, *Enhancement Technologies and the Body*, dz. cyt.; M. Frize, *A Debate on the Ethics of Body Enhancement Technologies and Regeneration*, „World Congress on Medical Physics and Biomedical Engineering”, May 26–31, 2012, Beijing, China, Springer Berlin Heidelberg 2013.

## Ciało ludzkie w perspektywie wzmocnień biomedycznych

Wzmocnienia ludzkiego organizmu stanowią w prostej linii wypadkową możliwości, jakie zaoferował niepohamowany postęp w obszarze nauk biomedycznych wspartych potencjałem biotechnologii, szerzej zaś wyrosłej na gruncie technonauki<sup>7</sup> biotechniki i powiązanej z nią blisko bionauki<sup>8</sup>. W obliczu dokonujących się w technonauce dynamicznych przemian znaczna część ludzi uświadomiła sobie, że szereg parametrów funkcjonowania ludzkiego organizmu, uznawanych, jak dotąd w rozpoznaniu medycznym za normalne a tym samym pozostających poza autentycznym zainteresowaniem medycznej kontroli można a co więcej należy, jako dalece niekorzystne modyfikować. W sukurs retoryce biomedycznego przeobrażania, w tym również kreowanej i postulowanej coraz wyraźniej m. in. przez przemysł biotechnologiczny pilnej potrzeby medykalizacji ludzkiego zdrowia i życia, w tym jego wzmocniania z użyciem aparatury biomedycznej przysła kolej na redefinicję rozumienia takich pojęć, jak zdrowie, choroba, norma i standard. W efekcie wspomnianych przesunięć znaczeniowych wspomniane terminy nabrały nowego – tj. „płynnego i niejednorodnego” – charakteru, stając się przykładowo w miejsce choroby dysfunkcją, w miejsce zaś zdrowia brakiem dysfunkcji, czy też jak zauważa przykładowo Hołówka<sup>9</sup> bliżej nieokreślonym stanem zaspokojenia potrzeb, oczywistością, czy też przedmiotem preferencji, które niewątpliwie mają kluczowe znaczenie dla osób, które podążając za wyrażaną przez siebie preferencją zamierzają wykorzystać dane wzmocnienie biomedyczne, by poczuć się „zdrowiej”. Można tym samym domniemywać, że dążność do ciągłej, czy też nieprzerwanej poprawy psycho-fizycznego stanu funkcjonowania człowieka doprowadziła w ostateczności do rozwoju technologii wzmocnieniowych.

7 **Technonauki**, stanowią przykład nauk stosowanych powiązanych z (bio)biznesem, z drugiej strony podkreśla się, że stanowią one instrument wspomagający kontrolę rozwoju naukowego, same nierzadko (tj. w obliczu m. in. zjawisk komercjalizacji, czy też globalizacji) pozostając poza rzeczywistą kontrolą. Dla poniższego tekstu kluczowe jest jednak zwrócenie uwagi na fakt, że w ramach technonauki dokonuje się bliskie ząębienie nauki z szeroko rozumianą technologią. Więcej informacji na temat technonauki zob. E. Bińczyk, *Technonauka w społeczeństwie ryzyka. Filozofia wobec niepożądanego następstwa praktycznego sukcesu*, Toruń, Wydawnictwo Naukowe UMK 2013.

8 W szerokim rozumieniu termin **biotechnika** stosuje się na oznaczenie całego spektrum dyscyplin naukowych z pogranicza biologii i techniki, jak ma to miejsce, m. in. w przypadku biotechnologii, biochemii, biocybernetyki, bioniki, itp. W zarysowanym kontekście kluczowe znaczenie ma nie tyle przeplatanie się nauki z techniką, lecz uzależnienie nauki od stymulującej ją techniki. W rozumieniu węższym podkreśla się, że biotechnika to dział biologii stosowanej zainteresowanej ściśle określonymi możliwościami, jakie niesie za sobą rozwój inżynierii genetycznej, w obszarze sztucznego unasiennienia, stymulacji prokreacyjnej, synchronizacji rui u ssaków, wywoływania owulacji, diagnozowania i monitorowania ciąży, transplantacji i mikrochirurgii zarodków, czy choćby zapłodnienia jaja metodą *in vitro*.

9 J. Hołówka, *O pojęciu i wartości zdrowia*, [w:] *W kręgu życia i śmierci. Moralne problemy medycyny współczesnej*, red. Z. Szawarski, Warszawa, Książka i Wiedza 1987, s. 83–96.

Wzmocnienia, o których mowa powyżej dzieli się zazwyczaj w literaturze przedmiotu na wzmocnienia o charakterze fizycznym, psychicznym a wreszcie reprodukcyjnym związanym bezpośrednio z rozwojem i możliwościami, jakie niesie inżynieria genetyczna. Zakładając poprawność powyższego podziału, wzmocnienia ludzkiego ciała włącza się w obszar wzmocnień fizycznych, podkreślając przy tym, że mają one podłoże fizyczne i realizowane są w ramach chirurgii plastycznej<sup>10</sup>, medycyny estetycznej, medycyny sportowej (poprzez m. in. zastosowanie dopingu), biocybernetyki, w ramach których dynamicznie rozwija się bionika. W tym jednak artykule ograniczymy się do wyłącznie do omówienia zagadnień związanych z zastosowaniem chirurgii plastycznej oraz medycyny estetycznej.

Ciało ludzkie, jak zauważa m.in. Jakubowska stanowi doskonałe podłoże do zastosowania wspomnianych wzmocnień fizycznych, z racji niebywałej wręcz plastyczności posiadanego kapitału biologicznego. Ten zaś daje się zaobserwować na kilku poziomach, z których pierwszy to tzw. „baza wyjściowa” – ciało naturalne. Drugi, sprowadza się do umiejętności zarządzania ciałem biologicznym, w tym możliwości jego przekształcania, naprawiania, zmieniania, korygowania, poprawiania, zastępowania, w tym także wzmocniania rzeczonoego kapitału (poprzez m. in. spowalnianie, jak też przyśpieszanie określonych procesów, które w ciele zachodzą). Trzeci z kolei poziom sprowadza się do ochrony ciała przed różnego rodzaju ryzykiem (które niweluje się wykorzystując m. in. zdobyte współczesnej farmakologii)<sup>11</sup>.

Początkowo głównym założeniem terapii medycznych opartych na wzmocnieniach była korekta zarówno wrodzonych, jak również nabytych, w tym m. in. powypadkowych defektów utrudniających prawidłowe funkcjonowanie organizmu. Z czasem „terapię wzmocnieniową” nabrały charakteru funkcjonalno-wspomagającego i stopniowo zaczęto je oferować również ze względów pozamedycznych, kierując się przy tym oczekiwaniami konsumentów wybranej usługi biomedycznej, w tym terapii wzmocnieniowej. Współcześnie przekształciły się zaś one w celowe działania służące ulepszaniu wybranych zdolności poznawczo-operacyjnych, takich jak przykładowo zdolność do widzenia, słyszenia, jak również czucia<sup>12</sup>.

Zarysowane powyżej, stopniowe przeobrażanie terapii biomedycznych w pozamedyczne terapie wzmocnieniowe dokonało się również w obszarze terapii wzmocnień ludzkiego ciała (*body enhancement therapy*) wykorzystujących sukcesy

10 Użyty w tekście termin **chirurgii plastycznej** w rozumieniu potocznym jest często stosowany zamiennie z pojęciem **chirurgii estetycznej**. Nie jest to jednak poprawne, ponieważ termin chirurgia plastyczna jest pojęciem szerszym, bardziej ogólnym i obejmuje zarówno chirurgię estetyczną, jak też chirurgię rekonstrukcyjną.

11 H. Jakubowska, *Socjologia ciała*, Poznań, Wydawnictwo Naukowe UAM 2009, s. 192.

12 B. D. Earp, A. Sandberg, G. Kahane, J. Savulescu, *When is Diminishment a Form of Enhancement? Rethinking the Enhancement Debate in Biomedical Ethics*, „Frontiers in Systems Neuroscience” 2014, vol. 8, s. 2.

medycyny techno-interwencyjnej w celu intencjonalnej poprawy fizycznego stanu funkcjonowania człowieka. I tak, jak miało to miejsce w przypadku innych terapii wzmocnieniowych, tak również terapie wzmocnieniowe przeprowadzane na ludzkim ciele, zdaniem m. in. Juengsta, Bostroma i Petersena, wykroczyły znacznie poza wymagany leczniczo stopień ingerencji biomedycznej celowej dla utrzymania właściwego stanu zdrowia organizmu, stając się bezcelowymi<sup>13</sup>. W przywołanym powyżej kontekście mamy do czynienia z dychotomią leczenia oraz ulepszenia. Ta zaś pojawiła się, w wyniku zerwania z tradycyjnym pojmowaniem medycyny, jako sztuki leczenia w oparciu o przyjęty standard biomedyczny<sup>14</sup>, czy też medycyny służącej z założenia ratowaniu zdrowia i życia pacjenta a postrzegania jej, jako rzemieślniczej zręczności skutecznego ingerowania w systematycznie redefiniującego się człowieka – konsumenta danej bio-usługi. Dynamicznemu rozwojowi „technologii wzmocnieniowych” sprzyjało jednocześnie coraz silniejsze przenikanie się sfery biologicznej, z bliską kulturze technosferą. Z tego powodu obecne granice ciała i cielesności zatarły się, zyskując nowe znaczenia. „*Nowe technologie stają się rozszerzeniami, przedłużeniami ludzkiego ciała i jako takie wpływają na kształt [naszej] tożsamości*”<sup>15</sup>. Wypada jednak napomknąć, że o ile połączenie ciała z technologią w procesie fizycznego zastępowania (obejmującego swym zasięgiem, m. in. protetykę, biocybernetykę i stwarzającą sposobność tworzenia biotechnologicznych hybryd odciażających działanie niektórych części ludzkiego ciała bionikę) jest raczej akceptowalne, o tyle wzmocnienia bio-fizyczne ludzkiego ciała z wykorzystaniem operacji plastycznych, bądź medycyny estetycznej wywołują niemałą kontestację społeczną, przede wszystkim co do racji leżących u podstaw przeprowadzania „zabiegów wzmocnieniowych”.

Bardzo często bowiem motywy, jakimi kierują się ludzie decydujący się na operacje plastyczne są w swej skrajności nieprzystające do siebie i kontrowersyjne. Te bowiem służyć mogą, w przekonaniu osób zainteresowanych wspomnianymi zabiegami w równej mierze do korekty niewątpliwych defektów cielesnych, jak również można by je wykorzystywać, jako narzędzie do projektowania samych siebie, w ramach chociażby artystycznego performace, czego dobrym przykład jest przypadek Orlan<sup>16</sup>, która ze swojego ciała uczyniła żywy materiał rzeźbiarski w ramach sztuki performatywnej

13 E. T. Juengst, *What Does Enhancement Mean?* [w:] *Enhancing Human Traits: Ethical and Social Implications*, ed. E. Parents, Washington, DC, Georgetown University Press 1998, s. 29–47, N. Bostrom, R. Roache, *Ethical Issues in Human Enhancement*, [w:] *New Waves in Applied Ethics*, ed. J. Ryberg, T. S. Petersen, C. Wolf C, New York, Palgrave Macmillan 2008, s. 120–152.

14 J. Kopania, *Etyczne aspekty chirurgii estetycznej*, „Nowiny Lekarskie” 2007, nr 76(2), s. 182.

15 R. W. Kluszczyński, *Ontologiczne transgresje: sztuka pomiędzy rzeczywistością realną a wirtualną*, „Kultura Współczesna” 2000, nr 1–2 (23–24), s. 194.

16 Artystka współczesna, jedna z czołowych performerek francuskich.

i poddając się licznym operacjom plastycznym, które każdorazowo nagrywała starała się upodabniać do kobiet z obrazów mistrzów renesansu i manieryzmu<sup>17</sup>.

Jednym z najstarszych i najbardziej rozpowszechnionych motywów decydowania się na zabieg medycyny estetycznej była i nieustannie pozostaje walka z postępującym procesem starzenia się, czego szereg egzemplifikacji odnaleźć możemy chociażby w sztuce i literaturze, od starożytności poczynając. Między innymi Terencjusz w starożytności, później chociażby Bacon starość jednoznacznie klasyfikowali jako chorobę<sup>18</sup>, której winno się, o ile to możliwe przeciwdziałać. Głoszony przez nich, jak i innych, wypowiadających się w podobnym tonie myślicieli pogląd, stał się niezwykle pomocny i korzystny dla przemysłu farmakologicznego, który od dłuższego już czasu nawołuje do naglącej potrzeby wzmocnienia wysiłków w walce z procesami starzenia się organizmu, w przenikającym się sensie fizycznym, psychicznym, jak również estetycznym. W tym właśnie celu dynamicznie rozwija się rynek usług, procedur i preparatów dedykowanych osobom w podeszłym wieku, jak również tym wszystkim ludziom, którzy powoli wchodzić we wspomniany okres życia, zaś zdobycze biorynku mają polepszyć ich sprawność psychofizyczną, jak też utrzymać ich dobre samopoczucie.

Dodatkowo rozpowszechnia są na szeroką skalę wizerunek młodych, zadbanych, pięknych, atrakcyjnych, wysportowanych i smukłych ciał, które kreuje się w mass-mediach, dyscyplinuje w salach fitness i na siłowni a wreszcie modyfikuje z użycie biopreparatów, zaś pozostające wciąż niedoskonałe, m. in. ciała celebrytów przetwarza się i obrabia komputerowo. Zauważyć przy tym należy, że granice biotransformacji ludzkiego ciała ciągną się w nieskończoność, zaś ich zakres wyznaczany jest wspólnie przez jednostki poddające się wspomnianym zabiegom, z jednej strony, z drugiej zaś przez dyscyplinujące nas ponowoczesne społeczeństwo, które ciało ludzkie umieściło w centrum powszechnego zainteresowania. W efekcie wspomnianych działań „staje się ono swoiście rozumianym obszarem wpływów społeczno-kulturowych”<sup>19</sup>. Trafnie wobec powyższego zauważa Zakowicz, podkreślając że „Ciało i jego wizerunek, jako najbardziej zewnętrzna część naszej osobowości, jest obszarem wystawionym na publiczny ogląd i krytykę, swoistym medium, za pośrednictwem którego zmiany zachodzące wewnątrz organizmu dostrzegalne są także na jego powierzchni. To ono się starzeje, choruje, słabnie, obumiera; ono modyfikuje swoją formę i kształt ...”<sup>20</sup>.

17 E. Białkowski, *Ciało jako przedmiot praktyk ascetycznych w sztuce współczesnej* (Opalka, Dudek-Durer, Orlan), „IDEA – Studia nad strukturą i rozwojem pojęć filozoficznych” 2011, XXIII, s. 271.

18 S. de Beauvoir, *Starość*, przeł. Z. Styszyńska, Warszawa, Czarna Owca 2011, s. 23.

19 I. Zakowicz, *Starzenie się w kulturze młodości. Wybrane strategie obrazowania późnej dorosłości w reklamie*, „Ogrody nauk i sztuk” 2012, nr 2, s. 383.

20 Tamże, s. 386.

Współcześnie podkreśla się tym samym, że trudno jest przeżyć życie tylko z „naturalnym” ciałem, albowiem trudno jest funkcjonować w oderwaniu od zdobyczy świata biotechnologii, szerzej zaś biotechniki. Wobec powyższego, coraz powszechniejsze zaczyna być poleganie na wszelakiego rodzaju „polepszcach” i substytutach naturalności, poczynając od plomb w zębach, poprzez protezy, aparaty słuchowe, czy zastawki w sercu<sup>21</sup>. W obliczu rozwoju techniki i następstw, jakie ów rozwój generuje, ciało ludzkie zaczęto tym samym postrzegać, oceniać i klasyfikować według kryteriów fabrycznych, jakie stosuje się wobec maszyn, czy innych urządzeń mechanicznych, jak sprawność, niezawodność i szybkość<sup>22</sup>. W celu osiągnięcia, jak najlepszych parametrów a wręcz perspektywicznego ich polepszenia, ciało ludzkie oddano pod opiekę lekarzy i innych specjalistów z zakresu bioinżynierii, którzy zaczęli je stopniowo medycynizować, tj. opanowywać w czasie<sup>23</sup>, nadzorować<sup>24</sup> i konstruować<sup>25</sup> na każdym etapie ludzkiego życia, od chwili narodzin aż po śmierć, wciąż rozszerzając zakres wskazywanych oraz zalecanych przez specjalistów i w ich mniemaniu koniecznych ingerencji biomedycznych, w tym także interwencji chirurgicznych.

### **Spółeczno-kulturowy wymiar ulepszeń ciała ludzkiego na przykładzie rozwoju i zastosowania medycyny estetycznej oraz chirurgii plastycznej**

Chirurgia plastyczna swoje powstanie zawdzięcza przede wszystkim chirurgii rekonstrukcyjnej. Z kolei jej początki datują się na I w. n.e. i podkreśla się, że były one zasadniczo związane z podjętą przez lekarzy próbą rekonstrukcji ciał pozbawionych członków, w tym brakiem rąk i stóp u przestępców ukaranych obcięciem fragmentów kończyn za popełnione przewinienia, jak również rekonstrukcją ciał żołnierzy, czy choćby marynarzy, którzy zostali okaleczeni w trakcie wykonywania obowiązków zawodowych. Innym równie ważnym czynnikiem, który wpłynął na rozwój chirurgii plastycznej była narastająca potrzeba leczenia trudno gojących się ran. Na fundamencie chirurgii plastycznej, zrazu rekonstrukcyjnej zaczęła dopiero

21 H. Jakubowska, *Socjologia ciała*, dz. cyt. s. 79.

22 Tamże, s.77.

23 N. Moreau, Fe.Vinit, *Empreintes de corps: éléments de repères dans l'histoire de la médicalisation*, „Nouvelles Pratiques Sociales” 2007, nr 19, s. 34–45.

24 K. P. Morgan, *Woman and the Knife: Cosmetic Surgery and the Colonization of Women's Bodies*, „Hypatia” 1991, vol. 6, nr 3, s. 26–53.

25 A. Arroba, *The Medicalization of Women's Bodies in the Era of Globalization*, „Women's Health Journal” 2003, nr 1, s. 38–42; E. Klaver, *The Body in Medical Culture*, Albany, SUNY Press, 2009; F. Pizzini, *The Medicalization of Women's Body*, <http://www.women.it/quarta/workshops/epistemological4/pizzini.htm> (dostęp: 28.08.2015).



się rozwijać chirurgia estetyczna, zwana również kosmetyczną, zainteresowana w punkcie wyjścia wdrażaniem biomedycznych interwencji terapeutycznych<sup>26</sup>.

Z uwagi na stopień komplikacji interwencji biomedycznych w organizm ludzki, przy jednoczesnej prognozowanej skali dolegliwości, jaka może pojawić się w związku z użyciem wspomnianych interwencji biomedycznych<sup>27</sup> wyróżnia się twarde oraz miękkie technologie służące wzmocnieniu ludzkiego ciała. Ma to swoje bezpośrednie przełożenie na definiowane stopnie inwazyjności zabiegów medycznych, z których trwale ingerujące w organizm ludzki określa się jako zabiegi inwazyjne, w przypadku natomiast zabiegów kosmetycznych, których efekty działania są częstokroć krótkookresowe (np. aplikacja botoksu) mówi się zazwyczaj o zabiegach nieinwazyjnych. Warto przy tym dodać, że w polskiej literaturze przedmiotu nie podano, jak dotychczas precyzyjnych definicji medycyny estetycznej, chirurgii estetycznej, ani dermatologii estetycznej, niemniej jednak wszystkie ze wskazanych powyżej terminów zawierają w sobie formant „estetyczna” i odnoszą się do zabiegów służących poprawianiu atrakcyjności ludzkiego wyglądu/ciała, nie zaś leczenia<sup>28</sup>.

Współcześnie chirurgia plastyczna oraz rekonstrukcyjna plasują się w czołówce procedur medycznych. Na ich popularność złożyło się wiele czynników, jak choćby wygenerowana w znacznej mierze przez przemysł usług biomedycznych potrzeba, by korygować defekty swojej urody, czy zasiane przez „specjalistów od dobrego samopoczucia” wrażenie, jakoby chirurgia plastyczna stanowiła panaceum na rozliczne problemy osobiste, w tym choćby niemożność nawiązywania relacji z innymi<sup>29</sup>. Jak wskazują bowiem badania, aż 56% kobiet i ponad 43% mężczyzn na świecie nie jest zadowolonych z własnego wyglądu<sup>30</sup> i liczba ta stale rośnie. Można wobec powyższego zaryzykować twierdzenie, że rynek usług biomedycznych w obszarze chirurgii plastycznej oraz rekonstrukcyjnej wciąż pęcznieje i domaga się naglącego zagospodarowania, w czym rzecz jasna oferują swoją pomoc przedstawiciele przemysłu biomedycznego.

26 Więcej informacji na temat historii chirurgii plastycznej i medycyny estetycznej można odnaleźć w pracach: A. P. Seltzer, *History of Plastic Surgery*, „The Laryngoscope” 1941, vol. 51, nr 3, s. 256–262; B. O. Rogers, *The Development of Aesthetic Plastic Surgery: a History*, „Aesthetic Plastic Surgery” 1976, vol. 1, nr 1, s. 3–24; P. Santoni-Rugiu, P. Sykes, *A History of Plastic Surgery*, Berlin, Heidelberg, New York, Springer 2007; L. Thompson, *Plastic Surgery*, Santa-Barbara, Denver, Oxford, ABC-CLIO 2011.

27 M. Leźnicki, *Medykalizacja kobiecego ciała na przykładzie operacji plastycznych*, „Scientia et Fides” 2013, vol. 1, nr 1, s. 220.

28 R. Śpiewak, *Estetologia medyczna, medycyna estetyczna, dermatologia estetyczna, chirurgia estetyczna, ginekologia estetyczna, stomatologia estetyczna – definicje i wzajemne relacje poszczególnych dziedzin*, „Estetologia medyczna i kosmetologia” 2012, nr 2(3), s. 69–71.

29 S. R. Mousavi, *The Ethics of Aesthetic Surgery*, „Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery” 2010, vol. 3, nr 1, s. 38.

30 S. Goering, *The Ethics of Making the Body Beautiful: Lessons from Cosmetic Surgery for a Future of Cosmetic Genetics*, „The Center for the Study of Ethics in Society” 2001, vol. 13, nr 3, s. 4.

Według danych gromadzonych przez Międzynarodowe Towarzystwo Plastycznej Chirurgii Estetycznej (ISAPS), w 2014 roku na całym świecie przeprowadzono ponad 20 milionów kosmetycznych zabiegów chirurgicznych oraz zabiegów niechirurgicznych. Wśród krajów, z największym odsetkiem przeprowadzonych operacji plastycznych nieprzerwanie wymienia się Stany Zjednoczone, Brazylię, Japonię, jak też Koreę Południową (por. tab. 1). Popularność operacji plastycznych w Stanach Zjednoczonych stanowi przy tym wypadkową otwartości i akceptowalności społeczeństwa amerykańskiego dla tego typu zabiegów, jak również dobrze rozwiniętego rynku medycyny estetycznej, w tym chirurgii plastycznej i coraz popularniejszej turystyki medycznej. Szereg klinik medycznych funkcjonujących w Stanach Zjednoczonych oraz w krajach Ameryki Środkowej i Południowej proponuje, co ważne zabiegi z zakresu medycyny estetycznej w równej mierze dla Amerykanów, jak też obcokrajowców na warunkach zdecydowanie lepszych, aniżeli te które spotyka się w krajach Europy Zachodniej. Zachęteni fachową opieką zdrowotną Europejczycy chętnie wobec powyższego podróżują do Stanów Zjednoczonych, w celu korygowania swojego wyglądu, w tym również zmiany płci, rzadziej zaś wyjeżdżają do Brazylii, Korei Południowej, czy Meksyku, pomimo że procedury i usługi medyczne obowiązujące i proponowane w tych krajach są bez porównania tańsze<sup>31</sup>.

Nadmienić przy tym warto, że w zależności od rozpatrywanego regionu świata wybór przeprowadzanych zabiegów z zakresu chirurgii plastycznej i estetycznej jest odmienny. I tak przykładowo, w Stanach Zjednoczonych, jak również w niektórych krajach europejskich, w tym Niemczech i Francji wciąż najpopularniejsze pozostają zabiegi z zakresu plastyki biustu, w oparciu o funkcjonujący w krajach zachodnich kanon piękna (por. tab. 1). W krajach Ameryki Środkowej i Południowej z kolei, za istotną składową ideału kobiecości oprócz biustu uznaje się także pośladki. Dlatego też, we wspomnianym regionie świata zabiegi związane z szeroko rozumianą plastyką ciała w obrębie jego całości cieszą się zwiększonym zainteresowaniem. Kanon piękna zmienia się tym samym wraz z szerokością geograficzną a wraz z nim zmienia się zakres i charakter przeprowadzanych na świecie zabiegów z zakresu chirurgii estetycznej. Zarysowaną tendencję dostrzec można, w równej mierze w krajach zachodnich, jak również w krajach azjatyckich, w których z kolei przeprowadza się zasadniczo zabiegi korekty oczu (m. in. w Japonii), jak również zabiegi plastyki twarzy z użyciem technologii implantacyjnych (m. in. w Korei Południowej) (por. tab. 1).

31 Por. M.D. Horowitz, J.A. Rosensweig, Ch.A. Jones, *Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace*, „Medscape General Medicine” 2007, vol. 9, nr 4, s. 33; L. Hopkins, R. Labonté, V. Runnels, C. Packer, *Medical Tourism Today: What is the State of Existing Knowledge?* „Journal of Public Health Policy” 2010, vol. 31, nr 2, s. 185–98.

## Zabiegi chirurgiczne i kosmetyczne

Kraj	Razem		Plastyka twarzy		Plastyka biustu		Plastyka ciała		Zabiegi kosmetyczne	
	Liczba	Ranga	Liczba	Ranga	Liczba	Ranga	Liczba	Ranga	Liczba	Ranga
USA	4064571	1	438669	2	627165	1	417186	2	2581551	1
Brazylia	2058505	2	501053	1	422789	2	419451	1	715212	3
Japonia	1260352	3	252306	4	46419	8	27674	8	933953	2
Korea Płd	980313	4	341662	3	58 601	7	40320	7	539730	4
Meksyk	706073	5	151513	5	97542	4	132153	3	324865	5
Niemcy	533621	6	101798	6	100312	3	85151	5	246360	6
Francja	416148	7	84189	7	92 426	5	57000	6	182533	7
Kolumbia	357115	8	74 290	8	77 520	6	100434	4	104871	8

Tabela 1. Wykonane zabiegi chirurgiczne i kosmetyczne w wybranych krajach świata w 2014 roku (źródło: opracowanie własne na podstawie danych ISAPS)

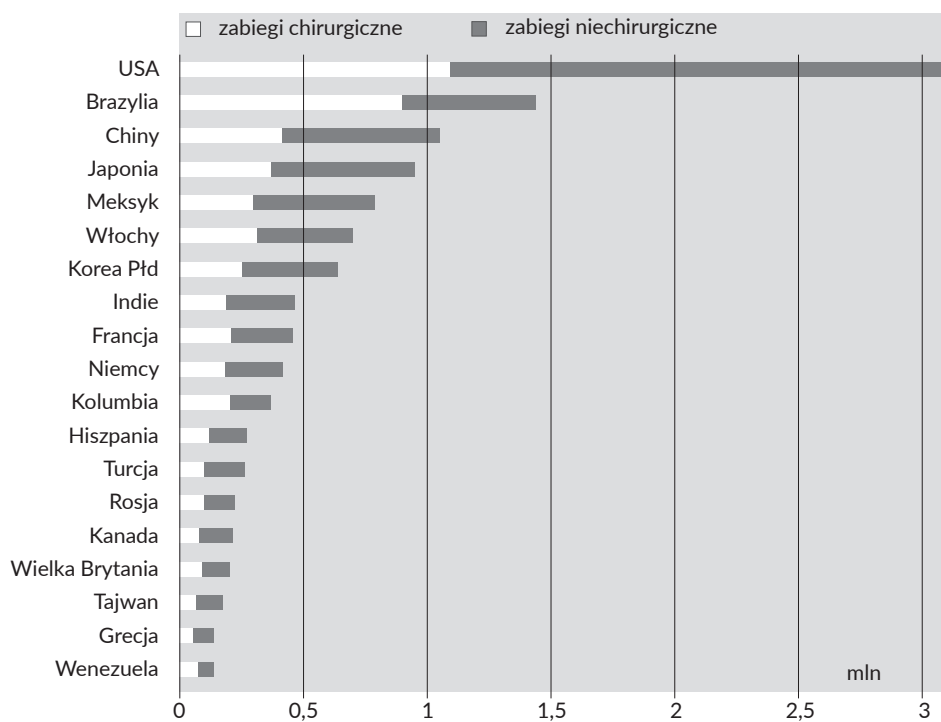
W 2011 roku w samych tylko Stanach Zjednoczonych wykonano ponad 3 mln zabiegów medycznych, z których największy odsetek stanowiły niechirurgiczne procedury kosmetyczne (por. wyk. 1). Nadmienić przy tym warto, że wspomniane praktyki nieoperacyjne, jak choćby wyjątkowo popularne zabiegi z zastosowaniem kwasu hialuronowego, toksyny botulinowej, czy peelingu chemicznego cieszyły się niegasnącym powodzeniem również w innych krajach, z wyjątkiem Brazylii, Kolumbii i Wenezueli, w których przeważały zabiegi chirurgiczne, jak plastyka powiek, liposukcja, powiększanie biustu, czy choćby przeszczep tkanki tłuszczowej.

Na świecie zdecydowanie więcej kobiet decyduje się na tego typu zabiegi, stanowią one aż 86% wszystkich beneficjentów tego rodzaju świadczeń. Wśród najczęściej przeprowadzanych zabiegów, którym poddawały się kobiety w 2014 roku, znalazły się powiększanie biustu, liposukcja i plastyka powiek. U mężczyzn, w tym samym okresie najczęściej wykonywano plastykę powiek, korektę nosa, liposukcję i korekcję ginekomastii.

W Polsce, w porównaniu z innymi krajami na świecie najczęściej wykonywane są zabiegi inwazyjne, jak powiększanie piersi, korekcja nosa, uszu oraz odsysanie tłuszczu<sup>32</sup>. Klientami klinik chirurgii plastycznych są zazwyczaj kobiety stanowiące 90% ogółu zainteresowanych. Największy odsetek, gdyż aż 45% z pośród wszystkich kobiet stanowią panie w wieku 24–35 lat, 35% to kobiety w przedziale wiekowym 35–45 lat,

32 Dane na podstawie wyników z badań przeprowadzonych przez Centrum Chirurgii Plastycznej IQ Medica w 2010 roku. W Polsce bardziej szczegółowych statystyk na temat chirurgii plastycznej i medycyny estetycznej się nie prowadzi.

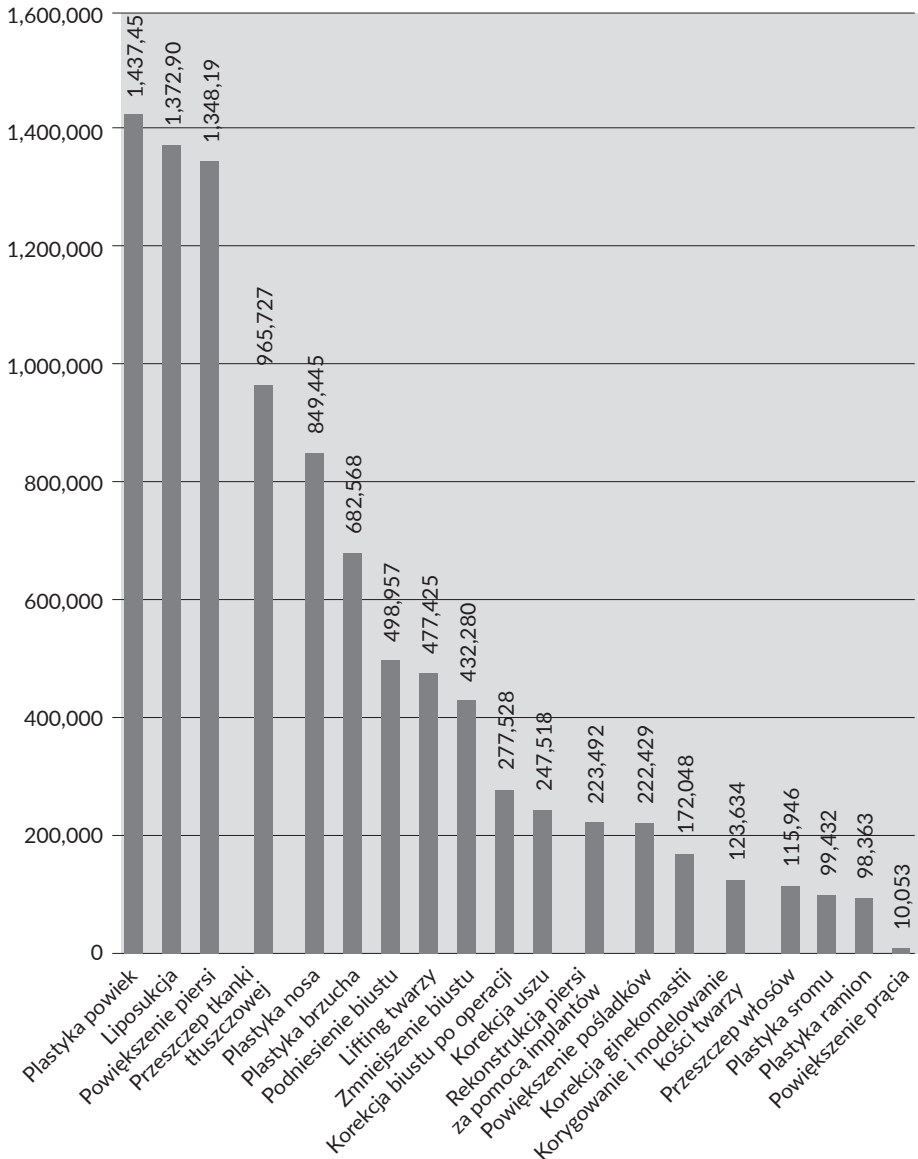
natomiast kobiety powyżej 50 roku życia stanowią niewiele ponad 3% wszystkich klientek. Jako ciekawostkę dodać można, że w zdecydowanej większości na zabieg decydują się kobiety z wyższym wykształceniem (70% ogółu zainteresowanych), zajmujące wysokie stanowiska, często posiadające własny biznes, jak również przedstawicielki tzw. wolnych zawodów.



Wykres 1. Wykonane inwazyjne i nieinwazyjne zabiegi w wiodących krajach z zakresie chirurgii plastycznej i medycyny estetycznej w 2011 roku (źródło: opracowanie własne na podstawie danych ISAPS)

Zauważyć przy tym należy, że postrzeganie i akceptowanie medycyny estetycznej, jak też chirurgii plastycznej przez społeczeństwo jest zróżnicowane. I tak, przykładowo w „Brazylji, Wenezueli, Argentynie oraz Chile operacje plastyczne cieszą się znacznym uznaniem społecznym, są szeroko akceptowalne i zinstytucjonalizowane. W Iranie, czy choćby Arabii Saudyjskiej korzystanie z operacji plastycznych jest surowo zabronione, same zaś zabiegi traktuje się jako wyraz najwyższej dewiacji czy przestępstwa. W Chinach i Korei Południowej widoczny jest znaczny wzrost zainteresowania chirurgią plastyczną od początku XX wieku, co było spowodowane, po pierwsze, traktowaniem jej jako inwestycji społeczno-ekonomicznej w małżeństwo

z potencjalnie zamożniejszym partnerem, po drugie zaś szeroką dostępnością różnych klinik chirurgii estetycznych przyjmujących również „poza bezpośrednim wskazaniem zdrowotnym”<sup>33</sup>.



Wykres 2. Rodzaje wykonanych zabiegów chirurgicznych w 2014 roku (źródło: opracowanie własne na podstawie danych ISAPS)

33 M. Leźnicki, *Medykalizacja kobiecego...*, dz. cyt., s. 223–224.

## Etyczne aspekty wzmocnień ludzkiego ciała

Jednym z podstawowych dylematów etycznych, z którym zmagają się specjaliści z zakresu chirurgii estetycznej jest problem przeprowadzania operacji plastycznych na pacjentach, których obraz ciała mieści się w normie medycznej, zabieg zaś nie ma na celu ratowania ich zdrowia, tudzież życia, ani też korekty zniekształceń ich poprawnie uformowanego ciała<sup>34</sup>. W odpowiedzi na wskazaną wątpliwość, m. in. Bostrom i Roache zwracają uwagę na opisany już w tekście rozdział terapii z założenia leczniczych od terapii mających na celu ulepszenie ciała i dodają, że zarysowana dychotomia stanowi naturalną konsekwencję ewolucji, jaka dokonuje się w medycynie, poczynając od medycyny klasycznej w punkcie wyjścia służącej ratowaniu ludzkiego zdrowia i życia, aż po poklasyczną, której zakres oddziaływania dynamicznie się poszerza, zaś prekluzyjną rolę nie jest tylko ratowanie ludzkiego zdrowia i życia. Przywołani wyżej badacze zauważają przy tym zgodnie, że współczesna medycyna skupia w sobie szereg praktyk biomedycznych, które częstokroć nie mają wiele wspólnego z leczeniem chorób, czy urazów, czego dobrym przykładem są, m. in. medycyna estetyczna, paliatywna, położnictwo, medycyna sportowa i szereg innych<sup>35</sup>. Ramy medycyny współczesnej poszerzają się wobec powyższego aktywnie, problem zaś klasyfikacji i rozdziału interwencji *stricte* medycznych od pozamedycznych działań podejmowanych przez lekarzy pozostaje nieustannie otwarty. Nie milkną jednak głosy przeciwników redefinicji roli i znaczenia medycyny, która winna stać na straży poszanowania godności natury ludzkiej, którą bezzasadne „technologie wzmocnieniowe” mogą, pomimo głoszonych korzyści bezpośrednio naruszyć. Lepsze, jak konstatuje chociażby Sandel jest w zarysowanej perspektywie stosowanych wzmocnień wrogiem dobrego<sup>36</sup>.

Kolejną kwestią, na którą warto zwrócić uwagę jest pytanie, o to czy działania z zakresu *human enhancement*, w tym wzmocnienia ludzkiego ciała rozpatrywać będziemy wyłącznie w kategoriach jednostkowych zastosowań, czy też rozważać je będziemy szerzej, tj. pod kątem ich aplikacji w całość ludzkiej populacji. Jeśli bowiem nawet pokusimy się o konstatację, że wzmocnienia ludzkiego ciała, to li tylko „jednorazowe” działania nie mające bezpośredniego i trwałego wpływu na kolejne pokolenie, jak będzie to miało najpewniej miejsce w przypadku wzmocnień genetycznych<sup>37</sup>, to i tak otwartym pozostaje problem określenia stopnia i granic ingerencji

34 K. C. Chung, A. G. Pushman, J. T. Bellfi, *A Systematic Review of Ethical Principles in the Plastic Surgery Literature*, „Plastic and Reconstructive Surgery” 2009, vol. 124, nr 5, s. 1711.

35 N. Bostrom, R. Roache, *Ethical Issues in Human Enhancement*, dz. cyt., s. 121.

36 M. J. Sandel, *Przeciwko udoskonalaniu człowieka. Etyka w czasach inżynierii genetycznej*, przeł. O. Siara, Warszawa, Kurhaus Publishing 2014.

37 Por. M. Leżnicki., A. Lewandowska, *Biomedycyna a genetyczne udoskonalenia człowieka – w kontekście analiz bioetycznych*, „Acta Universitatis Lodzianensis. Folia Sociologica” 2013, nr 45, s. 113–129.

biomedycznych w ludzką naturę i prognozowanie narodzin postczłowieczej natury, jako kulturowo kreowanej technonatury w duchu progresywnego transhumanizmu. W myśli koncepcji propagujących narodziny postczłowieka zaczęto bowiem postulować pilną potrzebę decydowanie o własnym życiu i ciele, w obrębie którego wszystkie działania nie tyle powinny być, co muszą być dozwolone. Punktem wyjścia dla zaistnienia powyższego stanowiska było jednoczesne założenie, iż człowiek jako byt samostanowiący ma prawo do podejmowania autonomicznych a co za tym idzie nieskrępowanych decyzji, które w jak najwyższym stopniu powinno się mu umożliwić realizować. Problem, jaki niewątpliwie rysuje się w tym miejscu, sprowadza się zasadniczo do określenia właściwej roli lekarza, który nie dostrzegając medycznych wskazań do przeprowadzenia określonego typu zabiegu, stoi przed koniecznością jego wykonania w myśl poszanowania autonomii pacjenta – klienta danej usługi biomedycznej oraz wskazania, jaki powinien być dopuszczalny zakres autonomii pacjenta. Wpływ na zarysowaną powyżej sytuację miało tym samym stopniowe odejście od klasycznej, tj. paternalistycznej relacji lekarza z pacjentem, wspartej w sposób bezsprzeczny autorytetem tego pierwszego i wdrożenie modelu gospodarczo-ekonomicznego, opartego na „biohandlowej” relacji łączącej sprzedawcę-producenta danej „biousługi” (wzmocnieniowej) z jej nabywcą-konsumentem, przyjmując jednocześnie za bezsprzeczny punkt wyjścia oczekiwanie tego drugiego, tj. niegdyśszego pacjenta. Przykładowo Giddens zauważa, że współcześnie konsument bezwarunkowo decyduje, o takich kwestiach jak uroda, sprawność fizyczna, czy zdrowie. Ludzie stają się wobec powyższego „konsumentami zdrowia i życia”, oczekując coraz to nowszych, szybszych i skuteczniejszych technologii biomedycznych, które zapewnią im poprawę zdrowia i życia, i naocznie wpłyną na, m. in. podniesienie poczucia zaginionego sensu i wartości ich życia. I tak przykładowo, kreowany często w mass-mediach ideał piękna pomimo jawnej iluzoryczności, wspiera się na każdym kroku wskazując coraz to bogatszy wachlarz dostępnych towarów i usług, które „służą do pielęgnacji, konserwacji i renowacji naszych organizmów”<sup>38</sup>. Dochodzimy tym samym, do kolejnego ważkiego problemu, jaki dyskutuje się przy okazji namysłu nad *human enhancement*, czyli do kwestii komercjalizacji ciała, będącej szczególną formą komercjalizacji życia i zdrowia. Jak zauważa, m. in. przywołana w poniższym tekście Ostrowska, zdrowie stało się konstruktem rynkowym, towarem dostępnym przez nabywanie określonych produktów i korzystanie z określonych usług<sup>39</sup>. Poprzez różnego rodzaju stosowane techniki biomedyczne i kosmetyczne staramy się przekształcać nasze ciało, tak by odpowiadało ono ogólnie przyjętym normom, bądź też by zmanifestować za jego

38 H. Jakubowska, *Socjologia ciała*, dz. cyt. s. 33.

39 A. Ostrowska, *Styl życia a zdrowie*, Warszawa, IFiP PAN 1999, s. 194–195.

pomocą określony system wartości, przekonań a także odczuć. W ten z kolei sposób kreujemy tożsamość w ponowoczesnym świecie, która jak zauważa w licznych rozprawach Bauman stała się płynna, z racji zaś daleko posuniętej homogenizacji jest ona bez wyrazu, czy pożądanej postaci. Jakubowska zauważa ponadto, że „poprzez przekazy medialne i niezwykle bogatą ofertę rynkową jednostka jest kuszona hasłami »bądź jaki chcesz«, »bądź inny«, »możesz się nieustannie zmieniać«, a zarazem proponowane są liczne produkty, które mają być pomocne w realizacji tych przeobrażeń. W konsekwencji konsumenci »próbują« różnych tożsamości, przybierają je »na chwilę« i nadają im powierzchowny, »wizualny« charakter”<sup>40</sup>.

Ryzyko zagubienia własnej tożsamości w gąszczu możliwości, jakie dostarcza nam postęp biotechnologiczny jest znaczne, by nie powiedzieć, że jest ono nieubłagane. Zarysowana otwartość na przeobrażania ciała może bowiem relatywnie doprowadzić do spadku znaczenia ciała jako takiego i w konsekwencji otworzyć rynek na wykorzystywanie fragmentów ciała w rynkowych celach transplantacyjnych. Co prawda istnieją zapisy prawne określające, że ciało ludzkie i jego części nie mogą stanowić same w sobie źródła zysku finansowego<sup>41</sup>, lecz dyktat ów może ulec z czasem pogłębiającemu się złagodzeniu.

Warto również dodać, że wątpliwości związane z rozwojem technologii wzmocnieniowych może jednocześnie wzbudzić nieuregulowany dostęp do technologii wzmocnień ludzkich, w tym dostęp do usług biomedycznych, co z kolei może doprowadzić do i tak pogłębiającego się rozwarstwienia społecznego i innych problemów społecznych. I tak m. in. Jakubowska pisze, że w chwili kiedy coraz większego znaczenia nabiera „*nie to jak się wygląda i jakim się jest »naturalnie«, ale to jakie ma się szanse na kreowanie swojej ulepszonej (»nadbudowanej«) cielesności [pojawia się] nowa płaszczyzna rywalizacji między ludźmi, rywalizacja ta zaś grozi zwiększaniem przepaści między szczytem a dnem hierarchii społecznej*”<sup>42</sup>. Możliwości prawno-ekonomiczne, o których nadmienia Jakubowska stają się bowiem jednym z głównych czynników decydujących o ewentualnej możliwości dokonania modyfikacji w naszym ciele, co z kolei potęgować może wzrost przekonania o autonomicznej możliwości kreowania siebie i cielesnym samostanowieniu wybranych jednostek, potencjalnie lepszych od tych wszystkich – pozostałych, zrazu gorszych, którym warunki finansowe nie dają szansy na przeprowadzenie zabiegu wzmocnieniowego. Można wobec powyższego suponować, że sama świadomość możliwości dokonywania przekształceń w obrębie

40 H. Jakubowska, *Socjologia ciała*, dz. cyt., s. 35.

41 B. Dąbrowska, *Próby komercjalizacji idei transplantacyjnej w świetle rozstrzygnięć w prawie międzynarodowym*, „Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu” 2011, tom 17, nr 2, s. 102.

42 H. Jakubowska, *Socjologia ciała*, dz. cyt., s.199.



określonych cech fizycznych, jak również służących polepszaniu stanu zdrowia różnicuje określone grupy społeczne<sup>43</sup>. Z jednej strony zatem szeroki wybór produktów i usług medycyny estetycznej zapewnia teoretyczną równość, z drugiej zaś, tj. w praktyce, to ostatecznie zasobność środków finansowych zapewnia dostęp do dyskusowanych technik i technologii biomedycznych.

Kolejny dylemat etyczny, jaki bezpośrednio wynika z rozwoju nauk biomedycznych, w tym także chirurgii plastycznej to pojawienie się reklamy biomedycznej (farmaceutycznej)<sup>44</sup>, w tym społecznej oraz konsumenckiej bioreklamy. O ile nawet lekarze nie stosują zazwyczaj reklamy w swojej pracy, o tyle firmy biomedyczne twierdzą, że społeczeństwo ma prawo do stosownie przedstawionej informacji na temat produktów i usług biomedycznych. Informacja ta jednak najczęściej ogniskuje się wokół wyliczania korzyści wynikających ze stosowania danego preparatu, czy usługi biomedycznej dla klienta, w tym wyboru danej kliniki, nie zaś na rzetelnym informowaniu o ryzyku, jakie związane jest, czy to ze stosowaniem preparatów biomedycznych, czy też przeprowadzaniem zabiegów chirurgicznych, bądź kosmetycznym<sup>45</sup>.

Inną budzącą niepokój kwestią jest wiek klientów klinik chirurgii plastycznej. Coraz powszechniejsze staje się bowiem, że już dzieci za namową i zgodą rodziców poddawane są wszelakiego typu zabiegom korygującym ich wygląd. Kwestia autonomii pacjenta jest często dyskutowana podczas rozważań etycznych aspektów chirurgii plastycznej, niemniej jednak porusza się ją wyłącznie w odniesieniu do zabiegów biomedycznych przeprowadzanych na osobach dorosłych<sup>46</sup>. Decyzyjność rodziców, kierujących swoje dzieci na zabiegi z zakresu medycyny estetycznej budzić powinna jednak dodatkowe wątpliwości. Oczywiście, tak jak w każdym innym, przywołanym powyżej przypadku kluczową kwestią wydaje się być intencja z jaką przeprowadza się dany zabieg medyczny. Niekiedy korekcja np. nosa czy uszu u dziecka może przyczynić się do zyskania przez nie większej pewności siebie, czy też do polepszenia relacji z grupą rówieśniczą. Jednakże coraz częściej mówi się, m. in. o całościowej korekcji wyglądu dzieci, które te nie wymagają, zaś zabiegi kosmetyczne stanowią wyłącznie wyraz fanaberii rodziców. By zapobiec nieuzasadnionym zakusom ze strony prawnych opiekunów dziecka, jak podkreśla Mousavi konieczne staje się poddawanie młodych pacjentów dokładnej ocenie przedoperacyjnej, wzbogaconej o dodatkową ekspertyzę psychologiczną<sup>47</sup>.

43 Tamże, s. 200.

44 Szerzej zaś można mówić o reklamie biomedycznej, S. R. Mousavi, *The Ethics of Aesthetic Surgery*, dz. cyt., s. 38.

45 K. C. Chung, A. G. Pushman, J. T. Bellfi, *A Systematic Review...*, dz. cyt., s.1714.

46 A. Sterodimas, H. N. Radwanski, I. Pitanguy, *Ethical Issues in Plastic and Reconstructive Surgery*, „Aesthetic Plastic Surgery” 2011, vol. 35, nr 2, s.263; S. R. Mousavi, *The Ethics of Aesthetic Surgery*, dz. cyt., s. 39.

47 S. R. Mousavi, *The Ethics of Aesthetic Surgery*, dz. cyt., s. 38–40.

Badacze zainteresowani problematyką biomedycznych terapii wzmocnieniowych, w tym wzmocnień przeprowadzanych na ludzkim ciele dodają do powyższego zgodnie, że w bliskiej przyszłości, jako kontynuacja wzmocnień ludzkiego ciała z użyciem chirurgii plastycznej i kosmetycznej pojawią się działania z zakresu budzącej rozliczne wątpliwości, m. in. etyczne<sup>48</sup> „genetyki kosmetycznej”<sup>49</sup>. W genetyce kosmetycznej organizm sam miałby produkować pożądane cechy, jak m. in. niebieskie oczy, utrzymanie niskiego poziomu tkanki tłuszczowej, etniczne rysy kształtów twarzy (w tym kolor skóry, struktura włosów, kształt nosa i powiek) dzięki terapiom genetycznym prowadzonym w warunkach *in vitro* bądź też w okresie ciąży<sup>50</sup>.

## Zakończenie

Biorąc pod uwagę powyższe, zasadna staje się konstatacja, że wzmocnienia ludzkiego ciała w oparciu o liczne techniki biomedyczne, tak inwazyjne, jak i nieinwazyjne, z jednej strony mogą wzmocnić jednostkę ludzką, z drugiej zaś mogą skutecznie narużyć psycho-fizyczną konstytucję człowieka.

Poruszone w niniejszym artykule pytania stanowią jedynie drobny przyczynek do dalszej, pogłębionej dyskusji poświęconej zagadnieniu *body enhancement*, w tym omówieniu kwestii nie poruszonych, tudzież nie wyeksponowanych dostatecznie w tekście, jak wątpliwości związanych ze zdrowotnymi konsekwencjami stosowania rzeczonych wzmocnień, możliwego naruszenia tożsamości cielesnej istoty ludzkiej i aktualnie dyskutowanego problemu cielesnej unifikacji człowieka w oparciu o wyznaczniki kulturowe, normalizacji i cielesnej standaryzacji, pytania o ciało w kontekście rozwoju transhumanizmu, jak też poshumanizmu, kierunków rozwoju medycyny estetycznej, dla której ciało stanowi pożywkę, czy wreszcie fundamentalnego pytania, o granice i zakres wzmocnień cielesnych.

## Abstract

### Enhancing the Human Body with Plastic Surgery: Social and Ethical Contexts

The article aims at a closer explication of social, cultural, and ethical problems of human body enhancement with plastic surgery. Beyond the reasoning in favor of the implementation of these reinforcements, the text discusses the key arguments invoked against the use of reinforcement of the human body, as well as studies, to show what types of treatment in the field of body enhancement are actually implemented, the extent to which they are carried out, or finally, who is their intended addressee.

48 M. Leżnicki., A. Lewandowska, *Biomedycyzacja a genetyczne...*, dz. cyt., s. 121–126.

49 S. Goering, *The Ethics of Making the Body Beautiful...*, dz. cyt., s. 2.

50 Tamże.