Adam Buczkowski

Płeć kulturowa jako kategoria historyczna. Relacje między medyczną koncepcją ciała a pojęciem płci kulturowej

Współczesne rozumienie pojęcia płci kulturowej dotyczy „ukształtowanego przez kulturę zespołu atrybutów i zachowań przydanych kobiecie lub mężczyźnie” (Humm, 1993, s. 164), z podkreśleniem, że kultura jest tu rozumiana w szeroki sposób i obejmuje również instytucje polityczne i normy prawne społeczeństw. Jednocześnie w dyskursie naukowym niewiele jest opracowań dotyczących spojrzenia na pojęcie płci kulturowej z perspektywy socjologii wiedzy. W niniejszym szkicu chciałbym zwrócić uwagę na dynamikę zmian postrzegania i definiowania kategorii płci kulturowej, w powiązaniu z przekształceniami innych obszarów życia społecznego. Pojęcie płci kulturowej będę chciał zestawić z dominującymi w danym czasie historycznym medycznymi koncepcjami ciała (medyczny dyskurs ciała) oraz ze zmianami definiowania seksualności (kulturowy dyskurs seksualności).

W niniejszym opracowaniu chciałbym przyjąć założenie o nieodłączności relacji pomiędzy płcią kulturową, ciałem i seksualnością. Wydaje się, że w większości kultur pojęcia te są ze sobą ściśle powiązane i – w ramach układów wiedzy, ale także pochodnych wobec nich systemów znaczeń etycznych oraz instytucjonalizacji zachowań – nierozdzielne, jeśli nie w sposób jawny, to w wymiarze relacji utajonych, niedostępnych w bezpośrednim doświadczeniu dla jednostki żyjącej w danym czasie kulturowo-historycznym. Historyzm kategorii gender będę zatem rozumiał jako podleganie procesom zmiany rozumienia i doświadczania tego pojęcia. Przyjmę także założenie o dyskursywnym charakterze doświadczania ciała

i seksualności przez jednostkę. Ciało i seksualność, oraz płynące z nich bodźce, wymagają za każdym razem interpretacji w celu wskazania społecznej/ biologicznej/ kulturowej normy lub jej braku.

Współczesna konceptualizacja pojęcia płci kulturowej, w perspektywie powyżej przyjętych założeń, zasadza się na przynajmniej trzech dyskursach, które za chwilę przedstawię. Warto jednak podkreślić funkcję dyskursu, jego istnienie oczywiście nie musi przekładać się na bezpośrednie zachowania jednostek. Dyskurs pełni tu szereg ról, przede wszystkim jest kategorią socjalizującą do zastanego świata, szczególnie w procesie socjalizacji i akulturacji nowych pokoleń. Dyskurs pełni także rolę kontrolną, wskazuje na normę i jej przekroczenie, co niekiedy postrzegane jest jako złamanie kulturowego tabu. Ponadto dyskurs dostarcza argumentów uzasadniających porządek społecznego świata oraz pełni rolę przywracającą ład w sytuacjach granicznych, czasowego załamania porządku kulturowego, szczególnie w kontekście zachowań z innych porządków symbolicznych (z innych dyskursów). Konieczne jest również zaznaczenie, że dyskursy płci kulturowej, ciała i seksualności są podtrzymywane przez systemy względnie spójnej wiedzy filozoficznej i medycznej, a ciało – jak to również zauważa Bourdieu w „Męskiej dominacji” – pełni w nich pierwotną rolę porządkującą społeczny świat (Bourdieu, 2004).

Wszystkie dyskursy, o których za chwilę wspomnę, funkcjonują współcześnie w przestrzeni społecznej i kulturowej. Są również podtrzymywane przez różnego typu instytucje społeczne. Można nawet powiedzieć, że rywalizują one o miano określania „prawdy” na temat płci kulturowej, która w każdym z nich niesie odmienny schemat dyskursywny dla jednostki, pozwalając jej na zrozumienie własnego ciała, płci i seksualności.

Płeć kulturowa jako nierówność

W kulturze Zachodu najstarszym dyskursem definiującym płeć kulturową jest dyskurs współtworzony przez tradycję antyczną i chrześcijańską. Współcześnie przyjmuje on oczywiście postać poglądów konserwatywnych o różnym stopniu natężenia. Założenia tego dyskursu były (i wciąż są) wspierane przez argumenty religijne, filozoficzne i medyczne.

Dyskusja na temat religijnego uzasadnienia pozycji kobiety w teologii i Kościele katolickim była już prowadzona, analizy argumentów uzasadniających niższą pozycję kobiety dostarcza m.in. Ranke-Heinemann (1995). W poniższym opracowaniu chciałbym się skupić na argumentach natury medycznej, dotyczących zarówno różnic na poziomie ciała, jak

i seksualności, które uzasadniają podrzędną pozycję kobiety oraz stanowią „naukowy”, a zatem względnie niezależny od wartości system interpretacyjny.

Podstawą systemu interpretacyjnego świata, w którym kobieca płeć kulturowa była definiowana jako gorsza, to znaczy jako byt o niższym szczeblu doskonałości i bliskości Boga, było definiowanie ciała człowieka jako części kulturowego kosmosu. Antyczne oraz średniowieczne definiowanie płci kulturowej powiązane było z dominującą ówczesnie koncepcją ciała oraz seksualności. Za podbudową filozoficzną płynącą z poglądów Arystotelesa, rozwijanych w medycynie przez Hipokratesa (ok. 460–375 p.n.e.) oraz Galena (130–200 n.e.), przyjęto, że ciała kobiety i mężczyzny nie były substancjalnie odmienne. Różnica pomiędzy nimi dotyczyła przede wszystkim nie różnic anatomicznych, co jest nasuwającą się interpretacją z dzisiejszego punktu widzenia, ale natężenia występowania substancji pierwotnych nazywanych humorami, wpływających na kształtowanie się charakterystyk anatomicznych płci biologicznej. Zatem, niezależnie od płci biologicznej, ciało człowieka składało się z czterech substancji: ciepłej i wilgotnej krwi, powiązanej z żywiołem powietrza, zimnej i wilgotnej flegmy, powiązanej z wodą, ciepłej i suchej żółtej żółci, której odpowiednikiem był ogień, oraz zimnej i suchej czarnej żółci, powiązanej z ziemią. Relacje pomiędzy tymi substancjami były określone hierarchicznie, ciepło i suchość posiadały najwyższą rangę, niższą wartość przypisywano z kolei kategorii wilgoci i zimna. Jak wskazuje Bourdieu, taki podział rzeczywistości, wsparty obserwacjami empirycznymi, był schedą po wcześniejszych fazach interpretacji świata i prawdopodobnie jedną z najstarszych prób konceptualizowania świata przyrodniczego otaczającego człowieka (Bourdieu, 2004). Przedmioty ciepłe i suche, takie jak na przykład słońce, były utożsamiane z męskością, przedmioty wilgotne i zimne natomiast były wiązane z kobiecością. Zatem płeć biologiczna w ówczesnym dyskursie medycznym nie była definiowana jako różnica w budowie ciała, ale jako efekt odmiennej konstelacji wrodzonej ilości substancji pierwotnych – humorów – w ciele takiego samego człowieka (Laqueur, 1990).

W kontekście potocznych obserwacji różnice pomiędzy ciałami kobiety i mężczyzny były łatwo dostrzegalne, szczególnie w kontekście kobiecych piersi i pochwy oraz męskiego penisa. Według ówczesnej medycyny piersi były elementem zbierającym i kumulującym ciepło w ciele kobiety, której konstelacja humorów w ciele nie dawała wystarczającej ilości ciepła. Ponadto różnica pomiędzy penisem i macicą była definiowana jako odmienność umiejscowienia tego samego organu, u mężczyzny był on usytuowany na zewnątrz ciała, u kobiety natomiast wewnątrz ciała. Ciepło, które było odpowiedzialne za podejmowane

role seksualne człowieka, kształtowało męskie i kobiece genitalia w ich odmienne formy. W tekstach medycznych nie było odmiennych określeń dla kobiecych organów reprodukcyjnych i płciowych. Jajniki nie były określane oddzielnym słowem, a były nazywane kobiecymi jądrami. Słowa takie jak łechtaczka czy wargi płciowe po prostu nie istniały. Ciało kobiety było wersją ciała mężczyzny (Laqueur, 1990).

W krwi, nasieniu, mleku i innych płynach wytwarzanych przez ciało nie dostrzegano różnic pomiędzy kobietą i mężczyzną. Ciało mężczyzny było cieplejsze, ponieważ upływało z niego mniej krwi, ale z tego też powodu męskie ciało nie mogło produkować mleka. Kobiece ciało było chłodniejsze z powodu regularnego upływu krwi (menstruacja). Mniejsza doskonałość ontyczna kobiety była uzależniona od mniejszej ilości ciepła, którym dysponowało jej ciało.

Arystoteles różnicę biologiczną płci w odniesieniu do zwierząt definiował następująco:

Nie jaki bądź organ ani jakakolwiek władza decyduje o tym, czy zwierzę jest samicą czy samcem. Decydującymi czynnikami rodzenia, jak jasno stąd wynika, są z całą oczywistością płeć „męska” i płeć „żeńska”. Toteż z chwilą, gdy zwierzęta zmieniają się w tym, co stanowi o ich charakterze „samicy” lub „samca” wiele innych cech ulega równocześnie zmianie, bo nie ma już w nich tej samej zasady (Arystoteles, 1993, s. 102).

Taka wizja ciała, w świecie medycyny, w którym zabronione było badanie ciała i jego organów wewnętrznych, przetrwała praktycznie bez zmian przez całe stulecia. Ciało kobiety i mężczyzny było opisywane jako wzajemnie do siebie podobne aż do połowy osiemnastego wieku.

W tym kontekście różnicy cielesnej, pytanie o „prawdziwą” płeć biologiczną nie miało większego znaczenia. Powszechnie dzielone było przekonanie, że istnieje tylko jeden model ciała, którego doskonałym ucieleśnieniem był mężczyzna, natomiast mniej rozwiniętą wersją była kobieta. Przyznawano, że w świecie może istnieć wiele płci kulturowych, definiowanych poprzez natężenie humorów, ale tylko jedna płeć biologiczna, jedno ciało różniące się w zależności od temperamentu humoralnego. Człowiek rodził się z określonym natężeniem czterech podstawowych substancji, a jego anatomia była wobec tego wtórna.

Biologiczne różnice pomiędzy ciałami były jednak odbiciem wyższej prawdy – Boga – który przeznaczył inne zadania dla każdej z płci. Płeć kulturowa nie była także efektem różnic płynących ze znaczenia płci biologicznej, ponieważ niewolnicy, pozbawieni praw społecznych, zgodnie z ówczesnymi teoriami, nie posiadali także swej płci biologicznej (Laqueur, 1990). Również w przypadku osoby o niejasnej płci biologicznej – hermafrodyty – problemem nie

było określenie, jaka jest jej "prawdziwa" płeć, ale jakie funkcje będzie podejmowało jego/jej ciało. Po uzyskaniu dorosłości przez hermafrodytę obserwowano, jakie role podejmuje jego/jej ciało, i wtedy przypisywano mu/jej określoną płeć (Foucault, 1999).

Przyjmowano, że teoretycznie możliwa jest zmiana płci u osób dorosłych. Medycy w swych opracowaniach potwierdzali niekiedy rzadkie przypadki cudownej metamorfozy. Możliwa była jedynie zmiana płci z kobiecej na męską. Argumentowano, że natura stworzona przez Boga zawsze dąży do doskonałości i nie może się degradować, "czynić niedoskonałym to, co doskonałe". Przejście z jednej płci do drugiej składało się z dwóch obrządków: nadania męskiego imienia oraz wręczenia męskiego ubrania (Jo-Bonnet, 1997).

Istnienie jednego ciała dawało wyraz przekonaniu, że człowiek – rozumiany jako mężczyzna – jest miarą bytu, ponieważ został stworzony na obraz i podobieństwo Boga. Kobieta, w dzisiejszym rozumieniu płci kulturowej, nie istniała zaś jako odmienna ontycznie kategoria bytu. Różnice pomiędzy kobietą i mężczyzną polegały na różnicach w stopniu odmienności, a nie w rodzaju odmienności.

Seksualność, a raczej podejmowane zachowania seksualne, były rozumiane w odniesieniu do koncepcji ciała i jego ważności. U podstaw definiowania seksualności leżą dwie tradycje intelektualne. Pierwszą z nich było antyczne rozumienie seksualności jako obszaru samokontroli cielesnej sfery seksualnej oraz suwerenności względem wewnętrznych popędów (Foucault, 1995). Na podstawy drugiej tradycji, będącej efektem oddziaływań chrześcijańskiej wizji świata, zdaniem Browna (2006), złożył się I list św. Pawła do Koryntian, w którym zawarte są dwa sposoby odnoszenia się do seksualności. „Otóż dobrze jest dla mężczyzny, jeśli nie żyje z kobietą. Ze względu jednak na niebezpieczeństwo rozpusty niech każdy ma swoją żonę, a każda kobieta swojego męża” (św. Paweł, I list do Koryntian 7,2).

Dychotomia wskazana przez św. Pawła doprowadziła do powstania w teologii napięcia pomiędzy dwoma wymiarami seksualności – uczuciami homospołecznymi, które były formą opanowania i wypierania seksualności w ramach miłości skierowanej ku Bogu. To uczucie było realizowane przede wszystkim w świecie konsekrowanym, w zgromadzeniach zakonnych męskich i żeńskich oraz w świecie świeckim, pomiędzy mężczyznami w ramach popularnych wówczas więzi rycerskich. Drugi wymiar realizowanej seksualności miał miejsce w ramach miłości małżeńskiej (Tin, 2013).

Podstawowe różnice pomiędzy średniowieczną i współczesną seksualnością wynikały z odmiennych ról przypisanych każdej z płci oraz odmienności cielesnej. Karras (2012) podkreśla, że grzeszne były wszystkie zachowania seksualne podejmowane poza małżeństwem,

a szczególnie godne potępienia były takie zachowania podejmowane przez kobietę, gdyż przeczyły jej pasywnej naturze. Aktywność seksualna w małżeństwie nie była prywatną decyzją kobiety i mężczyzny, ale koniecznością wynikającą z instytucji małżeństwa, a przez to działaniem wpływającym na utrzymywanie lub podważanie ładu społecznego oraz reprodukcji społecznej. Obowiązkiem kobiety i mężczyzny w małżeństwie była aktywność prokreacyjna.

Przyjęto za punkt wyjścia odmienne wartościowanie ról podejmowanych podczas aktu seksualnego. „W średniowieczu akt seksualny opisywano czasownikami przechodnimi, pojmując go jako czynność jednostronną, jako coś, co jedna osoba czyni drugiej” (Karras, 2012, s. 41). O roli mężczyzny podczas aktu seksualnego decydowała przede wszystkim jego aktywność, będąca oczywiście pochodną temperamentu humoralnego, rola pasywna była przeznaczona dla kobiety, gdyż wynikała z konstelacji humorów w jej ciele. Zachowania seksualne nie odbijały tożsamości seksualnej, były realizowaniem wyznaczonej przez naturę i Boga roli mężczyzny i kobiety. Nienormatywne zachowania seksualne były potępiane i uznawane za nienaturalne.

Zatem płeć kulturowa w dyskursie nierówności definiowana była jako funkcja podejmowanych ról społecznych, których treść wyznaczona została przez porządek boski/kosmologiczny. Ciało i podejmowane zachowania seksualne kobiety i mężczyzny odbijały istniejący porządek ontyczny. Medycyna i filozofia dostarczały uzasadnienia naukowego dla tego typu wiedzy.

Płeć kulturowa jako inność

Zmiana w postrzeganiu i definiowaniu płci kulturowej była efektem wielu czynników. Jednym z istotniejszych wydaje się zmiana, która zaszła w medycznym poznaniu kobiecego ciała, co było efektem przełamania kulturowego i religijnego tabu, jakim było przeprowadzanie badań autopsyjnych na ciele człowieka. W konsekwencji między innymi tych badań, od połowy siedemnastego wieku w medycynie zaczął dokonywać się przełom. Zaczęła ona przechodzić od nauki spekulatywnej do nauki empirycznej. Ugruntowana ponadtysiącletnią tradycją niższa pozycja społeczna kobiety była podtrzymywana, uzyskała jednak inne uzasadnienie, a w konsekwencji zmieniła się także naukowa podbudowa nierówności, która doprowadziła do pojmowania kobiecej płci kulturowej w kategoriach już nie nierówności, ale odmienności.

Odkrycie ciała dwupłciowego, w którym to kobiece ciało było esencjalnie różne od ciała męskiego, stanowiło jedno z głównych osiągnięć „nowej medycyny”. Po poznaniu funkcji reprodukcyjnych człowieka, medycy starali się uzasadnić istnienie biologicznego organu – macicy – społeczną rolą kobiety – macierzyństwem. Takie pojmowanie funkcji fizjologicznych kobiecego ciała doprowadziło do utożsamienia społecznych ról kobiety z odmiennością anatomiczną ciała.

Anatomowie zaczęli skupiać się na wytworzeniu modelu anatomicznego idealnego mężczyzny i idealnej kobiety. Ilustracje anatomiczne w ówczesnych opracowaniach nie tylko prezentowały różnice w budowie ciała kobiety i mężczyzny, ale też odbijały idee promowanej wizji płci kulturowej. Przy wyborze modelu kobiety anatomowie często zwracali się zatem ku kobietom matkom, wierząc, że reprezentują one idealny typ kobiety. W konsekwencji na ówczesnych ilustracjach anatomicznych kościel kobiety był przedstawiany z przesadnie szeroką miednicą (Laqueur, 1990).

W dalszym rozwoju medycyny przyjęto założenie, że różnice pomiędzy ciałem kobiety, kobietą i mężczyzną nie są ograniczone jedynie do narządów rodnych, ale dotyczą całego ciała. Rozumowanie takie rozpoczęło się od przypisania różnic płciowych do kośćca. Część medyków zaczęła zatem uzasadniać tezę, że kobieta ma słabszy układ kostny, węższe ramiona, a szeroka miednica ułatwia jej noszenie płodu.

Pierwsza część ciała, która została seksualizowana to szkielet. Jeśli różnice płciowe można było znaleźć w „najtwardszej części ciała” to było prawdopodobne, że różnica płciowa przenika „każdy mięsień, żyłę i organ przyłączony i ukształtowany przez szkielet” (Schiebinger, 1989, s. 191).

Dotychczasowa koncepcja wskazująca na różnicę w ilości ciepła w ciele okazała się zupełnie niewystarczająca. Pod koniec osiemnastego wieku medycy prezentowali już ilustracje wskazujące, że różnice pomiędzy kobietą i mężczyzną sięgają o wiele głębiej niż powierzchni ciała i szkieletu. Ilustracje były odbiciem dominującej wizji płci kulturowej, w ramach której zwracało się szczególną uwagę na wybrane, kulturowo znaczące fragmenty ciała.

Pod koniec dziewiętnastego wieku różnice pomiędzy kobietą i mężczyzną odkrywano, badając już nie tylko kości, ale doszukując się ich na poziomie komórek, składników krwi, włosów, mózgu (Oudshoorn, 1996). Nowo odkryta biologiczna różnica płciowa pomiędzy kobietą i mężczyzną zaczęła być przenoszona na inne dziedziny, na przykład na teren

botaniki, w której przyjęto tezę o kwiatostanach męskich i żeńskich, posługując się analogią płynącą z ciała człowieka.

Pierwotnie zainteresowanie macicą jako podstawowym organem różnicującym ciało kobiety i mężczyzny doprowadziło do ulokowania w niej esencji kobiecości. W połowie dziewiętnastego wieku, po serii dalszych badań i odkryć, medycyna przesunęła źródło kobiecej odmienności z macicy na jajniki. Stały się one autonomicznymi centrami reprodukcji, którym kobieta „używała” tylko swego ciała. To przeniesienie idei kobiecości z roli społecznej na organ anatomiczny stało się podstawą do definiowania różnicy płciowej.

Odkrycie ważności jajników wywołało efekt w postaci zwiększenia się popularności zabiegu ich usunięcia jako zabiegu leczniczego, w przypadku zaburzeń związanych ze społeczną rolą kobiety. Usunięcie jajników wiązało się z założeniem, że część chorób kobiecych, takich jak histeria, nadmierny popęd płciowy czy bóle menstruacyjne, było efektem nieprawidłowego funkcjonowania jajników. Liczba zabiegów usunięcia jajników wzrosła szczególnie po odkryciu zasad aseptyki:

Usuwanie zdrowych jajników w nadziei leczenia tak zwanych defektów kobiecości doprowadziło do wyprodukowania danych, z których można było zrozumieć funkcjonowanie tego organu (Laqueur, 1990, s. 176).

„Kobieca kastracja”, jak nazywano usunięcie jajników, prowadziła do ustania miesiączkowania, a drugorzędowe cechy płciowe (głos, owłosienie) ulegały zmianie. Zabieg ten sprawiał, że kobieta stawała się bardziej „męska”, tak jak wykastrowani mężczyźni stawali się bardziej „kobiecy” w zachowaniu, co wtórnie potwierdzało powiązanie jajników z istotą kobiecości.

Medyczne odkrycie kobiecej odmienności biologicznej, przede wszystkim w kontekście układu rozrodczego kobiety, doprowadziło do postrzegania jej jako „innej” od ciała mężczyzny, które było wciąż postrzegane jako norma i punkt odniesienia. Skoncentrowanie na układzie rozrodczym jako podstawie „inności” kobiety naturalizowało miejsce kobiety w społeczeństwie. Kobiety przestały być definiowane jako podporządkowane mężczyźnie z powodu odgrywanych ról społecznych, a stały się fundamentalnie odmienne biologicznie i dlatego nieporównywalne do mężczyzny, a przez to podejmowały określone role społeczne. Skoncentrowana na życiu prywatnym kobieta, pełniąca rolę matki i karmicielki rodziny, oraz mężczyzna realizujący się w sferze publicznej, to „naturalne” miejsca funkcjonowania płci.

W sferze seksualności, w kontekście „wytworzenia inności” kobiety, pojawił się nowy dyskurs – dyskurs psychiatryczny, który później przeobraził się z dyskurs seksuologiczny. Psychiatria i seksuologia szczególnym zainteresowaniem objęły zachowania, które powodowały społeczny niepokój, takie jak masturbacja oraz sodomia, zdefiniowana jako „homoseksualizm”. W ramach racjonalizowania seksualności dostrzeżono także inne formy perwersyjne, takie jak kobieta poddająca się hysterii seksualnej oraz nieumiarkowane zachowania seksualne w ramach pary małżeńskiej (Foucault, 1995). Od drugiej połowy dziewiętnastego wieku seksualność zaczęła być uważana za przestrzeń życia psychicznego człowieka, co doprowadziło do autonomizacji seksualności wobec ciała. Wszystkie zachowania, wyobrażenia, skojarzenia, sny, myśli dotychczas istniejące poza dyskursem seksualnym, nabrały od tego momentu seksualnego znaczenia. Efektem tak definiowanej seksualności było „wynalezienie” orientacji seksualnej człowieka, mającej wyrażać indywidualną „naturę” seksualną człowieka. Kobięca natura seksualna była wyznaczana przez role społeczne, a te były odbiciem predyspozycji jej ciała, macicy i jajników stanowiących autonomiczne centra kobiecości. Kobieta wciąż była definiowana, szczególnie w ramach nowo powstałej psychoanalizy, jako seksualnie bierna i masochistyczna.

Do najważniejszych społecznych konsekwencji postrzegania kobiecej inności należało „wytworzenie” grupowej tożsamości kobiecej. Rozwój ruchu feministycznego jest dobrą egzemplifikacją zachodzących zmian medycznych w definiowaniu ciała i seksualności człowieka, a przede wszystkim kobiety, i ich wpływu na zmiany społeczno-kulturowe. W ramach pierwszej fali feminizmu istotnym zadaniem było zdobycie kategorii interpretacyjnych wskazujących na równorzędną pozycję kobiety w społeczeństwie. Poważnym problemem była sama kategoria ról płciowych przypisywanych danej płci. Przez dłuższy czas wskazywano na ich historyczną niezmienność, a dopiero badania Margaret Mead doprowadziły do zauważenia ich kontekstu kulturowego (Mead, 1986).

Druga fala feminizmu, której gwałtowny rozwój został wsparty przemianami kulturowymi lat 70. dwudziestego wieku, a także użyciem kategorii płci kulturowej przez Roberta Stollera (1968), był w naukach społecznych zmianą o charakterze paradygmatycznym. Przede wszystkim posłużenie się współcześnie rozumianą kategorią płci kulturowej wskazywało na kontekst kultury definiującej role i zadania dla każdej płci oraz naturalizujące je w ramach dyskursów funkcjonalnych, a także kontekst socjalizacyjny, w którym wskazywano na społeczne mechanizmy wytwarzania i reprodukcji męskości i kobiecości. Stało się to

podstawą do podejmowania prób badania oraz celowego przemodelowywania treści dyskursu socjalizacyjnego, zarówno w kontekście struktury i relacji rodzinnych (np. Chodorow, 1978), jak i treści przekazu przekazywanego w trakcie oddziaływań edukacyjnych (np. Buczkowski, 1997), w celu uzyskania równej pozycji kobiet i mężczyzn. Sam ruch feministyczny głęboko eksplorował i wspierał rozwój grupowej tożsamości kobiecej, co jest dostrzegalne w wielu nurtach myśli feministycznej (Tong, 2002). Próby badania i wytwarzania grupowej tożsamości płciowej podejmowane były także w odniesieniu do mężczyzn, ale nie spotkało się to z szerszą reakcją społeczną (np. Kimmel, 1996).

Dysponując pojęciem płci kulturowej psychologia, socjologia oraz pozostałe nauki społeczne skupiły się zdecydowanie na badaniu i wskazywaniu odmienności płci, marginalizując podobieństwa pomiędzy płciami oraz różnice występujące w obrębie danej płci, na przykład różnice klasowe, rasowe, etniczne, seksualne itd. Ponadto dostrzeżenie takich zjawisk związanych z płcią kulturową, jak transwestytyzm i transseksualizm (transpłciowość) oraz niechęć części kobiet do utożsamiania się z feministycznymi postulatami, dodatkowo podważyły sens wykazywania grupowej inności kobiet. Na te problemy nałożyły się jeszcze przemiany kulturowe powiązane przede wszystkim z rozwojem kultury indywidualistycznej, również w medycznym wymiarze ciała.

Płeć kulturowa jako wybór i rozproszenie

Współczesna medycyna coraz częściej wskazuje na konieczność traktowania ciała człowieka już nie jak szerszej kategorii wiekowej, płciowej czy etnicznej, ale jako indywidualnego organizmu biologicznego. Przede wszystkim w pracach teoretycznych, ale i coraz częściej w praktyce terapeutycznej, akcentuje się przebieg poszczególnych chorób, indywidualne reakcje na leki i rokowania będące efektem oddziaływań medycznych. Stosowanie grupowych założeń leczniczych, przypisywanych danej kategorii pacjentów, nie daje niekiedy wystarczających efektów leczniczych, a często prowadzi do powikłań, co dotychczas traktowano jako tolerowaną reakcję niepożądaną. Dobranie terapii do zróżnicowania poszczególnych pacjentów staje się celem nowego medycznego definiowania ciała człowieka – medycyny spersonalizowanej (Bodiroga-Vukobrat, Rukavina, Pavelic, & Sander, 2016).

Zasady medycyny spersonalizowanej wykorzystywane są na przykład przy określaniu antybiogramu, w celu określenia skuteczności leczenia antybiotykiem, w leczeniu onko-

logicznym, gdzie rozpoznanie rodzaju mutacji genetycznej w nowotworze pozwala lepiej dobrać leczenie celowane. Indywidualne różnice występują również w metabolizowaniu poszczególnych substancji leczniczych (np. przeciwpłytkowych), a poznanie genetycznej szybkości metabolizmu pozwala na określenie wielkości dawki leku, tak aby nastąpiło jego skuteczne wysycenie.

W praktyce medycznej coraz częściej akcentuje się wymiar społeczny i kulturowy pacjentów. Przykładami tego typu przemian jest zwrócenie uwagi na prawa pacjenta podczas kontaktu z personelem medycznym. Dostrzeżenie wymiaru intymności ciała pacjenta i jego indywidualności oraz nacisk na przekazywanie zrozumiałych informacji jest w wielu krajach, również w Polsce, wpisane do aktów normatywnych prawa.

Zachodząca zmiana medycznej koncepcji ciała współlistnieje ze zmianami społecznymi i kulturowymi. W naukach społecznych od kilkunastu lat zauważa się pojawienie się nowej perspektywy postrzegania i interpretowania świata – indywidualizacji (Bauman, 2012). Perspektywa indywidualistyczna dostrzegalna jest w odniesieniu do ciała, które staje się obszarem osobistej świadomości i wynikającej z tego kontroli. Zapach, wygląd, zachowanie ciała coraz częściej stanowią podstawę do kształtowania tożsamości osobistej człowieka. Dyskursy kosmetyzowania ciała, chirurgii estetycznej, diety, fitness dla kobiet oraz sportu i kulturystyki dla mężczyzn stają się koniecznym punktem wyjścia do budowania indywidualności tożsamości człowieka niezależnie od jego płci, choć warto podkreślić, że dyskursom okołocielesnym wciąż częściej poddawane jest ciało kobiety.

Pojawienie się dyskursu indywidualistycznego było efektem szerokich przemian społecznych i kulturowych. Rozwinięcie się wartości intymności ciała, będącej podstawą kultury indywidualistycznej, było pochodną poprawy warunków higienicznych oraz atomizacji życia społecznego w mieście. W wymiarze cielesnym dało to możliwość innego spojrzenia na ciało, nie tylko w jego indywidualnym oglądzie, ale też w jego dotyku, porównaniu z innymi ciałami i rozpowszechnieniem się praktyk dbania o własne ciało.

Z perspektywy kultury ciało człowieka powoli przestaje być traktowane jako naturalne, ale coraz częściej jako indywidualny projekt, plastyczna substancja poddana kształtowaniu w zależności od woli jednostki lub wręcz aktualnie panującej mody, w którym naturalność ciała jest jedynie symulowana. Zdaniem niektórych autorów (np. Melosik, 1996) ciało stało się podstawą tożsamości współczesnego człowieka.

Wymiar cielesności w budowaniu tożsamości szczególnie widoczny jest w odniesieniu do tożsamości kobiet (Kaschack, 1996; Wolf, 1991). Ponieważ ciało stanowi dla kobiety podsta-

wową kategorię oceny jej społecznego funkcjonowania, co wspierają dyskursy wizualności, szczególnie wykorzystywane w gospodarce rynkowej i konsumpcyjnej, kobieta dla tworzenia i oceny własnej tożsamości przyjmuje punkt widzenia nieokreślonego obserwatora, którym jest patriarchalny kontekst kultury. W konsekwencji – zdaniem Kaschack – ciało kobiety staje się rdzeniem jej tożsamości. Metaforą nabywania i podtrzymywania cielesnej tożsamości kobiety ma być jej codzienne spoglądanie w lustro, obserwowanie i identyfikowanie się z cielesnym odbiciem. Kobieta o nieuporządkowanym wyglądzie, niezgodnym z kulturowym wymogiem, postrzegana jest często jako osoba przeżywająca depresję lub mająca problemy osobiste. Poprzez powiązanie ciała z tożsamością, w kulturze konsumpcyjnej „tworzy się” z kobiet grupę konsumentów najbardziej zainteresowanych produktami dotyczącymi szeroko pojętej pielęgnacji ciała. Używanie kosmetyków poprawia jakość życia kobiety:

Oto kobieta, która nie jest kochana w świecie ludzi, jest rozpieszczana w świecie kremów i zapachów. Kosmetyki są miękkie, wrażliwe, plastyczne, delikatne, a czasem seksy. Potrafią właściwie „zaopiekować się” kobietą i dać jej poczucie komfortu. Magiczna przemiana twarzy przy pomocy makijażu obiecuje podobną przemianę tożsamości i życia (czyż mogę mieć depresję, kiedy jestem taka śliczna?) (Melosik, 1996, s. 116).

Proces indywidualizacji znajduje także swoje odbicie w odniesieniu do seksualności. Niektórzy autorzy oceniając zmiany w doświadczaniu seksualności, mówią o „plastycznej seksualność” (Giddens, 2006) czy wiążącej się z nią „kulturze obnażania” (McNair, 2004). Cechą charakterystyczną spersonalizowanej seksualności jest, odmienne od wcześniejszych sposobów, postrzeganie aktywności seksualnej. Obecnie coraz częściej jest ona zarówno formą zachowania i relacji społecznej, nieobciążonej myśleniem w kategoriach grzechu ani myśleniem w kategoriach dewiacji lub parafilii oraz wiązania z grupową tożsamością seksualną (Buczkowski, 2016).

Do indywidualnego definiowania seksualności przyczyniły się odkrycia nauki, a w szczególności medycyny. Wynalezienia i wprowadzenie na rynek pigułki antykoncepcyjnej w latach 60. dwudziestego wieku, doprowadziło do rozdzielenia nierozłącznego związku seksu i jego efektu w postaci prokreacji. Stopniowe odkrywanie ciała w dyskursie mody w latach 30. i 40. dwudziestego wieku i gwałtowne przemiany obyczajowe lat 60. i 70. skutkowały zerwaniem ciągłości pomiędzy seksualnością i związkiem małżeńskim. Idea „wolnej miłości”, przy ograniczeniu ryzyka niechcianej ciąży, przyniosła efekt w postaci zwiększenia zainteresowania seksualnością w wymiarze indywidualnych przeżyć.

W wymiarze seksuologicznym zainteresowanie sferą seksualną zostało podbudowane wynikami badań prowadzonych w latach 50. i 60. dwudziestego wieku przez takich seksuologów jak Kinsey (Kinsey, Pomeroy, & Martin, 1948; Kinsey, 1965) oraz Masters i Johnson (1975), którzy rozpowszechnili nowe, indywidualistyczne pojęcia, takie jak „orientacja seksualna” człowieka. W wymiarze indywidualnym seksuologia podkreśla coraz częściej zdrowotne aspekty podejmowania zachowań seksualnych oraz ich wpływ na więź emocjonalną z partnerem.

Seksuologia przyczyniła się do postrzegania zachowań seksualnych przez współczesnego człowieka jako indywidualnego projektu zbierania i intensyfikowania doświadczeń cielesnych. Możliwość realizowania pragnień i fantazji seksualnych stała się wartością immanentną oraz kryterium oceny nie tylko młodych, ale i starszych osób. W perspektywie spersonalizowanej niekiedy następuje wręcz radykalne zerwanie z zakresem wiedzy seksuologicznej, na przykład w ocenie takich zjawisk jak BDSM, które oceniane są w seksuologii jako dość ryzykowne i nienormatywne. Poszukiwanie nowych przeżyć seksualnych i ich intensyfikacji znalazło swoje odzwierciedlenie w rozwoju dyskursu pornograficznego. W jego ramach przedstawia się, sugerowaną przez część seksuologów jako zachętę do podejmowania własnych eksperymentów, praktycznie każdą formę zachowań seksualnych, w niezliczonych scenariuszach nasycających fantazje seksualne. Wiedza na temat zachowań seksualnych staje się coraz częściej nie tyle adaptacją wiedzy seksuologicznej o charakterze popularnonaukowym, ile autonomicznym systemem indywidualnej wiedzy niespecjalistycznej, dystrybuowanej poprzez internet. Staje się to, szczególnie dla wielu młodych ludzi rozpoczynających aktywność seksualną, bardziej wiarygodnym źródłem informacji niż dotychczasowe poradniki seksuologiczne.

Sama płeć kulturowa, w kontekście zjawisk takich jak wspomniany już kulturowy transwestytyzm (cross-dressing), transseksualizm czy też nowo powstałe zjawisko asekualności (apłciowości?), wskazuje na osłabienie bezpośredniego związku płci kulturowej z seksualnością. Płeć kulturowa zaczyna się jawić jako forma indywidualnego wyboru, a jej dotychczasowe kulturowe definiowanie staje się ograniczeniem w realizacji autonomii jednostki. Takie rozumienie płci kulturowej jest także wspierane przez niektóre koncepcje teoretyczne, np. performatywną koncepcję płci kulturowej Judith Butler (2008), zgodnie z którą brak jest bezpośredniej relacji pomiędzy płcią biologiczną i płcią kulturową. Ta pierwsza jest efektem codziennych aktów performatywnych potwierdzających istnienie założonej wcześniej kulturowej różnicy (Butler, 2008). Efektem sygnalizowanych wyżej procesów może być stopniowe rozproszenie kategorii płci kulturowej.

* * *

W powyższym opracowaniu chciałem wskazać na ważność dotychczas rzadko podejmowanego tematu współrelacyjności medycznych i naukowych koncepcji ciała i seksualności z dominującym rozumieniem pojęcia płci kulturowej danego czasu historycznego. We współczesnej kulturze dostępne są przynajmniej trzy dyskursy płci kulturowej. Pierwszym z nich jest dyskurs, w którym płeć kulturowa była konceptualizowana w wymiarze różnicy ontycznej. Wsparciem dla tak definiowanej różnicy pomiędzy kobietą i mężczyzną była jednopłciowa koncepcja ciała, w którym ciało męskie miało być bardziej doskonałe od ciała kobiecego. Formy aktywności seksualnej w tym dyskursie również zależały od podejmowanych ról społecznych, a te od „wrodzonej” konstelacji humorów w ciele człowieka. Jest to najstarszy obecnie dostrzegalny dyskurs płci kulturowej.

W drugim dyskursie płeć kulturowa jest rozumiana w kategoriach inności, przy czym, tak jak powyżej, inność jest porównywana z zastanym wzorem, jakim było męskie ciało. Jego istotę wspierała medycyna, która odkrywając odmienną budowę kobiecego ciała, w szczególności w zakresie możliwości reprodukcyjnych, zaczęła rozpowszechniać koncepcję ciała dwupłciowego. W rezultacie ciało kobiece zaczęło być postrzegane w kategoriach „inności” biologicznej. Doprowadziło to do powstania koncepcji płci kulturowej, w której kobiecość w wyraźny sposób była łączona z anatomią, pierwotnie z macicą, później z jajnikami, a jeszcze później, w ramach rozwoju endokrynologii, z odpowiednim poziomem hormonów żeńskich. Podobna odmienność była „wytwarzana” w ramach nauk poświęconych seksualności – psychiatrii (psychoanaliza) oraz seksuologii. W wymiarze społecznym znalazło to swoje odzwierciedlenie w pojawieniu się grupowej tożsamości kobiet. Ruchy feministyczne odwołujące się do grupowych podobieństw pozycji kobiet, w tym rozumieniu, są efektem medycznej koncepcji ciała dwupłciowego. Dyskurs ten współcześnie jest jednym z najsilniej rozpowszechnionych w przekazach naukowych i popularnonaukowych.

Wreszcie najnowszy dyskurs, w którym płeć kulturowa staje się domeną indywidualnego wyboru i transgresji, jest połączony z nową koncepcją medycyny spersonalizowanej, w której to akcentuje się indywidualne właściwości ciała w odniesieniu do podejmowanych praktyk leczniczych. Dyskurs ten jest najsłabiej rozpowszechniony i obecnie obserwujemy dopiero początki jego rozwoju.

Na koniec warto jeszcze wspomnieć, że relacja pomiędzy medyczną koncepcją ciała człowieka a odpowiadającą mu kategorią płci kulturowej nie jest prawdopodobnie rela-

cją bezpośredniego wynikania. Z pewnością jednak medyczne rozumienie ciała stanowi element systemu wiedzy interpretatywnej, służącej do uzasadniania aktualnej w danym czasie historycznym koncepcji płci kulturowej.

Bibliografia

- Arystoteles. (1993). *O rodzeniu się zwierząt*. (P. Siwek, Tłum.). Warszawa: Wydawnictwo PWN.
- Bauman, Z. (2012). *Etyka ponowoczesna*. Warszawa: Wydawnictwo Aletheia.
- Bodiroga-Vukobrat, N., Rukavina, D., Pavelic, K., & Sander, G. (Red). (2016). *Personalised medicine: A new medical and social challenge*. Springer International Publishing.
- Bourdieu, P. (2004). *Męska dominacja*. (L. Kopciwicz, Tłum.). Warszawa: Wydawnictwo Oficyna Naukowa.
- Brown, P. (2006). *Ciało i społeczeństwo: Mężczyźni, kobiety i abstynencja seksualna we wczesnym chrześcijaństwie*. (I. Kania, Tłum.). Kraków: Wydawnictwo Homini.
- Buczkowski, A. (1997). *Dwa różne światy, czyli jak socjalizuje się dziewczynkę i chłopca*. W J. Brach-Czaina (Red.), *Od kobiety do mężczyzny i z powrotem: Rozważania o płci w kulturze*. Białystok: Wydawnictwo TransHumana.
- Buczkowski, A. (2016). *Ciało, seksualność, indywidualizacja*. W D. Majka-Rostek, E. Banaszak, R. Florkowski, & P. Czajkowski (Red.), *Trickster: Społeczno-kulturowe konteksty doświadczania ciała*. Gdańsk: Wydawnictwo Katedra.
- Butler, J. (2008). *Uwikłani w płeć: Feminizm i polityka tożsamości*. (K. Krasuska, Tłum.). Warszawa: Wydawnictwo Krytyki Politycznej.
- Chodorow, N. (1978). *The reproduction of mothering: Psychoanalysis and the sociology of gender*. Berkeley: University of California Press.
- Foucault, M. (1995). *Historia seksualności*. (B. Banasiak, T. Komendant, & K. Matuszewski, Tłum.). Warszawa: Czytelnik.
- Foucault, M. (1999). *Szaleństwo i literatura*. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Giddens, A. (2006). *Przemiany intymności: Seksualność, miłość i erotyzm we współczesnych społeczeństwach*. (A. Szulżycka, Tłum.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Humm, M. (1993). *Słownik teorii feminizmu*. (B. Umińska & J. Mikos, Tłum.). Warszawa: Wydawnictwo Semper.
- Jo-Bonnet, M. (1997). *Związki miłosne między kobietami od XVI do XX wieku*. (B. Szwarzman-Czarnota, Tłum.). Warszawa: Wydawnictwo SIC!
- Karras, R. M. (2012). *Seksualność w średniowiecznej Europie*. (A. Bugaj, Tłum.). Warszawa: PIW.
- Kaschack, E. (1996). *Nowa psychologia kobiety – podejście feministyczne*. (J. Węgrodzka, Tłum.). Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Kimmel, M. (1996). *Manhood in America: A cultural history*. Oxford University Press.

- Kinsey, A. C. (1965). *Sexual behavior in the human female*. New York: Pocket Books.
- Kinsey, A. C., Pomeroy, W. B., & Martin, C. E. (1948). *Sexual behavior in the human male*. Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- Laqueur, T. W. (1990). *Making sex: Body and gender from the Greeks to Freud*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1975). *Współżycie seksualne człowieka*. (R. Klimek, Tłum.). Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- McNair, B. (2004). *Seks, demokratyzacja pożądania i media, czyli kultura obnażania*. (E. Klekot, Tłum.). Warszawa: Muza.
- Mead, M. (1986). *Trzy studia*. (E. Życieńska, Tłum.). Warszawa: PIW.
- Melosik, Z. (1996). *Tożsamość, ciało i władza: Teksty kulturowe jako (kon)teksty pedagogiczne*. Poznań: Wydawnictwo Edytor.
- Oudshoorn, N. (1996). *The decline of the one-size-fits-all paradigm, or, how reproductive scientists try to copy with postmodernity*. W N. Lykke & R. Braidotti (Red.), *Between monsters, goddesses and cyborgs: Feminist confrontations with science, medicine and cyber space*. London: Zed Books.
- Ranke-Heinemann, R. (1995). *Eunuchy do raju: Kościół katolicki a seksualizm*. Gdynia: Wydawnictwo Uraeus.
- Schiebinger, L. (1989). *The mind has no sex: Women in the origins of modern science*. Cambridge: Harvard University Press.
- Stoller, R. (1968). *Sex and gender*. London: Hogarth.
- Tin, L.-G. (2013). *Początki kultury heteroseksualnej w cywilizacji Zachodu*. (O. Hedemann, Tłum.). Kraków: Wydawnictwo Universitas.
- Tong, R. (2002). *Myśl feministyczna: Wprowadzenie*. (J. Mikos & B. Umińska, Tłum.). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Wolf, N. (1991). *The beauty myth: How images of beauty are used against women*. New York: Anchor Books Doubleday.

Gender as the historical category: Relations between the medical conception of the body and the notion of gender

The article touches on the relation between gender and the medical conception of the body in the context of historical changes. The oldest European conception of gender was linked to ontic inequality, which corresponded to one-gender idea of the body in medicine. From the eighteenth century on, the medical conception of the body started to change, and the idea of two-gender body started spreading. The body of women started to be perceived

as the different "other." That change was accompanied by social and cultural shift and one of its consequences was the emergence of women's group identity. The latest medical idea is personalized medicine, and the body is an element of the culture of individualization. Judging by the recent changes in the medical conception of the body, we are probably witnessing a change in the idea of gender – namely its dispersion.

Keywords:

gender, body, history of medicine

Płeć kulturowa jako kategoria historyczna. Relacje między medyczną koncepcją ciała a pojęciem płci kulturowej

Artykuł dotyczy relacji pomiędzy pojęciem płci kulturowej a medyczną koncepcją ciała w kontekście zmian historycznych. Najstarsza w kulturze europejskiej koncepcja płci kulturowej wiązana była z nierównością ontyczną, co odpowiadało jednopłciowej koncepcji ciała w medycynie. Zmiana zaczęła następować od osiemnastego wieku, gdy w medycynie zaczęła się rozpowszechniać koncepcja ciała dwupłciowego, w którym kobiece ciało było traktowane jako inne. Tej zmianie towarzyszyły szerokie zmiany społeczne oraz w konsekwencji powstanie grupowej tożsamości kobiet. Najnowsze koncepcje medycyny personalizowanej wskazują na indywidualizację ciała. Towarzyszy temu zmiana kulturowa polegająca na coraz wyraźniejszym akcentowaniu indywidualności ciała. Przyjmując za punkty wyjścia zmiany pojmowania ciała w medycynie, prawdopodobnie jesteśmy świadkami zmiany pojęcia płci kulturowej – jej rozproszenia.

Słowa kluczowe:

płeć kulturowa, ciało, medycyna

Citation:

Buczkowski, A. (2017). Płeć kulturowa jako kategoria historyczna. Relacje między medyczną koncepcją ciała a pojęciem płci kulturowej. *Adeptus*, 2017(9). <https://doi.org/10.11649/a.1470>