

Doru Botezat



Corpuri și spații în existența socială

Anatomii și Geografii alternative

Presa Universitară Clujeană

Doru Botezat

•

Corpuri și spații în existența socială

Anatomii și Geografii alternative

Referenți științifici:

Prof. univ. dr. Vasile Astărăstoae

Prof. univ. dr. Dumitru Stan

ISBN 978-606-37-2579-1

© 2025 Autorul volumului. Toate drepturile rezervate.
Reproducerea integrală sau parțială a textului, prin orice
mijloace, fără acordul autorului, este interzisă și se pedepsește
conform legii.

Universitatea Babeș-Bolyai
Presa Universitară Clujeană
Director: Codruța Săcelean
Str. Hasdeu, nr. 51
400371 Cluj-Napoca, România
Tel./fax: (+40)-264-597.401
E-mail: editura@ubbcluj.ro
<http://www.editura.ubbcluj.ro/>

Doru Botezat

**Corpuri și spații
în existența socială**

Anatomii și Geografii alternative

Presa Universitară Clujeană

2025

Cuprins

INTRODUCERE	9
CONSIDERAȚII GENERALE DESPRE METODOLOGIA LUCRĂRII	17
1. CONCEPTE ȘI PRECEPTE ÎN CONTINUUMUL DINTRE CORPORALITATE ȘI SPAȚIALITATE. O ISTORIE A SPECTRULUI MATERIALITĂȚII ÎN SOCIOLOGIE	27
1.1. Corpuri și spații. Materialitatea lumii	31
1.2. Conceptele generale: Corp - Spațiu - Obiecte - Individ	32
1.2.1. Corpul (ca obiect și subiect sociologic) considerații generale	32
1.2.2. Spațiul – prezentare generală	36
1.2.3. Corpuri-obiecte. Relația individ (corp) – obiecte (corpuri) – spațiu	38
1.2.4. Relația individ-spațiu: Concepte/ precepte: Simțul spațiului/ Genius Loci – Making Space	41
1.2.5. Relația individ corp (corpul propriu). Ideea de corp	42
1.2.6. Distincția corp individual corp social. Plurisemantica noțiunii de „corp social”	43
1.3. Legăturile spațiu-corp sau spațialitate – corporalitate în sociologie	45
1.3.1. Arhitectură și umanitate. Formele umanizate ale spațiului. Legăturile corpului cu spațiul construit	45
1.3.2. Corpul ca spațiu individual și corpul ca loc	52

1.3.3. Locuri prin corpuri (places through the body). Cadrul (spațial) creat de corp	60
2. CORPURI. CONCEPTE DESPRE CORP ȘI CORPORALITATE	67
2.1. Reglementarea corpului	68
2.1.1. Corpul civilizat	69
2.1.2. Corp deschis – corp închis. Corpul și rușinea	72
2.1.3. Corpul frumos, corpul curat și corpul sănătos	73
2.1.4. Corpuri neîngrădite	76
2.1.5. Corpul spiritual și corpul religios	78
2.1.6. Corpul disciplinat, Tehnologiile sinelui & Societatea somatică	81
2.1.7. Corpul – obiect/subiect/ agent reglementator al sănătății	87
2.1.8. Corpul medicalizat (mai multe forme)	87
2.2. Corpul ca expresie a identității. Ontologia corpului	91
2.2.1. Corpul singular	91
2.2.2. Corpul simbolic (Douglas)	94
2.2.3. Corpul capital fizic (Bourdieu)	95
2.2.4. Corpul politic – ca reprezentare, imagologia claselor, genului. Corpul protest	96
2.3. Fenomenologia – Corpul trăit & întruparea	99
2.3.1. Despre întrupare și formele ei	100
2.3.2. Corpul absent/ Corpul ambiguu/ Prezența absentă a corpului	105
2.3.3. Corpul dispărut/ reapărut	108
2.3.4. Corpul fără organe	112
2.3.5. Corpul subtil	115
2.3.6. Corpul utopic (variațiune a corpului fără organe) & mitul cyborgului	115
2.3.7. Schema corporală & Imaginea corporală	116
2.3.8. Tehnicile corpului și Habitus (Mauss & Bourdieu)	122
2.3.9. Corpul artistic, corpul sportiv, corpul muzical	128
2.3.10. Corpul muncitor. Munca corporală	133

3. SPAȚII, SPAȚIALITATE ȘI LOC	139
3.1. Spații percepute	142
3.1.1. Spațiul fizic	142
3.1.2. Spațiul ca ecosistem	146
3.1.3. Peisajul (landscape)	149
3.1.4. Spațiul imagine	153
3.1.5. Spațiul ca delimitare – Spațiul graniță	154
3.1.6. Spațiul structurat prin instituții și structuri ale sistemului social	157
3.1.7. Spațiile abstracte și percepția/dimensionarea lor	159
3.2. Spații percepute și practicate	166
3.2.1. Loc vs. Spațiu – „delimitări conceptuale”	166
3.2.2. <i>Genius Loci</i> . Co-ingrediența constitutivă a locului în formarea vieților noastre	173
3.2.3. Locul Context & Locul construit de urme	180
3.2.4. Locul generat prin practici	185
3.2.5. Spațiul/ Locul ca structură & agenție	188
3.2.6. Spațiul ca geometrie de putere	191
3.2.7. „Non-locul” & „fără-de-locul”	191
3.2.8. Locul ca proces, dinamică și mobilitate	194
3.2.9. Sensul progresiv al locului	197
3.2.10. Spațiul/Locul ordonat după procesele de producție	199
3.2.11. Spațiul fluxurilor transnaționalizare/ globalizare/ locul redevine „spațiu”	202
3.2.12. Spațiul Platou (Deleuze)	204
3.3. Fenomenologia spațiului. Spațiul perceput - practicat - trăit	205
3.3.1. Spațiul în relație cu comportamentul	205
3.3.2. Spațiul trăit (relație cu corpul trăit și cu spațiul ca peisaj)	206
3.3.3. Spațiul terț (al treilea spațiu) (Soja)	207
3.3.4. Spațiul capital social (Bourdieu)	209
3.3.5. Dimensiunea spațială a habitusului & Spațiul „Câmp” (Bourdieu)	210
3.3.6. Heterotopia / Spațiul disciplinar / Clinicul/ Panopticum (Foucault)	215
3.3.7. Spațiul excluziunii Sibley (corelat cu spațiul disciplinar)	222
3.3.8. Spațiul politic	224

4. CORPURI ȘI SPAȚII MEDICALE. A PATRA LEGĂTURĂ

CORP-SPAȚIU	231
4.1. Reprezentări medicale ale corpului. Anatomii alternative	232
4.1.1. Istoricism	232
4.1.2. Dualismul cartezian – Corpul mașină / monismul	235
4.1.3. Convergențe și suprapuneri: sociologia medicală-sociologia corpului	239
4.2. Dimensiunea spațială a sănătății și medicinei.	
Geografii alternative	243
4.2.1. Ierarhii ale spațiului fizic. Acces, inegalitate	245
4.2.2. Spațiul medical abstract. Cultură și geografie a sănătății și bolii	247
4.2.3. Spațiul medical concret. Spitalul și Hospitalismul, Clinicul ambulatoriul	250
4.2.4. Geografia corpului și a sănătății. Localizările pe corp	256
4.3. Corpul avatar și Spațiile referențiale. Legătura corp-spațiu	258
4.3.1. Avataruri (Corpul avatar)	262
4.3.2. Spații referențiale	264
4.3.3. Spații referențiale identificate & descrise empiric	267
4.3.4. Întrupări, răspunsuri somatice la parcursul cronic	293
4.3.5. Concluzii. Discuții	313
5. DEVENIREA CORPULUI & NOUL SPAȚIU MEDICAL	325
5.1. Transformările corpului. Noua mitologie a corpului	326
5.1.1. Noile corpuri. Regimurile și rearanjările vieții: Corpul îmbunătățit, corpul re-abilitat, corpul re-întinerit/ re-potențat, corpul înfrumusețat, corpul (re)adecvat... ..	327
5.1.2. Noua mitologie a cyborgilor & trans-umanismul	331
5.2. Devenirea spațiului	337
5.2.1. Evoluția spațiului (~~medical~~) terapeutic	338
5.2.2. Tehnologia ca substituent sau parte a infrastructurii	341
CONCLUZII	345
BIBLIOGRAFIE	351

Introducere

Prin anul 2014, când printr-un complex de împrejurări, am ajuns pe un post academic la o universitate medicală (eu având o formație socio-economică) am dat de greul redactării unui curs nou, într-un domeniu introdus de curând în programa studenților mediciniști: *Sociologie medicală*, ca urmare a unor reforme și adaptări la curricula occidentale. Prima provocare, didactică, era să conving studenții să participe la un curs de numai un credit care, aparent, nu este despre ce s-au pregătit ei cognitiv să facă: medicină pură – asociată în anul I literalmente cu manualul de anatomie, companionul lor din ultimii 2-3 ani premergători admiterii.

De ce au nevoie studenții de la medicină sau viitorii medici de cunoștințe sociologice?

Nici eu nu știam foarte bine la început să răspund acestei întrebări. Dar presiunea aceasta venită dinspre ei m-a edificat că tălmăcirea relației dintre *social* și *medical* ține tot de înțelegerea corpului, adică nu suntem departe de obiectul de studiu al anatomiei și fiziologiei. De fapt, am înțeles că, înainte de a fi devenit o „știință”, medicina a fost o practică umană, o interacțiune între (doi) indivizi ținând tot corpul și funcționarea lui, dar nu bazat pe o cunoaștere biologică, ci exact pe înțelegerea și „construcția” lui socială. Altminteri, *sănătatea*, ca obiect al muncii și ca „livrabil” al actului medical, nu este altceva decât o *caracteristică a corporalității* sau, cel puțin, este percepută sigur doar prin corp. Ea nu poate fi disociată existențial de corpul uman, chiar dacă și-a îmbogățit semantica în evoluția istorică. Deci baza de la care am pornit a fost un studiu de documentare despre *sociologia corpului*, un domeniu extrem de vast ca abordare și greu de cuprins.

Dacă ar fi să rămânem doar în sfera medicalului, sociologia corpului (care are legături și cu alte domenii) oferă o perspectivă esențială asupra *modului în care corpul este înțeles, trăit și tratat*. Dincolo de realitatea sa biologică, corpul este o *construcție socială*, modelată de *norme culturale*,

așteptări colective și discursuri instituționale. În medicină, aceste aspecte devin vizibile în procesul de *medicalizare* a vieții cotidiene, în standardizarea unor parametri ai „*corpului normal*” și în „*relațiile de putere*” care se formează în actul medical între „un prestator” (medicul) și un „beneficiar” (pacientul). Dintotdeauna a existat o „*imagine a corpului sănătos*”, dar care a variat în timp și care variază și în prezent pe spectrele culturale. Apoi, *experiența bolii* nu este doar un fenomen fizic, ci și o *trăire socială*, în care *durerea, suferința și*, eventual, *stigmatul* sunt filtrate prin cultura corpului. *Relația medic-pacient* implică o interacțiune profund corporală, încărcată de simboluri și sensibilități, iar *tehnologia medicală*, deși necesară, poate *transforma corpul* într-un obiect fragmentat și dezumanizat. Corpul pacientului devine astfel un spațiu al negocierii între normele impuse de social și trăirea personală a individului. Aspecte precum *îmbătrânirea, dizabilitatea, identitatea de gen* sau *marginalizarea* socială scot la iveală diferențele dintre corpul obiectivat și corpul trăit.

Pentru practicienii din domeniul sănătății, înțelegerea acestor dimensiuni sociologice este vitală ca să tindă spre o abordare empatică, contextualizată și echitabilă a îngrijirii. În acest sens, sociologia corpului nu este doar un cadru teoretic de cultură generală umanistă, ci un instrument medical, (folosit chiar în practică sau direct în actul medical). Medicul trebuie să găsească un limbaj comun, o înțelegere comună cu orice pacient, de orice nivel de instruire, deci trebuie să cunoască toate fațetele înțelesului social al corpului. Apoi, la fel de important, trebuie să înțeleagă și abordările, sentimentele, trăirile și simbolistica din jurul corpului. De exemplu, obișnuiesc să le spun studenților care se grăbesc să numească cunoașterea anatomiei și fiziologiei drept chei unice ale reușitei unui act medical, că înainte de a avea acces la anatomia și fiziologia pacientului, trebuie să știe cum să-l dezbrace, trebuie să știe cum să surmonteze sentimentul rușinii și să managerieze o interacțiune umană care presupune inclusiv atingeri sau manevre care provoacă durere. Toate aceste dimensiuni clamează nevoia unei abordări ample, a unei lucrări cuprinzătoare, nu neapărat doar pentru acoperirea unui curs universitar, altminteri scurt în economia curriculei la medicină și care mai trebuie dedicat și altor teme, ci pentru uzul general al unei practici de calitate, ieșind chiar din zona medicalului către alte conexiuni relevante care-i sunt necesare și pe care literatura le oferă cu abundență: filozofie, artă, geografie

umană, etc. Cum plastic se exprimă două autoare (Moore și Casper, 2015) *corpul comportă mai multe disecții sociale și culturale*.

Și totuși, *cum/de unde*, apare și „spațiul” în titlul acestei lucrări?

Spațiul nu „apare”, spațiul este deja prezent în toate conceptele abordate. Așa cum ne spune fizica clasică, nu există unitate de măsură a spațiului care să nu poată fi divizată, deci, de la discret la infinit, spațiul dimensionează materia. Mai mult, știm, din multe lucrări clasice de sociologie și de arhitectură, spațiul contribuie la sensul lucrurilor. Dar dincolo de acest argument „filosofic”, admit că subiectul analizei spațiului în determinarea fenomenelor sociale este o pasiune mai veche rămasă „neterminată” în alte lucrări. Deci „prezența spațiului” are în spate o viziune și o intenție. Atunci când într-un studiu pe un subiect economic am accesat o literatură expansivă din domeniul sociologiei, am putut descoperi interferențe disciplinare majore între *economia spațiului* și *sociologia spațiului*, așa că subiectul **spațialitate**, în loc să se închidă, abia își răsfira conexiunile către alte domenii. Spațiul este un element constitutiv al tuturor relațiilor, ierarhiilor și practicilor sociale. Dincolo de existența lui naturală care produce distanțe, bariere sau ierarhii, de la primul pas uman, spațiul este (re)produs social – nu doar ocupat, ci organizat, simbolizat, ierarhizat. Henri Lefebvre (1991), unul dintre autorii fundamentali ai gândirii spațiale în sociologie, a formulat ideea că spațiul este triadic: este perceput (fizic), conceput (proiectat, planificat) și, în fine, trăit (experimentat subiectiv). Din această perspectivă, spațiul urban, cel instituțional, domestic sau natural, toate reflectă și reproduc structuri de putere, apartenențe identitare și forme de excludere. De exemplu, distribuția geografică a resurselor sau segregarea rezidențială nu sunt întâmplătoare, ci expresii spațiale ale inegalităților sociale. Analiza spațială devine astfel un instrument de lectură a societății în orice aspect al vieții, prin dispunerea și folosirea teritoriului. Implicit, coroborat cu sociologia corpului, analiza spațială deschide un câmp bogat de reflecție asupra modului în care corpul ocupă, traversează și este marcat de spațiu. Întâi că, așa cum se va vedea, corpul însuși este un spațiu social în sine, descoperit senzorial, perceput, învățat și trăit social. Apoi, corpul nu există în vid, ci este mereu inserat într-un spațiu – fie el domestic, public, medical sau simbolic – și aceste spații nu sunt neutre față de corporalitate. Spațiul medical, de exemplu, reglementează accesul la corpul pacientului: îl expune, îl izolează, îl clasifică. Sala de așteptare, patul de spital, cabinetul

de consultație sunt spații în care corpul este privit, atins, măsurat, dar și spații care mediază anxietatea, rușinea sau confortul pacientului. Spațiul delimitează și ceea ce este considerat „normal” sau „deviant” – un corp tatuat, un corp în scaun rulant, un corp trans într-un vestiar public – toate interacționează cu normele spațiale implicite ale locului în care se află. În acest sens, analiza spațială în sociologia corpului înseamnă a înțelege corpul ca entitate care nu doar ocupă spațiul, ci îl semnifică și este semnificată de el. Și mai rafinat, doar pe nișa sănătății și a medicalului, *sociologia spațiului* oferă o perspectivă esențială asupra modului în care mediile în care are loc actul medical influențează trăirea corporală a pacientului. Aceleași, spital, cabinet sau sală de așteptare care condiționează corporalitatea, așa cum am precizat mai sus, contează și ca raportare a spațiilor pentru individ: nu sunt neutre sau funcționale, ci reflectă structuri sociale, ierarhii și norme culturale. Aceste spații pot susține vindecarea sau, dimpotrivă, pot amplifica suferința – de exemplu, prin aglomerare, lipsa intimității sau design ostil precum lumina fluorescentă rece, lipsa ferestrelor etc. În același timp, distribuția inegală a accesului la servicii și infrastructuri medicale scoate la iveală diferențele sociale care modelează sănătatea. Spațiul este astfel un actor invizibil, dar activ, în relația dintre individ, corp și sistemul de sănătate.

În medicina contemporană, în care tehnologia fragmentează corpul în imagini și cifre, spațiul rămâne un cadru concret al interacțiunii dintre pacient și medic. Traseele corporale prin instituțiile medicale, gradul de expunere sau protecție, granițele dintre public și privat – toate influențează modul în care corpul este perceput, tratat și trăit. Apoi, spațiile asociate cu suferința sau moartea, cum ar fi secțiile de terapie intensivă sau azilurile, spațiile de izolare și toată imagologia creată de o pandemie, chiar dincolo de granițele medicalului (străzi goale, oameni în combinezoane, măști) adaugă o încărcătură simbolică ce modelează atât experiența pacientului, cât și practicile medicale, adaugă emoții și percepții noi. Prin această înțelegere, sociologia spațiului contribuie la o abordare umană, critică și contextualizată a actului medical, punând în lumină faptul că sănătatea și boala sunt trăite nu doar în corp, ci și în locuri.

Abordând aceste problematici prin studiu, urmând calea teoretică, fundamentală, a început să se contureze treptat o conexiune relevantă între dimensiunea corporală și cea spațială, am găsit *legătura care a dat firul roșu și orientarea*

conceptuală a lucrării. Neuitând de datoria didactică, subiectul a căpătat două versiuni, una scurtă, reflexivă, parte a unui curs cuprinzând și alte teme, și una elaborată care s-a transformat într-o teză de doctorat, dezvoltată și cu un studiu empiric ale cărui concluzii vor fi expuse într-un capitol separat al prezentei lucrări, capitol care detaliază pentru sfera specifică a medicalului legătura corp-spațiu.

Așadar, lucrarea prezentă (parte a acelei teze) pune în lumină o constelație teoretică despre corp și spațiu extrasă din literatura mai multor domenii, cum ar fi sociologie, arhitectură, geografie, biologie, medicină, filosofie și astfel, dacă nu instituie, cel puțin conturează premisele unui domeniu științific distinct care tratează *corporalitatea și spațialitatea ca elemente interdependente ale unui continuum al materialității*, din perspectiva existenței sociale.

Întâi, printr-o privire de „foarte sus”, primul capitol (*Concepte și precepte în continuumul dintre corporalitate și spațialitate*) explicitează viziunea, inclusiv metodologic, acestui „continuum conceptual” invocat ca piesă de rezistență a lucrării și premisă a constituirii unui nou domeniu. Apoi ne familiarizează cu noțiunile de bază, *corp, spațiu* dintr-o perspectivă mai tehnică ce ține de abordările fundamentale și în fine, face o evaluare a primelor legături corp-spațiu identificate din literatură. Spunem primele, nu dintr-o ordonare anume, ci mai mult ca să semnalăm că nu sunt toate, pentru că am exceptat voit din această configurație legăturile create de domeniul sănătate-medical care vor avea o tratare separată.

Capitolele al doilea și al treilea, mai „de aproape”, sunt tentative cuprinzătoare de acoperire multidisciplinară ale corpului (*Corpuri. Concepte despre corp și corporalitate*) și spațiului (*Spații, Spațialitate și Loc*) cu aport substanțial din sociologie, filozofie, arhitectură, urbanism, geografie sau din paradigme ideologice, precum feminism, marxism, trans-umanism, etc. Este vorba de o clasică și consistentă *sinteză de literatură*, dar realizată într-un mod oarecum atipic, pentru că plasarea conceptelor urmează logica unor *hărți mentale* propuse în primul capitol, adică mai exact, prezintă o aranjare structurată după mai multe criterii cum ar fi afinități și asemănări, apropierea semantică de corp sau de spațiu, sau de conținutul „material” sau i-material/non-material al conceptelor, evolutiv, dar nu în ordinea cronologică a teoriilor sau teoreticienilor. Ca să vorbim tot dintr-o paradigma medicală de care se apropie mult această lucrare, aceste capitole produc un fel de *anatomie și fiziologie a științelor despre corp și spațiu* (descriu „organe” și „funcționalități”). Nu sunt omise sau

ignorate nici clasificările și analizele consacrate pe aceste teme, dar totuși acest nou demers tinde spre o încercare de a reduce eterogenitatea și redundanțele din literatură, asimilând sau asociind între ele numeroase teorii disparate. Deși cantitativ, pare un amalgam de noțiuni, o complicație, semantic, el produce o simplificare pe două axe: de la *corp-„celulă”*, la *spațiu-„univers”* și de la *material* la *non-i/material* (pur perceptual). În alt plan, ca o colecție de itemi, dimensiuni și amplasați pe hărți logice, aceste capitole se constituie și într-o *geografie alternativă*.

Capitolul al patrulea (*Corpuri și spații medicale*) revine la linia roșie din primul capitol: existența unei „științe” pe care o putem numi „*despre corp-spațiu*”. Teritoriul cel mai potrivit pentru această întâlnire pleneră dintre corp și spațiu este domeniul sănătății și cel medical unde regăsim toate ingredientele pentru o hartă logică unificată. Pe lângă deja consistenta literatură pe subiect și noile conexiuni propuse, tot pe latura teoretică, capitolul va invoca și un studiu bazat pe interviuri de tip povestea vieții cu pacienți înrolați într-o așa numită „carieră cronică”. Studiul, parte din aceeași teză, a încercat o determinare empirică a *morfologiei corporale individuale la un moment dat (la timpul prezent)* în raport cu *spațiile particularizate* (referențiale – de exemplu, pentru pacientul cronic câteva spații referențiale ar fi: spitalul, acasă, serviciul, orașul, anturajul, etc.). Pe lângă dovada că experiențele și întrupările corpului se schimbă prin glisarea între aceste spații ale vieții, acest studiu merită menționat și pentru că, alături de alte încercări noi ale altor studii, pune în discuție critică chiar concepte clasice consacrate precum acela de *rol social*. În dinamica societății prezente, din motive de adaptabilitate, corpul răspunde somatic la glisarea între spații, a conchis studiul. Metamorfoza este mai profundă decât o schimbare de mască și astfel se perimă ideea că indivizii ar fi înrolați în roluri sociale stabile, ci mai curând sunt un fel de avataruri care se schimbă pe parcursurile existenței în social. Altminteri și clasele sociale și-au diluat criteriile de separație, codurile de apartenență pot fi mai ușor accesate. Lumea medicalizată, cronicizată ne arată deslușit aceste fenomene. Dar chintesența capitolului rămâne ideea de a fixa medicalul (sau mai precis sociologia medicală) ca domeniul care poate prelua interferențele corporalitate-întrupare-spațiu-loc ca subdomeniu științific major, dacă nu chiar ca o știință sau domeniu în sine.

Însă lucrarea nu clamează un interes de natură epistemologică în acest sens. Rigoarea unor astfel precizări și delimitări disciplinare nu are legătură cu ambiția de a institui un nou câmp științific, ci este, mai degrabă, o formă de atașament față de temă și exprimarea unei bucurii reale în a construi punți între concepte provenite din orizonturi teoretice diverse. În cele din urmă, capitolul chiar propune designul unor noi concepte *corp avatar* și *spațiu referențial* coroborate cu sensurile (greu-traductibile) ale noțiunilor de *embodiment & embeddedness*. În analiza relației dintre corp și mediu, aceste noțiuni pot fi înțelese ca două fețe ale aceleiași realități sociale: dacă *embodiment* (înrupare) trimite la modul în care lumea este trăită, percepută și constituită prin intermediul corpului, *embeddedness* accentuează faptul că acest corp – și implicit experiența – este întotdeauna ancorat(ă) într-un context material, social și istoric. Corporalitatea nu este doar suportul percepției și expresiei personale, ci funcționează și ca un intersecție densă în care converg relații sociale, reguli culturale și logici structurale. Acesta ar fi *corpul avatar*, în același timp ipostază distinctă dar și integrat într-un spațiu referențial, un corp care se (re)metamorfozează continuu între spații. Aceasta este o schimbare produsă de societate cu posibile afectări în sănătatea umană sau măcar cu efecte în existența biologică.

Capitolul al cincilea (*Devenirea corpului și noul spațiu medical*) – tot în siajul ideilor propuse în capitolul al patrulea, prezintă și perspectivele (devenirea) corpului și ale spațiului dincolo de socialul prezent. Literatura în domeniu își permite să anticipeze și să speculeze abundant cu privire la evoluțiile și dezvoltările unor fenomene, bazat totuși pe o cunoaștere profundă a mecanismelor și metodelor de prognoză. Unele noi tehnologii sunt deja anunțate sau preconizate, unele experimente deja precursează noi teorii și noi rezultate așteptate. Noi transformări sunt ușor de ghicit sau deja prezente și vizibile, în tendințe. Și aici lucrarea se întoarce la perspectiva „de sus în jos” menționată pentru prima parte, sugerând aceste transformări și ca o posibilă (altă) concluzie la acest demers. Corpul, prin tehnologie, comportă intruziuni inclusiv asupra biologiei sale sub noi imperative ale societății. Noile progrese și descoperiri ridică și noi probleme politice sau de bioetică, bulversări în structurarea vârstelor și deci și a rolurilor sociale așa cum se anticipa încă de la avatarizare. Toate aceste posibile scenarii descrise prin cadrele de referință ale unei societăți care suferă și ele modificări: „lichidizarea

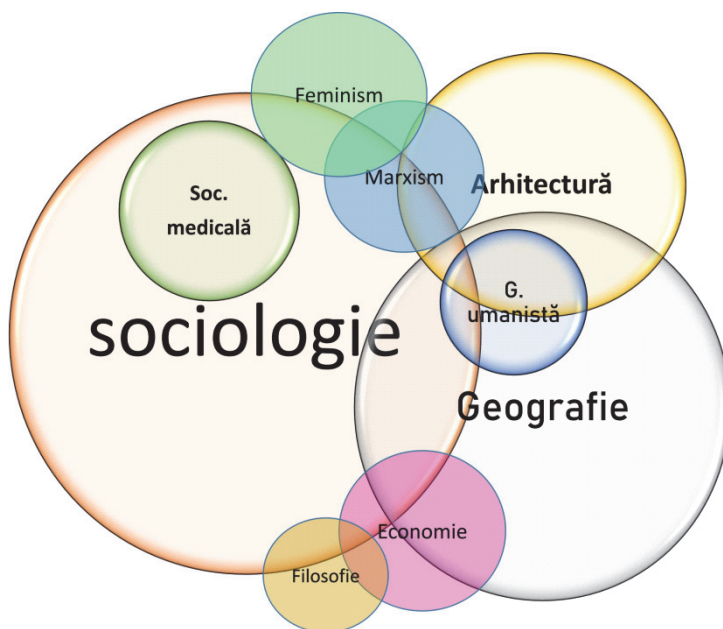
societății” (Bauman, 2000, 2005), distrugerea creativă a medicinei (Topol, 2012), evoluțiile infrastructurilor (Schatz și Berlin, 2011)) și ecologiilor urbane sau economice (Grabher, 2002) sunt numai câteva din reperele evoluțiilor descrise în acest capitol. Aceste considerații vor face trecerea și către concluziile generale ale lucrării.

Sintetizând, această lucrare va rula conceptele despre corp și conceptele spațiului, mai exact, interpretările sociologice ale celor două clase de concepte și va identifica empiric mecanismele de interferență între spațiu (social-referențial) și corpuri, ca reprezentare/ interpretare/ trăire. Va revela un anume cameleonism sau, cel puțin, existența unor mecanisme adaptative somatice care schimbă inclusiv metabolismul, dacă nu și fiziologia corpurilor în diverse spații de existență. Dacă până acum câteva decenii oamenii erau mult mai asociați unui status sau unui rol atribuit de comunitate, omul contemporan este un *spectru de avataruri*, fapt care, la nivel social produce mai multă anomie alienare, stres social, iar, din punct de vedere medical, susține procesele de medicalizare și de expandare a sferei de intervenție a medicinei ca instituție/capitol al societății.

Lucrarea este inovativă prin ideea reconfigurării unor concepte și teorii pe o hartă logică care ar putea contura un domeniu nou, interdisciplinar. În această lucrare, zona teoretică este favorizată, fiind mai largă ca sferă, iar studiul practic este doar un caz particular, o felie din această sferă pe care am evaluat-o empiric.

Considerații generale despre metodologia lucrării

Cuvântul cheie al acestei lucrări este *multidisciplinaritate*: Pe lângă dominantă și unificatoarea *viziune sociologică*, mare parte din conceptele utilizate, prezentate și analizate pot fi găsite în sferile geografiei umaniste, a științelor politice, dacă nu, chiar privite dintr-o perspectivă filozofică. De asemenea, am apelat la teorii din arhitectură, economie, medicină ș.a. pentru a explica precepte și pentru a conecta conceptele între ele.



O viziune asupra ariilor disciplinare cuprinse în analiză

Asumăm că acest aspect poate fi vulnerabil și la critici. Spre exemplu, se poate reproșa din alt unghi chiar o „dezordine disciplinară” sau cel puțin o lipsă de rigoare în clasarea și încadrarea conceptelor. Este pentru că a

interesat tocmai sensul „lumesc” în general și percepțiile despre lucruri și mai puțin știința care se ocupă de ele. Oricum aveam această problemă de la început, pentru că cele două mari categorii conceptuale abordate „spațialitate” și „corporalitate” sunt revendicate în sferile multor științe potrivit și conotațiilor pe care le pot avea.

A părăsi baza sigură „de acasă” a propriei discipline și a risca să întâlnești alte discipline nu este doar o problemă de out-of-the-box. A avea propria perspectivă plasată aproape de alte perspective posibile necesită cel puțin curajul de a ține cont de existența concretă a celorlalte puncte de vedere. Interdisciplinaritatea nu este niciodată ușoară, iar aspectul care se confruntă este cu atât mai explicit în cazul în care interdisciplinaritatea este încă la început, cum este cazul aici. A recunoaște valabilitatea mai multor perspective înseamnă, prin urmare, opusul unei bătălii pentru adevăr sau pentru dovedirea superiorității unei anumite perspective asupra altora.

Alt cuvânt cheie: metode compozite. În lipsa pretenției că poți deține cunoștințe în toate disciplinele implicate, trebuie să preiei informația avizată prin metodele consacrate și să asamblezi și adaptezi în structura și viziunea proprie. De aceea, demersul nostru e compus și din multiple metode, nu numai discipline.

În esență, lucrarea se dorește a fi **studiu comprehensiv de literatură**. Așa cum s-a spus, studiul a pornit din dorința de a acoperi o *nevoie de cunoaștere despre corp*, ca livrabil într-o catedră de sociologie medicală și despre spațiu ca ingredient permanent al tuturor proceselor sociale pe care le vom aborda. Această nevoie ne-a direcționat **pe mai multe domenii care abordează corporalitatea și spațialitatea din perspective și cu metode proprii**. Realizarea în sine a parcursului de literatură a fost un adevărat **maraton**. Cel mai greu a fost să alegem din imensitatea de teme despre corporalitate și spațialitate acele concepte care pot avea un aport relevant la construcția viziunii unificatoare: existența unei materialități a vieții sociale bazate pe legăturile fizice și perceptuale dintre corpul uman și spațiul înconjurător. Altminteri parcursul putea continua să se răsfire la nesfârșit, la cât de abundente sunt subiectele atașate sau corelate cu aceste teme.

Concret am selectat, extras, definit, operaționalizat, descris tot spectrul conceptual identificat înaintea noastră referitor la spațialitate și corporalitate. Așa, cum am precizat, abordarea nu a fost nici sistematică (pe domenii)

nici cronologică, ci mai degrabă de tip *concept mapping* (Savigny și Taghreed, 2009) pe baza legăturilor logice dintre conceptele cunoscute (la început) și cele care se alăturau studiului aprofundat. Așa se explică și plasarea unor *hărți logice (mind maps)* (care poate fi considerată metodă distinctă, pentru că am descompus conceptele pe două dimensiuni și le-am amplasat după afinități logice) pe parcursul descrierilor în încercarea de a cuprinde legăturile și determinările între concepte. Chiar dacă în rigurozitatea redactării am fost obligați la o succesiune – de la un concept la altul – s-a revenit de multe ori în cerc, sau s-au semnalat, prin note interne, conexiuni între idei, afinități care fac legătura, etc. Nu s-a căutat un state-of-the-art, tocmai pentru că subiectul de studiu nu se pretează unei expuneri de tip evoluție și stadiul cunoașterii, ci mai degrabă e (re)construcție continuă de sens în funcție de evoluțiile din societate și de diversele interpretări disciplinare. De aceea, domeniile pot fi amestecate prin prisma situării lor pe lista-cuprins, dar în același timp detalierea subtitlurilor până la nivel de concept particular ajută și la o eventuală lectură de tip „șotron” (Cortazar, 2011) (există mai multe posibile aranjări ale conceptelor și nu neapărat în ordinea din logica prezentă, ci pe sărite în funcție de interesul în lectură).

Doar acolo unde am asumat legături predeterminate spațiu-corp sau spațialitate-corporalitate abordarea este mai strict-sociologică. Ne permitem să alăturăm termenului de revizie de literatură pe acela de maraton pentru că, realmente, agregarea a fost una copleșitoare cantitativ. Sunt atât de multe cărți și articole și atât de multe concepte variațiuni și redundanțe sau nuanțe, încât domeniul în sine tinde spre enciclopedic. De aceea, materialul a trecut prin mai multe procese de triere și de reducere de conținut până la o dimensiune rezonabilă pentru o astfel de lucrare.

Ca un „act adițional” la un subdomeniu pe care l-am tratat separat, mai în detaliu, dintr-un interes didactic, în capitolul al patrulea va fi invocat și un studiu empiric. Dar au fost preluate doar concluziile și analizele din care rezultă noi aserțiuni teoretice și formulări de noi concepte care contează în economia lucrării, nu și ca descriere metodologică și prezentare exhaustivă care erau aspecte necesare în expunerea unei teze doctorale. Este un studiu pe o populație generică *bolnavii cronici*, aleasă ca atare pentru că este o tipologie umană la care *spațiile referențiale* sunt ușor identificabile și marcabile și prezintă un mod existențial pe care l-am numit „*carieră*”

de boală” (carieră cronică) care presupune nevoia continuă de adaptabilitate la diverse stări și contexte. (Există o accepțiune medicală a termenului de pacient cronic, dar există și o perspectivă socio-medicalizată, mai largă, a cronicismului, care asimilează toată populația într-o zonă a cronicului. De fapt, cronicizarea se definește ca un proces social care cuprinde deopotrivă și persoanele sănătoase – o schimbare de comportament prin care indiferent de parametrii bio-medicali, oamenii consumă servicii medicale sau de sănătate, comportament asimilat unui pacient cronic cu diagnostic medical. Totuși, în cadrul cercetării realizate prin interviuri cu pacienți, am ținut, pentru rigoare, definiția medicală a bolii cronice, pentru a putea fi siguri de existența ipostazelor care ne interesează în modul cel mai pregnant din perspectiva unei situații medicale „palpabile”. Prezența bolii produce efecte asupra spațiilor în care se derulează viața sau spațiile determină efecte asupra corpului, legat de managementul bolii cronice).

O componentă din studiu s-a realizat prin interviuri de tip povestea vieții (mai nișat – povestea bolii cronice), ca pretext pentru descria mecanismelor transformative la care indivizii sunt subiecți. În ceea ce am predefinit ca *spații referențiale* (spitalul sau instituția medicală, acasă, serviciu, anturaj social, etc.) studiul prevede, ca ipoteză, că pacienții parcurg mai multe ipostaze de viață pe care le-am numit *întrupări (avataruri)* în sensul că ele nu sunt doar simple adaptări de rol sau „mască”, ci comportă o participare corporală mai profundă (somatizează aceste transformări). Apoi, în completarea informației și interpretărilor dobândite din aceste interviuri, am prelucrat și alte povești de viață relatate de bolnavi cronici nu dintr-un spațiu social anume, dar cu referință la aspecte de boală cronică universal valabile în societatea modernă. Aceste *narrative*, cum sunt denumite de siteurile media care le găzduiesc, sunt foarte relevante pentru că sunt selectate după algoritmi de relevanță (inclusiv după audiență) pe platforme/forumuri care reunesc categorii omogene de pacienți așa-încât se poate contura o problemă unitară după tipul de boală (care poate să difere în raport cu alte tipuri) și acest fapt ne-a ajutat să rafinăm concluziile interviurilor.

Din aceste materiale am reconceptualizat ideea preconcepută de *spațiu referențial* și am definit conceptul de *corp avatar*, ambele urmând să fie alăturate listelor de concepte extrase din literatură și amplasate și integrate pe hărțile logice propuse în zona teoretică.

Preîntâmpinând eventuale critici, aparenta disonanță dintre un studiu calitativ de mică anvergură, nișat pe un număr restrâns de subiecți (impropriu calificați ca populație) vine din faptul că, în teorie am prins „totul” (sau cât mai mult din tot) dar nu am mers cu această „promisiune” și empiric. Dar în practică, capacitățile tehnice ale unui studiu individual sunt destul de restrânse. Până la urmă, proiectul de cercetare a fost dus de o singură persoană și nu a dispus de o finanțare explicită instituțională care ar putea susține un proiect mai amplu. El descrie doar încercarea de a valida câteva idei (întrebări) într-o populație restrânsă. De fapt, doar plenitudinea părții teoretice îl face „incomplet” (în raport cu aceasta). Dar am ales să nu restrângem teoreticul pentru o potrivire perfectă cu empiricul, lăsând posibilitatea unor dezvoltări în viitor.

Abordarea constructivistă/ fenomenologică

Fiind o analiză a sensului pe care-l dă societatea și populația vizată unor concepte, abordarea este, evident, una a *construcționismului social*. Din nevoia de încărcare cu sens a conceptelor a rezultat firesc această *perspectivă constructivistă* a cărei idee conducătoare (Berger și Luckman, 2012) a fost întotdeauna că lumea în care trăim și locul nostru în ea nu sunt pur și simplu „acolo” pentru participanți, ci mai degrabă, participanții construiesc activ lumea vieții de zi cu zi și elementele sale constitutive. Sensurile sunt atribuite printr-un cadru de înțelegere și un vocabular dobândit tot prin „construcțiile anterioare” de sens și realitate. Într-adevăr, noi surprindem contururile dinamice ale realității sociale adică resemnificarea vieții și a societății în timp real, raportând-o la construcționismele din perioadele anterioare.

De asemenea, abordarea este *fenomenologică* pentru că abordăm (inclusiv empiric) „întruparea” sau diverse forme ale ei, adică *structura experienței subiective a individului* (corpul trăit) așa cum este reprezentată în conștiință, în contexte referențiale, deci vizăm o realitate trăită și construim formula teoretică din însăși descrierea vieții. Abordarea fenomenologică se bazează pe ideea că experiența umană este unică și personală. Fiecare individ are propria sa experiență a lumii, care este influențată de propriile gânduri, sentimente, amintiri și convingeri. Am vrut să înțelegem această experiență subiectivă a individului, fără a o judeca.

Pe de altă parte, nu insistăm în a fixa și a limita abordările pe aceste linii paradigmatică. Proclamarea unei metodologii anume ar putea bloca o filozofie diferită pe care cercetarea o poate urma. Cum e în cazul nostru de cercetare empirică, înțelegerea și interpretarea setului de date de povești ale pacienților cronici a necesitat o abordare fenomenologică ca parte a metodei, dar metoda a fost, de asemenea, hermeneutică în sensul că a căutat să descopere semnificații latente în relatările care ar putea avea relevanță.

Paradigma variabilelor vs. paradigma contextelor

Metodologia noastră se abate puțin de la tiparele mainstreamului sau a tendințelor academice actuale. Potrivit unei viziuni mai critice a lui Abbott (1997), sociologia actuală ar fi „degenerat” în formule: empirică, teoretică, istorică. „Nu ne mai luăm riscuri, nimic nu trebuie să fie neortodox”... nu mai petrecem timp în situații sociale, ci urmăm numai câteva modele de abordare promovate în academic.

În acord cu această contestație pe care o adoptăm și noi, sociologia ar trebui să se aplece mai mult asupra complexității, fie și numai observațional, decât să simplifice explicarea fenomenelor după formule consacrate de tipul: constante-variabilă-fenomen. Aceasta pentru că viața socială este dinamică și, ca să folosim aceeași formulă, „*variabila timp*” transformă *paradigma variabilelor* într-o *paradigmă a contextului*. În paradigma variabilelor nu este prea mult loc de interacțiuni pentru a modifica acel *single causal meaning* (Jessop, 2003). Formula care caracterizează cel mai pregnant paradigma variabilelor este „variația netă în raport cu alte variabile”. Acest „efect net” este un nonsens mai ales când „alte variabile” înseamnă de fapt „foarte multe alte variabile”. Tot din această perspectivă, Haraway (1991) susține că *știința încearcă să creeze o „viziune de nicăieri”, o obiectivitate mitică, exterioară condițiilor sociale adică o formă de utopie*. Tehnologiile vizuale concepute pentru a observa lumea la cea mai mare scară (de exemplu, sistemele de observare a Pământului montate pe sateliți) dar și la cea mai mică scară (de exemplu, microscopul electronic) servesc la ilustrarea încercărilor de a „vedea” totul și de a prezenta natura ca pe un set de fenomene observabile, factuale și controlabile dar mai ales aranjate după legități fixate (Gesler și Kearns, 2005).

Dintr-o perspectivă asemănătoare această dispută ideatică a fost anticipată de mai demult (Buttimer 1982). vorbește de o *viziunea mecanicistă* în analizele sociale care se pretează la estimări cantitative riguroase și la pretenții de adevăr bazate pe stabilirea unor legături cauzale între variabile în contrast cu o *viziunea contextualistă* care „vede lumea ca pe o «arenă» de evenimente unice și încearcă să deslușească texturile și firele proceselor care operează în sau sunt asociate cu anumite evenimente”.

Abbott, (1997) forțând o ieșire din *paradigma variabilelor* în favoarea *paradigmei contextului* (așa cum sunt ele definite în viziunea școlii de la Chicago) susține că nu putem înțelege viața socială fără înțelegerea aranjamentelor particulare într-un timp dat, particular și într-un spațiu dat. Faptele sociale sunt localizate. Aceasta presupune, ca exigență metodologică, o focalizare pe relațiile sociale dintr-o „**ecologie spațială**” în analiza sincronică și, în aceeași măsură, o focalizare pe ideea de „**procese**” în analiza diacronică. Cu alte cuvinte, *orice fapt social este situat și încadrat în alte fapte contextuale*. (Abbott, 1997)

La această idee se raliază și acest studiu. Toate analizele sunt făcute în context situațional. *Contextul situațional* înseamnă „complexificarea”/medierea sau delimitarea spațială a evenimentelor. Contextul nu este un fundal impasibil pentru activitatea umană situată, ci mai degrabă, un element constitutiv necesar al interacțiunii (adică dinamic, el însuși determinat de acțiune) ceva activ, diferențial, extensiv și capabil să problematizeze și să pună în discuție limitele subiectivității. O abordare contextuală relativizează imediat o abordare bazată pe semantică în abilitatea ei de a furniza certitudini. Variațiile contextuale, de exemplu, tind să exacerbeze caracterizările (trăsăturile). Polisemiile, cuvintele noi, folosirea improprie a termenilor, traducerile, etichetările, stereotipiile toate depind critic de context.

Vorbim deci de reprezentare și de o *cunoaștere situată* care se poziționează împotriva cunoașterii presupus obiective a științei moderne. Teoreticul și empiricul sunt încadrate în contextul în care au fost formulate. În acest caz, se afirmă că cunoștințele nu sunt pur și simplu „acolo”, așteptând să fie colectate, ci sunt mai degrabă create de actori care se află în contexte particulare. Cercetarea nu este o activitate neutră sau obiectivă, ci este modelată de o serie de influențe, de la convingerile personale la cultura academică, de la condițiile de finanțare la relațiile individuale dintre cercetător și cercetat

și așa mai departe. Această situație a producției de cunoștințe trebuie documentată în mod reflexiv pentru a permite altor cercetători să înțeleagă poziția cercetătorului și concluziile unui studiu.

De exemplu, studiind corporalitatea, prima observație ar fi că corpul este permanent în mișcare. Chiar și în repaus, corpul nu este niciodată nemișcat (cel puțin procesele sale interne produc mișcare). Pe măsură ce corpurile se mișcă, ele urmăresc o cale/ traiectorie dintr-o locație în alta. Aceste căi se intersectează constant cu căile altor persoane într-o rețea complexă de biografii la care se adaugă mișcările obiectelor, sau altor lucruri care fac joncțiunea cu spațiul (locul). Ori de câte ori o persoană începe să interacționeze cu o altă persoană sau cu un grup, va parcurge succesiv câteva secvențe de adaptare (fiecare desemnând un context) este necesară o reordonare a intențiilor (armonizare). De aceea situația într-o paradigmă a analizei variabilelor ar fi insuficientă pentru cuprinderea întregului proces.

Aceste caracteristici, deși conferă un element de forță și noutate abordării noastre prin complexitatea, sunt și prima limitare pentru studiul propus, pentru că certifică versatilitatea materialului, mai ales cel empiric. Deci lucrăm cu *percepții prezente, fotografii de moment* care, la rândul lor, vor consacra *modelele prezentului* sau, cel mult, vor furniza indicii pentru intuiția unui viitor apropiat.

Construirea de concepte noi (grounded theory)

Cum am precizat, interferențele disciplinare au putut da impresia de încâlceală. Când conceptele vin cu sensurile lor din arhitectură, sociologie, geografie culturală, antropologie și economie, e greu să obții mai mult decât o unificare filosofică pentru că nu ai cum să produci o cercetare multidisciplinară sau interdisciplinară cu metodologii interdisciplinare. Or, chiar dacă se așteaptă rigoare științifică suntem totuși pe un tărâm speculativ. Toate metodele calitative sunt puțin speculative. Limbajul definește percepții sociale – iar interpretând un limbaj, speculăm, oricâte chei și coduri am avea la îndemână. De exemplu, reprezentarea durerii sau a iubirii la copii, este imposibilă la vârstele foarte mici pentru că ei nu au formalizat conceptul acestor trăiri. Copiii asimilează ce primesc de la adulți prin socializare ca să-și definească acele stări. Procesul este similar după definirea

unor concepte (noi) „la firul ierbii” (Charmaz, 2006). Odată definite abia, putem proiecta o metodă adecvată măsurării lor.

Conceptele revendicate ca „noi” pe care le propunem în obiectul de studiu sunt extrase din tot parcursul menționat aici: sinteza literaturii, interviuri, narative dar și din observație sociologică, nu neapărat noi ca înțeles prin limbaj, ci doar prin *definirea lor într-un nou context*.

Spațiul referențial și ***corpul-avatar*** sunt niște compozite construite preluând și unificând din viziunile anterioare, sensuri din care ne-am permis să eliminăm redundanțele (de exemplu: spațiul referențial este și *câmp*, și loc și *platou*, și *habitus*; apoi este și normativ și identitar (disciplinar, politic), și perceput și trăit). La fel, *corpul*, poate să înglobeze *habitus*, *schemă corporală*, *imagine corporală*, *rutine spațiu-timp*, *identitate* (*politică sau de clasă*) toate întrupate adică poate fi asimilat unui „avatar”.

Mai corect spus, conceptele propuse subsumează pe toate celelalte prin alcătuirea din „ingrediente” (această abordare este nouă) pe care le putem detecta din relatările persoanelor intervievate sau în limbajul poveștilor. Subiecții, prin limbaj, ne relevă urme din compoziția acestor ingrediente în percepția lor asupra parcursului de viață (sau, mai ales, de boală).

1. Concepte și precepte în continuumul dintre corporalitate și spațialitate. O istorie a spectrului materialității în sociologie

Câteva clarificări metodologice

Literatura de specialitate tratează sociologia corpului și cea a spațiului ca domenii distincte, fiecare cu propriile abordări și perspective. Deși există o multitudine de lucrări dedicate corporalității și spațialității, rareori sunt puse în relație directă, iar conexiunile dintre cele două apar doar în contexte foarte specifice, precum cel al problemelor medicale. Această fragmentare face dificilă realizarea unei sinteze coerente, din cauza vastității și diversității materialului existent. Totuși, la o analiză profundă a lecturilor și conceptelor parcurse, am descoperit că există o convergență ideatică, așa încât toate conceptele *pot fi aranjate pe un spectru continuu al materialității* de la corporalitate la spațialitate sau de la corp la spațiu, corelat și cu un criteriu al ponderii materialității (estimat) de la material 100% la dematerializat sau imaterial (figurile 1,2).

Astfel, am creat un cadru teoretic bidimensional, mai exact prin desena-rea unei hărți mentale (mind-map) pe care să plasăm cu coordonatele aferente mai multe concepte și precepte cu care literatura a operat în istoria recentă, relativ la spațiu/spațialitate și la corp /corporalitate. Multe teorii și concepte, odată descompuse pe coordonatele propuse pentru analiză, sunt fie asimila- bile între ele, fie diferă prin nuanțe sau caracteristici cu ponderi și relevanțe care exclud diferențierea. În acest sens, vorbim de un continuum conceptual.

Criterii de „cartografiere”

Dacă ne raportăm la un individ – pornim de la o premisă simplă: Corpul, plus obiectele (tot corpuri) care pot fi asimilate unor prelungiri ale corpului viu (n.n obiecte performative Niedderer, 2004) (v. 1.2.3) alcătuiesc spațiul. Din aproape în aproape, putem așeza „materialitatea lumii” pe o axă liniară de la corp(uri) la spațiu, corpul fiind unitatea primordială, spațiul fiind totalitatea, agregarea tuturor unităților (atotcuprinzătorul) în sens fizic. De exemplu, oamenii cu instrumente și obiecte, stau în case și clădiri, acestea, la rândul lor se situează în oraș, orașul e într-o regiune, regiunile compun o țară, continente, glob, etc. În acest spectru, individul e „celulă” (corpul) iar spațiul este universul. Între ele se desfășoară un spectru de materialitate corpuri mai mari, grupări de corpuri, structuri. Apoi, gruparea corpurilor sau situarea lor în spațiu naște *locuri* sau *unități spațiale*. Am considerat corpul individual drept „celulă” pentru că individul este subiectul percepției care construiește socialul. Adică nu ne putem referi la ceva „mai puțin” (decât individul) ca unitate primară. Totul se derulează și se percepe prin acest corp și se raportează la corp, la senzorialitate și percepție la nivelul individului. La fel ca în fizica cuantică, realitatea nu există dacă nu este percepută. Individul/ corpul se definesc astfel ca materialitate unitară. Așa cum vom arăta în această lucrare, toate conceptele existențiale au o desfășurare pe cele două axe corp-spațiu și materialitate-imaterialitate. O axă este dată de materie ca dimensiune și anvergură pentru individ – și o axă ierarhizare de la corpuri la agregări de corpuri (locuri, structuri, infrastructuri) până la spațiul final.

Totuși, fiind vorba despre concepte/ precepte/ teorii sociologice, este evidentă și prezența unei naturi non-materiale, legată de comportamente, instituții, norme, percepții, acțiune și viață socială. În acest sens, ne asumăm atribuirea unei „ponderări” material vs. non-material (sau i-material) în „componentă” unor concepte. (figura 1)

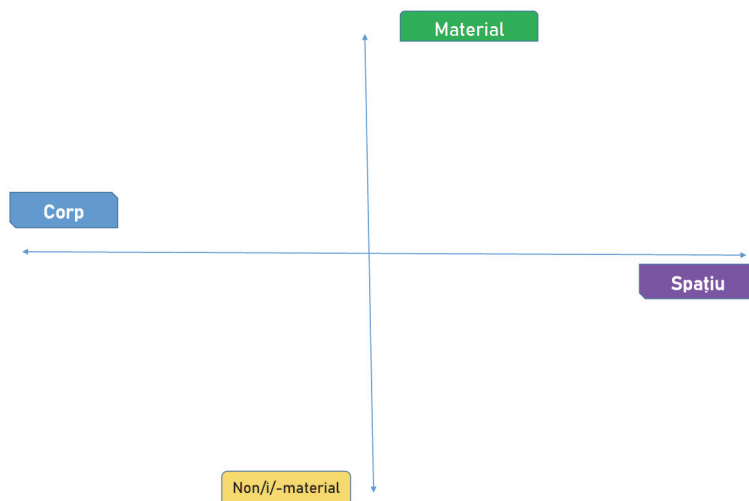


Figura 1. Cadru conceptual pe două axe

Convențional, se pot ierarhiza aceste atribute non/i-materiale în aceeași manieră liniară, pe o axă perpendiculară cu cea a dimensiunii corp-spațiu, în funcție de existența/ inexistența materiei înglobate în concept sau, în caz de existență, în funcție de gradul sau ponderea acestei naturi (non)materiale. Spre exemplu, noțiunea de *câmp* (așa cum este explicată de Bourdieu (1979) este, în această perspectivă „mai materială” decât noțiunea de „*habitus*” (tot a lui Bourdieu), câmpul desemnând clar existența unui spațiu fizic, pe când *habitusul* se referă la material doar prin legătura cu corpul, dar esența conceptului este comportamentală (non-materială). Astfel „câmpul” va fi plasat în această „hartă” mai aproape de material, *habitusul* va fi mai aproape de non-material. Pe cealaltă axă de coordonate, *câmpul* se plasează mai aproape de spațiu, în vreme ce *habitusul* va fi mai aproape de corp. Pe acest model de descompunere, vom găsi amplasamentul fiecărui concept din literatură pe această hartă mentală. *Material extrem* ar fi „roca pură”, adică materie fără nicio componentă de semnificație sau spirit. *Non/I-material extrem* ar fi un concept abstract (de exemplu, un sentiment, un cuvânt, o energie, o trăire). Dar practic, cum se va vedea, aproape toate conceptele tind, măcar rezidual spre o natură, totuși, materială (corporală) pentru că orice percepție se referă la existența a ceva fizic și doar caracteristicile pot face fizicul necorporal. Așa cum am spus, nici sentimentele nu pot fi detașate de corp. Exemplu, figura 2

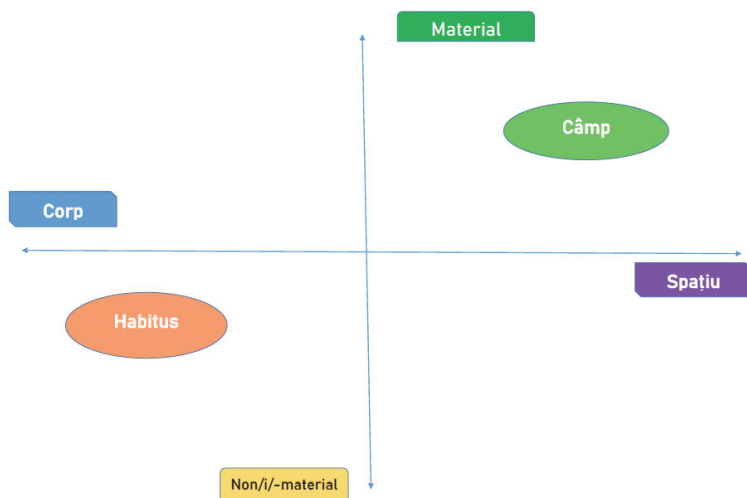


Figura 2. Amplasarea conceptelor în funcție de apropierea material vs. non/i/-material și respectiv, corp vs. spațiu

Desigur aceste două coordonate nu acoperă toate caracteristicile și complexitatea conceptelor cartografiate, dar facilitează situarea lor, urmând ca în descrierea textuală a punctelor majore să fie cuprinse și acele caracteristici care nu au fost prinse în clasificare.

Câteva clarificări în folosirea unor termeni

Precept – conform DEX – formulă, principiu, învățătură care stă la baza unei doctrine (mai ales morale); normă, regulă de conduită; recomandare, sfat, povață.

Percept – nu există în DEX ca atare, iar singura referință este în Dicționarul Ortografic englezism – se referă la rezultatul procesului perceptiv, – explicația rămâne deschisă la completări/nuanțări/sugestii. Sau ca englezism (pe modelul „expertiză” în loc de „experiență”

Percepție – proces psihic prin care obiectele și fenomenele din lumea obiectivă care acționează nemijlocit asupra organelor de simț sunt reflectate în totalitatea însușirilor lor, ca un întreg unitar; imagine rezultată în urma acestei reflectări; în sens extins, facultatea de a percepe fenomenele lumii exterioare; înțelegere, cunoaștere.

Concept – Idee generală care reflectă corect realitatea sau ciornă, schiță, adică proiect neterminat. În economia acestei lucrări, este o combinație între cele două definiții, este un semnificant lingvistic, un ansamblu de caracteristici modale gândite unitar. El este o generalizare și abstractizare plecând de la experiență sau rezultând ca urmare a transformării, sintetizării unor idei. Este o formă elementară a gândirii, o idee generală. Conceptul poate defini o idee introdusă fie în spațiul științific, tehnologic, managerial, politic, cultural, filozofic sau social.

În accepțiunea cotidiană, utilizăm cuvintele-concept ca determinanți și semnificanți ai fiecăreia din componentele realității sau acțiunilor noastre în realitate, așa cum le reflectă modal mintea noastră și le cuplează la cuvintele corespunzătoare.

De exemplu, *habitus* este concept, dar „*form follows function*” este precept. În general, metafora poate fi percept (e mai ales precept).

1.1. Corpuri și spații. Materialitatea lumii

Notă: Nu este o încercare de revenire la materialism, dar este o extragere a lumii materiale din totalitate și universalitate care este necesară într-un demers exclusiv dedicat spațialității și corporalității, concepte, totuși, bazate pe materie. Desigur, în dimensionarea lor vor apărea și atributele care nu sunt asimilabile materiei.

Periodizarea evoluției omenirii prin raportarea la material

Csiksszentmihaly și Rochberg-Halton, (1981) remarcă tendința istoriografiei de a marca bornele de progres în evoluția omenirii, nu prin câștiguri în intelect, moralitate și înțelepciune, ci, mai curând în legătură cu capacitatea noastră de a modela lucrurile și materialele. Deși salturile istoriei au fost mereu salturi generate de spirit, în terminologia istoriografică a contat mai mult răsfrângerea asupra materiei.

Bunăoară, în cultura europeană occidentală, etapele largi ale istoriei sunt (de)marcate de tipologia și materialul obiectelor și instrumentelor pe care oamenii le puteau realiza. Perioada *paleolitică* își derivă numele din *uneltele de piatră brută* care au fost utilizate în lungul mileniilor sale; *Neoliticul* se referă la perioada în care piatra a fost modelată pentru a se conforma tot

mai precis designurilor utilizatorilor săi. *Epoca bronzului și a fierului* definesc timpurile și culturile în care lucrurile au fost modelate pentru prima dată din metal. Mult mai târziu, termeni precum „*Revoluția Industrială*” și „*Era Atomică*” marchează tranzițiile în procesele de exploatare a lucrurilor fizice în scopuri productive. (Csiksszentmihaly și Rochberg-Halton, 1981)

Chiar și ce numim azi „*era informației*” este o denumire care se înscrie în aceeași tendință, doar că ea surprinde tocmai și o anume „dematerializare” care s-a succedat unei așa-numite *lichidizări* a materiei (Bauman, 2005) dar, pe fond, tot despre natura materială a „lucrurilor” și (ingredientelor) este referirea. Este adevărat că, pe măsura dezvoltării tehnologice, în obiectele și bunurile materiale, ponderea de „informație” este din ce în ce mai mare în raport cu materia, dar suntem tot în paradigma utilizării ei. Tehnologia înglobată e tot mai complexă în raport cu conținutul propriu-zis de material fizic (dar materia nu dispare, cel puțin ca „suport” pentru informație).

Cu alte cuvinte, istoria este și despre faptul că tranzacțiile dintre oameni și lucrurile pe care le creează cultura materială constituie un aspect central al condiției umane. Amintirile trecute, experiențele prezente și visurile viitoare ale fiecărei persoane sunt legate în mod inextricabil de obiectele care cuprind mediul său. De aceea, trebuie să înțelegem *cum* și *de ce* oamenii din societatea contemporană interacționează prin corp cu lucrurile și cu spațiile din mediul înconjurător.

Cum se va vedea însă, evoluția nu se oprește. Materialitatea evoluează spre alte forme: dematerializare și lichidizare.

1.2. Conceptele generale: Corp - Spațiu - Obiecte - Individ

1.2.1. Corpul (ca obiect și subiect sociologic) considerații generale

Corpul (uman) este structura fizică a unei ființe umane. Acesta este compus din mai multe tipuri diferite de celule care, împreună, creează țesuturi, iar acestea, la rândul lor formează sisteme de organe. Acestea asigură homeostazia și viabilitatea corpului uman (Nettleton, 2006).

Studiul fizic al corpului uman implică anatomia, fiziologia, histologia și embriologia. Corpul variază din punct de vedere anatomic în moduri cunoscute. Fiziologia se concentrează pe sistemele și organele corpului uman și pe funcțiile acestora. Multe sisteme și mecanisme interacționează pentru

a menține homeostazia, cu niveluri sigure de substanțe precum zahărul și oxigenul în sânge. Corpul este studiat de profesioniștii din domeniul sănătății, fiziologi, anumiști dar și de sociologi, geografi și artiști pentru a-i ajuta în munca lor. Corpul este și folosit în munca și activitățile umane, deci are implicit roluri și sensuri sociale.

În anii '80, o serie de cărți au pregătit terenul pentru crearea unui așa-numit *domeniu de studii corporale* (Nettleton, Cockerham, 2010). Bryan Turner în lucrarea *The Body and Society* (2008) referă corpul din perspectiva unei anumite subdiscipline, a implicațiilor sociale ale sănătății și bolii și consideră corpul o modalitate de a stabili un dialog interdisciplinar între sociologie, biologie și psihologie. Acestea rămân importante în instituirea corpului ca subiect sociologic – dar începând de aici, investit cu discursuri și structurat de societate, *corpul a devenit unul dintre cele mai instabile și mai contestate concepte* din științele sociale, analiza sa constituind un fel de câmp de luptă intelectuală pe care s-au confruntat revendicările post-structuralismului și post-modernismului, ale fenomenologiei, feminismului, socio-biologiei, sociologiei și studiilor culturale (Howson și Inglis, 2001). Adesea, aceste abordări au fost/ sunt caracterizate de agende care, în cele din urmă, dacă nu chiar au făcut-o să dispară, cel puțin au subordonat materialitatea și senzualitatea corpului altor factori și preocupări (militantisme de tot felul: feminism, consumism, exploatare, clase sociale gender, etc.).

Depășind întrucâtva frământările ideologice, Chris Shilling (*The Body and Social Theory*) (Nettleton și Cockerham, 2010) proclamă încercarea de a trasa o hartă a ceea ce numim „studiile corporale” menționate mai sus și de evidențiere a resurselor teoretice existente care conțin o apreciere a semnificației sociale a corpului, cu descrieri teoretice mai ample și prezentare neutră, fără ingerințe de natură ideologică. Tot lui Shilling îi datorăm și încercarea de a dezvolta o abordare teoretică amplă a *întrupării*, care ia în serios materialitatea corporalității umane, bazată pe scrierile lui Pierre Bourdieu, Anthony Giddens și Norbert Elias (Nettleton și Cockerham, 2010) și face eforturi în a construi o sociologie pe deplin întrupată.

Corpul este locul, prin excelență, în care se adună ipostazele (întrupările) (pe)trecherile individului. Este firesc să cuprindă multe abordări inclusiv de factură militantistă sau religioasă. Locul corpului în sistemul științelor rămâne însă unul ambiguu, tocmai fiind pe terenul subiectivității, al obiectivității

și al intersubiectivității și fiind un fenomen cu o pluralitate de registre, uneori surprinzătoare. Evident, corpul nu poate fi un obiect de cercetare care să aparțină doar unei anumite discipline deși este revendicat ca atare de anatomie. În percepția socială, nici măcar nu există limite clare care să distribuie sarcina pe unele perspective specifice din multiplele abordări. (de Preester și Knockaert, 2005).

Deci, ca entitate unitară sau ca unitate de măsură a spațiului în termeni fizici, în ciuda abundenței de teorii, este totuși foarte greu de măsurat ontologic. În termeni metodologici, este greu de conceptualizat sau, mai puțin riguros, este greu să-i găsim sensul fundamental. Corpul este construit social prin discursuri – medical, moral, artistic, comercial. Aceste idei au o serie de consecințe. Ele problematizează „corpul” și fac dificil de susținut orice noțiune esențialistă a corpului ca organism viu.

O definiție corpului ca *organizare concretă, materială, animată a cărnii, organelor, nervilor, mușchilor și structurii scheletului căreia i se conferă o unitate, coeziune și organizare numai prin manifestarea psihică și socială* (Grosz, 1992) sau, altă variantă – *o suprafață și un interior de materii prime care alcătuiesc componente integrate ale unei totalități coezive* – deși pare completă, tot nu acoperă conceptul de corp, pentru că nu include „nevăzutul”. Paradoxal, conceptul de corp comportă și naturi „necorporale”, dacă nu chiar „imateriale”. De exemplu, *sufletul* sau *abilitatea de a emite idei* concepte, abstracțiuni toate existente doar prin limbaj/concepție, implică corpul fizic, dar produsul lor este ne-corporal. Corpul devine „corp uman”, un corp care coincide cu „forma” care este lăcașul unui psihic, un corp a cărui suprafață epidermică limitează o unitate psihică (sau nu?), un corp care definește astfel limitele experienței și subiectivității, dar totuși prin interacțiune vie cu alte corpuri sau cu spațiul (interacțiune prin limbaj, norme și ordine socială, etc.). Cu alte cuvinte, corpul este mai mult decât carne și oase și peste această compoziție, devine obiect și subiect al științelor umaniste.

Deci corpul (organic) – *ansamblul dinamic de piele, oase și tot restul organic*, nu este o decât o simplă mașină fără mintea și fără persoana (sufletul?) pe care le dezvoltăm ca ființă socială sub influența societății sau a culturii. Aceasta este viziunea consacrată academic sub numele *paradigma carteziană* (Descartes). Dar, mai mult decât atât, corpul uman este și proprietarul *restului lumii care există pentru el*. Lumea este cea percepută prin el (*Omul este măsura tuturor*

lucrurilor) (Protagoras). Pe bună dreptate, Lefebvre (1991) ne amintește că doar „prin intermediul corpului, spațiul este perceput, trăit – și produs”.

Antrenarea sau cultivarea corpurilor prin diverse regimuri și discipline este o caracteristică principală a culturii adică a comportamentului învățat (Turner, 1992). Corpul se va fi dovedit o problemă „reglabilă” dar și „reglementabilă” pe parcursul dezvoltării civilizației umane. Corpurile umane trebuie să fie antrenate, manipulate, estetizate, coafate, ademenite, ispitite, convinse, organizate și, în general, disciplinate.

Societățile contemporane se caracterizează prin schimbare și adaptabilitate. Relatările și interpretările despre corp sunt deci contingente istoric și social și nu sunt „imune” la transformările sociale mai largi. Modul în care, ca indivizi, trăim în corpurile noastre este invariabil social și una dintre principalele forțe ale timpurilor moderne este faptul că ne simțim obligați să lucrăm la crearea unui corp flexibil și, prin urmare, adaptabil și acceptabil din punct de vedere al societății (Cockerham, 2010).

Cum se va vedea mai jos, există o pleiadă de teorii despre corp și conceptualizări ale corpului care, în mod dificil, pot fi clasificate sau relaționate unele cu altele. Dar cum s-a menționat deja, conceptele se pretează la o aranjare logică pe câteva abordări. Putem, de la început, și chiar o vom face, să delimităm câteva clase de convergență. De exemplu, putem pune problema conceptualizării adecvate a *corpului ca organism*, a *corpului ca potențialitate*, a *corpului ca sistem de reprezentare* și a *corpului ca experiență trăită* (după o viziune a lui Turner, 2008). Altă viziune îl încadrează ca *produs al societății*, ca *instrument de putere și dominare*, ca *simbolică* și ca *realitate trăită*. Sau, într-o altă aranjare a spectrului literaturii, putem extrage alte trei mari direcții (care înglobează dar și interferează prin concepte): *corpul reglementat*, *corpul identitar* (ontologia corpului)/ și *corpul trăit* (Fenomenologia corpului) (Nettleton, 2010; Cockerham, 2010). (viziune care se apropie de taxonomia spațiului: triada lui Lefebvre, 1991) (v. 3.3.3.). Aceasta din urmă va fi și baza noastră de abordare, fiind cea mai ofertantă din punct de vedere comprehensiv și al interesului de studiu. Există, de asemenea, modalități alternative de înțelegere și analiză a problematicei corpului, de la cele mai evidente abordări înrădăcinate în științele „fizice”, clasificate ca făcând parte dintr-o perspectivă naturalistă (Nettleton 2006; Shilling 2003) până la metodologiile moderne

care fixează corporalitatea în contexte mai rafinate precum evaluări ale tehnologiilor, trans-umanism, *human enhancement*, etc. (v. 5.)

1.2.2. Spațiul – prezentare generală

Din punctul de vedere al definirii lui fizice, *spațiul (fundamental) este un set de puncte situate într-o suprafață orientabilă (descriptibilă)*. Cu alte cuvinte, *spațiul este definit esențial de caracteristici geometrice: formă și volum*.

Dar din punct de vedere al unei arondări disciplinare, tot ce depășește condiția de înveliș fizic al pământului și mai mult decât coordonate geografice, poate fi cuprins în sfera sociologiei sau alte științe în funcție de caracteristicile considerate. În primul rând, *structura* (sol, subsol și relief) este importantă pentru economie (agricultură, minerit, plasament industrial) sau pentru amenajarea teritoriului, deci fluxuri sociale sunt determinate de existența în sine a spațiului fizic. Apoi, formele de proprietate și dispunere, care înseamnă, la rândul lor relații sociale, inegalități sociale, jurisdicții, guvernări, exercițiu statal, și în final, reglementare, disciplinare și „sensificare” a spațiului sunt, din nou, „spațiu social”.

Sfere și câmpuri de interacțiune *spațiu-societate* sunt și ideologiile, religiile, limbile, adică, toate subsumate *culturii* sau *sociosferei*. Din altă perspectivă, acestea sunt bariere, delimitări ale spațiului și forme creatoare de norme sociale.

Apoi, fiecare ființă umană creează un spațiu individual și unul comunitar, ca „spațiu de activitate” care devine *context* în accepțiunea pe care o propunem noi sau *mediu*. Contextul este spațiul referențial, adică spațiul care naște ipostazele/întrupările (v. 4.3.2). Și la cea mai mică posibilă scară, individul se înconjoară cu o zonă de distanță personală, sau chiar își poartă o parte din spațiu cu el. De exemplu, toți suntem înconjurați de un spațiu vizual, *împrejurimea*, care este dinamic și static în același timp, perceput undeva în spatele ochilor. De asemenea, dispunem de un spațiu „virtual” (de reflexie) adică acel loc unde suntem „cu mintea”. Și în jurul sau în interiorul acestui spațiu se asociază ierarhic și niște așa-numite „obiecte performative”, care interconectează corpul/individul cu spațiul și instituie, între corporalitate și spațialitate un *continuum*. Această materialitate asigură tranziția (conceptuală) spre și dinspre corp. Obiectele, logistica, infrastructura unesc, într-un continuum, corpul de spațiu. Corpul, așa cum am precizat,

ar fi „celula” (v.1.1), unitatea de raportare care, prin el și prin obiecte (materialitate) definește spațiul, îl interconectează.

Spațiul, din perspectivă sociologică, are însă dimensiuni mult mai complexe. Depășind aceste delimitări și interpretări operate în spațiul fizic prin caracteristica umană (inclusiv spațiului fizic nemodificat de om) „spațiul uman” – amenajat, devine *spațiu arhitectural*, este un obiect creat, cu natura modificată, și implică astfel o *intenție creativă* (Ankerl, 1981) sau un *design*. Prin urmare, spațiul uman are și o componentă imaterială dată de intenție și/sau informație, pe lângă cea materială, spațiul fizic. În plus, spațiul arhitectural comportă și exigențe de dimensiune, efectul său nu poate fi perceput decât într-o dimensiune geometrică suficient de mare pentru ca acesta să fie accesibil oamenilor. Ideea este să anvelopeze, să cuprindă oamenii și, în acest sens, poate interacționa cu aceștia, poate afecta organele noastre senzoriale.

În alt plan, accepțiunea „arhitecturală” ne ajută și mai mult în gândirea a ceea ce numim *sisteme spațiale*. Spațiul arhitectural nu este un singur spațiu, precum spațiul cosmologic, spațiu umplut cu „eter” sau „chintesență” pe care îl găsim în Metafizica lui Aristotel (Ankerl, 1981). Este un spațiu multiplu și literal, clar delimitat, în care conceptele geometrice de formă și magnitudine volumetrică sunt operative. Adică este un continuum de spații succesive, dacă acceptăm și un *spațiu major agregat* sau, pur și simplu, spunem că spațiul este alcătuit din „spații”. Aceste spații delimitate pot fi conectate pentru a constitui o rețea, pe care o numim un *sisteme de spații*.

În afară de aceste delimitări, mai mult sau mai puțin precise, în social, spațiul capătă și diverse semnificații sau atribute (precum *loc* sau *context* spațial). Tratarea spațiului de către sociologi nu este un subiect nou. Georg Simmel este, poate, între primii dintre clasici care abordează problematica complexă a rolului spațiului în constructivismul social (în lucrarea *Investigations on the forms of Sociation* citată în Urry, 2004). Preocupările sale au vizat spațiul metropolitan și partajarea spațiului urban pe diverse destinații.

Spațiul este indisolubil legat de cultură, oricărui spațiu (loc) fiindu-i atribuit un *spirit anume* (*genius loci*) (Norberg-Schulz, 1980). Implicit, structurile spațiale se diferențiază cultural. Nu interesează doar spațiul ca structură fizică și infrastructură, nici spațiul conceptual sau perceput al planificatorilor și decidenților, ci întreaga *triadă* la care fac referire Lefebvre (1991) și Soja (1996) (v.3.3.3) în care important este acel așa numit „*al treilea spațiu*” (third

space) – spațiul trăit, spațiul simbolic, spațiul care se reflectă prin cultura locală și este purtător al culturii locale (Levebre, 1991). Pentru că, de fapt, ce diferențiază percepțiile și teoriile despre viață sunt aspectele culturale (mai mult decât fizica spațiului).

Din anii '70-80 ai secolului trecut, spațiului i se recunoaște determinanța în schimbările sociale. Aportul vine mai mult dinspre geografi, dar între sociologi sunt de remarcat contribuțiile lui Focault, cu faimosul său eseu *Des Espaces Autres* (1967/1984), Henry Lefebvre cu *La production de L'espace* (1974/1991), Manels Castells și Edward Soja, ultimii trei referindu-se în special la asocierea dintre structurile spațiale și modul de producție capitalist (Löw, 2008; Hubbard și Kitchin, 2011) Pe lângă aceștia, vom arăta că și alte concepte se apropie de determinarea spațială, chiar dacă literatura nu le consacră acolo. (v.3.3.)

Alternativ ne vom referi și la

- *spațialitate*: termen care definește modul în care *spațiul și relațiile sociale se realizează prin interferență reciprocă*, adică la modul în care spațiul se realizează prin intermediul relațiilor sociale și la modul în care *relațiile sociale sunt modelate de spațiul în care se produc* – (referință la teoriile lui Lefebvre și Soja) – (Hubbard și Kitchin, 2011)

- *traietorii spațiale* – o abordare a studiului spațiului care pune accentul pe efectele timpului și ale temporalității (geografia timpului): unde se pune accentul pe înțelegerea efectelor modului în care evenimentele se succed în timp și spațiu. De exemplu, modelele de deplasare, fluxurile umane și migraționale și răspândirea bolilor într-un spațiu determinat, etc. – (referință la autori precum Hägerstrand; Pred; Thrift etc.) – (Hubbard și Kitchin, 2011) (v.3.3.)

1.2.3. Corpuri-obiecte.

Relația individ (corp) – obiecte (corpuri) – spațiu

Spațiul, odată conceptualizat ca o reuniune de spații cu diverse dimensiuni poate fi descompus, din aproape în aproape, până la spațialități de dimensiuni (din ce în ce mai) mici care pot fi asimilate obiectelor și corpurilor. În primul rând, ca existență fizică, spațiul și obiectele formează materialitatea percepută, deci tot spațiul definit social. Asemenea obiectelor sunt și corpurile vii, animale și umane – *obiectele și corpurile formează corporalități*

sau sisteme corporale. Corpul uman poate dispune de obiecte ca instrumente sau poate să-și prelungească sau să-și potențeze funcțiunile prin utilizarea obiectelor: de exemplu, sculele unui muncitor sunt piese atașate corpului, cu care corpul face operațiuni, dispozitivele pot ajuta oamenii să performeze acțiuni care nu ar fi posibile doar utilizând corpul. De exemplu, o scară ne ajută să ajungem mai sus, niște ochelari ne ajută să vedem mai bine. Numim aceste corpuri *obiecte performative* (Niedderer, 2004).

Desigur, tot la această categorie „corpuri” pot fi incluse și corporalitățile mari care, la o dimensiune suficient de mare, pot fi considerate *spații* (de exemplu, un munte este un obiect (corp) dar și un spațiu, o clădire este și corporală și spațială; o infrastructură conexează corpuri și spații, ea însăși fiind și corporală și spațială, sau există pur și simplu obiecte, corpuri de decor, fără o destinație umană, socială, dar care se atașează spațiului vieții (forme de relief, ape, copaci, păduri, stânci sau forme create – statui, decorațiuni). O planetă este un corp ceresc/obiect material, dar în sens social, datorită dimensiunii imense în raport cu individul este „spațiu”. Cu alte cuvinte, în înțeles social, nu există o delimitare foarte strictă între corp și spațiu sau corporalitate și spațialitate, pentru că orice obiect ocupă un spațiu, iar spațiul este perceput prin obiecte.

Ceea ce contează pentru acest demers este că, în același timp, și *spațiile, și corpurile sunt purtătoare de sens (semnificație)*, ele sunt entități în spațiul social general tocmai pentru că au atașat un astfel de sens subiectiv, cultural, chiar metaforic și deci, există o raportare la ele sau există o conexiune virtuală între indivizi-obiecte-spații. Aceste sensuri sunt, fie generate perceptual la contactul senzorial al indivizilor, fie au sensuri construite social, acumulate prin cultură, istorie etc. Sensul obiectelor și spațiilor creează un anume atașament în raport cu individul.

Se știe puțin despre motivele de atașament față de obiecte/corpuri, în ciuda importanței lor recunoscute. Despre modalitățile prin care acestea se încorporează în obiective și în experiențele reale ale persoanelor de asemenea, nu se știe tot. Oamenii afișează doar caracteristica realizării și folosirii obiectelor, dar de o manieră simplistă, tip cauză-efect sau nevoie – satisfacerea nevoii. Lucrurile cu care interacționează oamenii, însă, nu sunt pur și simplu doar obiecte, instrumente, materie pentru supraviețuire sau pentru a facilita supraviețuirea, ci lucrurile conțin sau întruchipează obiective și,

în același timp, fac ca abilitățile indivizilor posesori sau utilizatori să se manifeste prin ele. (Law, 2002) Este adevărat: primordial, relația individului cu obiectele are loc prin *utilitatea obiectelor*. Omul, în urmărirea satisfacerii nevoilor, utilizează în mod curent obiecte materiale. Obiectele au utilitate, iar prin schimbul de obiecte, schimbăm sau gestionăm utilități, adică ne alocăm sau prioritizăm resursele disponibile la schimb cu resursele celor cu care interacționăm prin diviziunea muncii și prin specializare. Viața este o continuă achiziție de caracteristici, utilizări și dispuneri de obiecte în succesiunea acțiunilor și evenimentelor (*a fi este a avea* – spunea Gusdorf, 1948) sau, un alt precept încetățenit este: *se știe cine este cineva, după obiectele pe care le deține și după cum le folosește*.

Dar, dincolo de utilitate, obiectele în contextul vieții sociale, îmbracă și multe alte semnificații. De exemplu, existența lucrurilor face parte și din codul de comunicare socială: un obiect vestimentar poate fi subiect al unei dorințe, poate crea confort și stimă de sine sau reversul acestora. Prin aceasta, lucrurile modelează identitățile utilizatorilor lor. Omul nu este numai homo sapiens sau homo ludens, ci este, de asemenea, *homo-faber*, producătorul și utilizatorul obiectelor, eul său este în mare măsură o reflectare a lucrurilor cu care interacționează (Grosz, 2011). Astfel, obiectele fac și folosesc producătorii și utilizatorii lor. Determinarea este bi-univocă. Creăm/ folosim obiecte pentru idei și nevoi, iar obiectele ne recrează ne influențează ideile și nevoile. Dovada acestei biunivocități este constatarea economiștilor, că cel puțin cu precădere în partea mai recentă a istoriei, oferta de bunuri, de multe ori precede cererea, semnificând astfel că nu nevoia declanșează motorul economiei, ci *conceptul, ideea* care poate naște noi nevoi. Tot rațional, economic, lucrurile care devin parte din cunoașterea curentă (experiență de viață) primesc sau li se atribuie o *valoare*. Desigur, valoarea, așa cum ne obișnuiește societatea, este percepută în accepțiunea ei economică, în care poate fi *intrinsecă* sau *dată de utilitate*, așa încât interjocul valorilor este vizibil pe piață, adică în viața economică, dar există și valori care țin doar de viața culturală, socială, care, fie nu au legătură cu economia, fie chiar deturneză legile economice.

De aceeași natură cu *relația individ obiecte* este și *relația individ spațiu*. Spațiul are atribute senzoriale care sunt captate și percepute de individ, așa încât spațiul capătă sens, semnificație, dincolo de senzația de localizare.

1.2.4. Relația individ-spațiu: Concepte/ precepte: Simțul spațiului/ Genius Loci – Making Space

Se pune întrebarea: *care ar fi dimensiunile/caracteristicile spațiului care ne determină, sau măcar ne influențează viața?* Bunăoară, dacă ne gândim la percepția/atribuirea unei valori de tipul *frumos-urât*? Sau, un alt exemplu, dacă ne punem câteva întrebări: *De ce ne vopsim casele și gardurile? De ce ne decorăm grădinile și ferestrele cu flori și interioarele caselor cu culori și obiecte?* Este vorba doar de un „simț artistic” atribuibil fiziologiei umane, sau este o urgență socială? Este *plăcerea* provocată de artă, sau estetica înconjurătoare este o nevoie umană precum foamea, somnul, adică *nevoia de frumos*? La fel, întrebăm dacă există o *nevoie de confort* în spațiul care ne înconjoară? Dacă da, este ea fiziologică/ somatică sau a fost inventată și stimulată artificial, sau este *construită social* (ca alte nevoi/ cereri pe care le-a creat piața)? De exemplu, consumurile adictive nu sunt inițial necesare corpului, dar pot deveni „necesare” prin adicție. Pe același fir logic, putem creiona toate aspectele relaționării individului cu spațiile. Pe de-o parte, avem un schimb fizic de resurse (metabolism) care este integrat în spațiul vital, pe de altă parte, spațiul este ingredient al culturii, aportând sentimente, simțuri, amintiri, într-un cuvânt: semnificații.

O primă cheie a acestei determinări este ideea că spațiul este practicat/trăit, prin urmare, prima sursă a acestui sens sau simț este *practica*. Spațiul, prin faptul de a crea percepții și prin percepțiile pe care le creează, este sau devine parte a spiritului nostru, noi suntem parte a spiritului spațiului, sau spiritul spațiului ne determină pe noi. Noi suntem precum este spațiul. Mai mult, acest simț experiențial „trăit” al spațiului are loc și prin intermediul obiectelor și al semnificației lor, sau a obiectivelor și sensurilor încorporate în ele. Deci, pe această bază, putem conchide că există o continuitate între individ, obiecte și spațiu ca determinantă a vieții sociale.

Noțiunea de simț al spațiului (tot cu înțelesul de semnificație) – se bazează pe existența unor atașamente, practici și relații (inclusiv relațiile cu obiectele). Literatura ne oferă înțelegerea modului în care este creat, menținut și acest simț pe care îl numim *genius loci* după ideea lui Norberg-Schulz (1980). Vom trata acest subiect separat (v.3.2.2.), pentru că dobândirea acestui simț

personifică spațiul, creând conceptul de *loc* – foarte important pentru structura acestei lucrări. Ca problemă pentru sociologie rămâne însă: de identificat o (unitate de) măsură a simțului spațiului.

1.2.5. Relația individ corp (corpul propriu). Ideea de corp

Concept/precept: *nu există percepții în afara „ideii de corp”*. Indivizii sunt corpuri sau, mai acurat spus, „indivizii se definesc ca persoane prin corp” (am corp, deci exist). Corpul este locusul tuturor trăirilor (*geografia cea mai apropiată* – concept propus de Rich, 1986) (Longhurst, 1994) și, oarecum contrar separației „carteziene” și dubitabilului „*gândesc, deci exist*” care au devenit convenții perceptuale, *nu există trăire și implicit percepție socială în afara existenței individului corp*. Toate conceptele non/a-corporale, spirituale legate de existență nu pot emerge în afara unei relații corporale (Crane și Patterson, 2001). De exemplu, sufletul este întotdeauna asociat unei persoane, ființe sau chiar obiect personificat și, deși este considerat „a-corporal”, totuși *nu există suflet a ceva care nu există și prin corp*. Nici religiile, chiar dacă separă ideea de spirit în raport cu corpul, nu reclamă existența spiritului abstract, neasociat cu ceva care să existe (sau să fi existat măcar în trecut) și în sens fizic, nu se atribuie un spirit unei entități nemateriale. Deci vom asimila, pentru scopul acestei lucrări, toate conceptele referitoare la om-individ, *ideii de corp*. Persoana se definește prin corp, sau se definește prin corp și prin suflet, dar mai cu seamă „se dovedește” prin corp (de exemplu, în tradiția administrativă britanică, nu exista actul de identitate, pentru că persoana era definită doar prin apariție fizică: *some-body/any-body/no-body*).

Această relație a individului cu propriul corp este și ea, în primul rând, senzorială. Individul se percepe pe sine prin intermediul corpului. Are organe de simț care îi captează senzațiile, dar și un spirit care interpretează, generează sensuri, codifică senzațiile în percepții.

Percepția este existență. Dar nu există percepție în afara existenței corpurilor și a spațiului și numai un corp material deține capacitatea de percepție (cel puțin în dimensiunile cunoscute până acum). Cu această idee, dacă asimilăm percepția gândirii, putem atenua paradoxul sus-invocat al lui Descartes care, deși raționalist își certifică existența nu prin „corpul mecanic” (material), ci tocmai prin „gândesc”!

Mai important pentru această lucrare este relația individuală care creează conotațiile fundamentale pentru ideea de sănătate, la fel ca și medierea relației spațiu corp.

1.2.6. Distincția corp individual corp social. Plurisemantica noțiunii de „corp social”

Concepte

- Corp social = corpul socializat (modificat/influențat de social);
- Corp social = grup social/ entitate socială, mulțime, dar definită, unită de un criteriu de agregare.

În mod normal, referința la *corpul social* este în raport cu *corpul materie* și *corpul biologic*. Adică înseamnă ce adaugă socialul prin percepții, construcții și alte sensificări în explicitarea problemelor corporalității individului (aproape tot ce va fi inclus în capitolul despre conceptele corporalității (v.2)).

Dar **corp social** înseamnă și altceva: este metafora care desemnează un grup individualizat, atât de mare ca număr de indivizi sau ca anvergură, încât acționează ca un „corp” (într-o perspectivă funcționalistă). Sau, ca variațiune, funcționalismul asimilează societatea cu un „corp” care are „organe” și „funcții”. Acest fapt dovedește, iarăși, prin interpretarea limbajului natural, că percepția socială despre corp este una care reflectă *unitaritatea și coordonarea*. Corpurile sociale sunt comunități, grupări, corpuri profesionale, etc. adică, *corpuri colective*.

Privitor la acest sens desemnat de **corpuri sociale**, cu toate că metodologia sociologică utilizează instrumente foarte rafinate de delimitare sau discernere între astfel de entități, precum măsurarea varianței sau clusteringul, pentru determinarea nivelelor și „gradelor de colectivitate” (de exemplu, coeziunea), sau de integrare (embeddedness), în această lucrare, ne vom referi totuși la câteva corpuri definite apriori (de exemplu, putem invoca „*corpul medical*” ca fiind categoria profesioniștilor din domeniul medical), după criterii asumate și consacrate de integrare. De asemenea, mai există colectivități „încorporabile” ca natură precum *comunitățile locale* (analizate separat față de spațiile locale) sau *societatea*, în ansamblu. În cadrul comunităților, literatura specifică drept unități de măsură: *comunitatea de proximitate* (*cartierul*) pe anumite coordonate, sau *comunitatea integrală*: *orașul* (urban) și *satul* (rural). Aceste „corpuri”,

ca agregări de indivizi, deosebite de spațiile pe care le ocupă, sunt analizate în raport cu aceste spații și separat, ca structuri instituționale (Crossley, 2001).

Încă din scrierile lui Durkheim (1895), este cunoscut faptul că, atunci când indivizii aderă la sau formează împreună o comunitate coerentă, emerge un așa-numit *efect colectiv* care înseamnă mai mult decât suma fiecărei acțiuni în parte (efectul sinergic) (Cummins et al., 2007). În unele ocazii, acest efect se datorează proximității geografice sau situării în același spațiu geografic (comunitatea locală), în alte ocazii, ca urmare a unei decizii individuale voluntare de asociere într-un grup social, iar în alte cazuri ca urmare a existenței unei așa-numite „proximități relaționale” (cazul rețelelor sau corpurilor profesionale, fără existența unei decizii formale de asociere) (Fleuret, 2009). De exemplu, mișcări contemporane precum *militanții anti-globalizare* sau *LGBT* au tocmai o răspândire globală și prin acestea ies de sub criteriul geografic sau formează o așa-numită *geografie relațională*. Aceasta schimbă „spațiul” chiar dacă nu are tangență cu spațiul fizic.

În orice caz, acest efect colectiv general poate fi analog ca omogenitate unor caracteristici individuale sau poate manifesta o constanță mai lungă ca durată decât caracteristicile unui individ pe parcursul timpului (de aceea devin „corpuri”). Literatura probează că multe măsurători asupra unor persoane fizice într-un colectiv se relevă ele însele mai asemănătoare între ele decât pentru persoane din afara grupului lor, deoarece din interior împărtășesc limite sociale și influențe contextuale comune. Ca și în cazul corpului individual, corpul colectiv menține o homeostazie socială care echilibrează numeroase procesele sociale (Crossley, 2001).

Că nu este un mod nou de gândire în a face conexiuni între corp și totalitatea socială și a folosi una ca metaforă pentru cealaltă, ne amintește și Haraway (1991) prin găsirea conceptului de *corp politic* utilizat încă de la grecii antici. Dar și în discursul economic modern, mai exact în scrierile lui Adam Smith, găsim ideea *corpului social* ca „organism” (Nast și Pile, 1998). Atunci când Smith a teoretizat diviziunea socială a muncii, ca fiind cea mai productivă formă de organizare economică, el a avut în vedere un set de părți separate și specializate care lucrează împreună într-o armonie eficientă pentru a reproduce întregul social. Această viziune a unei totalități sistemice, divizată, dar integrată, auto-reglementată și aplecată spre reproducere, a devenit o metaforă fructuoasă pentru biologie. În *economia*

fiziologică, diferite organe funcționau într-o diviziune funcțională a muncii pentru „binele comun” al corpului „animal”. Printr-un proces complex de interacțiune și traducere, ceea ce a început ca o concepție economică s-a dezvoltat în conceptul fiziologic fundamental de „organism”, care este acum o trăsătură familiară a discursului și reprezentării corpului (Nast și Pile, 1998). Această istorie sugerează o posibilitate interesantă, de exemplu, regândirea unor concepte, precum cel al globalizării, după logicile de azi corporale/ sociale/ biologice.

În fine, într-o altă metaforă, cea funcționalistă, menționată mai sus, instituțiile sunt organe, funcțiunile instituționale sunt (pot fi) extrapolarea sau suplimentarea funcțiunilor fiziologice și sunt racordate la corpurile și la componentele acestora deci, fac parte din metabolism (există și expresii care le consacră, precum *metabolism urban* sau *metabolism social*).

1.3. Legăturile spațiu-corp sau spațialitate – corporalitate în sociologie

Ce unește spațiul cu corpul (spațialitatea cu corporalitatea)? în primul rând, așa cum am arătat mai sus, **materialitatea și spațiul fizic**. Corpurile sunt entități materiale cu coordonate de localizare, corpurile și spațiile formează spațiul ca întreg, dar și ceea ce numim *materialitatea*. Poate nu în mod absolut (totul este reflexie în conștiința umană) dar palpabilitatea și prezența fizică le certifică existența într-o măsură mai mare decât pot „revendica” existențele lor spirituale a căror certitudine se bazează doar pe concepte/cuvinte. Peste această legătură fundamentală, literatura mai are câteva domenii în care conceptele corpului și cele ale spațiului se întâlnesc pregnant:

1.3.1. Arhitectură și umanitate. Formele umanizate ale spațiului. Legăturile corpului cu spațiul construit

Prima și cea mai concludentă conexiune corp-spațiu: o găsim în practica arhitecturii, la toate principiile spațiului construit. Preceptul identificat aici: *spațiul construit (antropic) interferă cu_ și se referă la corpul uman*.

Dacă legătura cu spațiul fizic sau cel natural poate fi asimilată descrierii relației individ-spațiu în general, analiza devine mai complexă dacă particularizăm spațiul, îi presetăm un sens, fie el cel primordial al asigurării existenței.

Deja din această etapă, spațiul devine „antropic” sau, mai rafinat spus, „arhitectural” (construit). Construirea spațiului sau, într-un cadru mai larg, amenajarea teritoriului, cum s-a consacrat un termen alternativ în literatură, presupune intervenția asupra spațiului sau interacțiune cu spațiul, evident tot prin intermediul corpului. Problema ar fi cu cât, sau *cu ce anvergură participă corpul în determinarea spațiului?* (dincolo de aspectul senzorial). Ar fi trei direcții de răspuns:

Corpul – Concept organizațional & unitate de măsură a spațiului arhitectural

Pornind de la un reper imagologic: *Omul Vitruvian*, unul din cele mai faimoase desene ale lui Leonardo da Vinci, inspirat, la rândul său de opera lui Vitruviu, marele arhitect al antichității romane, care a lăsat moștenire principiile arhitecturii sub forma a „10 cărți” (Vitruvius, reedit. 1960) Peter Eisenman (citată în Grosz, 2001), încearcă să identifice „originea ideală” a arhitecturii și descoperă că toate principiile ei structurale au la bază *dimensiunile corpului și raportarea la utilitatea față de corp*. Derivate sau inspirate din corpul uman sau, mai exact, dintr-un „om bine conturat”, textul lui Vitruvius și desenul lui Da Vinci, au furnizat *principiile* în ceea ce privește ierarhia, proporțiile, ordinea, geometria, organizarea, simetria și relațiile parte-întreg, care, la vremea respectivă, erau cele mai importante aspecte ale proiectării arhitecturale (Grosz, 2001). În acest spirit arhitectural ancestral, Vitruvius afirmă în cărțile sale despre arhitectură, *„Câtă vreme natura a conceput corpul uman astfel încât omul să corespundă cadrului ei în ansamblu, există motive întemeiate pentru regula antică potrivit căreia, o clădire perfectă este cea în care toți indivizii diferiți se potrivesc în relație și cu ansamblul schemei generale. În plus, de la componentele corpului au rezultat ideile fundamentale ale măsurilor care sunt evident necesare în toate lucrările”* (Vitruvius, reeditat 1960).

Deci preceptele arhitectonice originare se axau, nu atât pe măsurările absolute ale părților corpului, cât mai ales pe relațiile proporționale dintre părți. Proiectarea clădirilor, ca și corpul uman, trebuie să tindă spre o „corespondență între măsurile membrilor cu întregul și a întregului cu-o anumită parte” (Grosz, 2001). Un edificiu trebuia să aibă trei calități: *firmitas, utilitas, venustas*, adică stabilitate, utilitate, estetică. *Arhitectura este, deci, o imitație a naturii*. Așa cum păsările și albinele își construiesc spațiul locuibil, tot

astfel și oamenii trebuie să folosească elemente naturale și mai ales edificiile arhitectonice să se integreze mediului, peisajului înconjurător.

Dincolo de chestiunea proporțiilor, corpul uman devine, de asemenea, model al raționalității în construcția arhitecturală, de la proporțiile coloanei de susținere asimilate celor ale corpului (atlanții) până la desenul scărilor interioare, asimilat cu rețeaua circulației sanguine, și chiar până la conceperea organismului urban în ansamblu: Exemple: desene în care planul unui oraș ideal urmează configurația corpului uman, sau celebrele desene ale orașului proiectat de Leonardo da Vinci ale cărui canale subterane trebuie să permită evacuarea invizibilă a deșeurilor.

Protagoras afirma că „omul e măsura și regula tuturor lucrurilor”. Corpul uman s-a constituit și ca o unitate directă de măsură în arhitectură. Le Corbusier, un alt mare arhitect dar al contemporaneității, a inventat chiar un sistem de proporție și măsurare care să fie utilizat în fabricarea materialelor și construcția clădirilor. Acest sistem nu schimbă, ci doar completează formularea primelor principii. Dacă pentru Vitruvius, corpul uman a furnizat un *concept organizațional*, pentru Le Corbusier, corpul uman a furnizat un *sistem de măsurare* (Grosz, 2001).

„Vernacular”, Utilitar, funcțional

Arhitectura, tot dintr-o altă accepțiune primordială, consideră spațiul construit ca un *derivat al corpului uman*. Organizarea spațiului în arhitectură, de multe ori tindea să se facă în legătură directă cu funcțiunile corpului. De altfel, și arhitectura de azi, reformulată profund în termeni de utilitarism, estetică, și tehnicitate, trebuie să fie, în primul rând, funcțională, deci *omul a căutat modelarea spațiului în sensul adaptării lui la nevoile vieții*. În acest sens, există și termenul de „*arhitectură vernaculară*” numită plastic și *arhitectura fără arhitecți*, cu referire la modelele de construire tradițională ale spațiilor de locuit în toate facțiunile și civilizațiile umanității, nu neapărat la o arhitectură ca știință academică. Pentru că ea a fost „descoperită” teoretic, nu postulată și pentru că ea se referă la evoluția stilului construcțiilor umane comune. Ideea acestei arhitecturi este adaptarea la vitregiile naturii sau la o anumită metodologie sau la un anumit calendar al vieții (Asquith și Vellinga, 2006). Oamenii și-au construit case, desigur, după modele împărtășite – expertiza în construcții se transmitea de la o persoană la alta – perfecționate

și cizelate peste milenii de la o generație la alta; dar cu un sens (chiar în afara unui design) utilitar raportat la nevoile vieții – deci raportat la corp ca funcționalitate. Dacă observăm, casele de la țară (mai ales pe categorii generaționale) sunt construite după același tipic, au aceleași dependențe, nu pentru că ar fi după un model mimetic sau imitație, ci pentru că toate răspundeau unui anume calendar de activități, setat în comunitate, dar adoptat la nivel individual. Oamenii le adaptează după experiențe. Că viața se poate schimba înaintea acestui tipic și că uneori aceste schimbări sunt asimilate mai târziu este plauzibil. De exemplu, în general, (infra)structurile au o inerție în raport cu comportamentele umane.

Este chiar interesant că arhitectura tradițională suferă modificări de la regiune la regiune și uneori de la sat la sat, semn al diferențelor între aceste moduri de viață. S-ar putea spune ca noțiunea este sinonimă cu cea de *arhitectura populara* (vernaculus în latina înseamnă indigen, domestic), dar acest termen a fost preluat în literatura actuală de specialitate tocmai pentru a ieși din ambiguitatea atributului de „popular”. Existența acestui tip de arhitectură și chiar dominanța lui comunitară ne demonstrează indestructibila legătură corp-spațiu (locațional).

Fiind făcută chiar de cei care o locuiesc în acele case, arhitectura vernaculară reprezintă transpunerea directă (fără intermediar) în forme a nevoilor practice și spirituale ale membrilor comunității respective, rezultate din modul de viață specific și din sistemul de valori împărtășite. Această afirmație corespunde surprinzător de analog unui precept al arhitecturii moderne, chiar a acelei componente numită „design industrial”, legat tot de utilitate: „*Forma urmează funcția*”. Expresia este inventată de arhitectul american Louis Sullivan, dar adesea, îi este atribuită în mod eronat sculptorului Horatio Greenough care este autorul *teoriei formelor inerente*. (Michl, 2009) Formulată inițial, principiul era acela că forma unei clădiri sau a unui obiect ar trebui să se bazeze în primul rând pe funcția sau scopul acesteia. Analogie cu corporalitatea biologică – mai exact cu anatomia și fiziologia – *Funcția creează organul adică organul (forma) urmează funcției*. Preceptul „forma urmează funcția” s-a implementat oarecum în contrast cu viziunea conservatoare „forma urmează precedentul” (cf. *Teoriei dependenței de cale* (Mahoney, 2000)). Dar analogia cu biologia ridică și alte aspecte care relativizează postulatul conform căruia forma urmează (întotdeauna) funcția: În acord cu teoria evoluției

lui Lamarck, pe termen lung, anatomia va fi structurată după funcțiile asociate utilizării: de exemplu, girafele sunt mai înalte pentru a ajunge la frunzele copacilor. Prin contrast, în evoluția darwiniană, forma (variația) precede funcția (determinată prin selecție). Adică în evoluția Lamarckiană, forma este modificată de funcția necesară, în timp ce în evoluția darwiniană variațiile mici de formă permit anumitor părți ale populației să funcționeze „mai bine” și, prin urmare, sunt mai performante în procesul reproductiv (Koonin și Wolf, 2009).

De fapt, încă din filosofia greacă, *forma și materia* este dualitatea de bază care descrie existența lucrurilor. La Platon, forma este asimilată *ideii* (care urmează *conceptului* adică funcția) – funcția precede forma. Funcția este definită ca realitatea permanentă care certifică existența obiectului (forma). Aristotel rafinează distingând între formă și materie (exemplul faimos cu câinele: materia care moare, dar ideea de câine rămâne). Formele sunt deci inerente ale materiei (Hillier, 2007).

Revenind la principiul *forma urmează funcția*, se pune problema în analiza arhitecturii și a designului: până la ce limite ale funcționalității se poate adapta forma: de exemplu, expresia în sine „forma (întotdeauna) urmează funcția” a devenit un strigăt de luptă al arhitecților moderniști după anii '30. Acest credo a fost preluat împreună cu presupunerea că elementele decorative, pe care arhitecții le numesc „ornamente”, erau de prisos la clădirile moderne. Dar cât poate fi de validă în parcursul umanității această proiectare „fără ornamente”? Așa cum relatează Jeffrey Meikle (2001) industria auto americană a stopat temporar încercările de a introduce forme aerodinamice optime în fabricarea autovehiculelor de masă pentru că producătorii au înțeles că eficientizarea aerodinamică va avea drept rezultat o cvasi-unică „formă optimă” de caroserie – forma „lacrimă”, care nu ar încuraja vânzările. Așa-numitul stil aerodinamic s-a dovedit adesea lipsit de sens din punct de vedere al performanței tehnice. Desigur, s-au pus la bătaie criterii tehnice în concurență, dar nu până la limitele adaptabilității fizice. Designerii au făcut față contradicțiilor inerente ale „forme funcționale”. În acest sens, Loewy a formulat principiul „MAYA” (*Most Advanced Yet Acceptable*) în sensul că *acceptarea avansului este limitată și de așteptările sociale*. Marketingul a denaturat utilitatea din nevoia de „familiaritate” pentru tehnologiile noi. Așa de exemplu, au apărut conceptele de *geography friendly* sau

history friendly pentru a marca nevoia de armonie confort și acceptabilitate între utilitate, corp și spațiu (Meikle, 2001).

Conținut senzorial/spiritual al arhitecturii

Pe lângă această reglementativitate „tehnică” în raport cu corpul, dintr-o perspectivă fenomenologică, contează și integrarea percepției senzoriale ca ingredient al arhitecturii. Corpul uman furnizează deci spațiului construit spirit, emoție, experiență, memorie: Arhitectura sau formele construite înglobează și transmit „experiență” umană manipulând *spațiul, materialul, lumina* (componentele spațiului) cu impact asupra simțurilor umane (Grosz, 2001). Într-un anume fel, ea conține experiențele pe care le precedă și pe care, eventual, le perpetuează sau le schimbă. Deci natura ei este una evoluționară, nu statică, adică influențează comunitatea și prin integrarea activității umane în contextul spațiului, dar și prin propriul mesaj. Nu întâmplător, s-a remarcat rolul arhitecturii ca vehicul al ideologiilor și teoriilor mainstream de-a lungul istoriei. Arhitectura a fost o reflexie a epocii ei – orice stil arhitectonic conținând și informație din spiritul vremii pe care o reprezintă, inclusiv dictaturile au dispus de o simbolistică, dar și o normativitate în arhitectură (Deamer, 2014).

Deci *arhitectura este o reflexie a socialului și din punct de vedere senzorial*. Din această perspectivă, spunem că legătura cu corpul uman se manifestă în special în relația arhitecturii cu percepția umană. Christian Norberg-Schulz subliniază că „mediul influențează ființele umane, ceea ce implică faptul că scopul arhitecturii depășește definiția dată de funcționalismul timpuriu care se referă doar la satisfacerea funcțiunilor” (Norberg-Schulz, 1965). Designul trebuie să ia în considerare în primul rând detaliile senzoriale care permit o legătură, dincolo de folosirea fizică a unei clădiri, o experiență.

Și în sens invers, dinamica percepției umane, a individului și a comunității trebuie să influențeze forma și funcția de proiectare, în ceea ce privește circulația și organizarea pentru a obține pentru a produce arhitectura senzorială. Senzațiile și impresiile înrădăcinate în memoria creatorului generează intențiile din spatele arhitecturii viitoare. Iar materialitatea, forma tactilă a fenomenologiei care facilitează memoria. Arhitectura devine expresia acestei intenționalități (pe care o aduce în față și o transmite). De aici vine forța generativă a arhitecturii, dintr-o elasticitate strategică între percepția umană

și rigorile designului, o relație între simțurile umane și construcție care transforma emoția și percepția – deci influențează stările (întrupările).

Ca metaforă a acestei considerații, Alberto Pérez-Gómez (1985) vede arhitectura ca fiind „teatru de memorie” – afirmând că orice act arhitectural este generat prin percepția umană și experiența senzorială. În cartea sa ilustrativă „Thinking Architecture” (Zumthor, 2010) susține că memoria este rezervorul arhitecturii în înțelegerea spațiului sau în alcătuirea spațiului. Amintirile intime ale locului sunt adesea derivate din forme complexe de detalii care permit ca o legătură, dincolo de utilizarea fizică a unei clădiri, a unei experiențe, să devină înrădăcinată în memorie – explicația fenomenologică a arhitecturii în viziunea lui Norberg-Schulz – fenomenologia descrie puterea fenomenului în constructele teoretice (Norberg-Schulz, 1965).

De aceea, teoria arhitecturii încadrează printre caracteristici și o „atmosferă” (Zumthor, 2010) care ghidează emoțiile individului. Termenul de atmosferă își are originea în meteorologie, unde desemnează totalitatea învelișului aerian al Pământului. Cu toate acestea, în majoritatea limbilor europene, această expresie se referă și la *tonul emoțional al unui spațiu* sau al unui spațiu constelație (a se vedea aici legătura cu *genius loci* v.3.2.2.). Se poate referi la vreme, dar mai ales la *spațiul resimțit (corporal)* în care se regăsește ceva (de exemplu, expresii care descriu atmosfera: dimineață veselă, furtună amenințătoare, zi mohorâtă, așteptare tensionată, etc.). *Atmosferele* modelează ființa și ființele ca un întreg: relațiile cu mediile, cu alți oameni, cu lucrurile și cu locul. De aceea, atmosferele sunt extraordinar de semnificative pentru teoria și practica arhitecturii. Deși este percepută doar ca o artă vizuală, arhitectura constă în mod esențial în producerea de atmosfere, dar aceste atmosfere nu pot fi accesate decât prin prezența corporală. Spațiul este întotdeauna simțit corporal.

În același context al legăturii spirit-percepții-arhitectură (spațiu corp) trebuie menționate și viziunile post-moderniste ale arhitecturii – reflectând relațiile de putere și capacitatea spațiului (construit) de a disciplina adică de a difuza și impune diferențele, segregările relațiile de putere și relațiile de producție (referințe la Foucault, Lefebvre) dar tratarea acestor subiecte se va face separat (v. 3.3.3 și 3.3.6).

1.3.2. Corpul ca spațiu individual și corpul ca loc

De exemplu, o clădire are un corp, în primul rând pentru că ocupă o parte a spațiului. Odată locuită, ea devine loc, adică sediu al trăirilor și experiențelor. Forma corporală a locuinței contribuie, nu puțin, la a o face pe aceasta extrem de semnificativă și profund formatoare. În acest fel, procesul locuirii devine producător de sensuri, valori și convingeri, pe scurt, cultură.

Ca și corpul uman, clădirea este homeostatică, ea păstrând sub control constant parametrii ambientului interior. Ea „trăiește” precum omul, grație schimburilor cu mediul exterior. Are fluxuri de intrare (aer, apă, foc, pământ – elementele care, conform tradițiilor, compun lumea). Și are fluxuri de ieșire-evacuare a reziduurilor.

Clădirea există nu doar în spațiu, ci și în timp. Corpul ei, ca și cel uman, îmbătrânește are nevoie de îngrijire (mentenanță, care constă în reparații și zugrăviri periodice), de operații de întinerire (renovare). În absența lor, clădirea se ruinează, câștigând, eventual, o grație poetică (valoare de patrimoniu, istorie, artă, etc). De aceea, există valoare de semnificație și la ruine sau când până și ruinele dispar, clădirea se reduce la planul sau conceptul mental de la care a pornit construcția și care se vede încă trasat de urmele păstrate *in situ* (cum e cazul monumentelor istorice).

În mod similar cu arhitectura, și alte arte cu natură similară pot produce același efect de impact.

Într-o anumită perioadă a creației sale, în anii '50 și '60 ai secolului trecut, Martin Heidegger și-a concentrat analizele pe un subiect particular, atipic pentru opera sa: sculptura. A apelat la acest domeniu pentru a regândi relația dintre corpuri și spațiu și rolul artei în viața noastră. Împotriva unei viziuni tradiționale a spațiului ca un container gol pentru corpuri discrete, aceste scrieri definesc corpul ca fiind deja dincolo de el însuși într-o lume a relațiilor și concep spațiul ca un *mediu material de contact relațional*. Sculptura ne arată modul în care aparținem lumii, o lume aflată în plin proces tehnologic de dezrădăcinare și lipsă de adăpost. Plină de ilustrații ale unor lucrări pe care Heidegger le-a întâlnit sau le-a luat în considerare, cartea *Heidegger Among the Sculptors* (Mitchell, 2010) aduce o contribuție singulară la filosofia sculpturii dar marchează și instituirea acestei corelații corp-spațiu devenită azi fundamentală în sociologie.

Revenind la afirmația „*Corpul uman este «locusul» tuturor formulărilor despre lume*”; (Rich, 1986) constatăm că el nu doar ocupă spațiu și timp, ci constă în spațialitate și temporalitate: experiența lui este, prin urmare, „geometrică”. Extinderea acestui fapt constituie forța designului arhitectural, crearea unei structuri și a unei ordini rezonante cu propriul corp (Pérez-Gómez, 1985). În sensul acestei afirmații se conturează acest al doilea filon al conexiunii spațiu-corp sau spațialitate-corporalitate în termenii din domeniul geografiei culturale: **corpul este spațiu**.

Tot prin referința lui Rich (1986), corpul este „geografia cea mai apropiată” care intuiește și *aspectul „geo”-spațial al noțiunii de corp*, putem vedea corpul ca *mediu* (spațiu/ loc) care găzduiește *sinele*. Din moment ce suntem vii, trebuie să avem corpuri. Și, din moment ce avem corpuri, trebuie să fim într-un anumit loc (suntem corporali și implicit localizați, deci spațiali). Corpurile noastre ocupă spațiu, deci sunt spațiu la propriu. „Spațiul” corpului nostru este codat cu „hărți ale dorinței, dezgustului, plăcerii, durerii, deznădăjduirii, iubirii” (Pile, 2010). De asemenea, corpul este un „site” pentru consum material, somatic și pentru exprimarea valorilor. Prin intermediul organelor senzoriale ale corpului, percepem calitățile spațiului; prin bagajul nostru cultural evaluăm spațiul; printr-o combinație de creativitate și abilități motrice adaptăm și proiectăm spațiul (interacțiune simbiotică: schimb de substanțe și de informație). Caracteristicile corpului nostru sunt ordonate și delimitate în mai multe moduri, identitățile și semnificațiile locurilor în care trăiesc corpurile sunt construite și ele – geografia corpului și geografiile pe care le locuiește sunt departe de a fi naturale – Cresswell (1996) ne descrie cum poate fi un corp *în loc* sau *în afara locului*. (In-place/out-of-place).

Ideea de a avea trup este deci specifică din punct de vedere cultural, istoric și geografic pentru că la ideea de ființă la locul ei (being in place) se atașează caracteristici ce țin de aceste naturi. Spunem, pe de-o parte: corpurile noastre sunt unice, locurile noastre sunt unice, atunci acest lucru implică faptul că numai noi putem experimenta lumea așa cum o facem. Totuși, toți ceilalți au și ei un corp (nu același, dar un corp) apoi, din moment ce și alți oameni au corpuri și pot trăi în aceleași locuri, experiențele noastre nu sunt în mod obligatoriu unice, ci pot fi împărtășite (corpurile și locurile nu sunt izolate unele de altele). Argumentele se învârt în cerc. Prin urmare, atât corpurile, cât și locurile trebuie eliberate de logica în care sunt fie universale, fie unice, acceptând că locurile și corpurile sunt în devenire, adică sunt făcute,

sau, mai bine spus, se fac continuu (making of), sunt *dinamice produse* permanent, și mai ales, în corelație unele cu altele (Nast și Pile, 1998). Viața se trăiește prin locuri, prin corp, deci prin ceea ce se va dovedi că este o construcție socială a corpului și locului. De fapt, întâlnim aici chiar sensul cel mai elocvent al „construcției sociale” care s-a impus față de percepție sau reprezentare socială, care sunt termeni mai „statici” or, sensurile și percepțiile se schimbă continuu adică sunt (re)construite. (Este până la urmă o înțelegere culturală diferită pentru noi: în limba engleză există expresii making de body și making the place – așa cum există making the sense – în cultura română semantic vorbind, aceste noțiuni nu sunt „făcute” ci doar date: corpul este, locul este, sensul este – dar nu e decât o carență de limbă, întrucât conceptual acceptăm că a fi = a fi la un moment dat și într-o secvență succesivă poate fi altfel).

Nevoia de a analiza relația dintre corpuri și locuri vine, nu din cauza unei exigențe academice de a rezolva acest tip de paradox ca cel explicat mai sus, ci pentru că aceste caracteristici atașamente culturale pe care le primesc corpurile se repercutează asupra vieții. În acest sens, *modul în care trăim relațiile dintre corp și loc este unul politic* (Grosz, 1995) sau putem vorbi de politică întrupată (Adelman și Ruggi, 2012). Pentru că amplasarea corpului în spațiu emerge în_, sau depinde de un status al individului. Până la urmă, plasarea fizică naște plasarea socială într-un mecanism care, la scară socială, se structurează, împământește (instituie embedds) și se reproduce sau, eventual, evoluează. De fapt, determinarea este biunivocă. Și plasarea socială produce selecție în plasarea fizică prin migrație, arondarea, etc.

Adrienne Rich, într-o carte atribuită literaturii de factură feministă (*Notes Towards a Politics of Location*, 1986), încearcă să facă o analiză a intersecțiilor genului, rasei, sexualității și politicii în diverse locații și începe cu o analiza acestei „geografii (cea mai apropiată)” – corpul (individual). Până la acel moment, studiile despre corp s-au făcut pe un spectru larg de discipline, dar nu s-a ajuns până la o relație atât de complexă *corp-locație (amplasament)-status-politică a spațiului*. Rich observă că în orice moment și pe orice subiect de interacțiune, putem identifica în discuții/ limbaj/ interacțiuni termeni uzuali care fac referință la o „politică” (putem s-o numim și *concepție locală*) despre subiectele vieții: alimentație, muncă, gen-graviditate, maternitate, relații. De exemplu, în zona de gen, analizată în carte, există o *politică a violului, incestului, a avortului*,

a controlului nașterilor, a sterilizării, a prostituției, a sexului conjugal sau extra-conjugal (sexul consimțit) etc., toate având conținut reglementativ asupra corpului și la toate putând fi asociată o ierarhie spațială/socială între indivizi. Oamenii, oriunde ar fi plasați, se supun acestor normativități ale spațiului lor. Corpul este mereu plasat „geopolitic” (Rose, 1995): locația lui este marcată de poziția sa în circumstanțe istorice și geografice specifice. De exemplu, cetățenia are atașate drepturi, constrângeri, cutume specifice locului. Dacă spunem „american”, asociem această denumire cu toate „americanismele” – adversitate cu Rusia sau cu China, rasism, progresism, adică, toată imagologia care produce chiar și într-un stat liber, tot felul de forme de opresiune. Dacă spui rus, vei asocia imediat cu restricții de libertăți sau dimpotrivă, cu oligarhie, violență etc. Această recunoaștere a „geopoliticii corpului” sugerează o ierarhie spațială a scărilor de opresiune, de la corp spre exterior, până la nivel global (Soja, 1996).

Totuși, de fapt, indivizii se mișcă în mod fluid printr-un număr mai mare de registre spațiale și deci există o multitudine de puncte de legătură între individ și loc. Aceste puncte de legătură sunt variabile, pentru că individul ocupă nu una, ci mai multe poziții. Corpul este atât mobil, flexibil cât și canalizat, atât fluid, cât și fix, în locațiile sale. Nu este vorba doar de „geopolitica corpului” (conceptul Adrianei Rich, 1986), ci și de politici ale conexiunii și deconectării, a drepturilor asupra corpului, a corpului ca loc de luptă. Prin cartografierea locurilor și prin raportare la corpul individual se dezvăluie căile de poziționare și modul în care corpul devine capabil să imagineze aceste conexiuni și teritorii în mod diferit. Astfel, se identifică registrele spațiale, conexiunile, teritoriile, dincolo de o înțelegere banală a locurilor ca zone delimitate. Aceste registre spațiale – aceste geopolitici ale corpului – sunt produse prin relații de putere inegale între categorii/clase (gen, rasă, orientare sexuală, naționalitate, religie, niveluri tehnologice, etc.) (Nast și Pile, 1998). De exemplu, Rich (1986) argumentează că *pielea ei albă a dus-o în anumite locuri și a împiedicat-o să meargă în alte locuri*, sugerând ideea că statusul social, orientarea sexuală acționează ca vectori spațiali care (re)amplasează corpurile după o logică a circuitelor sociale. În acest sens, corpul este indisolubil legat de spațiu prin această ordonare (politică) a lumii.

Pe de altă parte, corpul nu este pur și simplu purtătorul unor categorii culturale prestabilite. Pentru Grosz (1994) „corpul nu poate fi înțeles ca un

ecran neutru, o tabula rasa biologică pe care se poate proiecta în mod indiferent un statut: masculinul și femininul albul, negrul sau alte forme ierarhice de putere. Corpul există în spațiu și dincolo de relațiile sociale și de categoriile impuse corpului". De exemplu, în timp ce știința medicală a fost dominată, încă de la sfârșitul secolului al XVIII-lea, de ideea că sexele sunt „opuse”, Grosz dorește să argumenteze că *trupurile sunt mai degrabă instabile sau nedeterminate în realitate, dar societatea a creat granițe și categorii de natură discursivă*. O astfel de cunoaștere medicală poate că a ajutat la performanță în medicină, de exemplu, un tratament mai bun al bolilor specifice femeilor, dar a perpetuat, de asemenea, un anumit tip de înțelegere a relației dintre bărbați și femei: aceștia sunt opuși, deci contrari. În realitate, bărbații și femeile au mai multe lucruri în comun unul cu celălalt decât cu orice alt „lucru”. Pentru Grosz, acest lucru *sugerează o înțelegere alternativă a diferenței intrupate*: în loc să fie opuse, categoriile sunt „vecine” sau înrudite (*a thousand sexes, a conurbation of sexes*) (Grosz, 1994) ceea ce ar estompa chiar ideea de „categorie”.

Și Judith Butler (1993) susține că *sexul este doar o categorie discursivă* care se (re)produce și produce normare. Cu alte cuvinte, diferențele sexuale sunt construite prin discurs și nu naturale. În acest sens, ea folosește termenul de „*performativitatea genului*” (echivalentul unui rol social) pe care-l contrapune materialității corpului în general. Diferența sexuală este adesea invocată ca o problemă de diferențe materiale. Cu toate acestea, diferența sexuală nu este niciodată doar o simplă funcție a diferențelor materiale care nu sunt, într-un fel sau altul, atât marcate, cât și formate de practici discursive. Mai mult, ea susține că diferențele sexuale sunt indisociabile de demarcațiile discursive nu este același lucru cu a susține că discursul cauzează diferența sexuală. La fel, Foucault a numit sexul un „*ideal regulator*” (1980) adică nu este doar o normă, ci mai curând un proces de asimilare și reiterare a unor norme și reglementări care-l materializează. Faptul că această reiterare este necesară, este un semn că materializarea nu este niciodată destul de completă, sau corpurile nu sunt niciodată destul de conforme cu normele prin care este impusă materializarea lor.

În general, în viziunea curentului feminist, această „binaritate” în tratarea sexelor, ca fiind *opuse*, poate fi și cauză pentru controversele sociale de azi asupra diversității de gen (sau chiar de sex). Percepția aceasta duală/binară/vs.

a evoluat în percepția unei adversități la nivel social. Chiar și medicina s-a mișcat în această paradigmă, folosind diferențierea sexuală ca pretext pentru separări disciplinare, deși problemele medicale nu sunt chiar atât de diferite (medicina a amplificat diferențele sexuale/de gen sociale). Sexul, rasa, tipul sângelui și, în detaliu, alte trăsături fizice, corporale – ochii, nasul ca forme sau aspect, sunt semnificanți destul de instabili ai diferențelor și asemănarilor dintre corpuri. În viziunile feministe/ progresiste sunt *determinanți sociali* pentru diferențele și inegalitățile de putere.

Dar dacă totuși eliminăm aceste criterii, se pune întrebarea din ce mai sunt alcătuite corpurile cu adevărat? Această înțelegere provoacă întrebări, nu doar cu privire la corpul creație în sine, ci la modul în care sunt alcătuite corpurile. Aceste „ambiguități ale corpului” (Nast și Pile, 1998) sunt foarte prezente în conștiința socială, deci sunt implicate în percepția socială despre corp. Ca să exemplifice, cei doi autori ai eseului *Making Places Bodies* din cartea *Places through the Body* (1998) fac referință la două titluri mitologice din literatura universală: *Alice în Țara Minunilor* și *Călătoria Dorotheei* din parabola *Vrăjitorul din Oz*. Cele două personaje, complementar, oferă o imagine a acestor ambiguități în percepțiile sociale despre corp în raport cu spațiul sau tărâmul înconjurător: Corpul Alicei, niciodată suficient de stabil și mereu disonant cu locația, relația mereu instabilă între corpul ei și locație, iar în cazul Dorotheei, povestea atinge semnificațiile dorințelor sau lipsurilor. Tuturor personajelor le lipsește ceva esențial și merg spre un tărâm necunoscut sau care nu există (vrăjitorul este o farsă). În timp ce traversa dintr-un loc în altul, Dorothy reconfigurează și demască această șaradă a corpurilor. Alice și Dorothy indică *fragile iluzii prin care se (re)construiesc rezistența și soliditatea corpurilor și locurilor* (Nast și Pile, 1998) (Aceasta este, de fapt, ideea care ne va conduce la conceptul acestei lucrări: *corpul avatar v.4.3*).

Puțin câte puțin, corpurile devin relaționale, teritorializate în moduri specifice. Locurile sunt construite prin relații, prin scale, frontiere, geografie, geopolitică și organizare socială (sau posesiuni materiale). Vicki Kirby numește această geografie a corporalității – Corporeografia (1989).

Deci geografia aduce o perspectivă spațială unică asupra corpurilor, susținând că acestea sunt *locuri* în care discursul și relațiile de putere sunt simultan cartografiate, întrupate și respinse, și unde identitățile sunt inter-

pretate și construite. De asemenea, corpurile sunt contingente din punct de vedere spațial; cu alte cuvinte, modul în care sunt interpretate corpurile se schimbă în și prin spațiu, iar lecturile și înțelegerile acestor performanțe întrupate variază simultan în spațiu. În funcție de gen, sexualitate, dimensiuni, forme, religie, rasă, etnie, vârstă, clasă, sănătate și (diz)abilități. Sau, mai nou, include corpurile în spațiile lor cotidiene, cum ar fi strada, casa și locurile de muncă; contextele culturale nu înconjoară pur și simplu corpurile, ci și ajung să le locuiască sau să le ocupe (Kirby, 1985).

Aceste idei vin în siajul unor teorii filosofice mai vechi, de exemplu, Walter Benjamin, unul dintre primii teoreticieni care au explorat modul în care *imaginea corpului și imaginea spațiului sunt interconectate în cultura modernă* în „lucrarea” sa „Das Passagen-Werk” (Proiectul Arcadelor) de fapt, o lucrare neterminată din care au rămas doar materiale dispartate (Duncan et al. 2004). Benjamin a abordat această problemă prin analizarea relației dintre *corp, spațiu, mass-media și tehnologie* în orașele moderne, observând că arhitectura modernă a încurajat o nouă relație între corp și spațiu, în care corpul este supus unor stimuli vizuali și senzoriali constanți și este perceput ca o entitate care trebuie să răspundă rapid și eficient la cerințele mediului urban, devenind chiar o parte a fluxurilor comerciale. Deci, din această perspectivă, corpul uman și spațiul în care acesta se află, sunt strâns legate și că această legătură poate influența modul în care ne percepem și ne construim imaginea de sine. Adică și imaginea corpului și imaginea spațiului sunt strâns legate de o codificare generată în interacțiunea socială. Aceste *imagini corporale* sunt produse unele prin altele și manipulate prin intermediul mass-mediei și al tehnologiei moderne, și sunt folosite pentru a controla și a dirija comportamentul uman în spațiul urban.

În ceea ce privește *imaginea corpului*, Benjamin a considerat că aceasta este influențată în mare măsură de modelele culturale și de idealurile estetice ale momentului (Pile, 2000). Mass-media, publicitatea și moda au creat o imagine standardizată a corpului perfect, care este prezentată ca obiectiv de atins și care este percepută ca fiind esențială pentru integrarea socială și pentru succesul personal. Iar privitor la imaginea spațiului, aceasta este influențată de arhitectura și urbanismul modern, care au creat acest spațiu de consum și de circulație rapidă care produce stimulii. În acest context, spațiul social, ideile și acțiunile, imaginația și reprezentarea lor de către

actori/agenți sunt condiționate unele de altele. Mai mult, pentru Benjamin, acolo unde subiecții înșiși își întruchipează ideile în act, spațiul-imagine se unește cu spațiul-corp. Imaginile percepțiilor și ideilor noastre, precum și metaforele de care suntem înconjurați, sunt văzute de Benjamin ca un „*spațiu corporal și de imagine*” (Leib und Bildraum) în care realitatea noastră este generată de corp prin imagine a spațiului. La baza conceptului lui Benjamin se află *teoria gândirii și a acționării în imagini* care ia ca punct de plecare faptul că materialul principal al gândirii și ideilor noastre este bazat pe imagini (Pile, 2000). Pe baza acestei concepții, Benjamin susține că pe măsură ce gândurile devin încorporate în acțiune – are loc o întrepătrundere a corpului și a imaginii spațiului, implicit a spațiului perceput – din aceasta, Benjamin dezvoltă conceptul de acțiune în care gândurile devin întrupate *in-actu* (el vorbește chiar de o *interpenetrare a corpului cu spațiul-imagine*) adică gândirea și acțiunea devin ca și cum ar fi una și cu ele se deschide o „actualitate universală și integrală” sau, altfel spus, gândirea și acțiunea, prin actualitate, devin componente ale „universalului și integralului”. Or, cultura modernă este caracterizată de proliferarea imaginilor și de exploatarea lor comercială în vederea stimulării consumului de masă. În aceste condiții, aceste *imagini* nu sunt doar o simplă reflectare a realității, ci sunt sau pot fi produse intenționat și utilizate pentru a genera dorințe și nevoi noi în public.

În aceeași viziune, în lucrarea sa *Illuminations*, Benjamin a introdus ideea de „*aură*” a corpului uman și a spațiului înconjurător (Weigel, 1996). El a susținut că această aură poate fi influențată de spațiile urbane și de modul în care acestea sunt proiectate și iluminate. Spațiul determină corpul prin caracteristicile sale (spațiile referențiale v.4.3.). Bunăoară, spațiile urbane iluminate cu lumină artificială pot crea o aură de artificialitate și alienare, în timp ce spațiile naturale sau organice pot crea o aură de autenticitate și conectare cu lumea naturală (Latham, 1999).

O abordare oarecum similară o aduce Thrift (2003), care proclamă că *locul este implicat în întrupare*. Experiența multisenzorială a locului, de exemplu, elementele vizuale, auditive și tactile, precum și mirosurile și gusturile, poate determina o așa-numită *geografie corporală a locului* – chiar dacă relația dintre corpul uman și locurile cu semnificație înaltă este adesea mai complexă. A fi „în loc” implică o gamă de performanțe cognitive (mentale) și fizice (corporale) care sunt în mod constant evoluează în permanență pe măsură

ce oamenii se întâlnesc cu locul. Thrift (2003) ne atenționează asupra faptului că există o practică care înglobează cunoștințele și conștientizările din viața de zi cu zi, acel *habitus* (v.2.3.8). Alți comentatori sugerează că geografiile întrupării sunt implicate și în determinările clasei (Pierre Bourdieu), genului (Judith Butler, Linda McDowell, Cindi Katz) și a diviziunilor rasiale (Pred, 2004).

Din această perspectivă, geografia corporalității are de-a face cu plasarea corpurilor în societate, cu situarea lor din punct de vedere al definirii perceptuale și al clasificărilor sociale sau politice, sau, mai general, din punctul de vedere al unei configurații de putere. Critica adusă acestei abordări face referință la ignorarea materialității corpurilor în detrimentul normativității discursive. Dar nu este ignoranță ci, mai curând, distincție între *corpurile discursive* și *corpurile materiale* (Longhurst, 2001). Corpurile materiale nu sunt smulse din discurs. Corpurile sunt „reale”, au o materialitate puternică dar, în același timp, sunt construite social din moment ce sunt implicate în discursuri. De asemenea, corpurile se află întotdeauna într-o stare de devenire cu locurile.

În această direcție, trebuie să vedem și sensul opus al determinării corp-loc: al treilea filon al legăturii corp-spațiu.

1.3.3. Locuri prin corpuri (places through the body).

Cadrul (spațial) creat de corp

Experiența perceptuală sau conștiința comportă și unele aspecte spațiale. Nu experimentăm doar corpul, ci și lumea înconjurătoare. Corpul este sursa spațialității, după cum susține Merleau-Ponty: „departe de a fi pentru mine corpul meu, doar un fragment de spațiu, nu ar exista deloc spațiu pentru mine dacă nu aş avea corp” (1962, 2002, p. 102). Aceasta este definiția cea mai elementară a ego-centrismului, în sensul său neutru și una dintre ideile centrale din fenomenologia corpului: *corpului nu i se poate atribui doar o poziție fizică în spațiu, pentru că el este însăși condiția prin care spațiul este trăit și perceput*. Una dintre funcțiile importante ale corpului în contextul percepției și al acțiunii este de a fi *bază pentru un cadru de referință spațial egocentric*. Tot ce trăim senzorial și motor este coordonat sau dispăcat în legătură cu poziția noastră în spațiu. Corpul nu este doar „în”

spațiu – el este modul prin care spațiul devine perceptibil și semnificativ pentru noi. Astfel, fără corp, nu am avea acces la lume, pentru că spațiul, locurile, distanțele, mișcările sunt trăite prin intermediul corporalității noastre. De exemplu: nu „măsori” o cameră doar în metri – o percepi ca apropiată sau îndepărtată, deschisă sau închisă, primitoare sau apăsătoare, în funcție de cum te poți mișca în ea, de cum o simți prin corp. Acest cadru egocentric este necesar pentru însăși posibilitatea de acțiune și pentru structura generală a experienței perceptuale. Faptul că percepția și acțiunea sunt spațiale din punct de vedere perspectival (de exemplu, obiectul x apare la dreapta sau la stânga mea, sau în centrul câmpului meu perceptiv), depinde tocmai de spațialitatea corpului care percepe și acționează. Acest lucru este exprimat într-o judecată făcută de Poincaré, potrivit căreia *noțiunea de spațiu derivă dintr-un „sistem de axe invariabil legate de corpul nostru”* (Gallagher, 2006).

Așa cum s-a precizat, nu există percepție în afara existenței unui corp. Un cadru de referință egocentric contrastează cu un cadru de referință alocentric, centrat pe obiect, neperspectival – adică un cadru de referință care se orientează de la un alt obiect decât cel care percepe. Deci spațiul se desfășoară în jurul nostru și, epistemologic vorbind, există (doar) pentru noi. Spațiul pornește de la noi și se desfășoară începând de la părțile corpului și conexiunile acestora cu elemente ale spațiului prin intermediul organelor de simț și prin motilitate. Aceasta este *direcția egocentrică a producerii și percepției spațiului prin corp*. Există o speță celebră în neuroștiințe: *povestea lui Ian Waterman (Omul care și-a pierdut corpul)* (McNeill et al., 2008, Gallagher, 2006) care, exact prin contrast cu schema egocentrică descrisă mai sus, îi confirmă, de fapt, logica. Ian Waterman este un personaj real care, în urma unei boli, a ajuns la pierderea aproape totală a simțului tactil și a simțului corpului – *propriocepție* – și a simțurilor de poziționare spațială a membrelor, deși nu era paralizat. Cu toate acestea, printr-un program riguros de autoproiectare, de practică, a învățat să se miște din nou, executând la nesfârșit mișcări în diferite combinații, și diferite traiectorii, distanțe și viteze, până când a putut, gândindu-se la mișcarea și folosind viziunea ca ghid, să reușească să-și coordoneze motilitatea, dar din exterior (ca și cum ar mișca un corp străin). Nu ne interesează partea de neuroștiințe a acestei povești, dar dincolo de ea și de povestea de viață impresionantă, cazul este exact excepția care confirmă

regula existenței acestei percepții și alcătuirii a spațiului prin corp. O dovadă că schema corporală există (v.2.3.7).

„*Locul prin corp*” a fost teoretizat foarte riguros în colecția de eseuri invocată mai sus: (*Places through the bodies* – Nast și Pile, 1998) care descrie cum practicile sociale împământenate și incorporate sunt constitutive pentru anumite corpuri și locuri.

Dar dacă pare evident cum corpurile sunt condiționate de locurile în care trăiesc, relația inversă este mai greu de conceput: corpurile sunt deschise, dezinhibate, eliberate de loc, în schimb, *locurile se formează prin corp*, așa cum sunt ele produse, inspirate, visate, născute, purtate. Spațiile sunt imaginate și create ca rod al acestei imaginații. De exemplu, corpurile, ele însele, încarcerează și leagă, creează normativitate și discurs restrictiv asupra spațiului. Aceste restricționări modelează o așa-numită *arhitectură socială a psihicului* adică o autocondiționare a individului prin normele sociale (Nast și Pile, 1998). Aceste constrângeri ale corpurilor și ale locurilor nu sunt neapărat, sau pur și simplu materiale sau discursive, ci pot fi fantasmate și trăite (imaginația creează spații) – uneori cu consecințe barbare și mortale. Cele mai bune exemple sunt *utopiile* sau *heterotopiile*, toate acele locuri imaginate și create după un model rezultat al gândirii și conceperii. De exemplu, arhitectura lui Le Corbusier inspirată de taylorism care reflectă idealul modernist al unei societăți ordonate prin raționalizare spațială (Deamer, 2014). Asemenea lui Frederick Taylor (1911), care a fragmentat activitatea muncitorului pentru a-i crește productivitatea, Le Corbusier a imaginat orașul modern ca o „mașină de locuit” – un spațiu optimizat, standardizat și funcțional, în care locuirea, munca și circulația sunt strict delimitate. Acest transfer de principii din sfera organizării industriale în arhitectură și urbanism nu era doar tehnic, ci profund utopic: promisiunea unei lumi mai eficiente, igienice și echitabile. Nimic nu era neprevăzut: femei așezate într-o fericire domestică perfecționată; noduri de transport eficiente din punct de vedere spațial care transportă bărbați energici la locurile de muncă; enclave de natură verde dispersate în moduri controlate pentru a aduce în mod eficient beneficii pentru sănătate locuitorilor din mediul urban; turnuri albe strălucitoare („catedrale albe”) ridicate pentru și pline de manageri ai orașului, fantasmate și trăite – iar trăirile determină spiritul spațiului (Scott, 1998).

Desigur, această viziune implica și o abstractizare a subiectului uman, redus la funcții biologice și sociale controlabile. Astfel, corpul și comportamentul locuitorilor erau, indirect, normate de arhitectura spațiilor pe care le ocupau. Critici precum Henri Lefebvre (1991) și James C. Scott (1998) au semnalat că această disciplinare spațială, mascată sub idealul progresului, poate genera alienare și omogenizare socială, ignorând complexitatea vieții cotidiene. Dar relevant pentru noi este această capacitate generativă a spațiului prin corp (Nast și Pile, 1998).

Această abordare ne leagă și de termenii constitutivi pentru noțiunile de corp avatar și spații referențiale din capitolul al patrulea (4.3.): *împământenire* (**embeddedness**) și *întrupare* (încorporare) (**embodiment**). *Acestea se referă la acele procese concomitente și interdependente care construiesc structural societatea, (re)construind și indivizii după instituțiile structurate anterior (path dependency).* „Embeddedness” se referă la *faptul că activitățile economice, sociale sau instituționale nu există izolat, ci sunt profund „încorporate” în rețele sociale, culturale și spațiale.* Așadar, e vorba de **împământenirea** relațiilor și normelor în țesătura socială, spațială și materială. Orice entitate sau fenomen este încorporat într-un context mai larg sau într-un sistem mai mare. Acesta subliniază interconexiunea și interdependența obiectelor sau ideilor cu mediul lor înconjurător, descrie modul în care relațiile sociale, rețelele și instituțiile influențează comportamentul și rezultatele individuale sau organizaționale. Pe de altă parte, „embodiment” se referă la ideea că existența noastră și experiența de viață sunt profund legate de corpul nostru fizic și de modalitățile prin care interacționăm cu lumea din jurul nostru. Corpul nostru este mijlocul principal prin care interacționăm cu mediul și cu ceilalți oameni. Aceasta include experiențele senzoriale, emoțiile, acțiunile fizice și expresiile noastre care ne (re)construiesc și pe care le transmitem în reproducerea socială. Or, proiectele și viziunile moderniste tindeau tocmai să **dez-încorporeze** (*deembedded* – ca un opus al embeddedness-ului) practicile sociale din contextul lor concret: Orașul era reconfigurat ca un sistem funcțional, **independent de rețelele sociale organice existente**. Spațiile erau desenate „de sus”, fără o **încadrare în practicile cotidiene** ale oamenilor. În Taylorism, corpul muncitorului este scos din rețeaua sa socială și tratat ca o unitate de producție. Așadar, putem spune că atât Taylor, cât și Le Corbusier,

în idealul lor de eficiență și ordine, tind să ignore **embeddedness-ul** practicilor sociale și al corpurilor în contexte reale. În schimb, creează spații și structuri gândite **abstract, standardizat, universalist**. Din această perspectivă, putem extrapola la ideea generală de (re)creare a spațiului prin corp ca fiind neviabilă normativ.

Dar considerând aceste spețe de interacțiune din care sociologia a extras interdeterminările „spațiului prin corp”, într-o viziune mai generalizată, din perspectiva teoriei actor-rețea (*Actor-Network Theory – ANT*) (Latour, 2005) rezultă o altă abordare inedită a relației corporalitate-spațialitate: Printr-o simplă formulare logică putem considera obiectele, corpurile și spațiile ca fiind actori în rețea și legătura de determinare rezultă implicit. Potrivit acestei teorii sociologice sau a „spațiului social” dezvoltată în anii '80 ai secolului trecut de către Bruno Latour și Michel Callon, actorii nu există în mod independent, ci sunt interconectați și influențați de alte elemente din rețelele lor, cum ar fi oameni, tehnologii, instituții, legi sau obiecte fizice. Fiecare influențează pe fiecare și deci, entitățile nu sunt delimitabile în sine, ci doar prin *rețele de actori* (obiecte, oameni, relații). O rețea poate fi definită ca o *serie de relații între actori și elementele lor* ca o scenă a unui spectacol cu decor, actori și acțiune. Actorii pot fi atât entități umane, cât și non-umane (de exemplu, mașini, animale, obiecte fizice, idei etc.), iar toate acestea pot fi considerate parte a rețelei. Teoria *actor-rețea* pune accentul pe capacitatea actorilor de a influența rețeaua și de a o transforma prin intermediul acțiunilor lor și prin mediere. Semnificația obiectelor (actori) este schimbătoare în relație cu celelalte obiecte în special vecinii de rețea. Din această perspectivă, spațiile și corpurile sunt obiectul unor (re)configurări continue de întrupări și integrări (embodiness și embeddedness) determinarea spațiilor prin corp și restricționare (disciplinare) a corpurilor prin spații. Această abordare deschide „cutiile negre” ale acțiunii pentru a explora modul în care materiale eterogene sunt asamblate continuu pentru a permite desfășurarea acțiunilor. (Latour, 1999, 2005; Thrift, 2003, 2004).

În această teorie relația spațiu-corp este de fapt una complexă incluzând mai multe elemente, dar cele mai multe dintre ele se pot încadra la una dintre categoriile spații și, respectiv, corpuri care cuprinde și obiectele. Mișcarea și portabilitatea sunt actualizate ca fenomene de rețea – obiectele

și oamenii sunt legate temporar într-o coaliție mobilă, iar toate componentele sunt atomizate, așa încât niciuna în sine nu poate influența fundamental, dar nu există nimic de ignorat, iar puterea vine întotdeauna din rețea.

Literatura abundă și de alte asocieri corp-spațiu sau corp-loc, dar cum s-a văzut până aici, toate aceste abordări sunt unilaterale, nu depășesc câmpurile culturale și nu identifică potențialul interdisciplinar al acestui subiect (sunt fie de arhitectură, fie de geografie umană, fie din zona geografiei politice).

2. Corpuri. Concepte despre Corp și Corporalitate

Așa cum am spus la expunerea generală despre corp (v.1.2), abordările teoretice sunt diverse și foarte interesante: *Corpul ca subiect (ce este/ce face corpul în societate?)* *corpul ca obiect (ce i se poate întâmpla corpului?)*, *corpul empiric* vs. *corpul ca metaforă*, *corpul „închisoare a sufletului”* vs. *corpul instrument de manifestare a libertății, voinței, puterii*, etc. Dacă ne-am opri numai la sociologie și antropologie, putem vorbi de *corpul civilizat al lui (Elias)*, *corpul – capital social (Bourdieu)*, *biopoliticile corporale ale lui (Foucault)*, *corpul alienat (la Marx)*, *etalările corporale (la Goffmann)*, *corpul absent (la Frank)*, *corpul reflexiv (la Giddens)*, *corpul emoțional al lui (P. Freund)*, *performativitatea genului prin corp* la (Butler, 1993), *realismul corporal al lui (Shilling)* sau *corpul ca informație* și alte „futurisme” (Cockerham, 2010).

În mod clar, corpul este un sistem de referință al socialului. Societățile răspund la dezordine dezvoltând sisteme de clasificare. Așa cum am arătat (v.1.2), s-au făcut deja mai multe clasificări ale literaturii, dar în abordarea noastră o să optăm pentru viziunea promovată de Cockerham (2010) care vede teoriile despre corp ca fiind concentrate pe trei clase:

În primul rând, avem teoriile care se referă la **reglementarea socială a corpului**, în special modul în care instituțiile sociale reglementează, controlează, monitorizează și utilizează corpul și funcțiile sale, inclusiv până la conceptul de „corp politic” sau politizat. Acest fapt al „reglementării sociale” este prezent în multe abordări timpurii ale problemei corporalității (Douglas, 1970 și Elias, 1982) și a devenit foarte pregnant în literatura feministă care susține ideea că numeroase forme de socializare sunt construite ca forme de opresiune asupra corpului femeii. Dar acest tip de analiză este, de asemenea, prezent în debaterile contemporane pe teme precum eutanasia, transplantul de organe, avortul și multe alte subiecte de bioetică.

O a doua perspectivă în literatura asociată sociologiei corpului se concentrează pe dimensiunea **ontologică a corporalității**. O serie de teoreticieni au pornit de la întrebarea: *Ce anume este corpul, ce reprezintă el pentru noi și pentru raportarea noastră externă?* Răspunsul lor este că în societățile moderne târzii, definirea sau explicitarea corpului tinde să devină din ce în ce mai complicată, cu termeni din ce în ce mai incerti. Dacă pentru majoritatea sociologilor, corpul este „construit social” într-o măsură mai mare sau mai mică, există totuși o serie de variațiuni ale acestui punct de vedere, unele susținând că corpul este pur și simplu un „produs fabricat” – un efect al contextului său discursiv – în timp ce alții susțin că anumite corporalități prezintă anumite caracteristici care sunt influențate de factori sociali și culturali dar suprapuse totuși peste niște dimensiuni obiective (Cockerham, 2010).

În fine, a treia abordare acordă mai multă atenție modului în care **corpul este experimentat sau trăit**. Deși această abordare *fenomenologică* acceptă faptul că corpul este într-o oarecare măsură social, totuși aici se susține că o sociologie adecvată trebuie să țină seama de ceea ce face corpul, sau mai curând de actorul întrupat. În acest sens, vorbim mai degrabă de o *sociologie a întrupării* decât o *sociologie a corpului* (Cockerham, 2010).

Această abordare a studiului asupra corpului a câștigat teren în ultimii ani apărând într-o oarecare măsură ca rezultat al dezbaterilor critice și creative din acest domeniu de studiu care au încercat să contracareze abordarea structuralistă dominantă care se concentrează asupra reglementării sociale asupra corpului (Turner, 2008)(Cockerham, 2010).

2.1. Reglementarea corpului

Istoria Occidentului nu a fost într-un totuși marcată doar de transformarea culturii sub impactul raționalității, cât poate mai ales de „transformarea” corpului uman trecut printr-o multitudine de practici și reglementări. Civilizarea, raționalizarea, secularizarea și medicalizarea au părut a fi marile forțe care au operat asupra corpului, sau, mai precis, asupra corpului din viața de zi cu zi (sau noțiunea de corpul în lume *body-in-the-everyday-world* (Nettleton, 2010).

2.1.1. Corpul civilizat

Ca ființe umane, o mare parte din educația noastră timpurie este o încercare de a inculca o gestionare a proceselor noastre corporale. De-a lungul secolelor, „gestionarea politicoasă a depozitelor umane” (Elias, 2000) – (excremente, urină, scuipat, spermă, etc.) – este fundamentală pentru procesul civilizator. Apogeul a ceea ce Norbert Elias numește „procesul civilizator” a fost atins în momentul în care societatea occidentală a dezvoltat mecanisme tot mai stricte de gestionare și reglare a funcțiilor corporale naturale. Până la sfârșitul secolului al XVI-lea, normele sociale privind decența corporală deveniseră atât de constrângătoare, încât un nobil aflat în situația de a alege între confortul fizic – de exemplu, ameliorarea unui „vânt” – și respectarea codului de conduită social, prefera adesea conformarea la reguli, alegând eticheta în detrimentul nevoii fiziologice (Elias, 2000). În acest context, obiecte precum furculița au fost introduse pentru a încuraja un mod de alimentație mai rafinat, scuipătoarea a fost eliminată din spațiile comune, iar pișoarul a devenit un element esențial în rafinarea igienei și arhitecturii domestice. Secrețiile corporale involuntare au început să fie asociate cu rușinea publică, ceea ce contribuie la anxietățile moderne legate de îmbătrânire și declin fiziologic – în special frica de pierderea controlului asupra propriului corp. Astfel de „trădări corporale” sau „frontiere ale rușinii” amenință imaginea socială a individului și pot duce la autoexcludere din spațiile publice. Experiențe precum murdărirea hainelor sau umezirea patului sunt frecvent interiorizate încă din copilărie, generând sentimente de vinovăție și rușine care persistă în viața adultă. (Hepworth, 2000).

Lucrările lui Norbert Elias (1978, 1982, 2000) demonstrează acest lucru la o scară foarte mare. Elias este preocupat de formarea comportamentelor și manierelor individului în raport cu evoluția instituțiilor și organizațiilor formale. El formulează o așa-numită *sociologie figurațională*, adică ținând mai degrabă de configurațiile sociale decât de societate ca întreg, societățile nefiind decât rezultatul interacțiunilor dintre indivizi. În studiile sale despre *Procesul de civilizare*, Elias (1978) examinează în detaliu schimbările în maniere, etichetă, codurile de conduită, modurile de vestimentație, obiceiurile de mâncare și de schimbare a ideilor, despre rușine și decență asociate cu corporalitatea, etc. Potrivit lui, „civilizarea” a început în evul mediu, în cadrul

societăților din jurul curților nobiliare în care mobilitatea socială a devenit mai fluidă, iar situațiile individuale au început să depindă și de alte resorturi decât drepturile dobândite prin naștere. În astfel de climate, oamenii erau mai înclinați să se comporte „cel mai bine posibil” să fie îngăduitori, indulgenți. În cadrul acestor societăți, au fost elaborate coduri de gestionare a funcțiilor și gesturilor corpului și s-au scris manuale detaliate despre *modul în care și unde să se doarmă și cu cine, reguli de comportament la mese, locațiile potrivite pentru defecare și așa mai departe*. Schimbările de comportament au avut impact asupra relațiilor sociale și aceste constrângeri au fost internalizate.

În viziunea lui Shilling (2003) acest proces de civilizare implică trei sub-procese cheie progresive: socializare, raționalizare și individualizare. *Socializarea* se referă la modul în care oamenii sunt educați încurajați să-și ascundă funcțiile naturale. Astfel, corpul tinde să fie privit mai degrabă în termeni sociali decât în termeni naturali. De exemplu, găsim multe funcții naturale ca fiind ofensatoare sau rușinoase, pe care le restricționăm și le redirectionăm către locații „corespunzătoare”. *Raționalizarea* implică faptul că am devenit mai raționali, opus unor stări emoționale, adică suntem capabili să ne controlăm sentimentele, instinctele și pornirile, aplicăm decizii de auto-constrângere în raport cu dorințele noastre pentru a fi adecvați social. În fine, *individualizarea* evaluează măsura în care ne vedem corpul ca pe o încorporare separată de altele, adică mai exact măsura în care ne distingem ca indivizi prin corporalitate. Este vorba despre faptul că menținem o distanță acceptabilă din punct de vedere social între noi și ceilalți. În plus, modul în care „gestionăm” și „prezentăm” corpurile noastre a devenit deosebit de important într-un context modern târziu. Unii susțin că acest lucru se datorează faptului că corpul a devenit un prim loc pentru formarea și menținerea identității (Cockerham, 2010).

Până la urmă, acest proces de civilizare prezentat vine din analiza istorică a organizării în spațiu a corpului în raport cu nevoile, dorințele și cu rațiunea omului. Cum am mai spus, corpul este, în același timp natură, o parte a naturii, precum și un *mediu care găzduiește „sinele”* adică, persoană, adică, este și o parte a culturii. Corpul este deci, în mod esențial, *expresia speciei umane între ordinea naturală a lumii și ordonarea culturală a lumii* (Turner, 2008). Spre exemplu, organismul are nevoi fiziologice, naturale, în special de produse alimentare, lichide și somn. Dar natura, conținutul și programarea

acestor activități de *a mânca*, *a bea* și *a dormi* sunt supuse unor interpretări simbolice și unor substanțiale reglementări sociale. Ne putem gândi în acest fel la corp, ca o suprafață exterioară de interpretări și reprezentări, dar și la un mediu intern al structurilor și determinărilor.

Correspondent acestei diviziuni: intern vs. extern, Michel Foucault (1971) distinge și între *corpul populațional* și *corpul individual*. S-a argumentat în literatură că, în cultura occidentală, dorințele și nevoile care ar fi manifestarea corpului „intern” sunt controlate de practicile raționale de factură, religioasă sau ținând de regimul medical. Corpul individului este controlat și organizat de interesele, sau mai bine spus, de *normele* sociale, deci controlul este unul „extern” sau exterior corpului. *Controlul sexualității* în societate, este cel mai ilustrativ exemplu în acest sens. Nicio societate nu lasă reproducerea complet la libera alegere a indivizilor (Lawlor și Nale, 2015). Chiar dacă se presupune că în societatea post-modernă, industrializată și informatizată, practicile și comportamentele sexuale par a fi la opțiunea liberă a cetățeanului consumator, tot există mecanisme sociale de reglementare legate de avort, homosexualitate, prostituție, ilegitimitate, etc.

Corpul uman face și obiectul dezbaterii politice. Și Turner (2008) și Adrienne Rich (1986), susțin că sociologia corpului este, în fapt, o sociologie politică, câtă vreme se referă doar la caracteristici legate de „reglementativitatea” corpului ca și constrângere asupra dorințelor naturale. De exemplu, referința la aspecte de gen, roluri sociale (și chiar drepturi, în trecut): fiziologia bărbaților și a femeilor reprezintă o mare diferență în funcțiunile reproductive (diferență pe care societatea contemporană încearcă să o estompeze) așa încât identitatea de gen se distribuie, prin socializare, în roluri și categorii specifice. În mod similar, de vreme ce corpul este supus unui proces de evoluție fizică naturală (îmbătrânirea), poate fi descrisă și reflexia socială a acestui proces care intersectează sfera conceptuală a sănătății: de exemplu, statutele *tânăr*, *bătrân*, *copil*, criteriile maturității, care nasc dezbateri juridice referitoare la drepturi și responsabilități, interdicții, constrângeri, noi forme de „patologie” generate de medicalizarea societății precum gerontologia, psihiatria pediatrică, dar și reflexiile politice implicite ale acestor probleme – *gerontocrație*, *patriarhat*, sau metafore care reflectă conflictul între generații – *tinerii frumoși și liberi* vs. *pensionarii*, *asistații* etc. toate sunt forme sau relevă forme de „reglementare” (Hepworth, 2000).

Toate aceste fenomene cu tangență în sfera problematicei sănătății au urmat o evoluție istorică identificabilă, descriptibilă la nivelul unei populații.

2.1.2. Corp deschis – corp închis. Corpul și rușinea

În cadrul acestor procese evolutive de construcție și clasificare a categoriilor culturale, corpul uman a fost supus unor transformări succesive în ceea ce privește reglementarea expunerii sale publice. Un exemplu notabil este procesul de civilizare, care – așa cum am arătat mai sus – a implicat reprimarea și ascunderea funcțiilor naturale ale corpului, în paralel cu interiorizarea normelor de comportament și dobândirea manierelor. Aceste practici au generat, în timp, și apariția sentimentelor de rușine, ca efect al normării sociale a corporalității. Ulterior, în perioada Renașterii, s-a produs ceea ce a fost numit o „recâștigare a corpului”, vizibilă mai ales în domeniul artistic. Totuși, artelor nu trebuie interpretate izolat, ci ca reflexii ale gândirii și imaginarului social ale epocii. În această perioadă, corpul nu mai era conceput strict ca o parte integrată a unui cosmos ordonat sau a unui corpus social abstract, ci începe să fie reafirmat ca expresie a individualității. Astfel, din perspectivă imagologică, Renașterea marchează o înflorire a cultului corporalității vizibile, spectaculos ilustrată în pictură și sculptură (Turner, 2008).

Apoi, din nou Turner și Foucault văd un fel de tranziție de la corpul deschis din Renaștere – expus ritualurilor, carnavalului și altor practici cu caracter public, la „corpul închis” al societății de consum individualizate” (Turner, 2008). Deci pe același fond individualist, dar de această dată, închidere opusă deschiderii. Sociologia corpului în acest context „nu este sociobiologie sau sociofiziologie”, ci mai degrabă un aspect nișat pe problemele ordinii sociale – axat pe câteva aspecte precum reglementarea și reproducerea corpului în timp și spațiu sau restricționarea și reprezentarea corpului ca *vehicul al sinelui*. Turner (2008) face o analiză a modului în care anumite polarități culturale sunt impuse politic prin intermediul instituțiilor sexului, familiei și patriarhatului. În legătură cu aceste aspecte sunt relevante și abordările despre experimentele corporale vizând sexualitatea corpului ale lui Foucault (1980, 2008) și aspectele de politică a reproducerii și a sexului (de exemplu, abordarea unor noțiuni precum: *corpul politic, relațiile de putere, corpul disciplinat*).

Dar în cadrul conceptului *corp deschis-închis* trebuie să includem problematica rușinii, chiar dacă rușinea este și un aspect al întrupării. Înainte de a fi o formă de întrupare, rușinea este o caracteristică corporală derivată a civilizației. După acest proces, ea a devenit un aspect fundamental al experienței umane. Rușinea este înțeleasă și ca o emoție ocazională și neplăcută, dar Dolezal sugerează că rușinea are și forme de omniprezență, poate fi considerată un *cod moral* și, astfel, contribuie la a ne face ceea ce suntem (Dolezal, 2019). Poate apăsarea chiar din cauza corpului și atunci, în mod cert, este în raport cu normele corporale. Rușinea corporală are potențialul de a face legătura între experiențele individuale de întrupare și contextele sociale și politice mai largi, de a facilita o înțelegere a subiectului întrupat în ceea ce privește propria persoană, relația sa cu ceilalți și cu lumea și modelele sociale și politice de reglementare a corpului. În analiza rușinii corporale, Dolezal identifică două tipuri: una acută și una cronică. *Rușinea corporală acută* este legată mai mult de mișcările corporale, cum ar fi comportamentul, autoprezentarea și gestionarea corporală; aceasta apare în cazurile acute în care comportamentul cuiva eșuează sau în care există o pierdere a controlului asupra autoprezentării. *Rușinea corporală cronică* nu este trăită ca o întrerupere bruscă sau temporară a experienței corporale, ci mai degrabă, este un fel de „durere de fond și conștiință de sine” (Dolezal, 2019). Până la urmă, rușinea este un produs al civilizației, sau o consecință a acestui proces, chiar dacă există tentația de a fi tratată ca o „înzestrare naturală” specifică unor indivizi.

2.1.3. Corpul frumos, corpul curat și corpul sănătos

De la omul vitruvian „demonstrat” cum, în perfecțiunea sa, se încadrează simultan în interiorul a două forme geometrice perfecte și consacrat după multe alte încercări artistice – pe bună dreptate una din cele mai „iconice imagini ale civilizației vestice din toate timpurile” (Bambach, 2003) – și până la ceea ce astăzi oferă media ca „iconic” în ideea de frumusețe, care coincide conceptual și cu sănătatea, corpul uman a fost permanent *tipizat ca ideal și normat* sub diverse aspecte și criterii. Frumusețea și sănătatea, cândva separate, astăzi coincid, justificat de schimbarea „definiției sănătății” în „stare de bine”, au avut forme diferite de exprimare. Implicit, și tratamentele cu care s-au obținut parametrii ceruți au evoluat.

David Hume în *Tratat despre natura umană*, (Corbin et al., 2006) susținea că imaginea corpului e indisociabilă de „stilul” ce o configurează, de exemplu, un desen anatomic din Renaștere nu se aseamănă deloc cu un desen anatomic baroc. Pe de altă parte, stilul, în formarea sa, se înscrie într-o succesiune de stiluri, făcută din sedimentare și opțiuni. Timpul formelor și al istoriei artelor nu este unul liniar. Memoria artei ne arată mereu care au fost reprezentările și cum au fost ele influențate de epocă, mai ales în timp dar, în mod evident, și în spațiu, ca și arhitectura care reflectă timpul. De exemplu, *trupurile lui Caravaggio, fizionomiile tipice manierismului, femeia rubensiană*, sunt termeni care desemnează categorii utilizând repere din arta care reflecta imaginea societății în diverse epoci.

Dacă medicina modernă, prin medicalizare, deține chiar standarde de clasificare a unor afecțiuni pe baza unor parametri corporali (dimensiune, masă corporală, masă musculară, etc.) până să ajungă aici, ideea de sănătate corporală a variat mult în trecut. Dincolo de aspecte care țin de descoperirile științifice, de exemplu, rolul alimentației în sănătate, medicalizarea adicțiilor, *imaginea corpului sănătos a fost, în bună măsură, o construcție socială*. Bunăoară, corpul gras era mai aproape de concepția despre sănătate, motivat de ideea că sănătatea era o consecință a prosperității și a abundenței alimentare, apoi, în judecarea femeii, corpolența era asociată cu fertilitatea și voluptatea, sau, tot în acest registru, chiar și astăzi, în societatea arabă musulmană, un corp gras de femeie este universal venerat, iar acest lucru servește drept explicație pentru ratele ridicate de „obezitate” și „supraponderabilitate” feminină raportate în Orientul Mijlociu și Africa de Nord. (Batnitzky, 2011)

Societatea modernă gândește dimensiunea corporală în termeni contrari. Dar reglementativitatea de factură medicală totuși a apărut mai târziu, altminteri s-a trecut prin valuri pandemice ucigătoare și reglementările vehiculate au tins mai curând spre zona de sănătate publică decât să țintească individul-corp. Și tot mai degrabă, genul, clasa socială, vârsta și dimensiunea corporală au fost co-produse în relațiile dominante din cultură. De exemplu, referințele la diverse „regimuri corporale” erau legate de aspectul estetic. Standardele de apreciere ale frumuseții au variat mult de la perioada Renașterii, când se punea accentul pe voluptate și naturalețe, în era victoriană, femeile încercau să aibă o talie cât mai subțire, corsete strâmte, iar în anii '20 ai secolului XX, femeile își doreau un corp androgin și purtau haine largi. Alte

repere imagologice: Epoca de Aur a Hollywood-ului, modele „contestatare” (hipy) și toate evoluțiile și curente din anii '70, '80, '90, 2000, care, din fericire, pot fi reconstituiți în detaliu datorită suporturilor de memorie contemporane. La fiecare schimbare de modă și frumusețe, sănătatea se atașa altor standarde. În siajul medicalizării vieții sociale chiar acest subiect este pus azi în dezbateră efectelor sociale ale „imaginii” asupra sănătății (bio-psiho-sociale). Într-un model holistic, care recunoaște aportul factorilor psiho-sociali la morbidități, se pune problema acceptabilității influențelor media asupra sănătății. De exemplu, astăzi am ajuns să vehiculăm simboluri și avertismente vizuale menite să funcționeze ca etichete preventive – similare celor aplicate produselor periculoase – pentru imaginile digitale prelucrate, care simulează perfecțiunea corporală. Această inițiativă a apărut ca reacție la unele studii care au demonstrat că expunerea repetată la astfel de imagini idealizate contribuie semnificativ la dezvoltarea unor tulburări alimentare severe, precum anorexia nervoasă sau bulimia. În acest context, devine esențială distincția explicită între ceea ce este real și ceea ce este artificial în reprezentările vizuale ale corpului. Aceste dezbateri se intersectează cu alte controverse legate de imaginea corporală, care nu mai privesc doar normele de frumusețe sau sănătate, ci vizează aspecte precum *orientarea sexuală* și, mai recent, identitățile corporale auto-asumate, acele „identificări ca_” pe un spectru de alterități în raport cu un corp standard sau „normal”. Toate aceste problematice reflectă o tranziție a corporalității în sfera politicului, unde corpul devine un teren al disputelor ideologice și sociale. Mai trebuie adăugat că, în acord cu viziunile feministe, „imaginile” corpurilor care au dus la atâtea reglementări distorsionează și perpetuează discursiv, inclusiv ceea ce numim azi *rolurile de gen* (mama apare mereu făcând prăjituri, tata bricolând, tata vine obosit de la serviciu, mama apare fresh maternală, bărbatul este „sexul puternic” (vs. Sexul slab implicit) și atribuirea compensatorie a „sexului frumos” femeii sunt numai o parte din simbolistica acestei contestabilități.

Privitor la *corpul curat*, la fel, igiena a avut un parcurs sinuos și contradictoriu în social, cel puțin în spațiul european. În lipsa cunoștințelor despre micro-organisme, practic concepțiile și teoriile care s-au vehiculat, au avut un spațiu de variație mult mai larg. Principiile de igienă au apărut demult în antichitate, când au apărut primele mari civilizații, acum antice,

precum egiptenii, grecii și romanii, dar cel puțin în Europa, au stagnat în evul mediu. Curățenia era prețuită la aceste popoare, inclusiv prin reglementativitate de natură religioasă sau nu. Popoarele semite, în speță, triburile evreiești și celelalte populații din Orientul Apropiat, aveau legi foarte stricte care obligau o drastică curățenie corporală. La fel și vechii egipteni prețuiau curățenia. În China Antică, obligativitatea unui trup curat era o cerință definitorie pentru a trăi în societatea din acele vremuri. Dar mai cu seamă pentru Occident, intrarea în evul mediu, așa cum am spus, în lipsa unor cunoștințe despre nevoia de igienă a lăsat loc dezvoltării unor credințe care au încurajat mai degrabă stagnarea, dacă putem face judecăți de valoare. De exemplu, existau superstiții legate de apă: apa nu face altceva decât să deschidă porii prea mult, făcând astfel loc bolilor, sau, *apa spală botezul*, sau, în Anglia Victoriana, femeile erau învățate să se spele fără să se dezbrace complet, etc. La fel alte repere istorice legate de lipsa igienei: parfumurile au fost inventate pentru a acoperi mirosurile, florile ca dar, asemenea, etc.

Astăzi, ca un fel de revanșă, omenirea a ajuns să aibă adevărate obsesii legate de igiena corporală, sub același imperiu al regimurilor medicalizate, industria produselor de igienă corporală are în prezent cifre de sute de miliarde de dolari (Tulchinsky et al. 2009).

2.1.4. Corpuri neîngrădite

Vorbim aici de un subiect care ține tot de *corpul civilizat*, dar îl situăm și într-un raport cu problematicile *corpului frumos/sănătos*. Noțiunea de *corp neîngrădit* face trimitere la acel corp care își pierde controlul – asupra funcțiilor sale, a mișcărilor sau a reacțiilor – devenind astfel un corp „fără supraveghere”, care iese din limitele impuse de normele sociale, de voință sau de raționalitate.

Un studiu etnografic al Juliei Lawton (1998) privind îngrijirea în cadrul unui ospiciu, încearcă să înțeleagă motivul pentru care unii pacienți rămân în azil să moară, în timp ce alții sunt mult mai probabil să fie evacuați și trimiși acasă să moară. Pentru a aborda acest puzzle de politică de sănătate, Lawton susține că explicația trebuie căutată în *ipostaza corpului persoanei pe moarte*. Ea a descoperit că acei pacienți rămași în ospiciu au fost cei ale căror corpuri au devenit „neîngrădite”. Prin acest termen se formula ideea

că bolile de care sufereau au implicat un anumit tip de deteriorare corporală și dezintegrare care sunt legate de forme foarte specifice de control al simptomelor, precum incontinența urinei și a fecalelor, vărsăturile necontrolate, tumorile fungatoare (putrezirea unui situs tumoral pe suprafața pielii) etc. Deducția, cinică, a Juliei Lawton este că oamenii care trăiesc în societatea occidentală, mai degrabă nu pot tolera pierderea acestor funcții corporale, decât procesul în sine de a muri sau alte pierderi de capacități. În acele cazuri în care „limitele” corpului ar putea fi restabilite, pacienții erau evacuați către spațiile lor private. Pentru a aborda întrebarea de ce *organismele degradate* sunt inacceptabile în societatea occidentală, Lawton se bazează pe o mare parte din teoretizarea sociologică descrisă mai sus – în special lucrările lui Douglas și a lui Elias. Acest *corp neîngrădit*, este descris simbolic și în lucrarea lui Mary Douglas (1966, 2002) ca sursă de murdărie și lipsă de control. Pentru că acel corp „din ce în ce mai civilizat” al lui Elias (1978), a devenit „individualizat” și privat, iar funcțiile lui naturale au fost îndepărtate din expunerea publică. La fel, într-un alt studiu despre asistența medicală (Lawler, 1997) se relevă faptul că funcțiile fizice naturale sau intime sunt problematice pentru practicienii din domeniul sănătății. În munca de îngrijire a corpurilor apare mereu o problemă atunci când asistentele medicale trebuie să asiste la acele funcții corporale (defecarea, voma etc.) care într-o societate „civilizată” au devenit tabu. În consecință, asistenții medicali trebuie să învețe cum să negocieze cu pacienții granițele sociale și să creeze noi contexte, astfel încât, atât pacientul cât și asistenta să poată evita sentimentele de rușine și de jenă. Și revenind la studiul lui Lawton, menționat aici (1998), acesta mai pune în lumină o altă descoperire fascinantă cu referință la legătura între noțiunea de sine și corpul fizic. Dacă în alte studii se susținea că reflexul funcționării uzuale a corpului se bazează pe o așa-numită „minte competentă” (Webb, 1998), Lawton demonstrează că, chiar și atunci când există o minte „competentă”, lipsa controlului asupra funcțiilor corporale afectează capacitatea unei persoane de a continua cu proiectele de viață sau reflexul lor. De fapt, pacienții care au avut cel mai puțin control asupra funcțiilor lor corporale au manifestat un comportament care a sugerat o pierdere totală de identitate socială și de sine, odată ce corpurile lor au devenit grav și ireversibil „nelimitate”. Deci nu atât o pierdere

a conștiinței de sine contează în integrarea socială, cât mai mult, pierderea controlului asupra funcțiilor eliminatorii ale corpului.

2.1.5. Corpul spiritual și corpul religios

Un factor substanțial de construcție socială prin reglementarea corporalității a fost religia, pentru că noțiunea de corp și valoarea sa spirituală este strâns legată de credințele și practicile religioase. Diferențele dintre multe tradiții ne permit să explorăm corpul în contextul experiențelor nuanțate ale unor viziuni distincte ale lumii orientale și occidentale. Teologia, practicile religioase sau credințele influențează corpul ca reglementare și identitatea. Aspectele fizice ale religiei au efect asupra relației percepute și interacțiunea cu divinitatea, nu cu un Dumnezeu anume. În acest „câmp” (în sens bourdieuan) corpurile sunt discutate în termeni de puritate, de poluare, de putere, de control social, de simbolism, etc. Ele sunt puse în centrul studiilor antropologice, sociologice, feministe, psihologice, politice și filosofice, pentru a numi doar câteva. Ba chiar cuvântul „corp” are o varietate de conotații și aplicații. El înseamnă lucruri diferite în funcție de context și de abordarea disciplinară.

Mai ales în controlul sexualității, toate religiile au elaborat adevărate coduri de conduită. Aparent, această reglementativitate este văzută în literatură ca o formă de represiune, dar relația este mult mai complicată decât atât (Cregan, 2012). În timp ce multe religii trasează limite între ceea ce consideră a fi o utilizare adecvată și neadecvată a corpului uman, în special în domeniul sexualității, aceleași religii celebrează adesea sexualitatea umană și chiar se așteaptă ca partenerii sexuali să își ofere reciproc plăcere sexuală. Sau chiar existența reprimărilor și abinențelor este pusă în antiteză cu oferta unei puteri spirituale.

Dar formele de control au fost dominante la nivel perceptual și nu numai în zona sexualității. Regimurile creștine timpurii, medievale și moderne timpurii au promovat o monitorizare constantă a cărnii (Mellor și Shilling, 1997). *Corpul creștin* ar avea de fapt o dublă ascendență – de unde decurge și o anumită ambiguitate a reglementării – pe de o parte, un corp *înnoit, botezat, responsabil*, purtător al crucii, al suferinței, dar și un corp *al ascendenților* determinat de *moștenirea păcatului*, care construiește o conștiință diferită despre corp – *corpul înaintașilor, corpul colectiv* al neamului. În acest sens,

suferințele și reglementările sunt pre-asumate ca o responsabilitate și în raport cu predecesorii. Răspunderea este antamată și în raport cu „aproapele”, deci avem de a face cu o condiționare mai complexă. Apoi, așa cum se știe din teologie și din ritualul de cult, Biserica însăși este considerată *trup* (al lui *Hristos*) – deci un corp comunitar. Dealtfel, tuturor religiilor le este familiară concepția că există corpuri colective sau ingrediente de corporalitate în colectiv: de exemplu, în multe culte, *rugăciunea împreună* constituie un corp comun, o forță agregată mai aproape de energia divină și mai eficientă, etc.

Pe de-o parte, religiile, mai ales cu referință la creștinism, au radicalizat și au împământenit percepția duală corp-suflet, pe de altă parte, au ideologizat și existența unei legături aproape inextricabilă între cele două. Toate benevolențele spiritului sunt condiționate în mai mare sau mai mică măsură de un regim corporal. Și mai mult, *sufletul* este întotdeauna al unui individ-trup. Nu există suflet distinct de o corporalitate. Nici chiar Duhul Sfânt, deși entitate separată, nu există în afara Treimii de care este legat conceptual.

Particularizat la creștinism, sunt totuși diferențe de viziune și reglementare între catolicism, similar cu ortodoxia din această perspectivă și protestantism. Dealtfel, pe aceste diferențe, cel mai probabil, s-a construit și separarea, cum intuim din „Etica protestantă” a lui Weber (reedit. 2002). Protestantismul a căutat să reformeze obiceiurile printr-o disciplinare ascetică a subiecților corporali: orele lungi de muncă erau validate ca mijloace de a trăi corect, ținerea unui jurnal era promovată ca mijloc de monitorizare a gândurilor și acțiunilor, iar regulamentele și legile erau orientate spre controlul vieții personale. După cum susține Weber, reformatorii au căutat să reglementeze „întreaga conduită care pătrundea până în toate adâncimile vieții private și publice”. Această încercare protestantă de a promova subiecți corporali disciplinați a fost inegală, dar aceasta nu diminuează importanța internalizării treptate a noilor coduri de comportament și a orientărilor corporale care au avut loc la începutul epocii moderne (Mitchell, 2018).

Corpului protestant, trebuie să i se dea mijloacele de a-și depăși problemele și angoasele, de a-și accepta soarta, dar nu ca renunțare sau a abandona partida, ci dimpotrivă, pentru a lupta contra suferinței. Corpul nu este nici devalorizat, nici constrâns, spre deosebire de religiile tradiționale

(catolicism/ ortodoxie) unde suferința este o virtute (natura nefericită a ființei create). Asceza, cu diferite nuanțe date de interpretări, este un fel de tortură asupra corpului – sacrificiu – ca și cum corpul ar fi o natură adversă sau o povară de care trebuie să te descotorosești. Și aici avem variații: De la Janseniști, care erau o sectă care cultiva autosupliciu, până la ortodocși care nu cer decât să „primim” suferințele eventuale ca pe „încercări” (deci nu trebuie căutate) dar primirea să fie cu bucurie ca să și se recunoască virtutea.

După secolul al XVI-lea, în acord totuși cu noi descoperiri, chiar Biserica va glorifica menținerea sănătății pentru a prelungi darul vieții. Deci corpul este nuanțat, nu mai este un loc al pierzaniei, ci poate fi sursă a înfloririi. De exemplu, durerile facerii erau considerate „preț plătit pentru păcatul Evei”. Cel puțin protestantismul elimină această normă, acceptând apelul la ajutor. Corpul nu mai este chiar așa de demn de disprețuit. Negocierea sinelui și amalgamul său complex de dorință, anxietate, agresiune, vinovăție și iubire are loc în și prin geografiile matematice și simbolice ale vieții de zi cu zi, psihicul folosind strategii pentru a-și susține structura și relația cu lumea (Corbin et al., 2006).

Până la urmă, religiile însă depășesc întrucâtva problema reglementării sau oricum, reglementarea nu este un scop în sine, ci mai degrabă un mijloc care facilitează diversele forme de întrupare. Întruchiparea definește corpul ca fiind atât locul, cât și canalul religiei întrupate; subiectul, mai degrabă decât obiectul procesului religios. Prin urmare, preocuparea este mai puțin legată de reglementarea religioasă a corpului, sau de corpul ca reprezentare simbolică a semnificației religioase, cât de diferitele moduri în care religia este pusă în scenă, realizată, întrupată. (Mitchell, 2018).

Aceste aspecte ale credințelor pot interfera și cu dezvoltarea medicinei. Numeroase practici medicale sunt de inspirație religioasă, în ciuda unei încercări a științei occidentale de a segrega medicinile alternative de medicina alopată. Rata de succes a unora dintre aceste practici a indus și forme de cunoaștere științifică care s-au atașat mai târziu. Ca atare „corpul chinezesc” desigur nu are cum să difere ca anatomie de corpul occidental, dar anumite fiziologii sunt marcate de teorii contradictorii care pot să coexiste. Există terapii cu grade de acceptabilitate ridicate în medicina modernă, alopată, fără însă a fi parte organică a corpului (bio)-medical.

2.1.6. Corpul disciplinat, Tehnologiile sinelui & Societatea somatică

Michel Foucault a inventat termenul de „*bioputere*” pentru a se referi la ceea ce el vedea ca fiind sistemul dominant de control social din societatea occidentală modernă (termenul este folosit de Foucault în discursuri și cursuri (1978-1979), dar prima publicație care-l conține *Istoria sexualității*, apare abia în 1980). El a susținut că, mecanismele coercitive de control, cum ar fi forța militară, au scăzut în intensitate lăsând loc unei creșteri a controlului social prin *autodisciplină individuală*. Până la el teoriile conceptualizau *puterea ca dominație*, adică o forță centralizată și represivă exercitată de un grup asupra altuia – o „posesie” care poate fi dobândită și impusă altora prin constrângere fizică. Acum, mai degrabă puterea este dispersată în întreaga societate, inerentă relațiilor sociale, încorporată într-o rețea de practici, instituții și tehnologii – operând la toate micro-nivelurile vieții de zi cu zi. *Bioputerea* operează asupra corpurilor noastre, reglementându-le prin practici autodisciplinare pe care fiecare dintre noi le adoptă, subjugându-ne astfel pe noi înșine. Forța sa derivă din capacitatea sa de a funcționa prin „cunoaștere și dorință” – producția de cunoștințe științifice care are ca rezultat un *discurs al normelor și normalității*, la care indivizii doresc să se conformeze. Astfel, indivizii se controlează în mod voluntar prin autoimpunerea conformității cu normele culturale prin intermediul practicilor de autosupraveghere și autodisciplinare, în special cele corporale, cum ar fi autoreglementarea igienei, a sănătății și a sexualității. Concepția lui Foucault despre putere este importantă pentru medicină și pentru antropologii care sunt preocupați de reglementarea socială a corpului fizic. *Bioputerea* corpului ca loc de subjugare, evidențiază modul în care indivizii sunt implicați în propria opresiune pe măsură ce participă la practicile și rutinele obișnuite ale corpului de zi cu zi.

Dar nu doar bioputerea este filonul din care se conturează noțiunea de corp disciplinat. Problema *disciplinei* ca atribut al corporalității se găsește sub o formulă sau alta în majoritatea operelor lui Foucault încă de la început: *Nașterea Clinicului*, 1975 *Disciplină și Pedepsă*, din 1977. El susține că, la sfârșitul secolului XX, corpul, ca noțiune, a fost acceptat fără a se recunoaște prea mult faptul că există și alte moduri de a-l concepe în toată problematica lui.

De exemplu, ordinea politică, în viziunea lui Foucault este menținută prin intermediul producției de „corpuri docile” – indivizi pasivi, subjugăți și productivi. Prin intermediul numeroaselor sale instituții – școli, spitale, închisori – statul aduce toate aspectele vieții sub privirea sa controlată. Disciplinarea, supravegherea și pedepsirea instituțională a corpului creează corpuri care sunt obișnuite cu reglementarea externă, lucrând „pentru a disciplina corpul, a-i optimiza capacitățile, a-i extorca forțele, a-i crește utilitatea și docilitatea, a-l integra în sisteme de control eficiente și economice” (Foucault, 1980) și, astfel, a produce tipurile de corpuri pe care societatea le cere.

În relatările sale istorico-filosofice despre dezvoltarea cunoașterii medicale în Franța, Foucault identifică *înființarea clinicii* medicale și a spitalului universitar de la sfârșitul secolului al XVIII-lea, ca fiind un punct central pentru modalitățile de conceptualizare a corpului. El vede medicina ca pe o instituție majoră de putere, în etichetarea corpurilor ca fiind *deviante* sau *normale*, ca fiind *igienice* sau *neigienice*, controlate sau care au nevoie de control (Foucault, 1979). În *Nașterea clinicii* (1975), Foucault se referă la „atlasul anatomic” care este corpul uman constituit de o așa-numită *privire medico-științifică*, sugerând autoritatea în materia acestei construcții.

Pe măsură ce practicile medicale s-au schimbat la sfârșitul secolului al XVIII-lea, introducerea și adoptarea de rutină a examenului fizic, a autopsiei, a stetoscopului, a microscopului, dezvoltarea disciplinelor de anatomie, psihiatrie, radiologie și chirurgie, instituționalizarea spitalului și a cabinetului medicului, toate acestea au servit pentru a exercita din ce în ce mai multă putere asupra corpului. În același timp, corpurile au fost supuse unei reglementări sporite, monitorizării constante, disciplinei și supravegherii în alte sfere, mai ales în închisoare, școală, azil, armată și atelier. Întâlnirea medicală a întărit această autoritate și disciplinare prin faptul că a început să ceară pacienților să dezvăluie secretele corpului lor, atât prin permiterea examinării fizice, cât și prin prezentarea istoricului medical sub interogatoriul medicului: boala nu mai este doar vizibilă, ci și mărturisită, auzibilă (Armstrong, 1995).

Pentru Foucault, întâlnirea medicală este un exemplu suprem de supraveghere, prin care medicul investighează, întreabă, atinge carnea expusă a pacientului, în timp ce acesta consimte și mărturisește, fără să știe de ce

se efectuează procedurile. În cabinetul medicului, corpul este transformat într-un obiect care trebuie înțepat, testat și examinat. Se așteaptă ca *proprietarul să renunțe la jurisdicția sa asupra corpului în favoarea medicului* (Foucault, 1975). În cazurile grave de boală sau de handicap fizic, corpul este deținut de sistemul medical, în timp ce în cazul bolilor mintale, corpul este aparatul prin care creierul este ținut sub control, adesea împotriva voinței proprietarului.

Tot în termeni de *disciplinarea a corpului* pot fi interpretate în opera lui Foucault acele patru tipuri majore de tehnici sau „tehnologii” pe care ființele umane le folosesc pentru a se înțelege și a se produce pe ele însele, consacrate în literatură ca „*tehnologiile sinelui*”. În primul rând, sunt „*tehnologiile de producție*” care sunt folosite pentru a produce, transforma și manipula obiecte. În al doilea rând, există „*tehnologii ale sistemelor de semne*”, cum ar fi semnificațiile și simbolurile. Al treilea tip constă în „*tehnologii ale puterii*”, care gestionează comportamentul indivizilor, supunându-i unei anumite dominații. În sfârșit, există „*tehnologiile eului*”, care permit indivizilor să efectueze prin mijloace proprii, sau cu ajutorul altora, un anumit număr de operații asupra propriilor corpuri și suflete, asupra gândurilor, conduitei și modului de a fi, astfel încât să se transforme pentru a atinge o anumită stare de fericire, puritate, înțelepciune, perfecțiune sau nemurire. În alte cuvinte, tehnologiile eului sunt ceea ce Michel Foucault (1979) numește *metodele și tehnicile prin care ființele umane se constituie pe ele însele*. Potrivit acestuia, indivizii sunt perpetuu angajați în procese prin care definesc și produc concepții etice specifice despre sine. Aceste procese sunt politice, deoarece, pentru a înțelege subiectivitatea sau sinele, trebuie să examinăm interacțiunea dintre micro-relațiile oamenilor și macrostructurile sau forțele puterii (de exemplu, sistemul politic, economic, aparatul judiciar, educația, serviciile de sănătate, preceptele religioase, etc.). Structurile guvernamentale și social-administrative ale puterii gestionează cunoașterea, adică regulile, ideile și credințele – „adevăruri” – pe care oamenii le consumă și le folosesc pentru a-și reprezenta, înțelege și reglementa propriile gânduri și practici. De exemplu, economia, biologia, psihiatria, medicina, psihologia și artele sunt mijloacele culturale din societățile noastre prin care oamenii își dezvoltă cunoștințe despre ei înșiși. Este important de remarcat aici că orice tehnologie a sinelui și, de fapt, tehnologiile în general, sunt asociate cu un

anumit tip de dominație. Tehnologiile sinelui implică dobândirea anumitor abilități și atitudini pentru a integra individul în societatea normativă.

Tehnologiile sinelui pot fi orice, de la lectură, scris, exerciții fizice și meditație, până la chirurgie plastică. Ceea ce face atât de util cadrul lui Foucault (1979) este faptul că permite să se analizeze nu doar comportamentele și aspirațiile indivizilor, ci și instrumentele și practicile pe care le folosesc pentru a le pune în aplicare, precum și contextele culturale care le înconjoară. Acestea din urmă sunt livrate de societate și devin pentru indivizi ceva similar *schemei corporale* a lui Merleau-Ponty (v. 2.3.7).

După cum observă Foucault, tradiția stoică sublinia stăpânirea de sine ca fiind scopul principal al unei educații filosofice. Instrumentele aflate la dispoziția romanilor – cititul și scrisul – erau deosebit de bune pentru această practică a preocupării atente asupra propriilor gânduri și acțiuni. Dar tehnologiile sunt diferite la nevoi diferite, pentru vremuri diferite. Cuvântul scris sau o analiză atentă a propriei persoane sau cafeaua ca rutină zilnică, esențială, sau prețuirea atenției susținute, pentru orice exemplu pe care l-am putea da, devine aproape imposibil să separăm în mod clar cauza de efect atunci când analizăm de ce anumite tehnologii au devenit populare într-un anumit timp și loc, dar este cert că indivizii își construiesc prin ele un sens în viața lor și își imaginează un sine ideal. Uneori tehnologiile pot „retrograda” în tabieturi, rutine, practici. Fiecare individ își construiește *tehnologic* o metodologie de viață care înglobează astfel de proceduri.

Păstrând această perspectivă, în cartea sa, *Regulating Bodies*, Bryan Turner (1992) sugerează că societățile moderne târzii se îndreaptă spre ceea ce el numește ca fiind o „*societate somatică*”, adică un sistem social în care corpul constituie domeniul central al activității politice și culturale. Preocupările majore ale societății devin din ce în ce mai puțin legate de creșterea producției, așa cum era cazul în timpul capitalismului industrial și mai mult în legătură cu reglementările asupra indivizilor ținând, evident, și corporalitatea, de exemplu, sexul sigur, educația sexuală, reglementările legate de proximitatea dintre indivizi, prevenția bolilor și a sarcinilor, protejarea de poluare, drepturile minorităților sexuale, problematica genului, etc.

Preocupările *societății somatice* sunt evidențiate și de felul în care mișcările politice contemporane, cum ar fi grupările feministe, campaniile pro și anti-avort, dezbaterile despre fertilitate și infertilitate, problematica dizabilităților,

aspectele de gen și mișcările ecologiste se conectează în jurul problemelor corpului. Tot Turner, mai târziu, (2008) examinează modul în care corpul este controlat în cadrul societății observând că instituțiile de drept, religie și medicină sunt cele mai preocupate de o astfel de reglementari. Religia, dreptul și medicina sunt prezente în toate procedurile și ritualurile, de la naștere și până la moartea indivizilor. În timp ce rolul religiei este în declin, în ascensiune este controlul corporalității prin profesia medicală. Turner argumentează că, *pe măsură ce societatea a devenit mai secularizată, ea a devenit și mai medicalizată*, medicina având acum atât o funcție clinică cât și una morală.

Prin dezvoltarea unui cadru analitic care funcționează pe cele două niveluri – corpul personal și corpul populațional – Turner (2008) identifică patru sarcini sociale fundamentale care sunt esențiale pentru ordinea socială, consacrate în literatură ca fiind *cele patru „R”* (Cockerham, 2010). În primul rând, *reproducerea*, care se referă la crearea de instituții care guvernează populația pentru a asigura satisfacerea nevoilor fizice, de exemplu, controlul sexualității. În al doilea rând, necesitatea de *reglementare* a corpului, în special supravegherea medicală și controlul criminalității. A treia, *reținere*, care se referă la sinele intern și stimulentele de a controla dorințele și pasiunea în interesul organizării sociale. În al patrulea rând, *reprezentarea* corpului, care se referă la prezentarea sa fizică pe scena lumii.

În acest sens, Corbin et al (2006) susțin că somatizarea conține unificarea corpului cu spiritul din punct de vedere conceptual. Secolul XX a șters linia de demarcație dintre trup și suflet și vede viața umană deopotrivă spirituală și corporală cu accent pe corp, în sensul că spiritul îi este atașat ca și un organ sau ca orice componentă. Prin urmare, s-a (re)inventat teoretic corpul prin psihanaliză pentru că acum *inconștientul și conștientul vorbesc prin corp* (aceasta ar fi chiar o definiție a somatizării). Deci ideea de corp trăit, dar și ontologia corpului țin de un proces. Câtă vreme a existat dualitatea carteziană, s-a manifestat doar aspectul de civilizare (reglementarea corpului). Corpul a fost legat de inconștient, asociat cu subiectul și inserat în formele sociale ale culturii. Așa s-a ajuns și la mișcările „eliberatoare”: feminismul mișcările pro-avort ale anilor 70. Sloganul *corpul nostru ne aparține* ține și de exprimarea identității dar mai ales de ridicarea cenzurii asupra

corpului, deci un fel de mișcare contrară „socializării corpului” care se bazează pe constrângerea lui (Cockerham, 2010).

Conceptualizarea celor „patru R” se datorează în mare măsură ideilor lui Foucault, în special a scrierilor lui despre normalizare și supraveghere. Aceste lucrări atrag atenția asupra modului în care organele sunt monitorizate, evaluate și corectate în cadrul instituțiilor moderne. O temă centrală care se explicitează prin lucrările lui Foucault (1975, 1977) este că trecerea de la formele pre-moderne la cele moderne ale societății implică deplasarea a ceea ce el numește *putere suverană* care este atribuită „corpului monarhului” către o așa-numită *putere disciplinară* cu care sunt investite corpurile populației mai largi. Puterea disciplinară se referă la modul în care corpurile sunt reglementate, instruite, întreținute și înțelese; este prezentă, cel mai evident, în instituțiile sociale, cum ar fi școlile, penitenciarele și spitalele. Operațiunea de disciplinare funcționează la două niveluri. În primul rând, corpurile individuale sunt instruite și observate. Foucault se referă la aceasta ca la *anatomo-politica corpului* uman. În al doilea rând și simultan, populațiile sunt monitorizate, referința la acest proces fiind de „control reglementat și bio-politica populației” (Foucault, 1980)

Aceste două nivele – individul și populația – stau și la baza argumentelor lui Turner (2008) despre reglementare pe care le-am enunțat mai sus. Foucault însă mută nivelul de analiză de la această dihotomie la cadrul instituțiilor care produc informație în mediul social despre corp sau corpuri. De exemplu, „observarea corpurilor” din închisori a dat naștere unui corp de cunoștințe pe care acum îl cunoaștem drept criminologie, iar „observarea corpurilor” din spitale a contribuit la știința medicală. De fapt, în viziunea lui Foucault, discursul medicinei din secolul al XVIII-lea, este cel care a stat la baza percepției despre corp valabilă și astăzi în societatea occidentală. În toate cazurile și mediile abordate, concluzia lui Foucault privind corpul este că acesta nu reprezintă o esență fixă, ci un construct produs, fabricat în interiorul unor contexte discursive specifice, modelat de relațiile de putere și de normele instituționale care îl definesc. (Cockerham, 2010).

2.1.7. Corpul – obiect/subiect/ agent reglementator al sănătății

Putem numi corpul chiar *instituția primară a sănătății*. Sau, mai exact spus, relația perceptivă individ-corp ca mecanism funcțional este acea instituție primară. Medicina, așa cum este înțeleasă în termeni moderni, s-a conturat abia din prima jumătate a sec XIX-lea. De fapt, nici nu putea să funcționeze după principiile prezente fără a dispune de un set de cunoștințe adecvat, fără să se știe natura bolilor sau structura anatomică și mecanismele de funcționare ale corpului uman.

Este ușor de dedus cum percepțiile asupra sănătății sunt, din această perspectivă, în relație directă cu înțelegerea asupra corpului uman. Deci îl numim astfel: *instituția primară a sănătății*, pentru că această „înțelegere a corpului” sau „relație cu corpul” este baza instituțională a medicinei, implicit, din perspectivă contemporană, a sănătății. Cu alte cuvinte, *sănătatea este înțeleasă prin felul în care ne înțelegem corpul*. În afara legăturii cu corporalitatea, nu ar exista conceptele de sănătate sau medicină. (v. 4.)

Această raportare a corpului la problematica sănătății naște conceptele despre corp în legătură cu medicalul. Parte din ele sunt prezentate și aici, în acest capitol, pentru că sunt marcante în siajul și aranjamentele logice sau hărțile conceptuale ale corporalității. De exemplu, *corpul medicalizat* este o formă a *corpului disciplinat*, sau are legătură cu *societatea somatică* și cu *imaginea corporală* – noțiuni care sunt explicitate în matricea lor disciplinară, dar o prezentare mai cuprinzătoare a subiectului corp-sănătate are o alocare specifică în capitolul al patrulea ca subiect distinct, unde pentru logica textului vor fi reluate eventual și noțiunile de aici.

2.1.8. Corpul medicalizat (mai multe forme)

Corpul medicalizat este în bună măsură, transpunerea societății medicalizate asupra percepției corpului. De fapt, este chiar apogeul medicalizării, cum spune O'Neill, în cartea *Five bodies* (2004), o nouă frontieră depășită în societatea industrială. Medicalizarea se referă (între alte înțelesuri) la o *extensie a domeniului medicinei asupra mediului social*, prin producerea de norme, conduite, comportamente, moduri de viață sau de lucru care au originea în considerente din lumea medicală (de exemplu, fumatul a devenit

un subiect de natură medicală, consumurile de substanțe, sau chiar aspecte de devianță și criminalitate au devenit probleme medicale). Această evoluție a fost posibilă prin creșterea în eficacitate a medicinei și de asemenea, din cauza progresului cercetării, care ambele au dus la găsirea de noi domenii de investigare, noi oportunități. Dar medicalizarea este și rezultatul unei evoluții societale a cererii de servicii adresată corpului medical. De fapt evoluția a fost chiar și una ideologică – Pentru că aceste progrese au însemnat și o creștere a prestigiului și a încrederii în medicină, până aproape de fetișizare, ideile, valorile și doctrinele de îngrijire ale sănătății, ajung să legitimeze sau justifice normele de sănătate și comportamentele consacrate de corpul medical. În acest sens, ideologia promovează noile descoperiri și progrese ca pe o nevoie de adoptare. Iar reflexia mediatică, măsurabilă inclusiv prin abundența de seriale despre spitale și doctori a fost pe măsură. Până la urmă efectul este unul de popularizare a informației medicale care devine mai accesibilă, nu numai prin Google și internet, aparent fără stratificare socială pe clase distrugând într-un fel *monopolul cognitiv al profesiei medicale*, cândva ezoterică.

În mod necesar, descoperirile medicinei cer din ce în ce mai mult să regândim viața, individul, familia și societatea într-un fel de umanism laic, așa cum nicio adaptare la noi descoperiri și invenții în alte domenii nu s-au făcut fără remodelarea comportamentelor și fără apariția unor noi dependențe (O'Neill, 2004). Practica medicinei moderne este extrem de tehnocratică și birocratică. Mai mult, ca și birocrăția de stat însăși, birocrăția medicală este autodependentă – indiferent dacă este vorba de medicina publică sau privată. Ca atare, medicina prin aceeași medicalizare capătă și o funcție managerială asupra organismului uman sau oricum devine din ce în ce mai normativă, justificând intervenția în etapele premergătoare actului medical vindecător, adică își permite să ceară intervenția în ghidarea vieții pentru a preveni îmbolnăvirea și astfel viața se medicalizează și în aspectele ei non-medicale.

Dintr-o altă perspectivă, corpul medicalizat e o însumare de discursuri născute din ideologia sănătății și ideologia medicală. În termeni stricți de reglementare, corpul medicalizat este *corpul individual care acceptă ideile medicale și autoritatea conferită medicilor, prin aceasta înțelegând – medicina consacrată – alopata*. Este vorba tot de un rezultat al acestei ideologii sau

un rezultat al medicalizării societății. Ca posibil mecanism explicativ: *reglementarea corpului* a produs chiar modificări ale metabolismului, ceea ce înseamnă că influențează sănătatea la propriu. Anumite reglementări ale corpului considerate „pro-sănătate” sunt concepții medicale descoperite sau inventate prin social sau provin din cutume sociale. De exemplu, cele trei mese pe zi, reglarea tranzitului intestinal, existența unor norme legate de greutate, alimentație și defecare, nu au fost aportate de medicină în social, ci normele sociale s-au medicalizat mai întâi și, în acest sens, li s-au atașat argumente științifice din partea medicinei.

Corpul medicalizat este corpul care accesează și adoptă noile descoperiri și dispozitive sau practici medicalizate folosindu-le chiar într-o manieră preventivă, normativă sau discursivă. *Mâncăm „sănătos”, facem sport* pentru întreținerea sănătății, folosim aparate care ne monitorizează parametrii corporali de acasă sau de la serviciu – acestea sunt *corpuri medicalizate*. Și nu în ultimul rând, corpul medicalizat, ideologizat este și un corp militant care promovează aceste valori, le propagă. De exemplu, măsuri ca vaccinarea sau restricționarea unor consumuri sau restricțiile de circulație și de distanțare socială care au devenit parte luptei politice și a dezbaterii publice în pandemie. Mai ales, corpul care înțelege să-și adapteze regimul (modul de viață) la exigențele unor prescripții medicale. O, Neil (2004) exprimă aici și metaforic puterea reglementativă (chiar de dominare) generată de prescripția medicală: *medicul erou și coregrafia eroismului profesional*: un corp care îl sondează pe altul în prelungirea celei mai bune tehnologii din lume.

În fapt, din ce s-a descris aici, corpul medicalizat este un corp cu natură similară sau, mai bine spus, un caz particular al corpului disciplinat al lui Foucault. Dintr-o altă perspectivă, avem și o evoluție inversă: de fapt, ideea despre sănătate și, implicit, medicalul au derivat din ideea de corp și au evoluat în strânsă legătură cu concepțiile despre corp. Pentru că obiectul medicalului a fost corpul, sau repararea lui. Sănătatea și medicina s-au construit prin corp, și totuși medicina medicalizează acum corpul, pentru că medicina și-a depășit condiția și a devenit agent reglementativ. Astăzi lucrăm asupra corpului ca să-l aducem sau să-l performatizăm în_ sau peste *standardele medicale ale corpului perfect*, „atletic”, evităm durerea, îl dimensionăm la limitele

„normalului” medical, iar ce este în afara intervalului de normalitate este condiție medicală (boală, handicap, dizabilitate). De asemenea, harta perceptuală a corpului, înțelesurile curente și localizarea simptomelor sau a senzațiilor sunt astăzi cele validate medical. Dar îl și îmbunătățim, îi potențăm performanțele sau chiar schimbăm condiția umană, re-definim vârstele, etc. (v.5)

În același timp, în continuare opunem acestor ideal tipuri stările și ipostazele patologizate ale corpului, degradarea corpului și lupta cu unele simptome care provoacă disconfort pentru îngrijitor și jenă pentru pacienți. Așa cum am arătat, cazurile de degradare corporală sunt chiar mai puțin tolerate decât moartea. Ideea formulată de Lawton (1998) în acel studiu menționat este pertinentă pentru tipul de societate contemporană care aproape a fetișizat imaginea corpului civilizat și a controlului corporalității în mediul social, dar pe care a îmbogățit-o și cu atributul de sănătate. În modernitatea târzie, corpul își diminuează semnificația lui „productivă” legată de puterea forței de muncă și devine, din ce în ce mai mult, un loc de „indulgență recreațională” sau de expunere identitară. În acest context, cu atât mai dramatică ar fi pierderea controlului asupra funcțiilor.

Unul din reproșurile care se face la adresa sociologiei din zona medicalului este că a ignorat corpul biologic. Cu tot acest pretins interes pentru corp și corporalitate, corpul, cel puțin în anumite curente de gândire dominante, rămâne în mod special dezmembrat, dezîncarnat sau dematerializat (Cregan, 2012) tot datorită paradigmei dualiste sau a viziunii corp mașină. Aici putem argumenta că distincția tradițională *disease / illness* ar fi exact dualitatea biologic social: corpul și boala în versiunile lor sociale devin simple chestiuni discursive al unor configurații strategice, schimbătoare și contingente din punct de vedere istoric ale puterii/cunoașterii.

Corpul „solid”, „vizibil”, din „Nașterea clinicii” (Foucault, 1975) este doar un mod în care se spațializează boala în acord cu discursul medical. Adică și corpul medicalizat este tot discursiv, este o formă de distribuire a puterii clinicului în mediul social. Paradoxul este că tocmai corpul medicalizat este îndepărtat de modelul bio-medical. Dar așa cum se va vedea mai jos, corpul medicalizat poate fi și corp trăit (V.4.3.4).

2.2. Corpul ca expresie a identității. Ontologia corpului

Corpul nu este doar un obiect de control, cum susținea Foucault (1975, 1977). Corpul poate fi și actor social determinant, atribut al identității, deci, individualizat. În fond, corpul este individul, iar, așa cum am arătat individul se distinge, se reprezintă și se dovedește prin corp. Dealtfel, explicit în acest sens, ne ajută denumirea lui în limba engleză: *Body* are și înțelesul de persoană pe lângă sensul de corp, sau *no-body*, *some-body*, *every-body*, fac referire la „nimeni”, „cineva” sau „toți” care sunt corpuri. Deci persoana este definită și de corp și de spațiul ocupat.

Dincolo de aspectele „juridice” ale identității, dezbaterile despre relația dintre corp și identitatea de sine este una dintre cele mai importante și mai controversate stimulând dezbateri aprinse între diversele secte academice.

2.2.1. Corpul singular

Durkheim (1984) spunea despre corp că *este un mijloc unic de exprima, de acțiune și retoric de seducție și de respingere, vector fundamental al ființei-în-lume. Corpul singular* este mai curând un concept util pentru drept, decât pentru sociologie sau biologie, semnificând această asimilare cu persoana prin corp. Drepturile persoanei decurg din existența corpului. Persoana fără corp nu există, apoi capacitatea cu drepturi apare din momentul nașterii în multe sisteme legislative sau, unde există controversa cu drepturile fătului (persoana există prin concepție) este vorba, implicit, tot de un corp. Posesorul corpului este subiect de drepturi și îndatoriri. Extra patrimonial, corpul nu poate fi alienat de posesorul său decât în termeni și metafore morale.

Între drepturi și utilizări ale lui se numără și posibilitatea de a-i evidenția sau chiar a-i face să-i evolueze aspectul, grație descoperirii relativei sale plasticități și a evoluției chirurgiei estetice (Turner, 2008). Deci cumva autonomia persoanei în termeni medicali decurge din *singularitatea* sau din dreptul de proprietate asupra corpului. Această unicitate întărește relația de existență a unei entități înzestrate cu discernământ. Dar trebuie văzută sursa istorico-socială a acestei autonomizări: Renașterea (Corbin, 2006).

Renașterea a făcut să apară *individul în sine*, desființând solidaritățile comunitare și corporatiste. Iluminismul a adăugat acestei emergențe revendicările egalitariste. Secolul XX a dat individului autonom un corp singular. Prețul acestei evoluții a fost creșterea singurătății. Totul contribuie la intensificarea acestei singurătăți. În numele modernității și al intimității, spitalele au făcut să dispară spațiile comune. Monitorizarea computerizată a înlocuit chipul tutelar al personalului de asistență. Singura încălcare a acestei pierderi de solidaritate este dată însă tot din sfera medicinei: Transplantul și transfuziile, transplantul caută cuplarea unor analogii tisulare pentru *compatibilitate*, exact ca transfuziile. Deci corpurile sunt singulare, dar au afinități și compatibilități. Dealtfel, transplantul pune în discuție problema identității prin corp și dintr-o perspectivă filosofică: *mai este corpul transplantat echivalent cu persoana inițială? Sau, de la ce nivel de organ sau de la ce număr de organe corpul/prsoana se pot considera schimbate?*

Revenind, omul și-a „câștigat” deci corpul destul de târziu, dacă ne referim la perioada Renașterii, atunci când s-a delimitat treptat de univers, de natura, dar și de ceilalți. A căpătat astfel conștiința unei existențe proprii, diferite de tot ceea ce îl înconjoară. Cu timpul însă, relația de sinonimie dintre sine și trupul său s-a fisurat. Omul a simțit nevoia să meargă mai departe de identificarea cu propriul corp. A ajuns să îl transforme într-un obiect pe care îl posedă. Corpul este o resursă importantă pentru a ne prezenta ca fiind anumite tipuri de oameni și pentru a-i clasifica pe alții. El oferă indicii despre cine suntem și, de asemenea, ajută să ne formăm opinii despre alte persoane: referințe la gen, rasă, naționalitate, sexualitate, dimensiuni înțelese ca expresii politice ale modalităților de a ne poziționa ca indivizi (Nettleton, 2010).

Pe de altă parte, identitatea prin corp nu se face doar prin referința externă, ci și prin folosirea corpului ca instrument de exprimare. În ultimele decenii, oamenii au devenit din ce în ce mai preocupați de aspectul, mărimea, forma, textura și performanțele corpului lor. Corpurile sunt mijloace de exprimare a sinelui: diverse semnificații sunt atașate faptului de a fi gras, slab, musculos, blond, tatuat, cu piercing, ridat, bronzat și așa mai departe. Ni se fac invitații pentru mărirea dimensiunii penisului sau a sânilor, pentru a cumpăra Viagra, stimulatorul de plăcere și potență, și pentru a încerca cel mai nou preparat pe bază de plante sau farmaceutic pentru a

slăbi. Impactul apelurilor la transformări corporale, îmbunătățiri și „perfectibilitate” este mare și în creștere, ne spune Susie Orbach (2009) care, ca psiholog terapeut, a analizat devenirea corpului și modificările generate de social. Oamenii nu vin neapărat cu probleme corporale deosebite, dar, indiferent de celelalte probleme și conflicte emoționale, preocuparea pentru corp este aproape întotdeauna integrată în acestea, ca și cum ar fi perfect obișnuit să se spună o poveste în care nemulțumirea corporală este centrală. Corpurile noastre sunt din ce în ce mai mult experimentate ca obiecte care trebuie perfecționate și prelucrate.

Această „chemare democratică la frumusețe” (Orbach, 2009) în mod deconcertant, ia forme din ce în ce mai omogenizate și omogenizante, cu imaginile și numele „icoanelor stilistice” globale apăsate pe buzele și ochii tinerilor și mai puțin tinerilor. Acest lucru a fost încurajat de centralitatea corpului în cultura de consum (Featherstone, 1982) – o cultură care pare să idolatrizeze până la sacru corpul tânăr, sculptat și sexualizat, sugerând totodată că este și accesibil pentru toți. Presiunile comerciale exercitate astăzi de cultura celebrității, de branding și de industrii care își obțin profiturile prin destabilizarea corpului modern târziu au eradicat cea mai mare parte a sentimentului nostru anterior față de corp și a înțelegerii acestuia.

Susie Orbach (2009) face o analiză inversă: ea prezintă teoria dezvoltării din perspectiva corpului, arătând de exemplu, modul în care viața de familie timpurie poate favoriza diverse tipuri de insecuritate corporală, creând sentimentul că trupul pe care îl avem nu este cumva adevăratul nostru corp. Cultura vizuală ne afectează și ne oferă o formă de apartenență prin reproducerea imaginilor pe care le vedem și analizează modul în care reprezentarea vizuală a unui anumit tip de corp occidentalizat îi captivează pe tinerii din țările care intră în modernitate prin intermediul globalismului pentru a-și însuși un corp care poate fi în contradicție cu cel pe care îl au.

Acest interes pentru corp este asociat și cu recente progrese medicale, dar, indiferent de motivele care stau la baza creșterii interesului pentru corp, geografii sunt implicați în această tendință generală. În unele cercuri, corpul este acum considerat a fi „cool”, „la modă”, un domeniu de studiu „hip” – una dintre ultimele mode în geografie. În acest sens autori precum Judith Butler (1993), Gilles Deleuze și Felix Guattari (1983, 1986) și Michel Foucault (1979, 1980), concep identitatea ca fiind fluidă. Giddens (1991)

și alți gânditori, precum Douglas (1986) aduc în discuție transformările induse de societatea „postmodernă” (Nettleton, 2010).

Una din caracteristicile acestei societăți, valabilă pentru întreaga umanitate, este riscul, sau, mai rafinat spus, „incertitudinea”. În cadrul societăților post-tradiționale, identitatea noastră și sentimentul nostru de sine nu mai sunt date. Nu ne mai putem raporta la „un loc tradițional” la clasa/castă noastră socială, familie, sex, localitate și așa mai departe. Mai degrabă, sinele și identitatea noastră devin un „demers reflexiv”. Ce legătură are acest fapt cu corpul? Pentru unii teoreticieni (Nettleton/Cockerham, 2010), corpul a ajuns să formeze o platformă prin care oamenii își dezvoltă identitatea socială. În timp ce mediul înconjurător și lumea socială par a fi „în afara controlului”, corpul devine ancoră. Giddens (1991) arată că sinele este întrupat și astfel controlul regularizat al corpului este un mijloc fundamental prin care *se menține o biografie a identității de sine*. El consideră că, deși inițial corpul a fost considerat un aspect al naturii, *un dat*, supus arareori intervenției, acum această stare este inadecvată cu sinele. Corpul și sinele devin loc de interacțiune, adecvare și armonizare conducând reflexiv la procese transformative. Așa putem explica acțiunile de „management a corporalității din lumea de azi”. De exemplu, găsim manuale de întreținere a sănătății, de dietă, de înfrumusețare, de iubire, de armonie cu alte lucruri, etc. În acord cu această teză, fiind mai nesiguri în ceea ce privește corpurile noastre; le percepem ca fiind mai flexibile și încercăm în mod activ modificarea, îmbunătățirea și rafinarea corpului.

2.2.2. Corpul simbolic (Douglas)

Aceeași premisă formează și baza cercetărilor lui Mary Douglas (1970) asupra reprezentării *corpului simbolic*. Ideile lui Mary Douglas – antropolog – au fost foarte larg acceptate în sociologia medicală occidentală. Ea susține că *percepția corpului fizic este mediată de corpul social*. Corpul oferă o bază pentru clasificare și, la rândul său, organizarea sistemului social reflectă modul în care corpul este perceput. Corpul ca *organism social* constrânge modul în care *corpul fizic* este perceput. Experiența fizică a corpului este modificată întotdeauna de categoriile sociale prin care se cunoaște și se susține o viziune particulară asupra societății. Există un schimb continuu de sensuri între cele două tipuri de experiență corporală, astfel încât, fiecare se

consolidează reciproc. Ca urmare a acestei interacțiuni, corpul în sine este un mediu de expresie foarte restricționat (Douglas, 1970). Modificările sociale au „corelații corporale” în sensul că modul în care oamenii își folosesc corpurile depinde de contextul social.

Ideea corpului ca reprezentare și, în special, ca reprezentare a trăsăturilor fundamentale ale societății, nu este o dezvoltare recentă. Antropologii, în special, prin influența lui Mary Douglas, au studiat corpul ca o narațiune a proceselor și structurilor sociale, în acest sens, vorbim de *corpul simbolic*.

2.2.3. Corpul capital fizic (Bourdieu)

În viziunea lui Shilling (2003) scrierile lui Bourdieu pot fi citite ca oferindu-ne o teorie a corpului ca formă de capital fizic, pe care o contrapune viziunii din lucrarea lui Elias, preocupată de elaborarea teoriei corpului civilizat. Ambii oferă abordări puternice și contrastante ale corpului, care ajută la depășirea paradigmei dualismului, adoptată în mod tradițional față de corp. De asemenea, ei au multe de spus despre poziția corpului în societate și despre implicațiile acestuia în sentimentul de identitate de sine al oamenilor.

Concepția lui Bourdieu despre corp ca formă de capital fizic semnalizează mercantilizarea omniprezentă a corpului – situațiile care leagă identitatea oamenilor de valorile sociale acordate dimensiunilor, formelor și aspectului corpului lor (Shilling, 2003). Elias, dintr-o perspectivă asemănătoare, dar totuși diferită, ne arată cum corpurile noastre au devenit din ce în ce mai individualizate și servesc acum la a ne delimita unii de ceilalți. Pe de altă parte, remarcă cum multe dintre conflictele care aveau loc „între corpuri” au loc acum în interiorul individului întrupat, ca urmare a cerințelor crescânde de control al afectelor. Aceste procese pot fi asimilate unui proces de însingurare cu corpurile noastre care face individul să investească mai mult efort în monitorizarea, gestionarea și aspectului său exterior, în detrimentul satisfacției pe care o căuta cândva prin împlinirea simțurilor și a dorințelor corporale. Elias are mult mai multe de spus despre „corpul trăit” decât Bourdieu; despre modul în care ne experimentăm pe noi înșine și mediul înconjurător prin intermediul corpurilor noastre. Dar ambele teoretizări pot fi citite în cheia nevoii moderne de reflexivitate sporită față de propriul corp (Shilling, 2003).

Teoria lui Bourdieu despre formele capitalului (1986) va fi prezentată la subiectul spațialitate fiind încadrat mai bine lângă teoria câmpurilor. Dar aici, în context ontologic, trebuie menționat corpul folosit ca strategie a capitalului sau ideea de corp ca loc al reproducerii de clasă invocate de Bourdieu. Așa cum au fost teoretizate de Bourdieu, formele capitalului sunt interschimbabile, adică individul poate glisa între acestea, poate converti un tip de capital în altul. În acest sens, *corpul, ca proprietate individuală, este o formă de capital deținută de individ și în același timp o formă de legitimare.*

Tot legat de identitate, avem noțiunile de corp ca „proiect”, „opțiune” și „regim” concepții conexe ale identității care constituie, în anumite privințe, opusul analizei lui Bourdieu, înainte de a examina și o altă viziune contrastantă a „corpului ca mască” (Tseelon, 1995) subiect pe care-l vom trata la fenomenologie (v.2.3) pentru că este legat de ceea ce vom prezenta ca fiind *corpul latent*.

2.2.4. Corpul politic – ca reprezentare, imagologia claselor, genului. Corpul protest

Avem un corp politic care este semnificativ pentru el însuși, când este obiect de identitate și un corp politic semnificativ maleabil pentru alte lucruri decât el însuși, adică pentru raportarea la alții și la relațiile de putere. De exemplu, forme de exprimare ca piercingul, emo, rock, hipster, sau ce aduc alte culturi și subculturi sunt practicate pentru *expunere identitară* și mesaj exterior. Unele sunt forme de apartenență la grupuri, altele formă de protest față de o societate uniformizată.

Pentru teoreticienii culturii de consum, *corpul este un fenomen de suprafață care a devenit un marker maleabil al valorii comerciale supus capriciilor modei* (Featherstone, 1982). Pentru feministe, *corpul este un obiect sexualizat* care a fost folosit ca mijloc de justificare a subordonării femeilor. Pentru analiștii guvernamentalității, este un obiect care a fost transformat în obiect pasiv prin schimbarea modalităților de control (Moore și Casper, 2015). Pentru cei interesați de *human enhancement* sau de întâlnirea dintre „carne și mașini”, care a avut loc odată cu dezvoltarea „cyborgilor”, corpul a fost transformat într-o *rămășiță incertă* și chiar pe cale de dispariție rapidă a culturii pre-tehnologice.

Corpul, ca obiect politic, a fost mereu definit în termenii *fragilităților sale* pentru cei interesați în diverse coduri de etică. Și ce este adevărat: corpul este întotdeauna predefinit de o matrice culturală. Acest lucru este exemplificat de încercarea lui Judith Butler (1993) de a plasa corpul în centrul analizei sale asupra impunerii culturale a sexualității prin intermediul „matricei heterosexuale” și prin intermediul noțiunii de „performativitate”. De fiecare dată matricea are și contestatari sau alteri pentru care exprimarea prin corp sau opresiunea corpului sunt subiecte politice:

Cea mai pregnantă expresie a corpului politic, vine de la teoriile neo-marxiste și de la feminism: *corpul exploatat*, *corpul feminist*, care a deviat apoi în problematica de gen. Teoria feministă modernă a fost dedicată deconstrucției miturilor iluministe ale femeilor întrupate, sexuale, emoționale, care ocupă o poziție de inferioritate notabilă față de bărbatul „rațional”, care este onorat de o capacitate inerentă mai mare de a controla impulsurile, dorința și alte ființe umane. Teoria contemporană a reconstruit perspectiva care consideră toate ființele umane ca fiind simultan subiecte raționale, emoționale și întrupate (Adelman și Ruggi, 2012).

Un „al doilea val” de cercetători feminisți, (precum Germaine Greer, Gayle Rubin) (menționați în Adelman și Ruggi, 2012) a susținut că organizarea socială a relațiilor dintre femei și bărbați constituie o formă sui generis de putere care se desfășoară prin formele istorice de control masculin asupra corpului femeilor și de modelare a acestuia. Există diferite dimensiuni ale construcției culturale a acestei limitări, „feminitatea biologică nu este suficientă”. Feminitatea implică restricții de învățare: corporale, comportamentale, emoționale și cognitive.

De exemplu, Emily Martin (citată în Adelman și Ruggi, 2012) contestă modul în care știința occidentală modernă își creează „cosmologiile” specifice ale unor subiecte de viață prin expunerea modului în care femeile însele își văd trecerea prin diferite etape marcate „biologic” și „cultural” ale ciclului vieții, cum ar fi primul ciclu menstrual, maternitatea și menopauza, în raport cu discursul hegemonic al societății cu privire la aceste momente, în special cu referință la discursul medical. Alt exemplu de disonanță cu acest discurs: „regularitățile periodice ale ciclurilor hormonale și de sângerare feminine între pubertate și menopauză au fost supra-accentuate, la fel cum au fost supra-accentuate regularitățile bătailor inimii, susținând astfel o imagine

mai deschisă, mai puțin deterministă și mai puțin patologizantă a biologicului în raport cu pretextele medicinei.

Ce se reproșează totuși acestor valuri de teoretizări feministe este că au creat o veritabilă „inflație a discursului despre corp”. Kathy Davis (1997) afirmă că între alte explicații pentru această „nebunie a corpului”, una este că feminismul este responsabil de toată mișcarea despre corp. Începând cu anii 1970, feministele au generat o cantitate enormă de cercetări asupra problemei corpurilor, în special referitor la corpul feminin. Subiecte precum violul, violența sexuală, sarcina, avortul și imaginile mediatice ale femeilor au fost prioritare pe agenda feministelor care între anii 1970 și 1980. Aceste lucrări anterioare au fost generate de o serie de discipline, teorii și metodologii și s-au concentrat pe modul în care corpurile (femeilor) erau implicate într-o serie de practici discursive și materiale.

Având în vedere această anvergură pe care a luat-o feminismul, este de înțeles că tot acest curent ar subsuma și conceptului mai larg care s-a dezvoltat invers, de la particularul „feminism” la generalul „politic”, sau de *corectitudine politică* care, mai nou, include toate dezbaterile de gen, orientare sexuală (mișcările LGBT), rasa și alte „diversități” și „identificări”. Există puține lucruri în sociologia contemporană care să nu vizeze intersecția dintre clasă, rasă și gen și dimensiunile lor corporale, sau problema teoretică a modului în care sinele este construit social ca trup, emoție și cunoaștere.

Teoretizarea feministă contemporană sau mai bine spus, această extensie a „genului”, s-a dezvoltat printr-un dialog intens și îmbogățit cu teoria foucauldiană și, în special, cu noțiunea de „bioputere” a lui Foucault (1980). Teoreticiană și semioticiană Teresa de Lauretis (1987) reformulează conceptul foucauldian de „tehnologii ale sinelui” și susține existența unei dimensiuni de gen a acestora, adică ele acționează asupra subiectului întrupat, producând indivizi – femei și bărbați care, prin urmare, se vor comporta în mod corespunzător: feminin și masculin. După cum au insistat autorii acestor mișcări noi (inclusiv, pe lângă feministe teoriile despre clasă și rasă) corpurile sunt „produse” – construite în mod continuu atât ca „rasă”, clasă cât și ca „gen”, genul și rasa se întâlnesc în construirea subiectivităților întrupate în contextul unei moșteniri istorice de „*ierarhii sociale opresive*” (Collins și Black, 1990). Chiar și în prezența sau probabilitatea existenței

unor forme de transgresiune sau contestare, aceste „moduri de întruchipare” par, cel mai adesea, să corespundă normelor hegemonice ale societății și din acest motiv aceste teorii se transfigurează în militantisme și mișcări politice.

Și aici putem conexează cu imaginea *corpului ca o mască standardizată*, prin aceste teorii ale identităților de gen, rasiale și generaționale care sugerează că normele vizuale ale aparenței contribuie la dezavantajarea sau opresiunea unui grup de către un alt grup. În acest sens, se invocă mereu asociat cu aceste pre-clasificări și noțiunea de *alteritate* (others), acel concept care definește ideea de *devianță* ca grup (etnic/ de gen/ rasial) din perspectiva unui normal predefinit sau mainstream (alb, european, bărbat)

Corpul medicalizat este, de asemenea, o formă de corp politic (v.2.1.8).

2.3. Fenomenologia – Corpul trăit & întruparea

Al treilea mod principal în care corpul este abordat în sociologie și sociologia medicală de astăzi, și anume printr-o perspectivă mai *întruchipată* (Nittleton, 2010). Această abordare închide definitiv între ziduri „fantoma carteziană” a dualismului minte-corp (Williams, 2006). Accentul este pus aici, pe corpul care se mișcă, gândește, simte, pulsează; corpul trăit *ca loc conștient, intenționat, al experienței continue, o sinteză spontană a puterilor și însăși baza ființei noastre în lume* (Merleau-Ponty, 1962/2002). Aceasta este o abordare, după cum spune Leder, care nu înlocuiește atât de mult viziunea biologică, cât o plasează într-o „perspectivă mai largă”, o îmbogățește.

Punctul de vedere fenomenologic este apreciat pentru faptul că a introdus noțiunea de „corp trăit”. Nu putem doar să analizăm și să explicăm corpul ca unul dintre elementele lumii obiectelor. Trebuie să o descriem, de exemplu, ca centrul perspectivei noastre asupra lumii, locul în care sesizarea noastră este „localizată”, agenții care ne îndeplinesc direct intențiile. Cu toate acestea, la Husserl, ideea corpului trăit completează în primul rând obiectivismul său: corpul (Leib) este o realitate obiectivă și mentală, o „dublă unitate”. În schimb, considerațiile ulterioare ale lui Merleau-Ponty asupra corpului în *fenomenologia percepției*, tind spre ideea unei relații circulare între dimensiunile obiective și subiective ale corpului – între corpul obiectiv și cel trăit (Carman, 1999).

Anatomia și fiziologia corpului trăit sunt întotdeauna întrepătrunse cu intenționalitatea corpului. La fel cum structura noastră fizică pune bazele modului nostru de a fi în lume, tot așa și acțiunile noastre de interacțiune cu această lume se pliază înapoi pentru a remodela corpul nostru în moduri care conduc la trăiri, sentimente, reacții somatice, sănătate și boală. O medicină a corpului trăit rezidă în această întrepătrundere (Carman, 1999).

2.3.1. Despre întrupare și formele ei

Introducem aici conceptul de „întrupare”, care necesită o serie de clarificări, în special de ordin terminologic și semantic. Utilizăm termenul *întrupare* ca echivalent pentru conceptul de *embodiment*, așa cum este el frecvent întâlnit în literatura de specialitate de limbă engleză, nu pentru că ne interesează particularitățile limbii engleze, ci pentru că această sursă constituie referința teoretică principală. Termenul românesc comportă multiple variante posibile – precum *încorporare*, *întru(chi)pare*, *încarnare* sau, mai îndepărtat, *personificare* – fiecare având nuanțe distincte. Această diversitate terminologică din limba română, comparativ cu relativa univocitate a termenului *embodiment* în engleză, reflectă și o pluralitate de perspective culturale asupra conceptului. Dealtfel, niciunul dintre acești termeni nu acoperă complet gama de sensuri ale *embodiment*-ului din literatura de specialitate.

Definită într-un mod elementar, la nivelul uzual al limbajului, întruparea desemnează dobândirea unei forme corporale – o semnificație apropiată de cea teologică a încarnării, în sensul devenirii ca trup. În mod implicit, acest proces presupune și o dimensiune a vieții sau cel puțin a animației; întruparea implică o formă animată, nu una inertă. Cu alte cuvinte, nu putem vorbi despre o întrupare a ceva mort sau lipsit de vitalitate, deoarece procesul însuși presupune dinamism și prezență activă.

Corporalitatea depășește simpla referință la corpul uman atunci când este înțeleasă ca proces de materializare sau corporalizare. În acest sens, putem vorbi despre distincții mai „contabile” – adică mai stricte – între ceea ce este corporal și necorporal, având în vedere exclusiv existența fizică a unui obiect. Astfel, pot exista obiecte inerte care au formă corporală, însă ele nu au trecut printr-un proces de corporalizare propriu-zis. Tocmai aici intervine diferența semantică sugerată de termenul *întrupare*: acesta implică

nu doar dobândirea unei forme corporale de către ceva care nu era inițial corp, ci și o tendință către ideea de corp viu, animat.

Altă definiție sau nuanță pentru întrupare: *acțiunea de a atribui caracteristici umane unor idei abstracte etc.* (similar cu obiectivare sau obiectificare). Apoi, *acțiunea de a reprezenta o abstracțiune ca pe un lucru fizic*. În această viziune, întruparea înseamnă *a lua formă de trup sau a intra în trup*, a deveni materie. *Întru(chi)parea* indică un proces mai rafinat care merge spre personificare care presupune *un chip* și, mai mult decât un chip, ar presupune și personalizarea, dobândirea unei identități. Afirmația că *un subiect este întruchipat* înseamnă că acesta este deschis evenimentelor empirice, istorice și transformărilor arbitrare ale acestora, fără a fi însă doar funcția lor (Cregan, 2006).

Altă perspectivă o putem obține corelat cu definiția corpului: întrebându-ne „*ce este un corp*”? Chestiunea corpului nu poate fi considerată ca fiind de la sine înțeleasă și tratată ca evidentă, tocmai am demonstrat acest fapt. Termenul de „corp” nu poate fi cuprins cu ușurință cu o definiție clară de dicționar. Pentru a înțelege corpurile este necesar să acordăm atenție discursurilor de tot felul despre corp. Apoi, ce se află în interiorul unui corp? Mai multe corpuri? Corpuri întregi, părți ale corpului, fluide corporale? Suntem deja înăuntru/ în afară, dar încă nu știm acest lucru. Încă nu ne putem recunoaște corpurile în noi înșine. (dualitatea carteziană).

Revenind, de aceasta dată din perspectiva întrupării, la aceeași definiție a corpului pe care am mai dat-o mai devreme (v.1.2.1) (Grosz, 1992) – corp = o organizare concretă, materială, animată, compusă din carne, organe, nervi, mușchi și structură scheletică, căreia i se conferă o unitate, coeziune și organizare doar prin intermediul „inscripționării” asupra psihicului și socialului lor – corp fizic – suprafață și materie primă a unui sistem integrat și coerent de totalitate – în această viziune, corpul devine un corp uman, un corp care coincide cu „forma” și spațiul unui psihic, un corp a cărui suprafață epidermică delimitează o unitate individuală, care definește astfel limitele experienței și a subiectivității, prin intervenția unui „celălalt” (mediul social) și a ordinii simbolice (limbajul și ordinea socială guvernată de reguli). Este o definiție a corpului pe care o putem considera și o **definiție a întrupării**.

Ar fi trei elemente care definesc corpul uman din perspectiva interioară individului (eul) (Cregan, 2006).

Eul fizic – se referă la particularități cum ar fi: tipul somatic, relația dintre statură și greutate, culoarea părului și a ochilor, particularități fizionomice, ș.a.m.d. Psihologul american William James (Cregan, 2006) folosește și expresia de *eu material* în care include eul fizic și tot ceea ce este de ordin material și care este legat de respectiva persoană, cum ar fi: îmbrăcămintea, casa, alte proprietăți despre care se poate spune „este al meu”.

Eul spiritual – se refera la valori, dorințe, aspirații, însușiri caracteriale și temperamentale, aptitudini și talente, atitudini și concepții. El este rezultatul autorefecției, al receptării aprecierii altora, al consemnării reușitelor și nereușitelor în diferite activități. (corpul fără organe).

Eul social – cuprinde acele calități care se dezvoltă în contextul relațiilor și a activităților cu alții, cum ar fi locul ocupat în grupul său social, clasa prietenii, reputația și prețuirea celorlalți, asumarea și realizarea statutului și rolurilor. Eul social cuprinde și totalitatea părerilor și impresiilor pe care cineva și le face despre ceilalți.

Sociologic, întruparea se referă de obicei la modul în care corpul și procesele sale interactive, cum ar fi percepția sau achiziția culturală prin intermediul simțurilor, ajută, îmbunătățesc, potențează sau interferează cu dezvoltarea funcționării individului. Corpul preia în mobilitatea sa o serie de gesturi sau chiar acțiuni raționale prin învățare culturală și le întrupează în sensul că devin automatisme ale funcționării, devin o parte din codul de funcționare (din soft) al corpului

Pe de altă parte, a fi „întrupat” înseamnă și a te simți „ca acasă”, adică bine, natural, conectat în corpul tău, expresii „ca peștele în apă” sau „a fi bine în pielea ta”, o capacitate sporită de a fi prezent în corp și de a simți toate senzațiile sale emoționale și fizice. Exprimarea sigură, firească naturală și sănătoasă a nevoilor, dorințelor, temerilor și dorințelor prin intermediul corpului, a reacționa și a acționa coordonat cu întregul corp în raport cu derularea evenimentelor vieții. Pentru o astfel de stare de întrupare, religia folosește termenul *trezvie*, sau credințele de tip „new age”, *mindfulness*.

Înțelegerea întrupării poate avea loc și prin raportare la un concept opus *non-întruparea*. Până în anii '60, geografia a fost dominată de ideea că mintea și corpul sunt probleme separate: dualismul (cartezian) minte-corp (Crane și Patterson, 2001). Dualismul sugera o relație între minte și materie, această relație fiind posibilă datorită aserțiunii ca fenomenele mentale sunt, din

anumite puncte de vedere, lipsite de o bază materială. Dualismul metafizic vorbea și de *aportul celor două substanțe, spirit și materie*. Corpul este materie, iar spiritul este ceva separat, dar ideea este că, în această viziune, mai degrabă, spiritul nu este întrupat.

Deși spiritul este o categorie atribuibilă unui corp ea este totuși separată de corp, deci nu ar face parte din întrupare. Chiar dacă în viziunea carteziană minții i se recunoaște un „sediul” (glanda pineală) în corp, mintea nu poate fi un obiect sau un proces din această lume fizică, deoarece aceasta ar însemna că mintea să se explice prin cauze fizice, iar acest lucru nu este posibil. Bifurcația existenței separă modurile de a analiza o persoană. Realitatea este o dihotomie a materiei: inseparabile, dar diferite. Drept dovadă, Descartes folosind aceste categorii de substanțe clasifică indivizii pe baza criteriilor de diferențiere între înzestrarea cu aceste substanțe. Rațiunea, societatea, statul și cultura, au fost domeniile bărbaților și, prin acestea, au fost privilegiați. Emoțiile, corpul, familia și individul au fost alocate ca sferă de interes a femeilor și au fost probleme secundare (Longhurst, 2001). Mai mult, insistența lui Descartes de a izola cunoștințele raționale de „poziția socială a cunoscătorului” a fost cea mai importantă în geografie, ca în toate celelalte științe sociale. Nu numai că utilizarea convențională a „bărbatului” în scrierile din științele sociale a făcut invizibile femeile și copiii, dar ea e, implicat frecvent experiența masculină ca normă (Rose, 1995).

Insistând totuși pe literatura sociologică care, preponderent, se referă la sensul de *embodiment* sau *embodiness* (din limba engleză) formula devine mult mai strictă. Sociologia întrupării – vom folosi preponderent această variantă – s-a dezvoltat din critica conform căreia literatura despre corp nu a asimilat sau chiar „încorporat” și „vocea corpului” (James și Hockey, 2007).

Perspectiva fenomenologică se concentrează asupra *corpului trăit*, promovând ideea că sufletul sau conștiința sunt invariabil încorporate în corp și deci indivizibile în raport cu acesta. Ființa umană este un agent social întrupat. Lucrările lui Merleau-Ponty, în special textul său „Fenomenologia percepției” (1962) sunt considerate drept esențiale pentru definirea conceptului de întrupare. În esență, el a susținut că toată percepția umană este *întrupată*; nu putem percepe nimic și simțurile noastre nu pot funcționa independent de corpurile noastre. Acest lucru nu implică faptul că sunt

„lipite împreună”, așa cum ar putea sugera noțiunea carteziană a corpului, ci mai degrabă că există o oscilație între cele două. Această idee formează baza noțiunii de „întrupare” (Crossley, 2006).

În această perspectivă, corpul trăit este presupus a fi construit și re-construit de și în interiorul „lumii vieții”. Corpul trăit este o entitate intenționată care dă naștere acestei lumi. Leder (1992) susține că într-un sens semnificativ, corpul trăit contribuie la constituirea acestei lumi ca experiență. Nu putem înțelege semnificația și forma obiectelor fără raportare la puterile corporale prin care le implicăm – simțurile, motilitatea, limbajul, dorințele. Corpul trăit nu este doar un lucru în lume, ci un mod în care lumea devine, pentru că și experiența sau viața este modelatoare pentru obiecte și semnificații. În alți termeni, se recunoaște o circumscriere în determinanța corp-societate. Nu doar societatea este determinată de individ sau de corporalitate, ci și corpul încastrează gesturi care vin din asimilarea culturală, întruparea subsumând toate aceste procese.

Putem vedea, prin urmare, că este posibil din punct de vedere analitic să facem o distincție între *a avea un corp*, *a produce un corp* și *a fi un corp*. Turner (1992) a remarcat în acest sens, distincția termenilor din limba germană dintre Leib și Körper ca fiind instructivă în acest sens. Primul se referă la corpul experiențial, animat sau viu (corpul pentru el însuși), al doilea se referă la corpul obiectiv, instrumental, exterior (corpul în sine). Această abordare subliniază faptul că atât conceptul de „corp trăit” cât și noțiunea de „întrupare” ne reamintesc faptul sinele și trupul nu sunt separate și că experiența este invariabil, conștient sau nu, întrupată.

Unificând teorii precum cele ale lui Foucault și Giddens cu perspectivele interacționistilor, Nick Crossley (2006) a dezvoltat conceptul „întrupării reflexive” care se referă la ideea că oamenii nu sunt doar subiecți supuși reglementărilor asupra corpului, ci și agenți activi ai căror gânduri și percepții se întrupează în rețelele sociale. Cu alte cuvinte, se remarcă ideea de dinamică a corpului reglementat. Agenții întrupează au capacitatea de a reflecta asupra lor înșiși, iar această reflexie implică o evaluare a ceea ce ei cred că alți oameni gândesc despre ei. Întruchiparea reflexivă se referă la capacitatea și tendința de a percepe, reflecta și acționa asupra propriului corp; la practicile de modificare și întreținere a corpului; și la „imaginea corpului”. Reflexivitatea implică faptul că obiectul și subiectul percepției, gândirii, sentimentului,

dorinței sau acțiunii sunt aceleași (Crossley, 2006). Acest concept este esențial pentru explicitarea situațiilor de sănătate și a bolă, nu în ultimul rând fiindcă atât de multe practici și tehnici corporale sunt asociate cu întreținerea corpului pentru a asigura o sănătate bună și pentru a gestiona bolile. Multe dintre aceste teme au fost explorate de către sociologi care au studiat modul în care oamenii se confruntă cu boala.

Așadar, materia corpului cuprinde o „varietate deconcertantă” de semnificații: este „echivocă, adesea ambiguă, uneori evazivă și întotdeauna contestată” de către cei care încearcă să o să îi înțeleagă sensul mai pe deplin (Pile și Thrift, 1995). Cu toții avem unul, sau, cel puțin, cu toții suntem unul. Cu toții ne naștem, cu toții murim. Deși aceste lucruri par a fi universale, *experiențele noastre întrupate* sunt unice (Nast și Pile 1998). De fapt, aceasta este nuanța cea mai relevantă a întrupării pentru ideea acestei lucrări: întruparea poate fi doar o stare de moment sau, oricum, schimbabilă – poate fi *experiență întrupată*. Din această perspectivă, am formulat noul concept al întrupării și pentru proiectul cercetării empirice. Corpurile noastre îndeplinesc o gamă vastă de sarcini, trec prin chinuri și plăceri. Ele pot fi suprafețe pentru lucrări de artă, pot purta sarcini practice, deci pot fi instrumente de artă și meserii, pot să stabilească și să cimenteze identități, să facă dragoste, să violeze, să excrete și să se roage (Harré 1991 citat în Pile și Thrift 1995). Deci pot succeda mai multe „întrupări”, adică o formă diluată care nu echivalează noțiunea de corp stabil. Corpurile și semnificațiile lor codificate social pot fi înțelese doar în anumite spații, timp și contexte culturale.

2.3.2. Corpul absent/ Corpul ambiguu/ Prezența absentă a corpului

Deși am explicat mai sus că percepția umană este întrupată, lucru dovedit, contrar viziunii carteziene, paradoxal, Merleau-Ponty (2002) observă că, deși noțiunea de conștiință încorporată este centrală în această paradigmă, este de asemenea adevărat faptul că nu suntem întotdeauna conștienți sau avizați de acțiunile noastre corporale. „Nu spunem în mod obișnuit corpului nostru să mute un picior în fața celui alt, când vrem să mergem, sau să respirăm prin nas dacă vrem să mirosim un trandafir.” Organismul în acest sens este „considerat ca fiind de acord” sau, așa cum o exprimă Leder (1990),

corpul este/ poate fi „absent”. O parte a vieții se derulează pe pilot automat, dar comenzile și tot pilotajul sunt învățate, asimilate de corp, cel mai plauzibil, prin acțiunea lui socială. În timp ce, într-un sens, corpul este cea mai persistentă și inevitabilă prezență în viața noastră, în același timp, viața se derulează și în absența corpului. Adică corpul propriu este arareori obiectul tematic al experienței sau tinde să se retragă din experiența directă.

Concepția despre identitatea de sine pe care Leder o schițează în lucrarea sa *The Absent Body* (1990) se bazează pe argumentul că trupul rămâne latent pentru indivizi în timp ce aceștia sunt implicați în acea acțiune intenționată care tinde să domine viețile noastre moderne. Corpul este, în circumstanțe „normale”, marginal pentru sentimentul nostru de sine.

Punctul de plecare al lui Leder este tot Merleau-Ponty (1962/2002), cu fenomenologia percepției, care se concentrează pe experiența fundamentală, trăită, a corpului nostru dat: obiceiurile și rutinele corpurilor noastre ne oferă „vehiculul nostru de a fi în lume” și „punctul nostru de vedere”, în mod necesar parțial, asupra lumii. Cu toate acestea, bazându-se pe argumentul deconstructiv conform căruia orice prezență depinde de o absență corespunzătoare, Leder susține, de asemenea, că corpul fenomenologic nu este nici „complet încarnat cu oase și mățe” (de exemplu, ignoră caracteristicile „recesive” ale corpului nostru, cum ar fi organele interne) și nici nu ne permite să înțelegem importanța absenței corporale pentru experiențele trăite de oameni. Această problemă a absenței corporale este deosebit de importantă pentru teza lui Leder.

Pe măsură ce lumea modernă promovează și recompensează acțiunile raționale și orientate spre rezultate, viața noastră profesională și activitățile noastre de agrement ne cufundă în urmărirea unor obiective care sunt exterioare corpului nostru. Putem fi cufundați în redactarea unei teze, în răspunsul cereri și reclamații, sau în încercarea de a puncta pe terenul de sport, dar în toate aceste situații corpul nostru, deși implicat în acțiune, nu este, sau rareori este în prim-planul minții noastre. Nu avem conștiința despre corp în toate aceste activități. Când citim suntem pierduți în gânduri, nu ținem cont de senzațiile fizice sau de postura prezentă. Această uitare nu se limitează nici la momentele de cunoaștere de nivel superior. Pot fi angajat într-un sport feroce, cu mușchii flexați și receptivi la cele mai mici mișcări ale adversarului meu. Cu toate acestea, atenția mea se concentrează

tocmai asupra acestui adversar, asupra acestui joc, și nu asupra propriei mele întruchipări. (Leder, 1990)

Mai mulți factori contribuie la această absență corporală. În primul rând, avem de obicei o stăpânire practică a corpului nostru (habitus), ceea ce ne permite să efectuăm acțiuni precum mersul, vorbitul și cititul fără să ne gândim la ele. În al doilea rând, această stăpânire practică luată de la sine se aplică și în cazul abilităților de lucru sau sportive specializate (Leder, 1990). În al treilea rând, procesul de angajare în orice activitate necesită ca nenumărate abilități și scheme motorii să rămână nefolosite. Într-adevăr, în procesul general de percepere a lumii din jurul nostru „organul perceptiv rămâne o absență sau o nulitate în mijlocul perceputului” – acesta este și motivul pentru care avem atâtea întrupări sau putem flexa întruparea – *(este unul din argumentele care ne conduce spre ideea că suntem avataruri și corpul nostru își creează funcționalitatea pe reflexe condiționate fără reflexie, V.4.3).*

Dacă până aici totuși putem invoca o lipsă de percepție a unei homeostazii a „normalului” – nu ne percepem corpul în condiții normale – organele noastre viscerele interne nu se pot activa nici la situații mai acute. Putem suferi de hipertensiune arterială sau de niveluri periculos de ridicate de colesterol, de exemplu, fără a avea vreo conștientizare a stării noastre și fără ca acestea să provoace vreo întrerupere a activităților vieții. Spre deosebire de „priveștiștea” pe care ne-o oferă vederea, auzul, mirosul, atingerea și gustul, deci, organele noastre interne sunt fenomenologic „marcate de lacune regionale” (Leder, 1990). De aceea, medicii trebuie să fie pricepuți în a citi semnele corporale care pot fi simptome ale unor probleme mai profunde. De fapt, trebuie să menționăm că depășirile acelor parametri pe care le considerăm periculoase sau „patologice” sunt totuși considerații inventate de medicină, nu neapărat stări „nenaturale”.

Apoi, niciunul dintre aceste puncte nu trebuie interpretat ca sugerând că trupul nostru dispare literalmente. El rămâne parte a „fondului nostru corporal”, dar se estompează în contextul experiențelor noastre trăite. Cu toate acestea, dacă corpul care funcționează corect se retrace din conștiința noastră, Leder recunoaște, de asemenea, că durerea, boala sau jena cauzată de „scăpări” sau „gafe” pot face ca trupul să reapară ca o răzbunare.

2.3.3. Corpul dispărut/ reapărut

Corpul absent (dispărut) poate reapărea în cazul unor evenimente corporale precum apariția unei dureri acute, un accident (leziuni majore) sau situații noi, cum ar fi prima menstruație, schimbarea vocii, etc. (Leder, 1990)

Utilizând prefixul grecesc „dys” (care înseamnă „rău”, „greu” sau „bolnav” și care este folosit într-o formă adaptată în cuvinte precum „disfuncțional”), Leder folosește termenul de *dis-apariție* pentru a se referi la situațiile în care corpul reapare ca un focar tematic și senzorial al experienței noastre, dar într-o formă biologic patologică sau deviantă din punct de vedere social. În contrast cu angajamentul nostru normal față de lume, *dis-apariția* ne înstrăinează de lumea socială și ne aruncă înapoi în lumea limitată a corpului nostru. Durerea ne oferă cel mai clar exemplu al acestei *dis-* sau *re-apariții*. O durere neașteptată ne poate „tăia respirația” și ne poate îndepărta complet de activitatea în care eram angajați. Durerea intensă ne face să fim foarte conștienți de corpul nostru, în timp ce îi căutăm locația și cauza. Corpul nu mai este un mediu de fundal al acțiunii în prim-plan și ne putem pierde într-o lume a durerii ai cărei parametri constau într-o imagine corporală extrem de restrânsă, străbătută de o agonie înjunghiată, pătrunzătoare și arzătoare (Scarry, 1985).

Durerea nu este singura senzație care produce această reapariție a corpului. Calculele raționale pot fi complet copleșite de corpul emoțional în fața pasiunii sexuale sau în contextul altor emoții puternice, cum ar fi frica. Senzațiile neașteptate sau evenimentele corporale ne pot determina, de asemenea, să ne concentrăm asupra unui anumit aspect al corpului nostru. Leder oferă ca exemplu acțiunile de a ne freca ochii și de a strâmba din ochi înainte de a ne concentra din nou asupra unui lucru pe care îl vedem, dar pe care nu-l credem. (Shilling, 2003).

Există, de asemenea, un echivalent social al acestei *dis-aparențe* dureroase sau emoționale a corpului, și se referă la acea *conștiință corporală* care poate apărea atunci când există o întrerupere a interacțiunii sociale. Atunci când fluxul ordonat al interacțiunii se întrerupe, ca urmare a unor gesturi sau expresii nepotrivite, individul devine acut conștient de corpul său. Urmează adesea jena, care poate fi însoțită de uscăciunea gurii, o încordare a mușchilor

și un sentiment de clătinare care duce la întreruperea întâlnirii sociale (Shilling, 2003). Indivizii devin extrem de conștienți de dis-aparența lor corporală pe măsură ce se rupe sincronizarea reciprocă a oamenilor unul cu celălalt (Leder, 1990).

Anorexia nervoasă și bulimia, de exemplu, au fost asociate cu presiunile culturale asupra femeilor pentru a obține o formă corporală „ideală” și, respectiv, cu tensiunile implicate într-o societate care valorizează activitățile corporale contrastante implicate în munca productivă și în consumul hedonist (Shilling, 2003).

Analiza lui Leder a corpului latent constituie o provocare radicală la adresa scrierilor care încearcă să facă din corpul relativ continuu un element central al identității de sine a oamenilor. Lucrarea sa poate fi interpretată ca sugerând că, în epoca contemporană, corpul este relativ neimportant pentru sentimentul de sine al oamenilor: acesta tinde să lipsească din acele activități externe și roluri sociale din care indivizii își dobândesc și își dezvoltă identitatea. Cel puțin, ea ne oferă o înțelegere fenomenologică sofisticată a modului în care filosofia occidentală a priorizat istoric mintea în detrimentul corpului ca fiind ceea ce ne face să fim în mod distinct ființe umane și actori morali. Dacă, în gândirea profundă, corpul dispare din peisaj, nu este de mirare că preocupările abstracte și speculative ale filosofiei ar trebui să îi retrocedeze semnificația. Această viziune asupra corpului latent rezonază puternic cu unele concepții din tradiția sociologică. Leder nu este primul care conceptualizează boala și durerea în legătură cu perturbarea acțiunii intenționate. Parsons a asociat boala cu o perturbare a bunei funcționări a rolurilor sociale normale și cu așteptarea ca indivizii să caute ajutor pentru a face să dispară corpul disfuncțional (Shilling, 2003).

În alte contexte însă, foametea, boala și frica fac parte în mod cronic din viața de zi cu zi a milioane de oameni de pe glob și intră în starea „normală” a corpului lor. În acest caz, ar putea fi mai aplicabil să vorbim despre apariția corpului sănătos și pe deplin funcțional ca despre un proces de reapariție, mai degrabă decât de dis-apariție. În plus, unele regimuri religioase promovează o monitorizare constantă a corporalității (restricționare consumuri de carne, penitențe, regimuri corporale), deși în moduri diferite și, din nou, nu pot fi folosite cu ușurință pentru a susține noțiunea de absență a corpului normal (Mellor și Shilling, 1997). Experiențele anumitor persoane cu mobilitate

redușă pot, de asemenea, să pună la îndoială ipotezele care stau la baza analizei lui Leder. Persoanele care suferă de artrită, de exemplu, își pot experimenta corpul ca fiind cronic disfuncțional, trebuind să pună în mod regulat în prim-plan mișcarea picioarelor și a mâinilor în raport cu treptele, denivelările, pantele și balustradele. La un nivel mai banal, frecvența cu care corpul se amestecă totuși în conștiința noastră este ilustrată de ciclurile de senzație de foame, sete, oboseală, disconfort și nevoia de a goli vezica și intestinale care ne caracterizează viața de zi cu zi. În ciuda acestor limitări, noțiunea de corp latent lansează o provocare puternică domeniului studiilor corporale și face multe pentru a explica o experiență fenomenologică particulară a corpului. Scrierile lui Leder au fundamentat lucrări importante în sociologia sănătății și a bolii și pot ajuta, de asemenea, la explicarea motivelor pentru care teoria socială se concentrează uneori în mod selectiv asupra unor aspecte particulare ale întrupării, cum ar fi viziunea, o concentrare făcută posibilă permițând dispariția altor aspecte ale identităților întrupate ale oamenilor. Cu toate acestea, dacă dorim să examinăm modul în care corpul a putut fi mai proeminent pus în prim-plan pentru oameni, este util să ne întoarcem la analizele strâns legate de corp ca „proiect”, „opțiune” și „regim” (Shilling, 2003).

Această teorie a absenței și reapariției corpului, nu trebuie confundată cu preceptul „prezenței absente” a corpului teoretizat de Shilling în (1993) cu referință la prezența corpului ca obiect al analizei în sociologie. Primii sociologi erau preocupați de mintea umană, dar nu au abordat cu adevărat aspectele fizice ale corpului. Shilling afirmă, de exemplu, că: „abia atunci când sociologia a început să pună sub semnul întrebării diviziunea dintre natură și societate, teoreticienii au conceptualizat corpul ca fiind central atât pentru actorul uman, cât și pentru întreprinderea sociologică” (Shilling, 1993). Shilling spune că primii sociologi credeau că natura și societatea nu interacționează. Acest fenomen a avut loc deoarece sociologii precum Durkheim credeau că trupul este biologic și, prin urmare, o parte a „prezenței absente” a corpului în scrierile teoretice a rămas o problemă reală: în timp ce corpul devenise un stimulent incontestabil pentru imaginația sociologică, acesta tindea încă să dispară din peisaj în favoarea unei preocupări pentru preocupările analitice mai tradiționale. Această prezență absentă nu era, bineînțeles, nouă. Scrierile despre corp luptau împotriva abordării filosofice

dominante în gândirea occidentală, care prețuise timp de secole mintea gânditoare mai presus de carnea fizică. *Cogito ergo sum* al lui Descartes („Gândesc, deci exist”) a implicat, la un anumit nivel, o respingere a tuturor simțurilor corpului. În Meditații, el a susținut că „eu sunt doar un lucru care gândește”, că „mintea mea este în întregime și cu adevărat distinctă de corpul meu și poate exista și fără el” și că trupul nostru ne îndeamnă la sentimente iraționale și impulsivitate (Lockhorst, 2021). Au existat și excepții de la această „denigrare a corpului”. Umaniști precum Montaigne susțineau că „o parte a umanității noastre este să acceptăm responsabilitatea pentru corpurile noastre, pentru sentimentele noastre” și căutau să limiteze pretențiile de adevăr ale gândirii abstracte. Cu toate acestea, cea mai influentă gândire filozofică a avut tendința de a examina corpul doar în măsura în care acesta interferează cu puterile presupus transcendente ale minții. Astfel, Kant (citată în Shilling, 2003) a considerat pasiunile și emoțiile corporale ca fiind impedimente în calea acțiunilor autodeterminate și a conceptualizat orientările morale ca derivând din capacitatea inerentă a omului de a transcende dorințele și de a se conforma „imperativului categoric” universal. Prin urmare, corpul nu era complet absent în aceste scrieri, dar era privit cu suspiciune și tindea să fie marginalizat în raport cu pretensele puteri de autodeterminare ale minții. Având în vedere interesul său pentru funcționarea societății industriale și pentru viața oamenilor moderni, precum și pentru procesele elementare care stau la baza acestor fenomene, nu este surprinzător faptul că sociologia clasică a acordat o atenție mai pozitivă aspectelor legate de întruchipare.

Emile Durkheim (1995), de exemplu, se referă la corpul natural ca fiind profan, dar susține, de asemenea, că practicile rituale care au înconjurat din punct de vedere istoric carnea și fluidele umane sugerează că trupul „ascunde în profunzimea sa un principiu sacru care izbucnește la suprafață în anumite circumstanțe”. Manifestându-se prin tăieturi, scarificări, tatuaje, picturi sau alte forme de decorare, aceste erupții afirmă comuniunea indivizilor într-un întreg moral comun și, prin urmare, servesc la crearea unei legături între societăți. Astfel de discuții directe despre corp pot fi găsite în alte părți ale sociologiei clasice, dar ele nu au rezolvat problema prezenței absente a corpului, deoarece totalitatea subiectului întrupat rămâne frecvent fragmentată și dispare din peisaj. (Shilling, 2003)

Talcott Parsons a identificat organismul fizic ca fiind un „punct de referință unitar” pentru sociologie (Parsons, 1951), dar a insistat, de asemenea, asupra faptului că semnificația socială a corpului i-a fost dată de societate. Acesta este contextul în care Parsons a putut susține că sănătatea nu era în primul rând o calitate a corpului biologic, ci se referea la „capacitatea subiacentă” a indivizilor de a contribui la resursele productive ale societății) deci nici de la acest ultim clasic nu putem extrage semnificația corpului pentru indivizi.

Pentru a depăși această problemă zisă a „prezenței absente a corpului” în gândirea socială, trebuie să conceptualizăm corpul ca pe un fenomen simultan biologic și social, care este în același timp modelat de relațiile și structurile sociale contemporane, dar ireductibil la acestea (Shilling, 2003).

2.3.4. Corpul fără organe

Corpul fără organe este un concept-metaforă tratat în opera filosofilor francezi Gilles Deleuze și Félix Guattari. Termenul a fost folosit pentru prima dată de scriitorul francez Antonin Artaud într-o piesă de teatru din 1947, cu referință la un personaj atipic care rostește în epilog următoare frază „*Când îl vei fi făcut un corp fără organe, atunci îl vei fi eliberat de toate reacțiile sale automate și îl vei fi readus la adevărata sa libertate.*” (citată în Colombat, 1991) Conceptul a fost adoptat mai târziu de Deleuze în cartea sa *Logica sensului* într-o conotație psihiatrică, și extins apoi în mod ambiguu, cum el însuși admite și colegul său Felix Guattari în ambele volume din *Capitalism și schizofrenie: Anti-Oedipus și O mie de platouri* (Colombat, 1991).

Descris la modul general, „corpul fără organe” nu se referă la un corp literal fără organe anatomice, ci este o metaforă pentru un *corp eliberat de organizare*, funcționalitate, identitate fixă sau ierarhii impuse. Este un corp „dezorganizat”, adică rupt de funcțiile clasice ale organelor (nu mai e „ochiul pentru văzut, gura pentru vorbit etc.”). Reprezintă o *potențialitate pură*, o suprafață neutră pe care dorințele și fluxurile pot circula liber, fără a fi canalizate, fixate sau „organizate” de norme sociale, culturale, psihice. Este opusul corpului social, normat, care este „funcționalizat” de instituții (școală, familie, medicină etc.) – adică ceea ce Foucault numea „corpul docil”. Este o reacție la represiunea dorinței, la organizările constrângătoare ale psihicului (vezi critica adusă psihanalizei freudiene).

Deleuze și Guattari au considerat corpul ca fiind o mașină care se autoreglează (prin procesul de homeostazie) și, ca urmare, activitățile posibile ale părților sale constitutive – organele sale – sunt limitate (Deleuze și Guattari, 1988). Deleuze recunoaște și inspirația din ceea ce a spus filosoful din secolul al XVII-lea Baruch Spinoza: „nimeni nu știe ce poate face un corp”, ceea ce înseamnă că putem face lucruri aparent imposibile cu ajutorul corpurilor. *Dacă am scăpa de regulile pe care le-am creat ca oameni pentru a dicta ce poate face un corp în conformitate cu alte reguli pe care le-am creat despre ce pot face organele, atunci am fi liberi să facem mai multe cu corpurile noastre* (Deleuze și Guattari, 1988).

Corpul fără organe este potențialul nereglementat al unui corp fără structuri organizatorice impuse părților sale constitutive, care funcționează liber. Ideea de la care pornește acest concept fluid este că existența este limitată de funcționalitatea organelor, în timp ce dorințele exced aceste organe. Ea, existența s-ar elibera dacă corpul ar trăi după procesele dorinței (Buchanan, 1997).

Corpurile schizofrenicilor, ale dependenților de droguri și ale ipohondrilor sunt exemple pe care le dau cei doi de corpuri fără organe, dar ei avertizează împotriva replicării acțiunilor lor; oamenii nu ar trebui să caute experiențele lor negative, care sunt „catatonizate” și „vitrificate” (Deleuze și Guattari, 1988). Pornind de la ideile despre corp și inconștient din psihanaliză, Deleuze și Guattari au teoretizat că, din moment ce fanteziile conștiente și inconștiente din psihoză și schizofrenie exprimă forme și funcții potențiale ale corpului care cer ca acesta să fie eliberat, procesul homeostatic al corpului este limitat de organe. Deoarece toate organismele au un fel de dorință – în cazul plantelor, instinctele lor genetice controlează acțiunile pe care le întreprind – corpul fără organe este manifestarea neconstrânsă a acestor dorințe. Deci corpul fără organe ar fi componenta extra fizică a organelor (dorința, acțiunile determinate nu prin homeostazie ci create de psihic de idei).

Sau pentru a explica mai facil ideea de corp fără organe, cei doi fac o analogie cu dezvoltarea oului (Deleuze și Guattari, 1988). Pe măsură ce se dezvoltă un ou de pasăre, acesta nu este altceva decât o încălcare de gradienti proteici, care au intensități diferite și nu au o structură aparentă;

un ou de pasăre reprezintă viața „înainte de formarea straturilor” (trupul ar trebui privit doar ca o „stratificare provizorie a stărilor de viață” (Deleuze și Guattari, 1988), deoarece schimbările în elementele calitative ale oului vor apărea ca un organism schimbat. Această evoluție de la ou la corp conține stratificări și intensificări succesive care îngrădesc libertatea corpului absolut. În legătură cu aceasta, autorii se inspiră din cultura Dogon, unde există credința într-un ou care cuprinde universul; universul este atunci un „spatium intensum” (un interior intensiv), similar unui ou de pasăre. Potrivit lui Deleuze și Guattari, oul Dogon a fost traversat de mai multe linii de vibrație schimbându-și forma pe măsură ce se dezvoltă (Colebrook, 2002).

Altă analogie a conceptului a fost cea de corp atomic opusă corpului anatomic „corpul fără organe este, definit de un organ nedeterminat (neevoluat), în timp ce corpul normal este definit de organe specifice” (Deleuze și Guattari, 1988).

Corpul fără organe rămâne unul dintre cele mai ambigue concepte ale celor doi filosofi. După unii autori care le-au studiat opera, nici chiar ei nu erau siguri de un sens precis al termenului și nici ei doi nu erau în acord perfect asupra unei explicații (Buchanan, 1997). În cele din urmă, cei doi leagă corpul fără organe în mod bizar și de alte două concepte: estetică și etică. *Estetică pentru că, dacă am putea avea un corp fără organe, am putea fi atunci liberi să experimentăm cu adevărat toate lucrurile frumoase din univers, fără toate aceste reguli despre când și unde și așa mai departe, iar acest lucru ne-ar face oameni mai buni, cu corpuri mai bune și mai frumoase, care nu ar răni alte corpuri (umane și animale) atât de mult pe cât am făcut-o de la începutul științei (care se numește Iluminism). Iar a trata mai frumos toate corpurile și a avea grijă de întregul corp al universului se numește etică.* Mai exact, ei numesc acest proiect al Corpurilor fără organe *ontoestetică* și *antro-etică* (Deleuze și Guattari, 1988).

De fapt Deleuze și Guattari nu creează într-un tot o paradigmă nouă despre înțelegerea corpului. Viziunea lor este în sînjul unor percepții sociale create de diverse mișcări spirituale și esoterice (poate pentru prima dată este o transpunere din lumea academică) dar ideea este apropiată de viziunile ezoterice ale corpului din diversele tradiții culturale.

2.3.5. Corpul subtil

Termenul este frecvent utilizat în zona practicilor spirituale. Conform unor învățături ezoterice, oculte și mistice, *corpul subtil* este un corp sau corpuri energetice sau psiho-spirituale, non-fizice pe care le au toate ființele. Conceptul de corp subtil se referă la aspectele „cvasi-materiale” ale corpului uman, nefiind nici exclusiv fizic, nici exclusiv spiritual, potrivit diverselor învățături ezoterice, oculte și mistice (Samuel și Johnson, 2013).

În filozofia-religia orientală și ezoterică (taoismul, religiile dharmice, cum ar fi hinduismul, budismul și jainismul, în principal în ramurile care se concentrează pe tantra și yoga) – este alcătuit din numeroase învelișuri de materie-conștiință care se întrepătrund, se suprapun și se depășesc reciproc. Ideea conform căreia corpul uman este format din „corpuri subtile” – esențe psiho-spirituale – formă radicală de autocunoaștere pune în discuție dualismele din centrul discursului occidental: minte/corp, divin/uman, materie/spirit, rațiune/emoție, eu/altul.

Corpul subtil este în mod inerent plural – compus dintr-un număr de corpuri – infinit deschis și, în întregul său, în iarăși, mod inerent, incognoscibil. Deci trebuie considerat faptul că aceste corpuri subtile nu pot fi înțelese decât prin moduri intuitive de cunoaștere. Prin urmare, trebuie făcută de la început disjunctia dintre subiectivitatea luată în considerare și discursul rațional angajat pentru a face acest lucru. Corpul subtil are corespondență și în tradiția occidentală, de exemplu, așa-numitul *corp de lumină*. Conceptul provine din filozofia lui Platon: cuvântul „astral” înseamnă „al stelelor”. De-a lungul Renașterii, filosofi și alchimiști, vindecători, au continuat să discute despre natura lumii astrale intermediare între pământ și divinitate. Oamenii de știință occidentali au început să exploreze conceptul de corp subtil în cercetările privind meditația (Samuel și Johnson, 2013).

2.3.6. Corpul utopic (variațiune a corpului fără organe) & mitul cyborgului

Corpul ca „obiect al viziunii” a fost studiat de sociologi recenți precum Chris Shilling și Bryan Turner, care și-au fundamentat munca în studii anterioare ale lui Herbert Marcuse și Michel Foucault (Shilling, 2005). La fel

ca textele utopice, sociologiile moderne ale corpului se concentrează asupra dorinței ca element cheie pentru analiza centralității corpului în societate.

Corpul utopic se apropie de noțiunea corpului fără organe. Este vorba de a plasa corpul într-un spațiu al dorințelor fără limită. Nu este o coincidență faptul că, pe măsură ce societatea s-a îndreptat către mai multe reglementări și spații mai strânse, cu atât mai multă utopie ca mod de „a dori diferit” a implicat nevoia de mișcare corporală și spațiu nelimitat. Teoriile despre spațiu, mișcare și percepție ajută la elucidarea legăturii dintre utopism și corp, în special la mijlocul secolului XX, când filosofii înșiși începeau să pună la îndoială separarea tradițională dintre corp și lume și corp și minte.

Merleau-Ponty s-a opus punctelor de vedere anterioare ale corpului ca un recipient pasiv pentru mintea sau spirit, unde corpul nu este altceva decât o mașină din părți neîncarnate. Merleau-Ponty (1962/2002) a susținut corpul ca *un vehicul dinamic pentru experimentarea și modelarea lumii*.

Pentru Merleau-Ponty, corpul este legătura noastră directă cu „a fi-în-lume”. În *Fenomenologia percepției*, el vede corpul ca fiind *vehiculul de a fi în lume*, iar a avea un corp este, pentru o creatură vie, înseamnă să fie implicat într-un mediu definit, să se identifice cu anumite proiecte și să fie continuu angajat față de ei (Merleau-Ponty (1962/2002)). Întrucât corpul este vehiculul prin care devenim conștienți de lume, nu poate fi separat de lume și percepțiile și experiențele noastre sunt în mod necesar întruchipate. Mintea și corpul nu sunt despărțite, iar corpul nu este doar o carne dezinteresată neafectată de o lume în continuă schimbare; dimpotrivă, „suntem în lume prin corpul nostru și percepem lumea din corpul nostru ...” (citată în Williams et al., 2003). Nu există existență sau experiență în afara corpului – doar ființa-în-lume prin corp ca subiect întruchipat. Așa ajungem la conturarea unei noi teorii în fenomenologia corpului:

2.3.7. Schema corporală & Imaginea corporală

Aceste conceptualizări vin din interpretarea filosofică a unei noțiuni neurologice timpurii de „schemă corporală” (Head, 1920). Schema corporală nu trebuie înțeleasă nici ca o simplă idee abstractă, nici ca un fapt pur fiziologic sau fizic. Mai degrabă, ea funcționează ca o diagramă practică, dinamică, a modului în care corpul nostru se raportează la lume. Este un set de norme implicite – sau un complex de regularități – construit prin experiența

acțiunii, care structurează percepția și înțelegerea noastră asupra mediului. Prin intermediul acestei scheme, obiectele și situațiile capătă sens, deoarece corpul le „înțelege” în termenii posibilităților de acțiune pe care le oferă. Schema corporală nu descrie doar poziția membrelor sau funcționarea sistemului motor, ci o întreagă logică a prezenței corporale în lume.

Merleau-Ponty dedică mult efort dezvoltării continue a noțiunii de schemă corporală și interpretează surse noi pe care nu le-a folosit în *Fenomenologia Percepției* (1962/2002). În mod special, el studiază diverse posibilități ale modului în care această „diagramă” practică poate fi diferențiată sau mai rafinată (suprastructuri cognitive și culturale, sisteme simbolice), ceea ce arată unitatea fundamentală dinamică a corpului. Merleau-Ponty revine de mai multe ori cu interpretarea noțiunii de schemă corporală, și produce opinii care contrastează cu înțelegerea mai tradițională a corpului în fenomenologie și în textele filosofice ale timpului său care tratează schema corporală (de Preester și Knockaert, 2005).

Conceptele de „schemă corporală” și „imaginea corpului” sunt ancore conceptuale care au fost și sunt utilizate în moduri diferite până la confuzie și abundență de definiții. Inițial, *schema corporală* era *setul de „reprezentări” neuronale ale corpului și funcțiile corporale din creier* (Head, 1920). Pe de altă parte, conceptul de „imagine a corpului” este folosit pentru *reprezentări mentale explicite ale corpului și funcții corporale*. Activarea schemei corporale din creier se presupune că se bazează pe experiența imaginii corporale (în acest caz se pot aplica anumite condiții suplimentare) (Stamenov citat în de Preester și Knockaert, 2005). Schema corporală este mai mult decât imaginea corporală. Comparând cele două concepte – de schemă și imagine a corpului – putem observa de la bun început că schema corpului a fost și este folosită în mod mult mai specializat și este mai puțin populară (deci mai rafinată).

Cu alte cuvinte, ne confruntăm concomitent cu multiple scheme și multiple imagini. Dar totuși pentru sinteză și rafinare vom păstra ca valide interpretările lui Merleau-Ponty. Corpul reprezintă un subiect important al filosofiei sale, iar conceptele de imagine corporală și schema corporală sunt două dintre cele mai semnificative abordări ale sale în ceea ce privește înțelegerea corpului uman.

Imaginea corporală se referă la imaginea mentală pe care o avem despre propriul nostru corp. Această imagine nu este doar una vizuală, ci cuprinde și experiențele noastre tactile, auditive, olfactive și proprioceptive (sensibilitatea la poziția și mișcarea corpului). *Imaginea corporală* se formează prin experiențele noastre de viață, cum ar fi contactul cu alte corpuri, feedback-ul social și cultural, experiențele traumă sau afecțiuni medicale. Această imagine nu este statică și poate varia de la o persoană la alta și chiar în funcție de momentul din viața unei persoane. Pe de altă parte, *schema corporală* se referă la cunoașterea implicită pe care o avem despre corpul nostru și capacitatea noastră de a ne deplasa și de a interacționa cu mediul înconjurător. De asemenea, se referă la capacitatea noastră de a ne reprezenta spațiul fizic și temporal în funcție de poziția și mișcarea corpului nostru. Schema corporală nu este o imagine mentală, ci mai degrabă o cunoaștere implicită și automatizată a corpului nostru care ne permite să navigăm prin lumea înconjurătoare și să ne adaptăm la mediul în care trăim. nivel de referință stabilit preliminar (poziție de referință presetată), în raport cu care toate conținuturile particulare ale experienței (toate experiențele ulterioare) fac sens în primul rând, dar care poate fi re-stabilit în cazul în care unele dintre aceste conținuturi cer ajustarea sa sistematică.

În general, Merleau-Ponty consideră că imaginea și schema corporală sunt două aspecte interconectate ale experienței noastre corporale, care sunt esențiale pentru înțelegerea modului în care percepem și interacționăm cu lumea înconjurătoare. Oamenii se adaptează la mediul urban prin semne și simboluri și se integrează prin socializare.

Și Parsons (1978) definește imaginea corpului ca *un ansamblu de procese care stau la baza simulării mentale a acțiunii cuiva și... care nu sunt direct accesibile conștiinței*. În acest sens, funcționează ca o reprezentare subpersonală non-conștientă, care depinde de informațiile furnizate de simțuri proprioceptive, kinestezice, musculare, articulare, posturale, tactile, cutanate, vestibulare, de echilibru, vizuale și auditive, precum și din sentimentul nostru de efort fizic și de contactul cu obiectele și printre părțile corpului nostru (Parsons, 1978). Se spune că imaginea corpului include informații care contribuie la o reprezentare conștientă și perceptivă a corpului, „simularea mentală” în sine, în care „poziția aparentă a unor părți afectează forma reprezentată a altora”. În definiția sa, Parsons se referă, de asemenea, la

conceptul de „schemă corporală” și folosește acest ultim termen interschimbabil cu „imaginea corpului”.

Definiția oferită de Parsons este de fapt destul de consistentă cu istoria lungă a utilizării inconsistente a termenilor „imagine corporală” și / sau „schemă corporală” în diverse abordări științifice și filozofice. Termenii au fost folosiți în mod interschimbabil, într-o manieră neclară și ambiguă, formând un grup de concepte înrudite, dar nu neapărat identice.

Într-o altă perspectivă, Schilder (2000), chiar dacă extinde domeniul de aplicare al discuției, arată clar o conflagrație de termeni. *Imaginea corporală* înseamnă imaginea propriului nostru corp tridimensională, pe care o formăm în mintea noastră, adică modul în care corpul ne apare. O putem numi „imagine-corp”. Și numim „schemă a corpului” sau *modelul postural al corpului* acele codificări și mișcări presetate care ne asigură integrarea în social.

Merleau-Ponty (1962/2002), preluând aceste concepte în contextul filozofiei fenomenologice, a fost ceva mai atent. Urmând conceptul lui Head, el a folosit în mod constant termenul de *schemă corporală* pentru a semnifica *o funcționare dinamică a corpului în mediul său*. Schema funcționează *ca un sistem de echivalente motorii dinamice care aparțin domeniului obișnuinței* mai degrabă decât la alegerea conștientă. Cu toate acestea, schema funcționează împreună cu o conștientizare marginală a corpului, iar Merleau-Ponty a lăsat adesea neexplicată relația dintre schemă și conștientizarea marginală.

Așa cum am mai spus, numeroase studii empirice și teoretice folosesc termeni precum „schema corporală”, „imaginea corpului”, „concept corporal” și „percepția corpului” în mod interschimbabil. Sau există și sintagma „schema imaginii corporale” care definește schema corpului ca „imagine posturală”, „imagine perceptivă” sau „model de bază al corpului. (Fisher, Kolb, citați în Gallagher, 1986).

Gallagher (2006), definește imaginea corpului ca „o structură mentală proiectată în exterior”, iar schema corpului este „extensia exterioară a corpului reflectată într-o hartă mentală interioară”. De fapt, de-a lungul acestor diverse *abordări*, ca să nu le numim confuzii terminologice, schema sau imaginea corpului sunt caracterizate alternativ ca o *funcționare fiziologică*, un *model sau reprezentare mentală conștientă*, o *imagine inconștientă*, o *manieră de organizare a experiențelor trupesti*, o *reflecție indusă artificial*, o *colecție de gânduri*, *sentimente și amintiri*, un *set de poziții fizice* definite în mod

obiectiv, o *hartă neuronală* sau o *reprezentare corticală* și o *activitate ideală / conceptuală* am adăuga noi un *protocol al funcționării individuale, elaborat experiențial*.

Deși o bună înțelegere științifică a întruchipării implică complexitate conceptuală, nu pare posibil ca schema corpului / imaginea corpului să fie simultan sau chiar în diferite momente, toate aceste lucruri. Peste toate acestea, literatura abundă și de „clarificări conceptuale”, care, după părerea noastră, sunt nerelevante. Această lucrare vrea mai mult o „simplificare conceptuală” o unificare a conceptelor o simplificare a *mind-map-ului* cu privire la acest subiect al continuității pe care o tot invocăm.

De exemplu, Merleau-Ponty pleacă de la Henry Head și Gordon Holmes și dezvoltă noțiunile, Bourdieu pleacă de la Merleau-Ponty și redefinește sau le rafinează, și așa mai departe, aceste reinterpretări arată acel continuu invocat la începutul lucrării, care se poate esențializa în folosul unei hărți sau a unei imagini de ansamblu (big picture) mai clare. Distincția conceptuală este totuși utilă doar pentru a înțelege concludiv dinamica complexă a mișcării și experienței corporale.

Totuși, trăgând câteva linii clare de demarcație între aceste noțiuni pentru a începe să ne ocupăm în mod clar de ambiguitatea experienței întruchipate, vom spune că *imaginea corpului și schema corpului se referă la două sisteme diferite, dar strâns legate*. Distincția în cauză nu este una ușoară, deoarece cele două sisteme interacționează comportamental și sunt coordonate în contextul acțiunii intenționate. Dar se poate afirma: *o imagine a corpului constă dintr-un sistem de percepții, atitudini și credințe referitoare la propriul corp*. Iar *o schemă corporală este un sistem de capacități senzorial-motorii care funcționează fără conștientizare sau necesitatea monitorizării perceptive*. Această distincție între imaginea corpului și schema corpului este legată, respectiv, de diferența dintre a avea percepția (sau credința) despre ceva și a avea o capacitate de mișcare (sau o capacitate de a face ceva). O imagine a corpului implică totuși percepții mai mult decât întâmplătoare. Poate include reprezentări mentale, credințe și atitudini în care obiectul unor astfel de stări intenționate (acel obiect sau chestiune de fapt către care sunt direcționate sau despre care sunt) este sau privește propriul corp. Schema corporală, în schimb, implică anumite capacități, abilități și obiceiuri motorii care permit și limitează mișcarea și menținerea posturii. Continuă să funcționeze

și în multe cazuri funcționează cel mai bine, atunci când obiectul intenționat al percepției este altceva decât propriul corp. *Deci diferența dintre imaginea corpului și schema corporală este ca diferența dintre o percepție (sau o monitorizare conștientă) a mișcării și respectiv realizarea reală a mișcării.* În mod evident, însă, percepția propriei mișcări poate fi complex legată de realizarea propriei mișcări, deși nu toate mișcărilor necesită o percepție a corpului.

În sensul celor afirmate în acest capitol (spațiul prin corp) noțiunea de spațiu derivă dintr-un „sistem de axe invariabil legate de corpul nostru”. Considerăm din afirmația lui Merleau-Ponty potrivit căreia „pentru o persoană normală, orice mișcare este, indisolubil, mișcare și conștiința mișcării” (2002, p. 110) – că există, deci, un circuit deschis de comunicare între viața intențională a cuiva și planurile și acțiunile contextualizate și abilitățile motorii. *Însă faptul că mișcărilor individului nu sunt oarbe nu înseamnă că ele sunt fenomenal vizibile pentru individ.* Mai degrabă, *mișcărilor și abilităților motorii sub-înțeleg intențiile.* Experiența conștientă este, în mod normal, în această privință, *în fața mișcării*, îndreptată spre mediul înconjurător; ea nu trebuie să stea în spate pentru a se asigura că trupul se mișcă în direcția corectă. *În comportamentul normal, mișcarea susține și sprijină activitatea intențională, dar nu necesită ea însăși o atenție conștientă reflexivă.* În altă ordine de idei, cel mai bine ar fi să spunem că *acțiunea este mai rapidă decât conștiința* – cel puțin, este mai rapidă decât tipul de conștiință de care ar fi nevoie pentru a monitoriza acțiunea (Gallagher, 1986).

Pe lângă această complexitate și ambiguitate pe care le produce analiza schemei și a imaginii corporale, trebuie să încadrăm aceste concepte într-o sferă mai largă. De exemplu, vom introduce termenul de *corp balet* care se leagă de *rutinele spațiu timp* și care unesc conceptele de *imagine* și *schemă* cu conceptele spațiului. Și de asemenea, tot aici se va face legătura cu *spațiul-imagine* a lui Walter Benjamin. Și în plus, ca extensie conceptuală și pentru a pregăti terenul în discuția despre spațialitate, facem și distincția că pentru Merleau-Ponty, *corpul nu este un obiect, ci mai degrabă un set de posibilități de acțiune într-un mediu dat* (Merleau-Ponty, 1962/2002). Dacă simțul nostru al spațiului în lumea din jurul nostru este fundamentat de simțul nostru „interior” al spațialității proprii a corpului, atunci este important să descriem mijloacele prin care apare acest simț al spațialității corporale. Din

această perspectivă, schema corporală care funcționează sub nivelul conștiinței, rămâne deschisă modificării treptate pentru a se potrivi cerințelor particulare ale unei situații spațiale date (creează avataruri în spații referențiale).

2.3.8. Tehnicile corpului și Habitus (Mauss & Bourdieu)

Corpul ca instrument social

Lui Marcel Mauss (1934/2008) îi datorăm o contribuție clasică majoră pe subiectul corporalității. Eseul său despre „tehnicele corpului” presupune o recunoaștere clară a formelor prin care diferite culturi și societăți se folosesc de corp, modelându-l și „educându-l” în moduri care devin fundamentale pentru relațiile sociale. Deși Mauss nu a depășit concepțiile dualiste, în măsura în care a conceput corpul ca fiind „primul instrument al omului” sau „obiectul tehnic”, el a atras atenția asupra complexității „tehnicilor corpului” pe care le dezvoltă anumite societăți, acordând importanță modului în care societățile inculcă diferite abilități și dexterități corporale, în conformitate cu ceea ce astăzi studiem ca fiind construcții de gen sau adecvări pe categorii de vârstă sau alte clasificări sociale. De exemplu, el chiar precurează ceea ce numim azi *ideea de gen*, ca formă acută de segregare în culturile tradiționale. Astfel, fetele devin „fete” – și mai târziu „femei” – pe măsură ce sunt asimilate prescripțiile corporale ale culturii lor; băieții sunt învățați cum să fie băieți, apoi devin bărbați cu un comportament și abilități corporale adecvate din punct de vedere cultural (Mauss, 1934/2008). Într-o oarecare măsură toate societățile au conservat un astfel de „protocol” de creștere și dezvoltare a indivizilor. (în fapt educația/socializarea reflectă exact constructele și modelele sociale standard).

Tot el a arătat, folosind acest termen de *tehnică*, că activitățile corporale comune (mersul, înotul) deși necesită o bază organică, sunt, de asemenea, învățate din punct de vedere social și variabile din punct de vedere cultural între societăți. De exemplu, a observat că militarii francezi merg/defilează cu un pas diferit față de cel al militarilor englezi, deci și-au format tehnici diferite de a ține pasul sau după modul de săpare al tranșeelor de asemenea diferit, a concluzionat că există o „tehnică a corpului” predeterminată în procesele de creștere și dezvoltare, deducând de aici că practicile nu au atât această bază anatomică, fiziologică sau fizică mecanică cât una psihologică sau sociologică.

De la *tehnică*, s-a ajuns la *habitus*. Originea acestui concept se găsește în gândirea scolastică a lui Toma de Aquino, care a folosit noțiunea de *habitus* pentru a traduce termenul aristotelian *hexis*. Dar Gilles Ferreol în dicționarul de sociologie (2011) i-l atribuie chiar lui Aristotel.

Explicat de Mauss, *habitus*-ul ar fi un echivalent al *naturii sociale* – „*habitus*” în bună latină, înțeleasă în Franța (Mauss, 1934/2008). Cuvântul traduce, infinit mai bine decât „obișnuință”, „*exis*”, „*acquis*” și „*facultate*” ale lui Aristotel. El nu desemnează acele obișnuințe metafizice, acea „memorie” misterioasă, ci „*obiceiuri*” formate sau preluate de natura individuală care variază nu numai în funcție de indivizi și de imitațiile lor, ci mai ales de societăți, de educații, de convenții și de mode, de prestigiu. Cu alte cuvinte, e ca un fel de natură colectivă (socializare ar fi un termen mai apropiat de vocabularul uzual contemporan). Trebuie să vedem în acest termen „*tehnicile*” și activitatea rațiunii practice colective și individuale, acolo unde de obicei nu vedem decât sufletul și facultățile umane repetitive.

Mauss descrie conceptul ca un proces de formare etapizat al egoului individual pe bază de educație sau imitație în acest descriptiv al ideii de *habitus*. (imitație de prestigiu – actul este impus din exterior chiar dacă este un act biologic – gestică noastră este imitativă, orice procese vitale am derula – mâncăm cum vedem că se mănâncă, fumăm după cum vedem gestică fumătorului). Individul împrumută seria de mișcări din care este compus un act, adică, din actul executat înaintea lui sau cu el de către alții.

Tocmai în această noțiune de prestigiu a celui care îndeplinește actul ordonat, care îl imită, se găsește întregul element social. În actul imitativ care urmează, găsim întregul element psihologic și biologic (Mauss, 1934/2008).

Eu-ul (egoul) există încă de la concepție, iar conștiința care îl învăluie se poate extinde pe parcursul întregii noastre vieți. Egoul are strategii inconștiente mai rapide, care depășesc abilitățile Ego-ului conștient. Astfel:

- *Corpul-Ego* se dezvoltă încă dinainte de naștere, dar în realitate îl percepem prin intermediul simțurilor fizice și al percepției psihomotorii.

- *Ego-ul Individual* – se formează după vârsta de doi ani prin procesul de „individuație” și separare și reprezintă acel moment în care devenim conștienți de faptul că suntem indivizi, diferiți și separați de ceilalți.

- *Ego-ul de rol* se formează după vârsta de trei ani și reprezintă acel moment în care devenim capabili să ne asumăm roluri în viață și să le susținem în interacțiunile noastre sociale.

- *Ego-ul de observare* funcționează în conjuncție cu toate cele trei aspecte anterioare ale Ego-ului și se referă la capacitatea noastră de a observa ceea ce facem în timp ce facem. De a fi conștienți dincolo de instincte și reflexe de a conține intenție în acțiune și asumare (previziune) a consecințelor acțiunii.

- *Ego-ul Integrator* începe în adolescență și este acea parte din noi care asimilează cele patru Ego-uri anterioare într-o conștiință de adult.

- *Eul /Egoul Superior/ Eu mai Mare* este acea parte a persoanei care „preia controlul” atunci când Eul nu mai poate conține sau acționa. Anumiți autori au descris acest proces drept „disociere”, în timp ce alții spun că persoana „iese din corp”. Partea importantă este că această stare oferă noi informații din partea inconștientului colectiv și de la alte niveluri de conștiință, care sunt mai spirituale. (Maus, 1934/2008)

La Bourdieu (1986, 1990, 2020) și cei care i-au urmat ca adepți și critici (Swartz și Zolberg, 2004), conceptul de *habitus* capătă o conotație mai largă (*dealtfel, în prezent, conceptul este asociat în totalitate cu Bourdieu*). Din perspectiva viziunii acestei lucrări, *habitusul este concept atât al corporalității, cât și al spațialității* (*habitus ca loc*). În plus, Bourdieu îl încadrează într-un sistem teoretic mai complex bazat, o dată, pe centralitatea habitusului ca principiu de acțiune a agentului, dar și situat într-o lume socială împărțită în *câmpuri* (Bourdieu, 2020), care constituie locuri de competiție structurate în jurul unor probleme specifice;

Ideile lui Bourdieu (mai ales despre habitus) s-au impus în geografia umană contemporană ca fiind ca parte a preocupării crescânde pentru corp și întruchipare în teoria socială ca în general. Dacă Foucault a considerat corpul ca fiind locul de funcționare a puterii (Foucault, 1975), *Bourdieu a conotat ideea de corp și cu cea de capital* (1986). Mai bine spus, corpul folosit ca strategie a capitalului sau *ideea de corp ca loc al reproducerii de clasă; rolul corpului în crearea spațiului social și în construcția întrupată a ordinii socio-spațiale*, corpul ca loc de reproducere culturală. Toate acestea prin intermediul habitusului. (*habitus de clasă, habitus cultural, etc – prin atribuirea unei valori colective habitusului acesta va deveni și un atribut al spațiului*).

Bourdieu folosește conceptul de habitus pentru a explora *legătura dintre socializare și acțiunile individuale*. Habitus este alcătuit din *ansamblul de dispoziții, modele de acțiune sau percepție pe care indivizii le dobândesc prin experiența lor socială*. Prin socializarea lor, și apoi prin traiectoria socială, fiecare individ *încorporează încet-încet un set de moduri de a gândi, de a simți și de a acționa care se dovedesc a fi durabile*. Bourdieu consideră că aceste dispoziții sunt profund întrupate, stau la baza practicilor viitoare ale indivizilor și vor reflecta poziția socială a individului sau condițiile materiale cu care acesta este obișnuit (Bourdieu, 2020).

Cu toate acestea, habitusul este mai mult decât o simplă condiționare care ne determină să reproducem mecanic ceea ce am dobândit. Habitus nu este o cutumă care se realizează în mod mecanic. De fapt, aceste dispoziții se aseamănă metaforic mai degrabă cu o *gramatică a limbii materne*. Datorită acestei gramatici dobândite (prin socializare), indivizii pot crea un număr infinit de fraze pentru a face față oricărei situații. Ei nu repetă aceleași propoziție la nesfârșit, ci își formează un *patern de exprimare*. Dispozițiile habitusului sunt de același tip: sunt modele de percepție și de acțiune care îi permit individului să producă un set de noi practici adaptate la lumea socială.

Habitus-ul este „puternic generator”: el se află chiar la originea unui sentiment de simț practic. Bourdieu definește habitusul ca fiind „*structuri structurate predispușe să funcționeze ca structuri structurante*” (Bourdieu, 2020). Habitus-ul este structură structurată pentru că este produsă prin socializare; dar este, de asemenea, o structură structurantă pentru că generează un număr infinit de noi practici.

În măsura în care aceste predispoziții formează un sistem, habitusul se află la originea unității gândurilor și acțiunilor fiecărui individ. Dar, în măsura în care indivizii din aceleași grupuri sociale au trecut printr-o socializare similară, el explică și similitudinea modurilor de a gândi, de a simți și de a acționa ale indivizilor din aceeași clasă socială. Indivizii din aceeași clasă socială asimilează un habitus comun (*habitus de clasă*). Acest lucru nu înseamnă însă că dispozițiile habitusului sunt imuabile: traiectoria socială a indivizilor poate duce la modificarea habitusului lor parțial sau substanțial transformat. Pe de altă parte, individul poate să și-l însușească parțial și să-l transforme prin autorefecție sociologică.

Într-o reinterpretare a lui Turner (2008) *habitusul* se referă la un *ansamblu de scheme de percepție (cadre) de gândire, evaluare, vorbire și acțiune care structurează manifestările verbale și practice ale unei persoane*. Principiul generativ al improvizațiilor regulate (pilotul automat/ schema corporală/ codul de comportament / *modus operandi*, scheme de know-how/ competențe experiențe) care se asimilează cu persoana pe parcursul vieții. Care principiu are incorporată sau este în conexiune cu structuri determinate de condițiile obiective ale propriei geneze. Turner (2008) îi spune *istorie întrupată* (embodied) internalizată ca a doua natură. Prezența activă a întregului trecut al cărui produs este – sedimentarea (reziduu a unor experiențe trecute care replicate în prezent dau formă percepțiilor gândurilor și acțiunilor).

În contrast cu conceptul (sociologic și familiar) de *rol* (Parsons), *habitusul* este ceva incorporat nu la un set de norme și așteptări independente și externe agentului, ci mai mult ca *principiu generativ atașat organismului*. Cu alte cuvinte este un fel de inconștient întrupat (sau subconștient întrupat). *Habitusul* nu exclude inovarea deși devine specific individului prin structuri incorporate.

Prima proprietate a dispozițiilor care alcătuiesc *habitusul* este aceea că sunt durabile, adică supraviețuiesc momentului încorporării lor. Pentru a ne gândi la această durabilitate a dispozițiilor, Bourdieu (2020) introduce conceptul de *histerezis a habitusului*. Acest concept caută să desemneze fenomenul prin care un agent, care a fost socializat într-o anumită lume își păstrează în mare măsură dispozițiile, chiar dacă acestea au devenit neadaptate ca urmare, de exemplu, a unei schimbări istorice brutale, cum ar fi o revoluție, care a dus la dispariția acelei lumi.

O altă calitate importantă – *transpozabilitatea habitusului* (Bourdieu, 2020). Dispozițiile care alcătuiesc *habitusul* sunt, de asemenea, transpozabile. Prin aceasta, Bourdieu înțelege că dispozițiile dobândite într-o anumită activitate socială activitate, de exemplu, în cadrul familiei, sunt transpuse într-o altă activitate, de exemplu, în lumea profesională. (din acest punct de vedere noi vom fi în contradicție prin proclamarea întrupărilor de tip avataruri care se schimbă la schimbarea spațiului referențial).

În *La Distinction* –(citată în Shilling, 2003) care se referă în esență la structura socială – Bourdieu evidențiază existența unor „stiluri de viață” bazate pe diferite poziții de clasă. Bourdieu își propune să demonstreze

că toate comportamentele agenților sunt interconectate de un „stil” comun. Deci, considerând existența unui habitus de clasă și a unor poziții de clasă, el arată legătura dintre toate practicile sociale ale oamenilor din clasa muncitoare (Shilling, 2003). De exemplu, atitudinea muncitorilor față de alimentație, relația cu înțelegerea lor despre artă. Pentru muncitori, hrana trebuie să fie înainte de toate hrănitoare, cu alte cuvinte utilă și eficientă. În mod similar, viziunea muncitorilor asupra artei se baza pe o respingere a artei abstracte și favorizarea artei realiste, care este utilă și lipsită de „finețe”. Bourdieu consideră că această insistență pe utilitate în tipul de îmbrăcăminte purtată de muncitori, care era înainte de toate funcțională este specifică prin habitus. Acest stil de viață este, unificat de un număr mic de principii, în special funcționalitatea și absența oricărei căutări de eleganță. Pentru Bourdieu, stilul de viață al muncitorilor se baza astfel în mod fundamental pe privilegiul acordat fondului în detrimentul formei, în toate practicile sociale. Bourdieu vede în *acest stil de viață efectul unor dispoziții ale habitusului muncitorilor*, care sunt ele însele produsul modului lor de viață. Viața oamenilor din clasa muncitoare se bazează pe necesitate, în absența resurselor economice absența resurselor economice: ea generează astfel dispoziții în care domină căutarea utilului și a necesarului.

În fine, mai spunem că la Bourdieu, acțiunea habitusului are o dependență de „câmp” (acel cadru social distinctiv). Conchizând, habitusul lui Bourdieu și corporalitatea sunt interconectate, deoarece habitusul se referă la modul în care trăsăturile sociale și culturale ale unei persoane sunt internalizate și apoi manifestate prin comportamentul lor, iar aceste comportamente includ și cele legate de corp sau mai bine spus, comportamentele sunt aproape în totalitate manifestări ale corpului.

Conform teoriei lui Bourdieu, habitusul este format de experiențele și învățăturile pe care le avem în mediul social și cultural în care ne-am dezvoltat. Acesta influențează atât gândurile și comportamentul, cât și modul în care percepeam lumea înconjurătoare și chiar corpul nostru. De exemplu, un habitus format într-o cultură va favoriza un stil de viață și o alimentație specifice acelei culturi. Corpul este, la rândul lui, o parte importantă a habitusului, deoarece este văzut ca un instrument de manifestare a identității și a statutului social. În funcție de habitus, corpul poate fi înțeles și

perceput diferit, și poate fi obiectivat în moduri specifice culturii și mediului social în care ne-am dezvoltat.

Astfel, habitusul și corporalitatea sunt interdependente, deoarece tră-săturile culturale și sociale internalizate prin habitus influențează modul în care percepem și experimentăm corpul nostru, iar corpul este un instrument de manifestare a acestor trăsături culturale și sociale în lumea exterioară.

2.3.9. Corpul artistic, corpul sportiv, corpul muzical

Între mulți autori care au teoretizat corpul, Chris Shilling (este cel – poate singurul – care încearcă să găsească acest fir roșu al ideilor despre corp) își propune să depășească abordările existente prin dezvoltarea unei concepții a corpului ca *mediu multidimensional pentru constituirea societății*. Shilling (2005) analizează soarta subiectelor întrupate din era actuală și relația lor cu ceea ce el numește *trăsăturile structurale ale economiei, culturii, sociabilității și tehnologiei*. Capitolele sale despre *corpuri de lucru, corpuri sportive, corpuri muzicale, corpuri sociabile și corpuri tehnologice* oferă idei substanțiale și fascinante dintr-o perspectivă profund fenomenologică.

Corpul sportiv

Activitățile asociate cu sportul, agrementul și jocul sunt considerate în mod popular ca fiind o evadare din constrângerile și disciplinele muncii salariate, „antidot” la muncă, concentrându-se în special asupra sferei culturale a sportului. Definiția „sportului” a suferit modificări istorice, dar în prezent se referă în general la acele activități și jocuri, deci activități de „loisir” care s-au transformat în competiții între echipe sau indivizi și care sunt apreciate ca atare. În timp ce sportul este adesea tratat ca fiind marginal față de obiectul principal al sociologiei, a devenit un fenomen de o importanță enormă pentru milioane de participanți și spectatori din întreaga lume (Dunning, 1999). Numai prin faptul că este creator de fenomene sociale și evenimente de masă ar fi suficient ca să-și obțină dreptul de a fi sub lupa sociologilor. Dar sportul constituie o activitate care a fost privită ca apărând din nevoile umane de bază, dar a cărei dezvoltare a ajuns să structureze și, unii ar spune, să limiteze creativitatea expresiei fizice. Johan Huizinga (citată în Shilling, 2005), de exemplu, identifică oamenii prin termenul *homo ludens* – omul care creează, înțelege și modelează lumea prin joc. Este o

teorie care revalorizează dimensiunea ludică a umanului, ca fiind esențială pentru cultură, învățare, legătură socială și chiar construcția realității. Activitățile sportive pot fi interpretate ca o manifestare a naturii umane, dar, pe de altă parte, se manifestă și o raționalizare a domeniului sportiv care a osificat impulsul de joc prin obiectivarea corpului athletic (Shilling, 2005). Ideea este că sportul a transformat corpul într-un instrument fizic al proceselor de raționalizare – făcându-l mai degrabă mai aproape, decât mai departe, de muncă. Mai ales că în termenii de azi, sportul, în bună măsură, a devenit activitate profesionalizată, muncă salariată, prestație socială. Iar competițiile se apropie ca ritual și anvergură de practici religioase vehicul cvasi-religios de înțelegere și transcendere a realităților banale ale vieții cotidiene.

Corpul sportiv poate fi considerat dintr-un anumit unghi tot un *corp medicalizat*. Odată ce, prin medicalizare, sportul a devenit activitate din sfera sănătății, – activitatea sportivă s-a medicalizat – dar nu este singurul argument. Și medicina sportivă joacă un rol de conivență în forjarea corpului athletic și în re/producția sănătății legate de performanță cu orice preț. În loc să ocupe un spațiu în afara regimurilor contemporane de sport și fitness – și astfel să fie într-o poziție mai bună pentru a contribui la „reordonarea circumstanțelor sociale, politice și de mediu” care încadrează și sunt încadrate de cultura contemporană a sportului și fitness-ului – medicii de medicină sportivă își găsesc rațiunea de a fi în cadrul principiului performanței. Medicina sportivă reglementează de exemplu, drepturi la consumul unor substanțe sau pune limitele folosirii substanțelor în competiția de performanță sau măsoară determină schimbările corpului fizic prin sport...

Corpul muzical

Muzica are legătură cu starea de spirit. Dar consumul și producerea muzicii se fac prin aport corporal substanțial, chiar mai mult decât ne spun aparențele. De aceea, există pregnant conceptul de *corp muzical* (Shilling, 2005).

Prima legătură – Importanța muzicii în formarea identității individuale, cel puțin pentru anumite grupe de vârstă: timpul pe care adolescenții îl petrec ascultând muzică (și vizionând videoclipuri muzicale la televizor sau „pe net”). În general, oamenii pot fi influențați emoțional de anumite melodii care le amintesc de persoane sau evenimente cheie din viața lor

sau fără o legătură cu trăiri anterioare, muzica produce efect întrupat prezent.

În timp ce unii teoreticieni urmează viziunea raționalistă din Iluminism, marginalizând semnificația muzicii pentru viața întruchipată, criticii culturali au pus subiectul în dezbatere academică. Muzica are puterea de a „puncta miezul ființei noastre fizice” și de a „transforma temporar întreaga existență” (Storr, 1997). De asemenea, muzica este/ poate fi formă de rezistență – subiect conexas cu corpul politic (identitate) – permite subiecților oprimați și grupurilor subculturale să reziste normelor și valorilor dominante și să stimulează acțiuni și atitudini implicate în declinul civilizației și în sfârșitul educației liberale (Shilling, 2005). Altfel, semnificația muzicii este demonstrată prin asocierea sa cu epifanii religioase, cu centralitatea sa în mișcările contraculturale. statutul social și inegalitățile, de identitate pot fi reglementate în relație cu muzica, transcendența individuală și apartenența la un grup abundă de corelații cu muzica. Ca atare, muzica este în mod evident importantă pentru preocupările corpului (în special în sens fenomenologic): corpul poate fi văzut ca o sursă esențială de muzică și este în profundă armonie cu muzica. Pentru a produce muzică, trebuie să adoptăm anumite atitudini și poziții fizice, simțurile noastre de auz și atingere sunt vitale atât pentru consumul, cât și pentru producerea muzicii, în timp ce degetele trebuie să se flexeze și să se coordoneze în modele complexe de mișcare pentru a produce sunet la o varietate de instrumente muzicale. Cântatul necesită, de asemenea, o disciplină corporală palpabilă: poziții particulare tind să însoțească modelarea buzelor și încordarea corzilor vocale și a diafragmei care fac parte integrantă din această activitate. *Deci muzica necesită o schema corporală. Și de foarte multe ori, muzica produce procese fiziologice (corpul participă la ritm, și există studii care arată efecte fiziologice produse de muzică)*

Diverse teorii abordează aceste aspecte, dar nu există nicio îndoială că evoluția i-a echipat pe oameni cu potențialul de a dezvolta tehnici și posturi corporale esențiale pentru producerea de sunetelor muzicale, precum și cu capacitatea de a se „acorda” și de a fi profund afectați de procesele muzicale. Muzica are capacitatea de a duce corpul „dincolo” de el însuși, de a să faciliteze o formă de experiență și de comunicare care transcende cea asociată cu cuvântul vorbit sau scris. Dacă organismul este profund

acordat cu ritmurile și bătăile muzicii, totuși, acest lucru oferă și o bază care poate servi drept locație pentru muzică și care, iarăși, a fost exploatată în scopuri comerciale și politice. Muzica poate fi folosită de anumite grupuri din societate (de exemplu, interesele de afaceri) pentru a modela comportamentul altora (de exemplu, consumatorii), însă nu există încă un consens cu privire la mecanismele precise prin care se produce această „persuasiune”. Miliarde de dolari pe an sunt cheltuite la nivel mondial pentru utilizarea comercială și industrială a muzicii, iar acest lucru are implicații majore pentru cultura auditivă în care trăim (Shilling, 2005).

O altă problemă interesantă: cum a fost folosită muzica de către structuri, așa cum este cu muzica ca structură de sine stătătoare. Muzica nu este, și nu poate fi analizată în mod adecvat ca o construcție socială pură, ci este profund legată de puterile generative ale corpului. Dacă trupul este o sursă ireductibilă de muzică, nu există un acord absolut cu privire la dezvoltarea evolutivă precisă a muzicii. Ceea ce găsim în schimb (similar cu cazul sporturilor) este o varietate de „narațiuni de origine” (Shilling, 2005).

Darwin a susținut că muzica a precedat vorbirea și leagă apariția ei de elaborarea strigătelor de împerechere. Rousseau a văzut originea limbajului ca fiind melodică și poetică, comunicarea între oameni, informată muzical, fiind determinată de pasiune mai degrabă decât de considerente utilitare. O altă abordare distinctă, mai cognitivă a originii este opinia chomskyană conform căreia structurile limbii determină capacitatea umană de a genera muzică (Lerdahl și Jackendoff, 1983).

Potrivit lui Gregory (1997), aceste schimburi sunt stimulate de către nevoia transculturală de a calma bebelușii, ceea ce a dus la faptul că cântecele de leagăn au devenit „una dintre cele mai universale forme de muzică”.

Mulți filosofi au studiat problema efectului corporal al muzicii. Platon (citată în Shilling, 2005) susținea că structurile muzicale modelează în mod direct caracterul întrucipat al cetățenilor și era convins că simplitatea în muzică „face ca sufletul să fie cumpătat”, în timp ce excesul duce la corupție fizică și imoralitate. Schopenhauer și Nietzsche sunt menționați și ei de către Shilling (2005): Schopenhauer, încadrează muzica la modurile estetice de cunoaștere care nu caută nici să reprezinte, nici să evalueze lumea exterioară, ci să transceadă aparențele și să se conecteze cu „adevărata natură a tuturor lucrurilor”. Nietzsche a asociat muzica cu fluxul dionisiac

al forței vitale, sau ca pe o modalitate de a experimenta senzualitatea umană la maxim (Shilling, 2005).

Într-un sens ușor diferit, DeNora (2000) sugerează că muzica poate „profilă” și oferi indivizilor „moduri de a se mișca, de a fi și de a simți” prin modul în care materialele sale sunt organizate în „parametri sonici precum ritmul, și distanțele verticale și orizontale dintre tonuri”.

Dovezile fiziologice cu privire la introducerea noastră timpurie în ritm oferă un anumit sprijin acestor opinii. Copilul nenăscut aude „simfonia intrauterină” a vocii mamei, a bătăilor inimii și a „șuieratului ritmic” al sângelui care se scurge prin vasele placentare (DeNora, 2000: 77). Utilizarea muzicii în centrele de terapie intensivă neonatală este asociată cu ideea că există o dezvoltare rapidă a unei afinități puternice între corp și muzică. Muzica este folosită în aceste medii pentru a ajuta organismul să atingă un echilibru în ceea ce privește bătăile inimii, culoarea, tensiunea arterială, mișcarea, plânsul și capacitatea de a dormi. Corpurile adulților continuă să reflecte această armonizare.

Muzica este înrădăcinată în corp și strâns legată de viața noastră trăită experiența trăită a mișcării fizice. Dacă corpul este în profundă conexiune cu muzica, implicit acest lucru prezintă oportunități clare pentru grupurile sociale de a manipula muzica în moduri care urmăresc să aibă un impact specific asupra comportamentului și identității indivizilor.

Corpurile individuale pot servi drept locație pentru efectele muzicii desfășurate și totodată corpul se poate „poziționa” în raport cu muzica (întrupare). Cel mai probabil, corespondențele specifice muzică-emoție, s-ar părea că sunt învățate social și variabile, mai degrabă decât să aibă o legătura fundamentală cu întruparea umană. Există probabil o reflexie naturală (un simț al muzicii) dar este evidentă componenta de învățare a asocierilor dintre muzici și sentimente (de exemplu, toți poate resimțim o schimbare fizio-emoțională la auzul unei melodii, dar pentru a distinge între ce numim o „melodie tristă” sau „melodie veselă” ține de învățare socială). Tot plauzibil, muzica are potențialitatea de a provoca o creștere sau o scădere generală a stării de excitație (care poate fi asociată cu o serie de comportamente), mai degrabă decât de a determina direct apariția unor emoții specifice (sau de a provoca anumite acțiuni). S-a demonstrat că muzica exercită efecte fiziologice efecte fiziologice asupra individului, iar răspunsurile la muzică sunt la

fel de diverse „corporal”: bătaii din picioare, fredonări sau bătaii de ritm pe volanului unei mașini (Shilling, 2005).

În mod esențial, ideea este că muzica poate afecta corpul în anumite moduri, prin intensificarea sau diminuarea afectării fizice și este, de asemenea, posibil ca oamenii să utilizeze în mod creativ această stimulare pentru a obține o varietate de rezultate sociale. Indivizii și grupurile pot încerca să folosească muzica ca resursă pentru a se poziționa pe ei înșiși și pe alte persoane într-un mediu social în moduri destul de diferite. De altfel, muzica a fost folosită în diferite moduri, ca atașament la grupuri, pentru a cultiva și exprima individualitatea și pentru a urmări distincția în cadrul societății și/sau pentru a exercita rezistență împotriva acesteia.

Ritualurile colective și terapiile sociale sunt două moduri în care muzica este implicată în unele dintre interacțiunile care au loc între indivizi și structuri, în timp ce asocierea muzicii cu acele „tehnologii ale sinelui” (Foucault, 1980) mai individualizate ne oferă un exemplu diferit de modul în care aceasta poate fi implicată în poziționarea oamenilor în cadrul societății. Muzica continuă să joace un rol-cheie în „multe dintre ceremoniile care marchează evenimentele semnificative din viața oamenilor – nunți, înmormântări, petreceri, dansuri, biserici slujbe bisericești, acțiuni de mulțumire și ceremonii de stat de comemorare, încoronări” (Crozier, 1997). Aceste ritualuri au evoluat de-a lungul timpului ca răspuns la schimbarea opiniilor și nevoilor oamenilor, în timp ce muzica servește, de asemenea, la consolidarea unor ritualuri contemporane, legând oamenii în cadrul grupurilor și delimitând granițele între grupuri.

2.3.10. Corpul muncitor. Munca corporală

Subiectul despre munca corporală sau despre corp ca obiect al muncii are mai multe conotații. Pe de-o parte, ne referim la *folosirea corpului în procesele de muncă* și în activitățile culturale. De exemplu, baletul, este o artă care presupune folosirea corpului ca instrument al muncii, dar practic putem găsi în orice altă activitate, o formă de utilizare directă a corpului.

Pe de altă parte, avem în vedere și relațiile sociale care înconjoară locul de muncă și conținutul muncii, activitățile oficiale implicate în munca și la contextul social care o înconjoară.

Și nu în ultimul rând, munca pe care oamenii o „fac” asupra și pentru corpul lor pentru a putea supraviețui și funcționa în mod adecvat. O mare parte a acestei munci nu poate fi catalogată ca muncă oficială salariată (activitate de serviciu).

Shilling (2005) susține că „munca corporală” a devenit destul de recent un subiect popular în sociologia corpului (de exemplu, Seymour, 1998). Sunt vizate trei tipuri distincte de activitate: formele de muncă corporală legate de locul de muncă, muncile culturale și muncile reproductive.

Munca corporală *asociată locului de muncă* desemnează ansamblul activităților neoficiale prin care individul își menține prezența corporală într-o formă considerată acceptabilă și funcțională în contextul profesional. Aceasta se distinge de sarcinile formale sau de tehnicile corporale explicit învățate ca parte a procesului de angajare, și include practici subtile precum „disimularea muncii” – strategiile prin care angajatul mimează implicarea în activități profesionale pentru a atenua presiunile exercitate de mediul de lucru –, precum și forme de „evadare” emoțională sau mentală, menite să compenseze rutina și monotonia activităților repetitive (Goffman, 1969). Cercetările bazate pe observații etnografice la locul de muncă au avut un rol esențial în identificarea acestor dimensiuni ascunse ale muncii corporale.

Munca corporală culturală se referă la eforturile prin care indivizii își modelează prezența fizică și comportamentul pentru a fi percepuți ca subiecți legitimi și acceptați în viața cotidiană. Contribuțiile lui Norbert Elias (1982) și Erving Goffman (1969) evidențiază importanța dobândirii competenței în arta „gestionării impresiei” pentru menținerea statutului social. În completare, analiza lui Durkheim (1995) asupra efervescenței colective și a ritualului oferă un cadru sociologic relevant pentru înțelegerea modului în care normele culturale se formează și influențează acest tip de muncă corporală. Deși munca corporală culturală poate include forme de prezentare de sine întâlnite și în contexte profesionale, ea nu este direct condiționată de factori economici. Așa cum reiese din teoria lui Goffman despre „ordinea interacțiunii”, acest tip de muncă apare ca o reacție la cerințele gestionării coprezenței fizice, indiferent de mediul social în care se manifestă (Goffman, 1969).

În cele din urmă, munca corporală reproductivă este strâns legată de munca domestică. Aceasta include satisfacerea nevoilor corporale de bază

ale propriei persoane și ale altora în materie de întreținere și de îngrijire fizică și acoperă aspecte precum nașterea și îngrijirea copiilor, pregătirea hranei și oferirea de sprijin emoțional altora (munca de întreținere și reproducere a corpului – capital social).

Sunt profesii care folosesc corpul în măsură mai mare sau chiar corpul este obiectul muncii cum ar fi artele dramatice (baletul) sporturile și prostituția (la propriu, corpul devine instrument care practic se separară de corpul prestatorului cel puțin în sens formal). La fel, sunt profesiile în care corpul este obiect, dar nu propriul corp, ci un corp extern: asistența medicală și alte profesii medicale.

Activitatea corporală necesită co-prezență. Lucrătorii și corpurile pe care lucrează trebuie să se afle în același loc. Mai mult, trebuie să se afle în același loc și în același timp. Acest lucru face ca momentele și locurile de lucru cu corpul să fie relativ inflexibile. De asemenea, are și o serie de alte consecințe. În primul rând, în pofida inovațiilor tehnologice, este puțin probabil ca munca corporală să fie vreodată complet externalizată, adică exportată peste hotare în economii cu salarii mai mici. Deoarece corpurile care au nevoie de muncă – pacienți, clienți sau clienți – rămân dispersate geografic, atât în interiorul țărilor, cât și între țări, la fel se întâmplă și cu cererea de muncă corporală. Acest lucru nu înseamnă însă că munca corporală plătită este distribuită în mod egal din punct de vedere geografic. O a doua consecință este că, întrucât resursele necesare pentru a plăti pentru nevoile corporale, fie că este vorba de asistență medicală sau de împodobirea personală, sunt distribuite inegal, la fel este și munca corporală plătită, cu o concentrare mai mare de lucrători corporali în țările și regiunile bogate.

Locul în care are loc munca asupra corpului este, de asemenea, semnificativ. Lucrul corporal poate avea loc atât în interiorul, cât și în afara locurilor de muncă desemnate, aceeași sarcină având caracteristici foarte diferite în funcție de locul de amplasare. Astfel, munca corporală care are loc în spațiile domestice poate, în același timp, să extindă mercantilizarea și, în același timp, să scoată munca salariată de sub controlul direct al managerilor și să o integreze în cadrul unor relații extra-economice, sociale, spațiale și temporale.

O mare parte din semnificația acestor relații derivă din faptul că aceste activități se desfășoară într-un spațiu distinctiv și special, cel al casei. Venirea îngrijirii, în special a îngrijirii corporale intime, în acest spațiu ordonat îi perturbă semnificațiile, îi contestă privațiunile și îi redistribuie spațiile, așa cum au arătat Twigg (et al. 2011) într-un volum special dedicat muncii corporale în îngrijirea medicală și socială. Există o interacțiune între corp și intimitatea sa structurată și cea a ordonării spațiale a căminului. Furnizarea de îngrijire corporală interacționează, de asemenea, cu ordinea temporală a casei, intrând în runda sa structurată de intimitate și intimitate, prezentând uneori experiențe sociale disjunctive, în care corpul este îmbrăcat, dezbrăcat, spălat și îmbăiat la ore „fără sens” care intră în conflict cu ordinea socială normală și care îi impun timpul raționalizat bazat pe ceas al furnizării birocratice.

Relațiile de putere ale muncii corporale

Concentrarea asupra activității corporale de exemplu, în domeniul asistenței medicale și sociale evidențiază corporalitatea relațiilor de putere dintre practicieni și pacienți sau clienți și interdependența corporală care caracterizează interacțiunile dintre aceștia. În general, relațiile de putere din domeniul asistenței medicale tind să avantajeze practicianul sau lucrătorul, mai presus de beneficiarul imediat al atenției sale (Wolkowitz, 2002). Acest lucru se datorează în parte faptului că clasa socială a practicianului – deși adesea și statutul său de gen și de vârstă – este frecvent superioară celei a pacientului. Acest lucru este valabil mai ales în cazul medicilor și al dentiștilor, dar uneori și în domeniul asistenței medicale. Puterea relativă a practicienilor medicali se bazează, de asemenea, pe forme de expertiză și autoritate organizațională care specifică modul în care trebuie tratat corpul (Wolkowitz, 2002).

Posturile fizice și poziționarea practicianului și a clientului sau a pacientului, impuse de un anumit tratament, vor afecta interacțiunea lor. Pot să se privească în ochi? Unul va sta în picioare, iar celălalt va sta întins? Este unul îmbrăcat pentru interacțiuni publice, iar celălalt nu?

Interacțiunea dintre lucrătorul corporal și beneficiar poate fi, de asemenea, influențată de diferențele de forță și abilitate fizică, în special în

acele cazuri în care beneficiarii sunt relativ fragili. Chiar și persoanele care în mod normal sunt sănătoase și inimoase pot fi făcute vulnerabile din punct de vedere fizic prin tratamentul lor, cel puțin temporar. Munca corporală implică lucrul atât asupra unui corp obiect, cât și asupra unei persoane subiect, dar practicile de rutină și standardizate de asistență medicală și socială îi construiesc pe beneficiarii îngrijirii ca fiind tratabili și previzibili, transformându-le corpurile în obiecte de muncă adecvate. Privind îngrijirea medicală și socială ca pe o muncă corporală, ajută la vizibilitatea modalităților prin care practicienii realizează acest lucru, exercitându-și puterea instituțională în cadrul interacțiunii. Cel mai clar caz este cel al chirurgiei, unde sedarea joacă rolul principal în producerea unui „pacient – corp” pasiv, deși, poziționarea pacientului începe mult mai devreme, prin proceduri preoperatorii, în timpul admiterii și pe secție. Munca interpersonală, emoțională întreprinsă de către practicienii din domeniul sănătății pentru a solicita participarea voluntară a pacientului are, de asemenea, în mod frecvent un caracter instrumental (Twig et al, 2011), menit să producă un pacient ascultător sau să îi distragă atenția de la durere. De asemenea, practicienii din domeniul sănătății, în mod conștient sau nu, descurajează interacțiunile și cererile de ajutor din partea pacienților prin limbajul lor corporal (Twig et al, 2011).

În loc de concluzii la o enumerare atât de vastă... Așa cum am declarat la început, metodologic (V.1), unul din scopurile lucrării, pe lângă acela de a fi cuprinzătoare cu domeniul și disciplinele care-l deservește, este să așeze conceptele pe o hartă logică (mind-map), tocmai pentru că nu cuprinderea este scopul în sine, ci tocmai sinteza, găsirea legăturilor, complementarităților și afinităților și eventual eliminarea redundanțelor și suprapunerilor prin asimilare. Mulți autori consideră că au instituit concepte noi, dar interpretarea noastră le pune într-un registru de colecție cu nuanțe și diferențe dar axate într-o serie O posibilă schemă a conceptelor despre corp/corporalitate și afinitățile dintre acestea ar putea arăta așa (fig. 3)

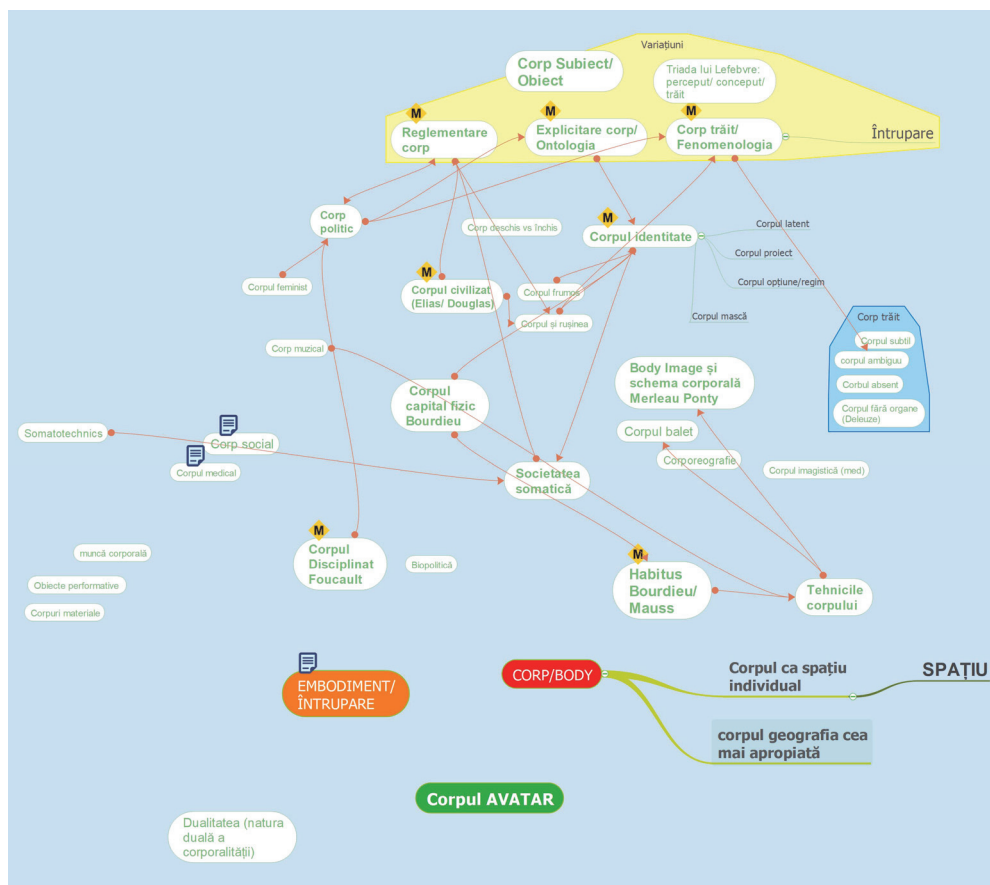


Figura 3. Corpuri și corporalități – hartă logică

3. Spații, Spațialitate și Loc

Epistemologie

Hubbard și Kitchin fac în lucrarea *Key thinkers of Space* o selecție ce include antropologi, sociologi, economiști, istorici, teoreticieni politici, filosofi și planificatori precum și mulți dintre cei care se sustrag unei clasificări disciplinare ușoare. Faptul că aproape jumătate dintre gânditori nu sunt definiți în mod convențional ca „geografi” și mai degrabă îi găsim în zona social-filosofică-economică sau în teoriile arhitecturii (pe care le-am include tot la teorii sociale) reprezintă o *recunoaștere a centralității spațiului în teoria socială și a importanței așa-numitului „spatial turn”* (virajul spațial) – termen care desemnează un fel de autodefinire, din interior, a unui punct de inflexiune academică în parcursul acestui subiect (spațiul) în discipline precum sociologia, studiile culturale și chiar în studiile literare. Un moment similar a fost *„virajul cultural” în geografie*, care a însemnat un angajament larg al geografilor față de teoria socială începând cu un anumit moment al evoluției disciplinare (Hubbard și Kitchin, 2011).

Spațiul și locul au devenit concepte „totemice” pentru cei care explorează relațiile sociale, culturale, economice și politice. Multe lecturi antropologice referitoare la tactica vieții cotidiene au considerat locul în prim plan în stabilirea ritmurilor comportamentului social (Marc Augé și Michel de Certeau), în timp ce studiile referitoare la reprezentarea socială (Edward Said, Stuart Hall, Benedict Anderson și Raymond Williams) au subliniat importanța spațiului ca dispozitiv de încadrare în crearea imaginărilor culturale (Hubbard și Kitchin, 2011). Scrierile despre globalizare și societatea informațională au plasat conceptele de *spațiu* și *loc* în centrul gândirii economice. Autori precum Anthony Giddens, Manuel Castells, Saskia Sassen și Amartya Sen, printre numeroși alți „guru globali”, au venit cu viziuni

propriu asupra importanței spațiului (virtual și real) în crearea unor noi forme de capitalism.

După cum remarcă Doreen Massey (1999), pentru geografii fizici predomină încă noțiunea de spațiu absolut, fenomenele fiind considerate ca preexistând localizării lor în spațiu. În timp ce această versiune a spațialității încă mai alimentează anumite lucrări de geografie umană totuși înțelegerea mai răspândită a spațiului aici este aceea că fenomenele sociale, economice și politice sunt *produsul unui loc* adică un *spațiu concret și la un moment dat în timp* și că articularea relațiilor interpersonale dă naștere spațiului.

De exemplu, Nigel Thrift oferă următoarea definiție: *La fel ca și termenii precum „societate” și „natură”, spațiul nu este (doar) un fundal extern de bun simț pentru acțiunea umană și socială. Mai degrabă, este rezultatul unei serii de configurări/asezări temporare extrem de problematice, care împart și conectează lucrurile în diferite tipuri de colectivități, cărora li se oferă încet-încet (incremental) mijloacele care să le facă durabile și sustenabile.* (Thrift, 2003, p. 95)

Deși există geografi „fizici” care încearcă să contribuie la debaterile teoretice în curs de desfășurare despre natura spațiului și a locului (Kent, 2003), majoritatea lor au ignorat încercările postmoderne sau poststructurale de deconstrucție critica sau reconstrucție a limbajelor spațiului și locului și au adus doar contribuții marginale la concepte precum *globalizare, regionalizare, multinaționalizare* care, pe fond, sunt toate spațiale. Totuși, analiza nu trebuie să ignore geografia fizică, deoarece mulți dintre gânditorii de aici oferă hrană pentru reflecție atât pentru domeniul științelor naturale, cât și pentru domeniul științelor sociale (pentru unii, în special Bruno Latour și Donna Haraway, distincția făcută adesea între științele exacte „obiective” și științele sociale „subiective” este, în orice caz, problematică (Hubbard și Kitchin, 2011).

În discursul popular, spațiul și locul sunt adesea considerate sinonime cu termenii precum *regiune, zonă și peisaj*. Cu toate acestea, pentru geografi, acești termeni gemeni au oferit elementele de bază ale unei întreprinderi intelectuale (și disciplinare) care se întinde pe parcursul mai multor secole depășind cu mult aceste sensuri stricte. Așa cum arată Livingstone, specificarea teoretică a spațiului și a locului este chiar o chestiune de dispută, fiind transformată pe măsură ce s-au dezvoltat noi moduri de „gândire geografică” (Hubbard și Kitchin, 2011). Dar nu e loc pentru o analiză a tradiției

geografice și a mutațiilor ei. Pentru subiectul nostru ne vom opri doar asupra **istoriei mai recente a gândirii spațiale** în geografia umană pentru a ilustra diversele moduri în care spațiul și locul sunt în prezent conceptualizate și utilizate analitic pentru a da sens lumii.

Abia materialismul istoric și geografic care au apărut în anii 1970 au introdus o interpretare diferită a spațialității, în care spațiul era considerat ca fiind *prins în mod inerent în relațiile sociale*, Spațiul era astfel „produs” și „consumat” social. Aici, mai degrabă încadrarea este de *noua sociologie urbană*, care a preluat de la geografii sarcina de a documenta rolul urbanizării în societatea capitalistă, Manuel Castells, David Harvey (2001) și Neil Smith (2008) susținând că orașul concretizează inegalitățile de clasă. În același sens, reprezentanți ai geografiei economice de exemplu, Peter Dicken, Michael Storper și Linda McDowell, Doreen Massey și Andrew Sayer au încercat să releve modul în care *diviziunea spațială a muncii a perpetuat structurile capitaliste* (Hubbard și Kitchin, 2011).

Cu toate acestea, se poate spune că abia după opera lui Henri Lefebvre (1991) considerat a fi un teoretician marxist, prin opoziția față de viziunile tayloriste capitaliste (v. 1.3.3.) această noțiune **de spațiu ca produs social** a fost articulată în mod convingător. Lefebvre a sugerat că spațiul absolut nu poate exista deoarece, în momentul în care este colonizat prin activitatea socială, devine *spațiu relativizat și istoricizat*. *Fiecare societate și fiecare mod de producție își produce propriul spațiu* (Lefebvre, 1991).

Lefebvre a mai făcut o distincție între trei tipuri de spațialitate: **spațiul abstract al capitalismului, spațiul sacru al societăților religioase** – care a precedat primul – și **spațiul contradictoriu și diferențial**, ca formă emergentă ce „va” să vină”. În conturarea unei istorii a spațiului, Lefebvre a susținut că reprezentarea spațiului ca *absolut* – specifică geografiei clasice și științelor sociale tradiționale – a contribuit, de fapt, la producerea unui *spațiu abstract și relativizat*, specific capitalismului. Dar respinge această abordare și propune, în schimb, o **trialectică a spațialității**, care investighează interacțiunea diferențiată dintre practicile culturale, reprezentările spațiului și imaginația spațială (Lefebvre, 1991). Această perspectivă se abate de la o simplă analiză a „lucrurilor în spațiu”, tratând spațiul ca produs al unei dialectici tripartite între **spațiul perceput, spațiul conceput și spațiul trăit** propusă mai apoi de Soja (1996). Această abordare a permis înțelegerea separată și detașată

de spațiu, a noțiunii de *loc*. Cum se va vedea (v.3.2.1), *locul* apare ca o *formă particulară de spațiu*, unul care este creat prin acte de desemnare sau de numire, precum și prin activități și priecții distinctive asociate cu anumite spații sociale concrete.

Dealtfel, pentru mulți geografi, locul reprezintă astăzi un tip de *spațiu distinctiv* (mai mult sau mai puțin delimitat) care este definit de_ și construit *în termeni de experiență trăită*. Ca atare, locul este fundamental în exprimarea unui sentiment de apartenență sau ca oferind un „locus” identitar. Geografia umanistă a provocat această abordare prin încercarea, începând cu anii '70 ai secolului trecut, de a înlocui geografiile „fără oameni” ale științei spațiale pozitivistă cu o abordare a geografiei umane care se hrănea din filosofii alternative – în special existențialismul și fenomenologia (Holloway și Hubbard, 2001).

Concentrându-se pe *proprietățile experiențiale ale spațiului*, scrierile lui David Lowenthal, Anne Buttner, David Ley, Edward Relph și Yi-Fu Tuan, au proclamat că *oamenii nu trăiesc într-un cadru de relații geometrice, ci într-o lume a semnificațiilor* (Hubbard și Kitchin, 2011). Dar scrierile poetice ale lui Tuan (1977) au subliniat faptul că locul nu are o anumită scară asociată cu el, ci este creat și menținut prin „câmpurile de grijă” (care fields) care rezultă din atașamentul emoțional al oamenilor. Folosind noțiunile de toponimie și toponimie pentru a se referi la dorințele și temerile pe care oamenii le asociază cu anumite locuri, lucrările sale au adus în disciplină dimensiunile senzuale, estetice și emoționale ale spațiului.

3.1. Spații percepute

Adică construcții sociale ale unor noțiuni din sfera spațialității în care nu intervine practica și fenomenologia.

3.1.1. Spațiul fizic

(– menționat și la prezentare generală – v.1.2.2) Conceptul de *spațiu fizic* are mai multe accepțiuni. Cum s-a mai spus, în limbaj popular îl găsim sub multe denumiri, regiune, zonă și peisaj în funcție de diverse dimensiuni descriptive importante pentru natura umană. Dar academic vorbind, de exemplu, Heidegger înțelege prin „spațiu” acel spațiu științific, matematizat,

omogen și abstract, pe care îl caracterizează ca fiind acea „separare omogenă care nu este distinctă în niciunul dintre locurile sale posibile”. De fapt, pentru Heidegger, spațiul presupune locul (Malpas, 2006). Dar locul este spațiul particularizat și această particularizare nu se poate fără considerarea intervenției sociale. Aici încercăm totuși găsirea unor dimensiuni fizice de obiectivare. Multe dintre lucrările de geografi considerau spațiul ca fiind un recipient neutru, o pânză albă care este umplută de activitatea umană. În acest caz, spațiul este definit și înțeles prin geometria euclidiană (cu dimensiunile x , y și z) și, în scopuri analitice, este tratat ca un *container absolut de obiecte statice/mobile, precum și fluxuri dinamice de comportament* (Hoefler, 1996). Această concepție absolută sau „empirică” sau „empirico-fizică” sugerează că spațiul poate fi conceput ca fiind în afara existenței umane; mai degrabă decât să joace un rol activ în modelarea vieții sociale, este un „fundal” pe care se desfășoară viața și umanitatea.

În anii '50 și '60 ai secolului XX, însă, se produce o restilizare a geografiei către statutul de știință spațială pozitivistă. Implicit, concepția despre spațiul fizic a fost rafinată de un număr de practicieni încercând să construiască teorii sau „legi spațiale” pe baza analizei statistice (Robinson, 1998). Retrospectiv, această perioadă este numită „Revoluția cantitativă” (Hubbard și Kitchin, 2011) – datorită entuziasmului pentru cuantificare care a cuprins lumea științifică. Această nouă paradigmă a fost responsabilă pentru introducerea unei noi conceptualizări a spațiului, care a devenit larg răspândită chiar și în rândul geografilor reticenți la noțiunea de cuantificare: conceperea *spațiului ca o suprafață pe care se desfășoară relațiile dintre lucruri măsurabile*. Corelat cu faptul că în economie se manifesta curentul neoclassic, și el cantitativist, vedem că în acest context intelectual și-au făcut loc, legat de știința spațială, trei concepte conexe – *direcția, distanța și conexiunea*. Pe scurt, a devenit axiomatic faptul că relațiile dintre lucrurile de pe suprafața pământului puteau fi explicate în termenii acestor concepte-cheie și că era posibil să se distingă paternuri regulate care puteau fi cartografiate și modelate (Wilson, 2000). Aceasta a anunțat un nou limbaj al fizicii spațiale, în care activitățile și fenomenele umane puteau fi reduse la *mișcări, fluxuri, rețele, noduri sau ierarhii* care se desfășurau pe suprafața pământului.

Ca reacție/obiecție la această concepție, a apărut și o *perspectivă comportamentală* inspirată din psihologie, care a explorat rolul minții conștiente

în modelarea comportamentului spațial uman – Spațiul psihologic – (Kevin Lynch și Reg Golledge menționați în Hubbard și Kitchin, 2011). Totuși, aceste variații nu au ieșit din cadrul și principiile pozitivismului înlocuind doar conceptele de distanță absolută cu noțiuni precum *distanța subiectivă*. Dealtfel, dimensiunea distanței este fundamentală pentru fizica spațiului și pentru existența umană. Distanța produce proximitate, ierarhii între spații în raport cu indivizii, comunitățile și locurile, într-un cuvânt, produce *teritorializare, jurisdicționare* și, mai ales, *variație culturală*.

La nivel individual, geografia umană corelează spațiul cu conceptele de *proximitate* și *teritorialitate*, realizând astfel o tranziție către noțiunile de *context* și *ecosistem social*, prin intermediul a ceea ce se numește *proxemică* – disciplina care studiază necesitatea umană de spațiu personal și distanță interpersonală, precum și impactul densității populației asupra comportamentelor, comunicării și proceselor de socializare. Într-adevăr, spațiul are și sensul de „în jurul persoanei” sau spațiul „imediat” care se derulează începând cu persoana. Dacă pe acesta îl numim *spațiul personal*, restul spațiului se împarte în ceea ce putem numi *teritorii* (în funcție de un grad de revendicabilitate în raport cu persoana). Există patru forme de teritoriu uman în teoria proxemică (Hall, 1966). Acestea sunt:

- *Teritoriul public* – un loc în care se poate intra liber. Acest tip de teritoriu este rareori în controlul constant al unei singure persoane. Cu toate acestea, oamenii pot veni temporar să dețină temporar zone din teritoriul public.

- *Teritoriul interacțional* – un loc în care oamenii se adună în mod informal;

- *Teritoriul de acasă* – un loc în care oamenii dețin în permanență controlul asupra teritoriului lor individual;

- *Teritoriul corpului* – spațiul care ne înconjoară imediat și care poate fi portabil în funcție de mișcarea corpului. Aceste niveluri diferite de teritoriu, pe lângă factorii care implică spațiul personal, sugerează modalități prin care putem să ne comunicăm și producem așteptări de comportament adecvat.

Desigur această conceptualizare se referă la o noțiune abstractă de teritoriu în afara sensului geografico-istoric de *teritoriu* care se raportează la entitățile statale (dar care poate fi explicat de o manieră similară).

„*Spațiul social*” în sensul vizat aici este spațiul din relațiile noastre cu ceilalți. Discuția despre „distanța socială” pare să se bazeze pe un transfer metaforic de la „distanța obiectuală” la cea „reală”. De fapt „reală” este

cea socială care o definește pe cea fizică. Cu toate acestea, modernitatea a rupt legătura dintre interacțiunea socială și proximitatea fizică (Bauman, 1993). Astfel, apar forme de spațiere/distanțare socială care nu au legătură cu distanțele fizice.

De exemplu, noțiunea de *străin* este o consecință directă a disocierii dintre spațiul social și spațiul fizic: *străinul* este o prezență străină în lumea vieții; o figură apropiată în spațiul fizic, dar îndepărtată din punct de vedere social. Astfel, Bauman (1993) vede existența unui „spațiu cognitiv” ordonat, delimitat și cartografiat care include străinul (ideea de străin). Sau, încă o formă de spațiere socială: „*spațiul estetic*” care este trasat afectiv, prin atenția ghidată de curiozitate și căutarea intensității experimentale, în timp ce *spațiul moral* este „construit” printr-o distribuție inegală a responsabilității asumate: de exemplu, expresiile „la locul” sau „nelalocul lui” exprimă uzual acest tip de distanță (Bauman, 1993). Este o funcție a cunoașterii; un instrument al celor puternici; parte integrantă a dorinței de ordine a modernității și a aversiunii față de ambivalență.

Spațiul fizic poate acționa și ca determinant tehnic în diferite aspecte ale vieții prin caracteristici ca: distanță, acces, infrastructură, logistică. Spațiul fizic prin aceste dimensiuni (fizice) creează și impune niște ierarhii și relativități. De exemplu, ierarhii de acces legate de distanță și ierarhiile jurisdicționale (vizibile, de exemplu, în sistemul medical sau alte servicii publice) care produc discriminare între cetățeni: unii se găsesc aproape de un punct de salvare sau înzestrat cu servicii, alții sunt departe sau au dificultăți de acces, sau pot beneficia de același serviciu, dar diferențiat calitativ.

Teritoriul poate să aibă una sau mai multe delimitări de natură administrativă (*regiuni, politice, regiuni istorice* unite/despărțite de tradiții, instituții și istorie comună, *granițe geografice sau de relief, bazine hidrografice, regionale de transport, căi ferate și alte infrastructuri, zone de distribuție a energiei, etc*) deci și componente de spațiu construit – intențional – acestea se pot plia sau nu pe delimitările oficiale ale statelor, dar după cum se vede, pot avea diverse criterii în agregare sau dezintegrare care excedează politica și geografia.

Importanța lor este că ele creează categorii spațiale (jurisdicții) ierarhizând astfel indivizii și clasele. Deși jurisdicțiile și infrastructurile pierd din importanță mai ales pe latura surmontării distanțelor (Cairncross, 2001 vorbește de *moartea distanțelor*) totuși nu pot fi niciodată ignorate,

dispunând impasibil de o valoare reziduală. Două puncte de materie nu pot ocupa același spațiu, vor avea întotdeauna o distanță fizică și deci vor fi relative unul față de celălalt.

De exemplu, dacă analizăm domeniul medical, putem identifica și delimitări de spații, teritorii sau regiuni *epidemiologice*. Referința ar fi atribuțiile de peisaj care influențează variațiile spațiale ale riscului sau incidenței bolilor. S-au identificat principii generale care guvernează epidemiologia peisajului (Kitron, 1998) în aceste sisteme diferite de boli și regiuni geografice. Teritoriul/peisajul poate fi apreciat după indicatori de *prevalență* și *incidență* relativ la anumite boli sau agenți patogeni, modelele spațiale și conectivitatea habitatelor, căile de transmitere a agenților patogeni între vectori și gazde, problemele de scară, utilizarea și proprietatea asupra terenurilor și comportamentul uman asociat cu ciclurile de transmitere. Pe baza acestor jurisdicții epidemiologice se poate construi sistemul medical (de exemplu, arondarea la spitale, alocarea de resurse, etc.) dar evident acesta trebuie să înglobeze și alte criterii populaționale care nu au legătură cu spațiul fizic.

O vedere statică a „patogenității” peisajelor suprapune hărți ale distribuției spațiale a vectorilor și a habitatelor purtătorilor de agenți patogeni specifici și a utilizării și amenajării terenurilor. O perspectivă mai dinamică, care să pună accentul pe interacțiunile spațiale și temporale dintre agenți la mai multe scări, este mai potrivită. Analizele integrate la scara peisajului permit o mai bună înțelegere a interacțiunilor dintre schimbările din ecosisteme și climă, utilizarea terenurilor și comportamentul uman, precum și ecologia vectorilor și a gazdelor animale ale agenților infecțioși.

3.1.2. Spațiul ca ecosistem

Oamenii sunt parte a unui ecosistem, aceasta nu este doar o teorie, ci și un fapt recunoscut, iar ecosistemul este central în chestiunea asigurării vieții sau a bunăstării. Introducerea ideii de sistem reliefează ideea că spațiul este un loc condiționat de inputuri outputuri și o anume mecanică sau funcționalitate care asigură fluxuri dinamice și echilibru (Duncan, 1973). Cum s-a mai spus, sistemul presupune nu doar o agregare de elemente, ci și interacțiunea, procesele productive (inputuri – resurse, outputuri – rezultate)

fluxurile și (inter)dependențele între elemente, deci sistemul este *sinergic*, mai mult decât suma elementelor sale.

Din această perspectivă, percepția spațiului sau a locului pentru individ ar fi însăși recunoașterea existenței acestui ecosistem, detectarea lui ca atare și faptul că ecosistemul este esențial pentru bunăstarea generală a oamenilor și că acest sistem trebuie menținut într-o stare de echilibru. Această problematică a *spațiului ecosistem* a fost preluată mai degrabă științele managementului: *amenajarea teritoriului* și *micro-managementul spațial* care se combină din nou cu *arhitectura* și amenajările interioare funcționale sau estetice, toate fac parte dintr-o abordare integrată de management – Managementul bazat pe ecosistem (EBM) – care pornește de la ideea spațiului ca *mediu-container al vieții*, dar recunoaște și prezența interacțiunii în interiorul acestui container. Drept urmare, acest EBM, în loc să ia în considerare problemele unice, speciile sau serviciile ecosistemului în mod izolat, trebuie să pună în analiză toate variabilele de la resurse la procese și produce metodologii și politici de gestiune pentru asigurarea bunăstării și a echilibrului de sistem.

Nu este un subiect important pentru noi, dar ce ne-ar putea totuși interesa aici, ar fi această componentă de *simț al locului* (*genius loci*) – *capacitatea indivizilor de a-și înțelege existența prin prisma ecosistemului*. De fapt, simțul locului este atipic plasat în această latură, el fiind un concept pe care-l tratăm din altă perspectivă: *a locului* – conexată mai puțin cu ideea de ecosistem, ci mai curând, cu opusul ecosistemului, dar vom consemna aici această abordare diferențiată a *simțului locului ca spațiu extern perceput*.

În această abordare, simțul locului are dimensiuni nuanțate raportat la conceptul consacrat (*sense of place*). Pe de o parte, a fost asociat cu caracteristici ale mediului biofizic (Stedman, 2003), inclusiv senzațiile și sentimentele individului în legătură cu spațiile biofizice sau inclusiv cele nemateriale, ținând de estetică și spiritualitate (Convery et al., 2012). Pe de altă parte, atașamentele oamenilor față de anumite locuri sunt asociate și cu atributele lor nemateriale, și cu interacțiunile materiale și sociale cu ecosistemele; despre aceste interacțiuni s-a spus că co-produc sau favorizează un sentiment al locului (Ingold, 2000).

Există și abordarea care țintește spre serviciile ecosistemice, în care atributul „simțul locului” este considerat un indicator al *legăturii mediului*

cu *umanul*. Deci, până la urmă este vorba de niște mărimi mai degrabă tehnice. Măsoară un grad de integrare (acel *embeddedness* V.1.3.3 și 4.3.2) și autogestionare (*self-management*) care se referă la capacitatea de a te descurca (expresia a-ți găsi locul) dar și un grad de atașament față de loc.

Vedem deci că mai multe discipline folosesc metode diferite pentru a *studia simțul locului* (Convery et al., 2012) (Poe et. al, 2016). Arhitecții peisagiști se concentrează pe filozofiile designului, arheologii deduc istorii bazate pe proprietățile materiale ale unui sit, geologii pe compoziția solului (Stephenson, 2008). Geografii au dezvoltat valori ale locului și ale peisajului pentru a fi utilizate în cartografierea publică, de exemplu, sistemul public de informare geografică (Brown și Reed, 2012). Instrumentele dezvoltate de economiști realizează o evaluare hedonică și contingentă a locului, de exemplu, creșterea valorilor proprietății, prețul transportului, sau disponibilitatea de a plăti pentru apropierea de o locație, externalități pozitive, avantaje competitive de localizare, sau peisaje sau site-uri de agrement (Poe et. al, 2016). Sau, la combinația dintre geografie și economie, se fac și așa-numitele *asset-mapping*, adică o cartografiere analitică și de politică economică, dimensiune geografică și analiză economică a obiectivelor și bunurilor capitalului ierarhizate valoric și funcțional. Aceste metode sunt utile pentru traducerea unor valori ale ecosistemului în echivalente ale pieței, dar pot totuși omite o gamă completă de valori importante și din spectrul aspectelor și serviciilor culturale.

Mai sofisticat, se poate examina simțul locului prin măsurători de ordin psihologic precum „satisfacția locului” (tot indicatori economici) sau a judecății despre calitățile unui cadru (studii de opinie publică). Sau modul în care diverse activități și practici ajută la formarea și menținerea atașamentelor locului și modul în care contribuțiile atașate locului contribuie la bunăstarea indivizilor.

Există de asemenea clasamente tehnice sau estetice, conectate atât cu condițiile materiale (de exemplu, calitatea apei și sănătatea mediului), cât și cu relațiile sociale esențiale. De exemplu, există o metodologie de *place-making* (construirea spațiului) mai precis, de *identificarea elementelor constitutive ale spațiului* și de *cartografiere a lor* dar și de *măsurare a unor caracteristici*, precum *wellbeing-ul*, care se bazează pe metode interdisciplinare preluate din antropologie, geografie umană și economie, etc. Focalizarea expresă

a acestui *place-making* este creată printr-o interacțiune dintre lumile biofizice și sociale care construiesc sensul spațiului (Beckley et al. 2007; Davenport și Anderson 2005; Poe et. al, 2016).

În fine, în aria „spațiului trăit” noi vom adăuga o perspectiva preponderent sociologică la simțul spațiului, care va căpăta un sens mai larg – *genius loci* (Norberg-Schulz, 1980) – aportând sentiment, apartenență peste dimensiunile perceptuale, dar va prelua și din disciplinele menționate aici elemente pentru construirea unei măsuri, inclusiv pentru studiul empiric.

3.1.3. Peisajul (landscape)

Cuvântul „peisaj” este adesea folosit în vorbirea de zi cu zi – vorbim despre peisaje naturale, desigur, dar și despre grădini amenajate, peisaje urbane și mai abstract, peisaje politice, peisaje mentale, peisaje epidemiologice, peisaje ale fricii (Tuan, 1979) și peisaje ale disperării (Gesler și Kearns, 2005). Peisajul poate părea a fi pur și simplu „ceea ce se află acolo” pentru a fi înregistrat de noi cu toate simțurile noastre, o poză, o imagine (oricum vizual) dar simplitatea sa este contrazisă de faptul că nu există două persoane care să „citească” sau să interpreteze ceea ce se află acolo în același mod. Ceea ce spunem despre peisaje este mediat de modul în care am fost aculturați să vedem lumea, de ceea ce societatea noastră consideră important și de experiențele noastre individuale. Geografii culturale nu au ajuns la un consens clar cu privire la modul de definire a peisajului și, de fapt, au încercat să dea sens termenului în mai multe moduri diferite, pe o gamă întreagă de semnificații și asociații, dependent de afilierile disciplinare și profesionale sau de obiectivele unei cercetări (Gesler și Kearns, 2005).

Pentru domeniul științelor sociale examinăm ideile despre peisaj ca *unitate teritorială*, ca *formă de vizualizare* și de *interacțiune*, sau ca *raportare la întrupare*, ca *simțire*, sau experiență corporală (Macpherson și Minca, 2006).

Dar vom încerca să extragem idei esențiale și din pluralitatea definițiilor și să privim peisajele din alte perspective, fiecare dintre ele putând fi ilustrată prin exemple de peisaje ale sănătății, peisaje de agrement, peisaje industriale, peisaje ale vieții sociale (piețele orașelor) etc.

O primă perspectivă asupra peisajelor se concentrează pe interacțiunea om-mediu care se află în centrul ecologiei culturale. Ceea ce ne interesează aici este modul în care mediul fizic afectează acțiunile umane și modul în

care, într-o relație reciprocă, oamenii își modelează mediul pentru a se adapta nevoilor lor. În acest caz, accentul cade pe aspectele materiale ale culturii, pe acele obiecte care sunt vizibile în peisajul cultural (Gesler și Kearns, 2005).

O a doua perspectivă susține că peisajele culturale sunt construcții sociale care sunt produse ale instituțiilor pe care societățile le stabilesc. Această abordare se bazează pe noțiunile structuraliste privind importanța forțelor sociale subiacente care modelează activitățile umane în anumite momente și locuri.

Cea de-a treia perspectivă își concentrează atenția asupra rolului percepțiilor umane individuale ale oamenilor cu privire la ceea ce este important în peisajele culturale; adică peisajul este văzut ca o construcție personală, mentală. În cadrul acestei perspective, semnificațiile date simbolurilor devin o modalitate importantă de interpretare a peisajelor. De exemplu, conceptul de peisaje simbolice, peisaje de vindecare (Gesler și Kearns, 2005).

Peisajul este „obiect” material, cuantificabil și vizibil, incontestabil real, deoarece existența sa nu depinde de prezența unui observator, chiar dacă doar percepția sa îl definește: poate fi o unitate teritorială măsurabilă sau o anumită scară ecologică. (*Ecologia peisajului este studiul variației spațiale a peisajelor la o varietate de scări.* – „The relationship between pattern and process in landscapes”) (<http://www.landscape-ecology.org>)

Altă conceptualizare similară: *arena* sau *scena* unde are loc derularea acțiunii sau rezolvarea problemelor. Există în limba română o expresie jurisdicțională utilizată oficial „pe raza_ comunei” adică, am traduce noi, arena percepută a comunității din perspectivă funcțională sau utilitară. Totuși conceptul de „peisaj” ar fi redundant, deoarece există deja termeni mai preciși: *zonă*, *domeniu* și *regiune*. Această abordare limitată și esențializată de a confunda peisajele cu termeni precum teritoriu sau regiune care includ și sensul de nivel de organizare pentru că deturnează sau exclude alte moduri de cunoaștere a peisajului, cum ar fi percepțiile calitative și mobile ale oamenilor, reductiv la unități cartografice, ca și cum totul s-ar putea încadra perfect în acest peisaj – recipient. De exemplu, peisajele pot fi închipuite, construite mental,

Cu referință la denumirea engleză „*landscape*” important, pentru că ne dă sensul tratat de literatură, în istoricul conceptului termenul „-scape”

din peisaj provine din engleza veche „skipe” și este legat de cuvântul „formă”. Acest din urmă cuvânt – „skipe” – este folosit în sensul fizic de modelare, ceea ce sugerează și o implicare corporală, land-skip s-ar traduce în acest sens mai precis „teritoriu amenajat” referința fiind, oricum, la o modelare, nu la spațiul natural. „Peisaj” este, de fapt, o construcție creată de om, chiar peisajul care este un lucru privit ca decor sau pictură. Cu sensul propriu românesc, peisajul este *parte din spațiu (natural sau antropic) care formează un ansamblu estetic și este cuprinsă dintr-o singură privire; aspect propriu unui teritoriu oarecare, rezultând din combinarea factorilor naturali cu factorii creați de om* (DEX). Sinonime: priveliște, tablou (sugerează ce poate fi cuprins cu vederea – deci sensul este vizual imagologic – un tot-cuprinzător). Reținem de aici relația cu teritoriu fizic și ideea de estetică sau mai exact, obiect al privirii fără altă atribuire de utilitate.

Deci concludiv, din tot ce s-a exprimat aici, vedem două direcții în geografie pe acest subiect: pentru unii peisajul este o zonă care poate fi cartografiată și explorată pentru a găsi urmele creării sale; pentru alții, este un mod distinctiv de a reprezenta și de a crea spațiul, care implică o îmbrăcație de cunoaștere și putere.

Mai rafinat, analizând un document de evaluare tehnică privind desemnarea *peisajelor culturale* de către UNESCO, Peter Fowler face apel la concepții mai fluide ale peisajului, reamintindu-ne că *peisajele pot călători cu noi* în imaginația noastră și că, într-o lume diasporică, este puțin probabil să existe peisaje culturale cu granițe fixe (Fowler, 2003). Există și alte conceptualizări provocatoare ale peisajului care transced noțiunea de *container teritorial*, subliniind rolul agenției umane în înțelegerea peisajelor și a sistemelor sociale care le produc. Colecția de eseuri „Interpretarea peisajelor obișnuite” (Meinig, 1979 citat în Gesler și Kearns, 2005), cu contribuții din partea lui Yi-Fu Tuan, și David Lowenthal, este un exemplu, proeminent al acestei preocupări. Inspirat de lucrările din domeniul studiilor culturale și al geografiei umaniste, Meinig susține că peisajul este, în primul rând, *unitatea pe care o vedem prin impresiile simțurilor noastre mai degrabă decât cel definit prin logica științelor – o expresie culturală, capabilă să călătorească în imaginarul nostru, să modeleze spații materiale și să opereze ca o reprezentare selectivă a lumii*. Abia această exprimare pare conturarea ideii despre

peisaj ca formă de vizualizare într-o perspectivă constructivistă (Gesler și Kearns, 2005).

Și mai sociologic sau, mai construcționist Olwig (2004) relevă ideea că peisajul nu este un „lucru” cuantificabil și real, ci mai degrabă o construcție mediată cultural incluzând impactul clasei și al identității. Abordarea peisajului ca „mod de a vedea” a lui Denis Cosgrove (1989) – este relevantă pentru rolul constitutiv pe care peisajul îl joacă în modelarea vieții. Cosgrove sugerează că: „Peisajul nu este pur și simplu lumea pe care o vedem, ci este o construcție, o (re)compoziție a acestei lumi”. De asemenea, peisajul este deopotrivă „concept ideologic” sau o formă de ideologie (Cosgrove, 1984).

Ca o critică la această viziune au apărut și conceptualizări complet imateriale ale peisajului. Abordarea „modului de a vedea” și lucrările pe care le-a inspirat, sunt considerate a nega „conectivitatea” reprezentărilor cu „lumea exterioară” minimalizând importanța relațiilor dintre lumea materială și reprezentările sale. De asemenea, se consideră că a fost „privilegiat simțul văzului în detrimentul altor modalități senzoriale și moduri de a experimenta peisajul” (Olwig, 2004).

Antropologul Tim Ingold identifică același defect sau paradox din centrul gândirii științifice occidentale: acela că tinde să se bazeze pe o separare prea ascuțită a umanității de natură. Ingold sugerează că peisajul este o parte din noi; este „simțit” sau „trăit”, prezența într-un peisaj este încorporată direct în experiența noastră corporală. Aceasta este o modalitate de „rematerializare” a conceptualizării peisajelor (Ingold, 2000) și o cale de a se îndepărta de abordările pur și simplu preocupate de implicațiile sociale și culturale ale reprezentării peisajului. În aceeași ordine de idei, Mitch Rose susține că „motorul existenței peisajului este practica: agenții cotidieni care fac ca peisajul să devină realitate pe măsură ce îl fac relevant pentru propriile lor vieți, strategii și proiecte” (Rose, 2002).

Totuși nici o abordare exclusiv întruchipată, care să se concentreze asupra peisajului ca fiind simțit, nici o abordare exclusiv reprezentatională, care să se concentreze asupra peisajului ca formă de vizualizare, nu este suficientă pentru a înțelege mecanismele peisajului în sens sociologic. Peisajul tinde să fie înțeles fie ca ceva despre care vorbesc experții – arheologi, botaniști, geologi – fie ca ceva atât de vizual încât nu are sens decât ca o *vedere*.

Doreen Massey sugerează că peisajul funcționează ca un mediu care structurează modul în care înțelegem și percepem spațiul. Astfel, dimensiunile „simțite” ale teritoriului – cele trăite corporal și afectiv – sunt translatate în experiențe peisagistice semnificative. În acest proces, se ajunge adesea la privilegierea unor tipuri culturale particulare de percepție și valorizare a peisajului, în detrimentul altora. De exemplu, ca să avem semnificație, e nevoie de un grad minimal de întrupare.

3.1.4. Spațiul imagine

O variațiune la tema peisajului (dealtfel, peisajul are drept sinonim *tabloul* și deci, *imaginea*). Dar pentru rafinare conceptuală, spunem că imaginea este *instantaneul unui peisaj* sau descrierea lui, fapt care în limba română sună aproape pleonastic. De aceea, simplificând, spunem că *imaginea* e mai puțin conceptualizată în raport cu *peisajul*. În general, sursele sale sunt narativul și imagologia. De exemplu, să ne imaginăm narativul și imagologia din timpul pandemiei COVID, care ne fac să rememorăm un spațiu peisaj (automat ne vin în minte imagini trăite în acea perioadă ale spațiilor pe care le-am experimentat: oameni cu măști, străzi pustii, spații închise cu limite și marcaje pe pardoseală sau pe pereți etc). Cu alte cuvinte, spațiul devine spațiu perceput prin imaginea pe care o oferă, nu neapărat pentru locuitori, ci și pentru cei din afară, inclusiv prin memoria imaginii.

Lynch (1981) vede cunoștințele spațiale ca fiind *centrate pe „imagini” de mediu – reprezentări mentale ale lumii pe care oamenii le dezvoltă prin experiența lor și care acționează ca bază pentru comportamentul lor*. Acest precept, a devenit relevant pentru contextul urban prin intermediul conceptului de „lizibilitate” sau prin ușurința cu care indivizii pot organiza diversele elemente ale formei urbane în „imagini” coerente. Tot el a sugerat că orașele variază în măsura în care evocă o imagine puternică – o calitate pe care el a numit-o „*capacitatea de a crea imagini*” – susținând că cel mai probabil, orașele „ușor de imaginat” sunt cele care pot fi percepute ca modele de mare continuitate cu părți interconectate. Cu alte cuvinte, dacă un oraș era „imaginabil”, era probabil să fie și „lizibil”. Mai în detaliu, imaginea este legată cu existența și importanța străzii în structurarea experienței urbane. În primul rând, în funcție de modul în care se structurează și gestionează fluxurile, Lynch a susținut că drumurile – care înseamnă în primul rând străzile – reprezintă

principalul element structural în imaginile orașului și că experiența senzorială dobândită prin deplasarea prin spațiul urban este calitativ importantă în formarea imaginii spațiului. Lynch este un mare contributor la acel „*spatial turn*” prin faimoasele studii cu interviuri despre *memoria străzilor*, tipologii de elemente urbane, precum: „trasee”, „margini” (granițe), „cartiere”, „repere” (cum ar fi magazine familiare, clădiri publice, statui sau caracteristici fizice), și „noduri” (răscruci, locuri strategice în care trebuie luate decizii de navigație) (Appleyard și Lynch, 1968) (lucrarea *The View from the Road*). Experiența dobândită în urma călătoriilor modelează imaginile urbane de exemplu, priveliștea orizontului îndepărtat al orașului, impresiile schimbătoare ale pământului și ale apei și o serie de repere notabile, toate acestea sunt indicii vii asupra naturii orașului în sine, pe care individul le folosește construcția sa identitară. Este pe undeva o reiterare a teoriei comprehensive a gândirii și a acționării în imagini a lui Walter Benjamin care, așa cum am prezentat, consideră că imaginile sunt baza sau materialul principal al gândirii și ideilor (Weigel, 1996). La Benjamin focalizarea este pe întruparea asimilarea acestor imagini care devin acțiune dar întrepătrunderile au loc cu aceste imagini ale spațiului, percepțiile spațiului.

3.1.5. Spațiul ca delimitare – Spațiul graniță

Anssi Paasi (2004) vede înțelegerea regiunilor, națiunilor, teritoriilor prin existența unor delimitări între ele, prin conceptul de graniță, de separație. De fapt, *granițele produc instituționalizarea regiunilor și procesele spațiale* care (re)produc sentimentele de apartenență sau patriotism (inclusiv cel local). Este interesant cum granița produce identitate – semnificația graniței ca o cale de articulare a conștiinței socio-spațiale (Paasi, 2004).

Alan Pred mai adaugă la această conceptualizare ideea că formele spațiale trebuie înțelese ca seturi de procese evolutive geografic, dar și istoric. Spațiile sunt reîncadrate re-teoretizate și recontextualizate continuu, există o relație între spațiu și cultură (Pred, 2004).

Reprezentările de tip harta lumii, fie și numai faptul că țările au culori diferite, creează imaginea unei discontinuități naturale. Granițele tind să fie percepute ca zone de contact, conflict, contradicție între culturi și societăți. Asta pentru că pur și simplu termenii ca societate și cultură sunt doar adăugate la numele țării. Dacă mergi în India, afli despre „cultura indiană”, dacă

mergi în America, pe oricare coastă ajungi, pare că acolo descoperi „cultura americană”. Or, spre exemplu India are sute-mii de micro-culturi în interiorul granițelor sale sau una dintre aceste culturi poate exceda granițele Indiei. Granițele, în acest sens, NU creează discontinuitate: sunt zone culturale care se suprapun peste mai multe state naționale sau există națiuni multiculturale. Avem, de asemenea, grupuri unitare cultural care împart teritorii cu alte grupuri legate de același spațiu, sau avem chiar culturi difuzate pe mai multe spații care nu au criterii de distincție națională sau etnică. Bunăoară, hărțile etnice sunt din acest punct de vedere și mai restrictive, punând în centralitatea gândirii legătura teritoriu-etnie, spațiul devenind o grilă a diferențelor culturale. Dealtfel, pentru locuitorii din zonele frontaliere, percepția este chiar una opusă ideii de ruptură. Tocmai acolo, microsocioale, comunitățile sunt foarte apropiate, mai ales în vestul Europei. Acolo unde nu există resentimente în urma războaielor (dar și acolo unde există) granițele sunt mai mult obstacole decât delimitări naturale. Desigur sunt și granițe – uneori doar imaginate – nici măcar nu coincid cu cele politice – pe care literatura le-a clasificat aproape de *metafora plăcilor și faliilor tectonice* (teoria lui Samuel Huntington despre ruptura dintre occident și est sau dintre Europa centrală și est, 1993). Desigur aceste teorii nu rezistă la proba studiilor microsocioale, dar au un folos în lupta ideologică (Hubbard și Kitchin, 2011).

Acest izomorfism presupus al spațiului, locului și culturii creează probleme semnificative în sens perceptual. În primul rând, există problema celor care locuiesc la graniță. Fricțiunea culturilor ca fenomene discrete, ca obiecte care ocupă spații discrete, devine implauzibilă pentru cei care locuiesc în zonele de frontieră. Înrușiți cu locuitorii de la graniță sunt cei care duc o viață de trecere a frontierei – lucrătorii emigranți, nomazii și membrii elitelor profesionale și de afaceri transnaționale (adică ce-am putea subsuma ideii de emigrație temporară). Dar există un transfer de cultură și în rândul emigrație permanente. Indienii duc cu ei cultura lor în marea Britanie, italienii duc cu ei cultura în Statele Unite, etc. (Paasi, 2004).

Un al doilea set de probleme ridicate de această cartografiere implicită a culturilor este aceea că sunt abandonate din analiză diferențele locale. „Multiculturalismul” este aproape o formă de recunoaștere a faptului că unele culturi și-au pierdut ancorarea în locuri precise, chiar dacă se revendică a fi o încercare de a subsuma această pluralitate de culturi în cadrul unei

identității naționale. În mod similar, ideea de „subculturi” încearcă să păstreze ideea de „culturi” distincte, recunoscând, în același timp, relația dintre diferite culturi și o cultură dominantă în cadrul aceluiași spațiu geografic și teritorial. Relatările convenționale ale etnicității, chiar și atunci când sunt folosite pentru a descrie diferențele culturale în medii în care oameni din regiuni diferite trăiesc unul lângă altul, se bazează pe o legătură neproblematică între identitate și loc'. Deși astfel de concepții sunt sugestive, deoarece se străduiesc să extindă asocierea naturalizată a culturii cu locul, ele nu reușesc să interogheze această presupunere într-o manieră cu adevărat fundamentală. Trebuie să ne întrebăm cum să ne ocupăm de diferența culturală, renunțând în același timp la ideile primite de cultură (localizată).

Și o a treia problemă, mai puțin relevantă poate pentru noi, dar invocată de literatură: *postcolonialismul* (Said, 2000): căror locuri aparțin culturile hibride? Creează întâlnirea colonială o nouă cultură în vreuna din cele două țări? Sau măcar destabilizează noțiunea că națiunile și culturile sunt izomorfe?

Fără îndoială, oamenii au fost întotdeauna mai mobili și identitățile lor mai puțin fixe, decât ar sugera abordările statice și tipologizante ale antropologiei clasice. Dar astăzi, mobilitatea oamenilor, care se extinde și se accelerează rapid, se combină cu refuzul produselor și practicilor culturale de a „rămâne pe loc”, pentru a da un sentiment profund de pierdere a rădăcinilor teritoriale, de erodare a distincției culturale a locurilor și de efervescență în teoria antropologică. Aparenta de-teritorializare a identității care însoțește astfel de procese a făcut din întrebarea lui Clifford (citată în Hubbard și Kitchin, 2011) una cheie pentru cercetările antropologice recente: „Ce înseamnă, la sfârșitul secolului al XX-lea, să vorbești despre «pământul natal»? Ce procese, mai degrabă decât esențe, sunt implicate în experiențele actuale de identitate culturală?”.

Said (2000) a numit „o stare generalizată de lipsă de adăpost”, o lume în care identitățile ajung să fie din ce în ce mai mult, dacă nu complet de-teritorializate, cel puțin diferit teritorializate. Refugiați, migranți, strămutați și popoare fără stat – acestea sunt poate primii care trăiesc aceste realități în forma lor cea mai completă, dar problema este mai generală. Într-o lume a diasporei, a fluxurilor culturale transnaționale și a mișcărilor masive de populații, tentațiile de modă veche de a cartografia globul ca pe un set de

regiuni culturale sau patrii sunt derutante. Liniile familiare dintre „aici” și „acolo”, centru și periferie, colonie și metropole devin neclare.

Erodarea parțială a lumilor sociale (Hubbard și Kitchin, 2011) delimitate spațial și rolul tot mai mare al imaginației locurilor de la distanță trebuie, totuși, să fie situate în termenii puternic spațializați ai economiei capitaliste globale. Provocarea specială în acest caz este de a folosi o concentrare asupra modului în care spațiul este imaginat ca o modalitate de a explora procesele prin care astfel de procese conceptuale de creare a locurilor se întâlnesc cu condițiile economice și politice globale în schimbare ale spațiilor trăite – relația, am putea spune, dintre loc și spațiu. Pot apărea tensiuni importante atunci când locurile care au fost imaginate la distanță trebuie să devină spații trăite. Căci locurile sunt întotdeauna imaginate în contextul unor determinări politico-economice care au o logică proprie. Teritorialitatea este astfel re-scrisă exact în momentul în care amenință să fie ștearsă.

3.1.6. Spațiul structurat prin instituții și structuri ale sistemului social

Structuralismul este teoria potrivită explicării spațiului social prin structuri și sisteme se combină cu funcționalismul care ar putea lega aceste structuri de funcționalitatea societății. Spațiul este determinat de structurarea instituțiilor, iar funcționalismul explică societatea prin existența nevoilor care creează funcții sociale, care apoi creează structuri, instituții, deci implicit, modelează spațiul.

Ca și în dilema primordialității oului sau a găinii, este dificilă găsirea unui „big-bang” sau punct de început al societății și al identității colective. Cine, de exemplu, provoacă schimbarea de mentalitate? Indivizii, sistemul de educație, timpul? Sistemul de educație este alcătuit din indivizi, pentru a schimba mentalitatea prin educație, trebuie ca educatorii să-și fi schimbat ei înșiși, în prealabil, mentalitatea. Până a exista o putere politică investită să coordoneze faptele sociale, oamenii au coexistat prin instituțiile culturale, prin relaționări și organizări primitive. Cu timpul, unele instituții s-au formalizat și s-au împământenit, devenind structuri.

Formarea, configurarea sistemelor sociale a urmat acest patern în dependență de propriul parcurs (v. Teoria *path dependency* – Mahoney, 2000).

Formele primitive de asociere umană, „celulare” cum ar fi familia (celula societății) apoi comunitatea (în toate formele: de la familie extinsă, clan, trib, sat etc.) apoi societatea (iarăși, în toate formele: de la micro la macro) au produs, de la un grad de extensie încolo, structuri sau forme împământe-nite, statornicite ale sistemului adică sistemul devine ceva mai nevolatil, se solidifică, se structurează.

Structurile ar fi acele *componente care nu mai sunt (re)negociabile* în construcția socială – fie norme sociale, fie instituții – sau pot fi destructurate, dar e nevoie de tensiuni și revoluții. Structurile au o componentă fizică (corporală) pe care o analogăm unei părți *hard* a sistemului și una informațională, logică sau relațională (necorporală) pe care o asemănăm *soft-ului* din informatică.

Structurile nu mai sunt determinate, ci devin determinanți, în anumite proporții și ei creează acea *path dependence* (dependență de parcurs) adică produc o forță inertială la orice presiune de schimbare datorită acestei fixări, împământeniri. De aceea, sistemele, în general, evoluează incremental și se schimbă doar prin rupturi și revoluții. Structurile sunt legate în sistem prin „infra-structuri”, care produc fluxurile fizice, corporale și relaționale.

Sintaxa spațială ca metodă propusă de Bill Hillier și Julianne Hanson (2005) este un set de tehnici de analiză a structurilor spațiale și a modelelor de activitate umană în/între clădiri și zone urbane. Dar, pe de altă parte, este și un set de teorii care leagă spațiul și societatea. Sintaxa spațială țintește răspunsuri la următoarele întrebări: *unde se amplasează oamenii, cum se mișcă, cum se adaptează, cum se dezvoltă și cum comunică despre această mișcare în spațiu?* Ideea generală este împărțirea spațiului în componente (sintaxă), analizate ca rețele de opțiuni, apoi reprezentate ca hărți și grafice care descriu conectivitatea relativă și integrarea acelor spații. Aplicată inițial doar spațiului urban, mai precis, organizării străzilor, odată înțeleasă ca logică, ea a fost extrapolată la orice tip de spațiu pe spații mai largi pentru a măsura: **integrarea** (gradul de *embeddedness*) și **alegerea distanțelor și adâncimilor** (depth-distance) spațiului. Integrarea măsoară cantitatea de tranziții necesare de la un punct la toate celelalte din rețea, folosind cele mai scurte căi (un fel de potențial de fluxuri). De exemplu, o stradă integrată este o stradă pe care se poate ajunge foarte ușor dintr-o multitudine de direcții (de unde rezultă implicit, și o popularitate sau o centralitate a locului)

„*Alegerea*” este cel mai ușor de înțeles ca asimilând rețeaua stradală unui „curs de apă”. Adică este o măsură a *numărului de bifurcații, deci de opțiuni care pot pleca dintr-un punct*. Dar și în sens invers – din ramificații spre punctul de convergență. De exemplu, străzile cu cele mai mari valori totale ale debitului acumulat au cele mai mari valori de alegere. *Depth Distance* este cea mai intuitivă dintre metodele de analiză. Acesta explică distanța liniară de la punctul central al fiecărui segment de stradă la punctele centrale ale tuturor celorlalte segmente. Dacă fiecare segment este ales succesiv ca punct de plecare, se obține un grafic al valorilor finale cumulative. Se spune că străzile cu cele mai mici valori ale distanței de adâncime sunt cele mai apropiate de toate celelalte străzi.

Aceste metodologii sunt în general scheme de măsură geografică, aparent nu ne interesează sociologic, dar dacă traducem intuitiv aceste tehnicalități, ele produc și concepte utile în sociologia spațiului. De exemplu, ne interesează acele *hub-uri spațiale* (cum sunt gările, mall-urile, aeroporturile și modalitățile lor de agregare populațională, apoi interesează fluxurile economice și vadurile comerciale și chiar aspectele de integrare care, social, se traduc în dependență și determinare. Pentru că aceste spații se apropie de ideea de „loc” pe care vrem să o explicăm aici.

3.1.7. Spațiile abstracte și percepția/dimensionarea lor

(Scări/perioade & evoluția spre local)

În încercarea lor de a se apropia cât mai mult de științele exacte, cercetătorii științelor sociale au recurs la *spațiile abstracte* (Conti și Giaccaria, 2001) în care apar tipuri variate de relații care pot fi analizate mai ușor. Bunăoară, putem vorbi de un *spațiu economic*, în care relațiile economice dintre indivizi sunt izolate artificial în raport cu celelalte tipuri de relații umane. Pe același model, vorbim de *spatii sociale, culturale, familiale, politice* etc (asemănare cu noțiunea de câmp a lui Bourdieu). Fiecare individ acționează simultan în toate aceste spatii. Această simplificare, de bună seamă, poate fi utilă analizei, dar ea nu captează natura unitară a acțiunii umane, în care relațiile dintre diferitele spatii nu sunt luate niciodată în considerare sau, dacă sunt, este un fapt cu totul marginal (individul de fapt, nu percepe acțiunea sa ca operație într-un spațiu anume).

În cazul economiei neoclase simplificarea a fost serioasă și definitivă. Singurele relații luate în considerare sunt cele din interiorul pieței (spațiul pieței): indivizii perfect informați și în mod rațional, aleg ca să-și maximizeze utilitatea în condiții de concurență perfectă. În centrul atenției se află *actorul economic pur* (*homo oeconomicus*), descris pe baza caracteristicilor sale interne, fără nici o referință la multele relații concrete în care este implicat. Din această perspectivă, trecerea de la scara micro-economică la interpretarea generală a societății (macroeconomia) devine mai mult o „problemă de matematică” decât de gândire socio-filosofică. Dacă lumea este un mozaic de spații relaționale care se suprapun, viziunea economică ortodoxă se autolimitează, considerând doar nivelul relațiilor de piață, ignorând complet faptul că agentul economic se găsește de fapt într-o rețea de relații de diferite tipuri.

Ce tine totuși aceste „spatii” laolaltă este *spațiul geografic* și *timpul istoric*, în sensul că diferite relații coexistă, pentru că apar în același timp și în același spațiu geografic. Din această observație simplă, rezultă că, pentru a determina realitatea, este necesară manipularea și conceptualizarea spațiului și timpului în forme abstracte și închise, mai precis în secvențe delimitate. Pentru fiecare actor (individ sau întreprindere) însă, spațiul și timpul sunt continue, nu pot fi împărțite în secvențe. Acest continuum definește, în viziunea lui Hagerstrand (citată în Conti și Giaccaria, 2001) „*bio-geografia*” fiecărui actor sau a oricărei entități.

Pentru facilitarea analizei, cercetarea operează o discretizare aplicată timpului și spațiului, identificând *perioade* (temporale) și *scări* (spațiale). Diviziunile timpului determină *perioadele istorice*, iar diviziunile spațiale *scările geografice*. Perioadele și scările desemnează limitele între care bio-geografiile individuale sunt conținute și pot fi interpretate clar și neambiguu (Conti și Giaccaria, 2001). Problema cu aceste perioade și scări este că ele trebuie să fie caracteristici invariabile și comune pentru orice teritoriu și perioadă istorică.

Istoria umanității dispune de numeroase astfel de periodizări (de exemplu, erele geologice – identificate după straturile scoarței terestre). În general, în evoluția dinspre trecut spre prezent perioadele s-au „scurtat”, cu alte cuvinte, pe măsura evoluției umane transformările se petrec în timp mai scurt. Pentru științele sociale, în general, de mare importanță este diviziunea pe perioadele dezvoltării până la capitalism, atribuită lui Kondratiev

și Schumpeter (Freeman și Louçã, 2001). Istoria capitalismului este divizată în cicluri lungi de 45-60 ani, fiecare dintre acestea inaugurat de câte o inovație tehnologică epocală, care a marcat atât organizarea producției, cât și teritoriul și societatea și care a determinat anumite legități aplicabile perioadei (de exemplu fordismul a funcționat și a fost susținut de anumite legități economice specifice anilor 50-70). Din această perspectivă, nu este necesară reconstituirea dezvoltării existențiale a indivizilor pentru a înțelege evoluția capitalismului. Este suficient a defini trăsăturile generale și legitățile unui ciclu în care operează actorii individuali. Astfel, *perioada și scara se definesc ca porțiuni de timp și spațiu care sunt posibil de analizat și interpretat lăsând deoparte considerațiile asupra biografiilor și destinelor individuale* (Conti și Giaccaria, 2001). Implicit, mai adăugăm acestor considerații că fiecărei perioade îi corespunde și un *discurs științific* specific: acela care încredințează și promovează, de regulă, trăsăturile și legitățile epocii.

Din punctul de vedere geografic, procesul prin care este atribuit un înțeles (sens) unui teritoriu, anume *teritorializarea*, trebuie abordat prin referința la o anumită scară. De exemplu, Peter Taylor (1999) identifică trei scări principale cărora capitalismul contemporan le atribuie semnificație particulară: casa/menajul, orașul/localitatea și statul/națiunea. Mai nou, tema eterogenității spațiale, tipice pentru procesul de dezvoltare capitalist, a impus o nouă scară, cea regională sau unele *scări generice fictive* (districte industriale, clustere, văi (Silicon Valey), centuri (Sunbelt, Rustbelt), tri-unghiuri industriale, bazine etc) pe baza unor omogenități sau dualități economice transpuse în teritoriu. În mod similar, problema dezvoltării neuniforme a fost atacată prin desemnarea unor *macroscale* (de exemplu, liniile de demarcație Nord-Sud sau Est-Vest), opunând lumea într-o dialectică bogați-săraci, centru-periferie, lumile I II și III, în care identitățile locale și diferențele au fost acoperite. Aceste macroscale sunt și astăzi baza clasificărilor în geografia-economică a lumii.

Dar, pe de altă parte, vorbim și de un eșec al perioadelor și scărilor. Evoluția economiei și a societății, în general, s-a demonstrat a nu fi un fenomen unitar și liniar. Clasificările economice de tip „lumi”, sau „centru-periferie” au fost un eșec fie și numai prin contra-exemple, și din examinarea proceselor la care ne-am referit anterior (abstractizarea spațiilor relaționale și diviziunea în perioade și scări). Putem porni de la globalizare și de la compresia

spațio-temporală în explicarea denaturării sistemelor tradiționale de analiză a organizării economice și sociale. De exemplu, ciclurile economice sunt din ce în ce mai comprimate, mai ales de când succesiunea inovațiilor tehnologice este mult mai rapidă. Până și alternările „psihologice” dintre criză și expansiune, par a-și fi modificat traiectoriile. Pe de altă parte, au apărut și perioade de creșteri neîntrerupte sau crize cronice, care au bulversat și mai mult starea ciclică instituită după al doilea război mondial.

În aceste condiții, diviziunea consacrată în perioade devine cvasi-inutilă. Dacă însă nu mai pot fi delimitate unități precise de timp sau criterii invariabile și comune, în situația actuală există posibilitatea reală de a delimita perioade determinate separat, în cadrul cărora să se poată construi o teorie lipsită de ambiguități și contradicții. *Adică fiecare perioadă să aibă propria explicitare și caracteristici distincte* (Conti și Giaccaria, 2001). Actuala dezbatere asupra societății informației, reguționism, post-fordism, specializare flexibilă, learning etc arată, într-un mod exemplar, cât este de dificilă stabilirea unor epoci clare în istoria contemporană și cât de dificilă este stabilirea unor instrumente de diviziune precise și neambigue.

Pe o logică similară cu ce s-a întâmplat în diviziunea timpului, și procesele tradiționale de scalare trec prin perioade dificile. Această criză poate fi exemplificată foarte bine prin referirea la dezbaterea contemporană privind rolul statului națiune (Soja 1989, Ohmae, 1995, etc), care a devenit o scară atipică pentru descrierea și interpretarea fenomenelor economice și sociale. Ce interesează aici din această dezbatere este concluzia cvasiunanimă că ne confruntăm cu o *nevoie acută de regândire a scărilor adoptate tradițional de științele sociale*. Critici similare pot fi găsite și în dezbaterea asupra altor scări tradiționale cu care au operat simplificările științifice, cum ar fi regiunile și orașul. Bunăoară recunoașterea faptului că dezvoltarea urmează paternuri amestecate, a dus la re-emergența economiilor regionale ca scară preferată de interpretare a proceselor de dezvoltare. Mai mult, nici regiunile nu mai sunt implicate uniform în succesul economic, ci în cadrul lor apar *aglomerări de întreprinderi specializate, vecinătăți industriale și concentrări de activități competitive*. Chiar și scara urbană pare tot mai puțin imaginabilă în termeni unitari. De exemplu, efectele ghettoizării minorităților etnice și sexuale din țările dezvoltate produc tensiuni grave în teritoriul urban, substanțial diferite, atât ca modalități de manifestare, cât și ca motivații, de conflictul

clasic între „capital și muncă”. În prezent, are loc o explozie a scării urbane în mai multe scări extrem de fragmentate și variate (Soja, 1996).

Pentru a explica însă mai riguros criza scărilor tradiționale, trebuie să avem în vedere câteva ambiguități care subminează dintru început înțelesul conceptului de scară. Faptul că, vorbind de teritoriu, inevitabil trebuie să apelăm la o scară, duce la pierderea din vedere a procesului de construcție a unei scări. Într-o primă generalizare, scara este o *convenție care permite observarea unei porțiuni de teritoriu dintr-un anumit punct de vedere*. O scară se referă la o suprafață de orice tip ar fi ea. Ceea ce face particular înțelesul de scară este posibilitatea de a percepe acel obiect (acea suprafață determinată) ca un *unicum*. Dacă biologia și medicina pot lucra cu scări 1:1 pentru obiectele lor de studiu (corpul), geografia trebuie să-și medieze inevitabil reprezentările obiectelor la scări mai mici (Conti și Giaccaria, 2001). Trecerea de la obiect la reprezentare a fost guvernată tradițional de presupunerea unicității scării, adică observarea corectă depinde de o perspectivă unică, *etalon* pentru toate obiectele. Scara de 1:1 ar fi cea corectă, dar din păcate este imposibilă, iar acolo unde nu este posibilă, devine urgentă găsirea de criterii pentru identificarea unei scări corecte (mai mici). Dar, chiar prin identificarea unei scări mai mici, problema nu este rezolvată, din cauza imposibilității de a aplica această scară tuturor fenomenelor. Din această cauză, *principiul unicității* scării a fost înlocuit cu *principiul corespondenței dintre fenomen și scară*. Orice fenomen are propria scară, ca și cum scara ar deveni o proprietate caracteristică a fenomenului. Astfel scara nu mai este privită ca o rație numerică, ci ca un atribut geografic al relevanței pentru un fenomen: regional, național, urban etc, un instrument de simplificare a relațiilor dintre indivizi (Conti și Giaccaria, 2001). Conceptul de scară este deci de natură cognitivă: nu putem atribui o scară decât la ceva ce este perceput de către societate sau de către indivizi ca „unic”, un fenomen pentru care *percepția unității prevalează față de cea a diferențelor*.

Dar schimbările rapide, culturale și sociale, pot modifica radical, la rândul lor, percepțiile individuale și colective asupra identificării unei scări. Bunăoară, ultimele trei decenii au fost însoțite de acea *compresie spațiu-timp* (Harvey, 2001), care a implicat regândirea conceptului de scară. Prima revoluție a determinat-o *globalizarea* – prima și cea mai însemnată „problemă de scară”. Globul este tot mai mult perceput ca un unicum, iar, concomitent,

prin transformările tehnologice și capitaliste, se creează posibilități de adoptare a unor strategii economice în acord cu această percepție (Conti și Giaccaria, 2001). În acest sens, globul devine scara de referință pentru un număr în creștere de actori economici, sociali, culturali și, implicit, și pentru analiști și cercetători din domeniul științelor socio-economice (Ohmae, 1995).

Pe de altă parte, singura scară fundamentală 1:1 aplicabilă în geografie, corpul uman, individul, mai precis, fundamentul oricărei descrieri și scări, încetează a mai fi o scară neutră și obiectivă.

Din aceste considerații, ideea găsirii scării adecvate pentru fiecare fenomen în parte care ar reduce complexitatea și ambiguitatea realității se estompează în favoarea uneia mai evoluate: Ce pare tot mai evident este că numărul din ce în ce mai mare de actori, indivizi, comunități, state, asociații, organizații supranaționale, companii, bănci, etc. dau naștere unor strategii ale căror efecte nu se pot finaliza într-o anume scară particulară. Această dispersie a suveranității cu diferite dorințe și acțiuni care se ciocnesc la diferite nivele dezvăluie mai curând *un conflict al percepțiilor spațiului și teritoriului*, sau, *un conflict al scărilor*. Cu alte cuvinte, *fiecare actor posedă propria scară de definire individuală*, iar un acord la nivelul unei anume scări devine din ce în ce mai dificil de obținut.

Criza proceselor tradiționale de divizare în scări și perioade este acompaniată de asemenea de o criză metodologică și anume criza mecanismului de simplificare, de separare a analizelor diferitelor tipuri de relații în spații abstracte.

Criteriul localității sau principiul localității desemnează acea stare de lucruri când actorii, fiind în/din aceeași proximitate spațială și culturală, este aproape imposibil să distingem relațiile lor economice de alte tipuri de relații, atât ca timp cât și ca obiect. Aceste simultaneitate și indivizibilitate a spațiilor converg spre ideea că localul însuși se poate defini ca un spațiu care înglobează aceste relații indivizibile. Din această perspectivă localul devine „*unitate spațială*” în sensul de *etalon* de diviziune al spațiului. Dacă aplicăm diviziunii spațiale a teritoriului și un criteriu de relevanță pentru cercetare, putem defini localul ca fiind *unitatea spațială de analiză a unui teritoriu dat* (Conti și Giaccaria, 2001).

Criza scărilor din analiza științifică nu înseamnă că acestea trebuie înlocuite toate cu scara locală. Simplificarea care trebuie mereu evitată este atribuirea

a priori a unei dimensiuni sau semnificații locale a unui fenomen imperceptibil cu mijloacele tradiționale. În plus, localul însuși nu este o scară, ci un sistem multiscalar, la fel ca și lumea întreagă. Prin urmare, conceptul fundamental în contextul local devine *multiscalaritatea*. Ca să-l definim pornim de la o aserțiune rezultată din raționamentul de mai sus: *fenomenele își desemnează singure scara* pentru care sunt relevante și indivizii, la rândul lor, aleg propria scară de raportare și relevanță. Din această perspectivă, este mai importantă găsirea unei căi de dialog între diferitele scări care se intersectează și se suprapun temporal și spațial decât căutarea unei scări universale. Adică e mai de dorit să reușim să punem scările în relația lor firească pentru explicarea fenomenelor decât încadrarea lor în niște scheme forțate. Această punere în relație a scărilor o vom numi multiscalaritate. Multiscalaritatea derivă și din ambiguitatea conceptului de local. Localul este ambiguu în primul rând pentru că este dificil, dacă nu imposibil să trasăm granițele localului. Din acest motiv geografii introduc două concepte auxiliare noi: *scara reală* și *scara ideală*. Pornind de la ideea percepției diferite a actorilor cu privire la teritoriu și deci acceptând multiscalaritatea, observând diversele nivele de acțiune ale indivizilor: de la vecinătate, oraș, regiune, continent etc, toate acestea sunt în același timp *scări reale* (în care se desfășoară viața de zi cu zi a indivizilor) și *scări ideale*, care reprezintă contextele care formează identitatea noastră, aspirațiile și strategiile. De exemplu, Lord Byron care și-a petrecut toată viața în saloanele și pe la recepțiile europene a sfârșit luptând într-un război național (de independență, al Greciei), care în nici un caz nu coincide cu scara percepută a acțiunii ideale (care, în cazul lui Byron, era cea europeană). Dar percepția sa a fost că luptă pentru recuperarea rădăcinilor civilizației europene (Conti și Giaccaria, 2001). Pe de altă parte, orice individ poate să locuiască toată viața într-un singur oraș, dar în același timp să deruleze acțiuni cu impact global. Dihotomia dintre gând și acțiune este prezentă în toate conceptele culturii vestice. În aceeași măsură mulți dintre noi își desenează planurile și viziunile la o anumită scară (ideală) care nu coincide cu scara la care lucrăm în practică (reală) Doar la două dintre niveluri: scara ideală și cea reală, *globalul* și *localul* coincid. Una pentru că nu poate fi extinsă mental față de cea reală, cealaltă, pentru că nu poate fi restrânsă după aceeași logică. Dar globalul, deși și real, și ideal nu este încă atât de accesibil acțiunii umane.

3.2. Spații percepute și practicate

3.2.1. Loc vs. Spațiu – „delimitări conceptuale”

Până acum ne-am referit la spațiu ca abstracție generală – materialitatea spațiului. *Spațiul = cadrul generic, spațiul social, spațiul personal, spațiul virtual, etc.* fără dimensiuni și localizare. Dar concret, *spațiul este loc*, sau, mai corect spus, este determinat prin locații. În lumea reală, nu putem face abstracție de loc/locație. După cum subliniază Rodman (2003), „suntem situați în loc, la fel cum suntem în timp sau în cultură”. Așa cum nu putem ieși din timp, nu ne putem îndepărta de marea varietate de materialități și semnificații asociate cu locul.

O altă diferență pe care o face „locul”: Locurile sunt deopotrivă mediul, dar și mesajul vieții culturale. Sunt spațiile în care culturile, comunitățile și oamenii se înrădăcinează și se autodefinesc. Locurile sunt apoi saturate de semnificații culturale: „casa”, „curtea” noastră, „la blocul nostru”, „după-blocuri”. În mod similar, ne putem simți și „în afara locului”, deplasați, inadecvați și străini în anumite locuri. Din aceste perspective, locurile sunt cruciale pentru a înțelege cine suntem și unde ne încadrăm în cultura și geografia vieții noastre. De exemplu, a vedea lumea ca o lume a locurilor este fundamental diferit de a o vedea ca o lume a spațiilor (Agnew, 2004). Deși în conversația de zi cu zi este posibil să folosim termenii loc și spațiu în mod interschimbabil, atunci când acești termeni sunt folosiți în domeniul geografiei culturale, ar trebui să fim sensibili la diferența pe care o face locul. Dacă spațiul este *unde se trăiește cultura*, atunci locul este rezultatul *unirii spațiului cu cultura*. (Anderson, 2010).

După cum ne spune Lefebvre, spațiile sunt „abstracții goale” (1991), în timp ce locurile sunt „pline de sens cultural”. Spațiile sunt științifice, deschise și detașate, locurile sunt intime, populate și emoționante. Putem călători prin spații izolate, poate într-o mașină sau tren, trăim viața de zi cu zi în locuri. Locul este contrapunctul spațiului: locurile sunt politizate și cultivate; ele sunt versiuni umanizate ale spațiului. Din abstracția goală a spațiului se ocupă și se realizează diferite culturi. Spațiul geografic devine loc atunci când capătă un sens pentru oameni, fie ei „locuitori” sau „străini”. Locurile sunt „sculptate” din spațiu de către culturi. Spre deosebire de spațiu,

locurile sunt semnificative, înrădăcinează oamenii atât din punct de vedere geografic, cât și social și sunt modificate de cultură din context.

Există și o definiție așa-zis antropologică: locul sau „locul antropologic” este localizat, ocupat, familiar, organic, istoric și semnificativ pentru ocupanții și vizitatorii săi, un *spațiu în care se pot contura identități, relații și o poveste* (Coleman și Collins, 2006). *Arhetipul „locului antropologic” ar fi un sat sau un oraș istoric care este distinctiv și ușor de „citiți”, un loc de locuire continuă cu un sens clar al istoriei. Aici, locul este asociat cu fixități și practici prelungite de locuire;* (Malpas, 2006). Concretizat și stabilizat în sensul cel mai pur, locul este o entitate particulară căreia i se atașează un sens dar și alte atribute. Locul este *sit care combină: locația, localul (material) și sensul locului* (Anderson, 2010).

Locația se referă la *punctul obiectiv* din spațiu care deține un set de *coordonate geografice*, măsurabile, la care se pot adăuga și alte caracteristici similare precum distanța față de alte locații. Oricât de „bidimensională” apare această caracteristică a locului, amplasarea este ceva foarte important. Ea comportă valori de piață (prețuri) sau valori abstracte (precum siguranță, familiaritate, etc).

Localul se referă la *aranjamentele și structurile materiale* precum și la relațiile sociale (clădiri. Străzi parcuri și alte aspecte vizibile sau tangibile ale spațiului). Localul poate fi înțeles ca *mediul construit, natural și social generat de relațiile culturale* – este compusul tuturor urmelor care se reunesc într-un singur loc. Așadar, localul oferă setările pentru rutina de zi cu zi și contactul social – setarea interacțiunii și a contextualității vieții sociale. (Anderson, 2010)

Sensul locului, sau așa-numitul *genius loci* se referă la înțelesurile mai nebuloase, profunde, sentimentele și emoțiile pe care le evocă locul, tot ce poate fi atribuit apartenenței pentru interni sau percepției pentru externi (va fi tratat în sub-capitol separat 3.2.2.).

Locurile sunt construite de locuitorii lor dintr-un punct de vedere subiectiv, în timp ce, în același timp, sunt construite și văzute ca o alteritate externă de către cei din afară. Un cartier, de exemplu, este atât o zonă centrată pe oameni și pe casele lor, cât și o zonă care conține case, străzi și oameni pe care ceilalți îi pot privi dintr-o perspectivă *din afară*. Locul este atât un centru de semnificație, cât și contextul extern al acțiunilor oamenilor. (Knox, 2005).

Localismul este *studiul locurilor* și comunităților locale ca situri sau laboratoare ale relațiilor sociale și economice și a modului în care aceste situri se raportează, sunt afectate și influențează alte locuri. Adesea este criticat pentru că ignoră imaginea mai largă a modului în care o anumită locație este situată în raport cu un peisaj economic și politic larg (Hubbard și Kitchin, 2011).

Chora și Topos

Deși locul a fost conceptualizat formal ca segment semnificativ al spațiului geografic de către geografii umaniști în anii '70 ai secolului trecut, nu este acoperitor să atribuim conceptul de loc doar geografilor. Originile unei filozofii a locului pot fi identificate în filosofia greacă clasică în special în scrierile lui Platon și Aristotel. Platon (428-348 î.Hr.) a introdus noțiunile de „chora” și „topos” în contextul unei relatări despre originile existenței și procesul de „devenire” (Cresswell, 2009). *Devenirea*, în termenii lui Platon, este un proces care implică trei elemente – acela care devine, acela care este modelul pentru a deveni și locul sau amplasamentul devenirii. Acest element final este „chora”, un termen care implică atât întinderea spațiului, cât și ceea ce este în proces de „devenire” în acel spațiu (obiectul devenirii). Este adesea tradus ca un receptacol și diferă de „kenon” (spațiul abstract) prin faptul că se referă întotdeauna la un lucru din el – nu este gol. Toposul este adesea utilizat în mod interschimbabil cu chora-ul la Platon, dar este de obicei mai specific (Cresswell, 2009).

În timp ce chora se referea cel mai adesea la un loc în proces de devenire, toposul s-ar referi la un loc desăvârșit. Ulterior, Aristotel va folosi chora pentru a descrie o țară (teritoriu întins), în timp ce topos-ul ar descrie o anumită regiune sau un loc specific în cadrul ei. Atât chora, cât și toposul vor deveni parte a limbajului geografic prin noțiunea de *chorologie* (studiul răspândirii în spațiu a obiectelor și organismelor) și *topografie* (studiul proprietăților și a formei suprafețelor). Atât chora, cât și toposul sunt diferite de noțiunea de kenon (vidul), prin faptul că se referă la ceva mai particular – mai mult ca loc, decât spațiu, în timp ce kenonul este spațiu nelimitat și toposurile sunt finite și conțin lucruri.

Pentru Aristotel, locul este punctul de plecare necesar din care este posibil să înțelegem atât ideea de spațiu (infini, gol) cât și mișcarea și schimbarea.

„Locul, precede toate celelalte lucruri” (Malpas, 2003). De exemplu, schimbarea și mișcarea, se referă în primul rând la schimbarea locului: „locomotie”. Întrebarea geografică „unde?” este absolut fundamentală pentru Aristotel pentru că tot ceea ce există, trebuie să fie *undeva* „pentru că ceea ce nu este nicăieri – nu este” (Aristotel, citat în Malpas, 2003). Astfel, locul este *acel ceva fără de care nu poate exista altceva, în timp ce poate exista fără celelalte, deci trebuie să fie primul* (Casey, 1997). Așadar, la Aristotel avem o filozofie a locului foarte puternică ca punct de plecare pentru toate celelalte forme de conceptualizare.

Geografii au preluat conceptele lui Platon și Aristotel în încercarea de a consacra corologia ca știință care să se concentreze asupra modului în care diverse variabile se interconectează formând configurații unice în spațiu. De exemplu, solul și climatul, apoi peisajul natural, peisajul cultural și în cele din urmă, obiceiurile și credințele, toate combinate creează o *specificitate a locului*. Însă *locul*, definit ca atare, a fost rareori punctul central al unei astfel de lucrări, mai central era conceptul de „regiune” (a nu se citi sensul administrativ teritorial, ci ideea unui spațiu care include o comunitate omogenă cultural – chiar dacă regiunile pot coincide cu delimitările administrative și istorice).

Ceea ce începe ca spațiu nediferențiat devine loc pe măsură ce îl cunoaștem mai bine și îl dotăm cu valoare. Ideile de „spațiu” și „loc” se necesită reciproc pentru definire. Din securitatea și stabilitatea locului suntem conștienți de deschiderea, libertatea și amenințarea spațiului și invers. Mai mult, dacă ne gândim la spațiu ca la ceea ce permite mișcarea, atunci locul este ca o „pauză în spațiu”, fiecare pauză în mișcare face posibilă transformarea locației în loc. (Tuan, 1977), (Cresswell, 2009).

Spațiu vs. Loc

Viziunea obișnuită a spațiului și a locului este ca sunt două entități separate. Locul exprimă *un mod mai concret de a imagina entități spațiale, în timp ce spațiul se referă mai mult la abstract*. Prin imaginația spațiului și a locului am ajuns să credem că concretul (locul) este mai real decât abstractul (spațiul). În această privință, Doreen Massey (2005) ne atrage atenția asupra faptului că spațiul nu poate fi înțeles, în mod riguros, ca un exterior detașat al locului în care trăim, și nici nu poate fi simplificat printr-o opoziție directă între „cotidian” și „local”. Dacă adoptăm cu adevărat o perspectivă

relațională asupra spațiului, acesta devine rezultatul tuturor conexiunilor noastre – o rețea constitutivă care ne ancorează complet în lume. Aceste conexiuni, afirmă Massey, pot avea o întindere globală. A imagina spațiul și locul ca dimensiuni distincte ale modului în care existăm în lume reflectă, de fapt, modurile dominante prin care ne reprezentăm relația dintre sine și spațialitate în discursul cultural și teoretic contemporan.

Locul și Locuirea – spațiul locuit

Un element fundamental în construcția socială a locului este imperativul existențial al oamenilor de a se defini pe ei înșiși în raport cu lumea materială. Rădăcinile acestei idei se regăsesc în filosofia lui Martin Heidegger, care susținea că indivizii își au originea într-o condiție alienată și se definesc, printre altele, prin intermediul contextului lor socio-spațial. „Crearea” spațiului de către oameni le oferă acestora rădăcini – casele și localitățile lor devenind biografii ale acestei creații (Heidegger citat în Malpas, 2006). În centrul filosofiei lui Heidegger, se află noțiunea de *„locuire”*: *capacitatea de bază de a realiza o formă de unitate spirituală între oameni și lumea materială*. Prin experiențe repetate și asociații complexe, capacitatea noastră de a locui ne permite să construim locuri, să le dăm semnificații care sunt aprofundate și calificate în timp cu multiple nuanțe (Norberg-Schulz, 1980), (Knox, 2005).

Locuirea este ceva asimilabil apartenenței (locuirea este definită în sine) nu ca a locui, ci ca o abilitate de a relaționa cu spațiul. (v.4.3. spațiul referențial).

Locul „construit” (semnificat) social și locul făcut

Construcția locului de către cei din interior nu poate avea loc independent de normele societății și de reprezentările lumii: ceea ce Larissa Lomnitz a numit „gramatica culturală” (Knox, 2005) care codifică și încadrează construcția socială a spațiilor și a locurilor. Teritorialitatea și sentimentul de „locuire” al oamenilor sunt informate de noțiuni larg împărtășite de distanță socială, reguli de comportament, forme de organizare socială și așa mai departe. Există o relație dialectică importantă între structurile sociale și practicile cotidiene ale celor din interiorul spațiilor și locurilor construite subiectiv. Trăim atât în locuri, cât și prin locuri, un cadru de interacțiune socială care, printre altele, structurează rutina zilnică a vieții

economice și sociale; structurează traseele de viață ale oamenilor (oferindu-le atât oportunități, cât și constrângeri); oferă o arenă în care se adună cunoștințe și experiențe cotidiene, de „bun simț”; oferă un loc pentru procesele de socializare și reproducere socială; și oferă o arenă pentru contestarea normelor sociale.

Giddens (1984) susține că, deoarece procesele sociale se desfășoară în mod constant și continuu în timp și spațiu, locul este important, modelând traiectoria evenimentelor. Deci locul nu este numai definit de structuri, ci el este „structurant”. În esență, teoria structurării (Giddens) susține ideea că locurile sunt *făcute*, nu date, adică entități produse în mod contingent, aflate în continuă devenire prin intermediul acțiunilor subiecților umani în viața de zi cu zi. Astfel, localitățile nu sunt doar locuri pasive, ci medii active care influențează și, la rândul lor, sunt influențate de interacțiunile actorilor. De exemplu, în toată literatura găsim expresia – concept de *making place*, folosită chiar și cu sens descriptiv, pentru înțelegerea unui spațiu localizat. Englezii folosesc expresia „making of place” sau „making sense”. În română această exprimare este forțată. Sensul este de fapt „spațiul este” (nu este făcut) ceea ce arată că, în accepțiune culturală, la noi, spațiul și sensul sunt date, arătând, probabil, o diferență de *locus de control* determinată cultural. Din această raționalitate este inclusiv greu de tradus sensul expresiei „making place” pentru că de fapt avem de a face cu o „acumulare” de sens. Potrivit acestei viziuni, *spațiul se (re)creează continuu prin relațiile sociale sau relațiile de putere* (a se vedea și 3.1.2 – spațiul ca ecosistem).

Întinderea diferențiată a activităților și a relațiilor umane în timp și spațiu nu numai că este fundamentală pentru organizarea și exercitarea puterii în toate formele sale, dar este ea însăși specifică și contingentă din punct de vedere istoric. Acest proces este numit de Giddens (1984) *distanțare spațiu-timp*, o noțiune foarte asemănătoare cu ceea ce geografii au numit *convergență spațiu-timp* sau *compresie spațiu-timp*. Însăși maleabilitatea timpului și a spațiului au arătat că acestea nu sunt „naturale” sau exterioare relațiilor sociale, ci un produs al acestor relații, adică sunt construcții umane. Astfel, timpul și spațiul sunt la fel de plastice și mutabile ca și structurile sociale din care fac parte.

O formă de definire a locului: „lumea” – spațiul experiențial

Lumea este un amestec de spațiu și comunitate. Aparent, este doar comunitate, agregare umană. Metaforic, în limbaj cotidian folosim expresia „lumea zice” cu referință la comunitate, dar lumea este și loc/spațiu care este subînțeles. Madsen și Plunz, (2002) vorbesc de un concept crucial în acest caz: acela de *lume a vieții* (lifeworld), modelul și contextul prin care oamenii își desfășoară viața de zi cu zi, fără a fi nevoie să facă din aceasta un obiect al atenției conștiente. Experiența oamenilor în ceea ce privește rutina zilnică în medii familiare conduce în mod reflex la un fond de semnificații comune. Oamenii devin familiarizați cu vocabularul, modelele de vorbire, codurile vestimentare, gesturile și umorul celorlalți, precum și cu experiențele comune ale mediului fizic, cum ar fi străzile, piețele și parcurile. Adesea, acest lucru se transpune în atitudinile și sentimentele oamenilor față de ei înșiși și față de localitatea lor și în simbolistica pe care o atașează locului respectiv. Atunci când se întâmplă acest lucru, rezultatul este o „structură de sentimente” colectivă și conștientă de sine: cadrul afectiv de referință generat între oameni ca urmare a experiențelor și amintirilor pe care le asociază cu un anumit loc. Acestea generează două forme de trăire: *experiență* și *apartenență*. La cel de-al doilea, ne vom referi separat (prin noțiunea de *genius loci*). Privitor la spațiul trăit ca experiență, vom avea un subcapitol de fenomenologie a spațiului (v.3.3) unde ne raportăm mult la operele unor Yi-Fu Tuan (1977) (*Space and Place*), Lefebvre (1991) Soja (1996), etc. Aceștia adaugă la bogăția unei perspective experiențiale și abordări mai științifice „modul în care activitățile și fenomenele geografice dezvăluie calitatea conștientizării umane” și arată „experiența umană în ambiguitatea, ambivalența și complexitatea ei” (Tuan, 1977).

Tuan a conectat mediul fizic cu modul de viață cultural. El a menționat cum regiunile au fost marcate de medii naturale și forme culturale particulare (îmbrăcăminte, alimente, arhitectură, instituții etc.) care au format împreună *lumi specifice de viață*. Ca justificare pentru ca geografia să fie pe deplin „umană”, geografii trebuie să fie mai conștienți de modurile în care locuim și experimentăm lumea. Iar conștientizarea se face tot prin apelul la conceptul de loc. Această concepție despre loc descrie un mod de a relaționa cu lumea. Tuan insistă asupra faptului că oamenii au sarcina de

a-și pune propriul sens în lume prin propriile acțiuni. Cheia de aici este ideea de „experiență”. Această noțiune de experiență se află în centrul abordării umaniste.

Cercetătorii care s-au ocupat de studiul spațiului nu au manifestat, în mod tradițional, un interes deosebit față de modul în care oamenii trăiesc sau se raportează la lume prin intermediul experienței. În cadrul acestor abordări, indivizii sunt tratați mai curând ca obiecte sau entități raționale, fără a se acorda atenție dimensiunii lor trăite. Geografii care adoptă această perspectivă structurală sau științifică nu sunt, în mod obișnuit, preocupați de experiența subiectivă a lumii. În acest context, accentul pus pe experiență a reprezentat o schimbare de paradigmă semnificativă.

În timp ce teoreticienii spațiului urmăresc să înțeleagă lumea ca pe un ansamblu obiectiv în care oamenii sunt doar un element printre altele – alături de roci, gheață sau mașini, dar cu atributul suplimentar al raționalității – geografii umaniști s-au orientat către relația dintre ființele umane și lume, mediată de experiență. Astfel, noul interes pentru conceptul de „loc” reflectă preocuparea pentru modul în care oamenii trăiesc efectiv în lume, cum interacționează cu mediul înconjurător și cum transformă spațiul abstract într-un loc investit cu sens și semnificație.

Experiența devine, în această abordare, mecanismul prin care o noțiune obiectivă de spațiu este transformată într-un loc – trăit, înțeles și semnificativ. În timp ce spațiul a fost obiectul predilect al cercetării spațiale clasice și rămâne, într-o mare măsură, referința dominantă pentru teoria socială, tocmai prin prisma experienței umane spațiul capătă conținut simbolic și devine „loc” – o temă centrală în geografia umanistă (Cresswell, 2009).

3.2.2. *Genius Loci*. Co-ingrediența constitutivă a locului în formarea vieților noastre

Spirit al locului/ Simț al locului/ Sens al locului/ Apartenență.

Iarăși, în titlu, avem un amalgam de concepte folosite în literatură într-o manieră neglijentă cu nuanțele și sensurile lor și, nu atât interschimbabilitatea lor deranjează, cât faptul că, mai mult, se caută separarea lor, decât unificarea lor într-o explicitare coerentă. Vorbim concomitent de un *simț* (3.1.2) dar și un *sens* al locului, care nu sunt chiar sinonime: simțul sugerează

captarea, detectarea unor caracteristici, în timp ce sensul poate fi perpetuu și ține și de o direcție. Dar mai vorbim despre un „*sentiment de loc*” care este sinonim cu *apartenența* (sau cu non-apartenența, sau cu un grad de apartenență) și vorbim de și un *spirit al locului* (*genius loci*) care este ceva abstractizat transcendent relației cu persoana, care există prin el însuși. Aceasta doar un partaj al acestui concept. Literatura însă vorbește mult mai remixat pe acest subiect și vom prezenta câteva referințe în acest sens.

Întâi să reîntărim ce am mai spus: că locurile și sensurile termenului de *loc* nu apar organic, din pământ, așa cum ne-ar face să credem unele evocări. Ele sunt produsul unor relații și interacțiuni, atât în interiorul locului însuși, cât și la scară mai largă prin interacțiunea locului cu alte locuri sau prin aporturi externe de cultură. Niciun „simț al locului” nu se construiește fără relații cu sau influențe din alte părți. De asemenea, nici „sentimentul de loc” asociat unui loc, nu este susceptibil de a fi singular. Diferite grupuri sociale din cadrul oricărui loc pot trăi aceste locuri în moduri foarte diferite. *Locul poate fi și loc de întâlnire*. Iar acest lucru indică, la rândul său, necesitatea negocierii și existența unor raporturi de putere. Există constelații de putere care se mobilizată pentru a construi și impune definiții dominante ale locului, ale identității colective sau ale trăsăturilor presupus intrinseci ale „comunităților” – ca aparținătoare ale locului. Astfel de construcții pot servi o varietate de scopuri: de la promovarea turismului și menținerea ordinii sociale, până la susținerea unor mituri fondatoare sau chiar asigurarea continuității unui grup specific. Aceste dinamici sugerează, și un alt aspect esențial: locul și sensurile atribuite acestuia nu sunt entități fixe sau autentice în sensul de imuabile, ci sunt permanent negociate, reinterpretate și reconfigurate în funcție de context. În plus, această procesualitate a locului această re-creare continuă ale locului și a sentimentului de loc are efecte – asupra politicii, modelează construcțiile identitare ale comunităților, afectează dinamica economică, relațiile sociale interne și externe, precum și perspectivele de viață ale indivizilor și grupurilor. Tocmai de aceea, deși sentimentul de apartenență la un loc rămâne relevant, **el nu trebuie idealizat**, ci analizat critic, în toată complexitatea și, uneori, problematicitatea sa.

Sentimentul de loc ca formă de apartenență este și el, unul construit social, atât pe cadrele fizice ale locului, cât și pe structuri simbolice majore. În acest sens, din multele definiții ale apartenenței, am putea-o formula pe aceea a unei capacități a mediului construit de a favoriza un anumit sentiment pozitiv al locului în locurile obișnuite care constituie cadrul în care se desfășoară viața de zi cu zi a oamenilor (Casey, 1997) (Brown et al., 2015). *Este ea sentiment sau este reflex condiționat, sau este ceva din amândouă?*

Apartenența nu este neapărat echivalentă cu înrădăcinarea. Înrădăcinarea se referă la conexiuni, la rețea la comportamente. Apartenența e un atașament psihologic fără legături „fizice”. Sau, când se transformă în reflex condiționat, ea poate dobândi limite fizice. De exemplu, semnele, reglementările și legile încearcă să creeze o ordine, atribuind unor persoane și activități un sentiment de apartenență, limitând pretențiile altora. Barierele, frontierele, zidurile, ușile și sârmele consolidează această ordine prin impunerea fizică a limitelor pentru mișcare, oameni și locuri. Acest proces dual de ordonare culturală și limitare geografică are loc în toate locurile, la toate scările, de la închisori, la orașe, la frontierele naționale. De exemplu, bariere simbolice puse la ușile camerelor noastre cerând intimitate și limitare (acces interzis!/ keep aut). Bariere de acces la străzi și cartiere rezidențiale, garduri care împrejmuie o proprietate, panouri de avertizare sau simple simboluri care sugerează excluderea, etc. Aceste procese de (de)limitare sau ordonare încearcă să definească organizarea și granițele locurilor, precum și grupul cultural care îl revendică (Anderson, 2010).

Dar revenind la apartenența perceptivă (non fizică), geografia se extinde dincolo de ideea de locație. În mod crucial, oamenii nu se localizează pur și simplu, ci se definesc printr-un sentiment al locului. Deci, *cine sunt*, poate și trebuie să fie congruent cu *(de) unde sunt*. Dealtfel, întotdeauna în chestionarele asupra identității, oamenii, la întrebarea „cine sunt” indică și o identitate spațială (pe lângă eventuala apartenență etnică). Apoi locurile pot să fie asociate și cu grade de apartenență: de exemplu, în străinătate, adică, *out of place*, avem tendința să indicăm localizarea de baștină, apartenența la o țară cu toate că, local, nu resimțim această nevoie. Ca „străini” ne raportăm identitatea tot prin locație. După cum subliniază Crang și Thrift (2000), noțiunea de simț al locului ne determină să ne gândim la modul în care *cine suntem* este legat în mod fundamental de locul în care ne aflăm. Fie și numai

prin ideea de „acasă” ca reper al locației în orice context ne situăm și pe coordonata locației. Pe scurt, *identitatea noastră este definită de loc* sau apartenența poate să țină de însăși natura umană. Majoritatea formelor de autodescriere includ o percepție prin loc și eventual o gradație a locului. Uneori ne situăm cu precizie (chiar cartierul), alteori mai larg, țara (dacă ne situăm departe de acel loc sau în afara lui) fie ca o adaptare față de interlocutori, care nu pot ști în detaliu un teritoriu care le este extern, fie este o reglare de „scară” a propriei identități (de exemplu, în Franța mă consider român, în România mă consider bucovinean, în Bucovina mă consider rădăuțean, în Rădăuți indic și locația/cartierul, etc.).

Toate aceste „amplasări” identitare, dar în mod subtil și alte „poziționări” (de exemplu, etnia sau religia) sunt, într-o oarecare măsură tot geografice, dar putem vedea cum, în anumite cazuri, ne definim în mod explicit în raport cu locul. Această legătură între identitatea sinelui și identitatea locului a fost explorată de Casey (2001) care susține că relațiile dintre sine și loc nu sunt pur și simplu conectate, ci sunt mai mult, sunt unite. Nu mai putem distinge perfect între identitatea fizică și cea personală, *locul devine constitutiv al simțului de sine*. Relația dintre sine și loc nu este o singură dată de influență reciprocă, dar și, mai radical spus: fiecare este esențial pentru ființa celuilalt. De fapt, nu există niciun loc fără sine și nici un sine fără loc (Casey, 2001).

Contextul geografic este integrant pentru identitatea oamenilor. Prin locuire, care implică o serie de practici banale de zi cu zi, precum și experiențe speciale unice, o relație persoană-loc este inevitabil conturată. Această relație afectează atât identitatea locului – omul lăsând o serie de urme (v.3.2.3. locul creat de urme) în loc, cât și identitatea indivizilor – urmele și semnificația lor vin să influențeze modul în care simțim și răspundem.

Există, chiar și implicații politice atunci când situările de care se leagă identitatea sunt amenințate sau locul este supus unor presiuni sau unor agresiuni fizice. De exemplu, dacă se atribuie un parc unui dezvoltator, sau dărâmarea unei clădiri semnificative, factorul identitar generează proteste (exemplu: *salcâmul lui Moromete, teii din Iași*, etc). Expresia „s-a rupt o parte din mine” este utilizată în situația pierderii apartenenței legată uneori de denaturarea unui amplasament.

Această latură a apartenenței poate fi răstălmăcită și descompusă într-o multitudine de teorii și totuși, nu poate fi explicată în totalitate. Întrebarea

este dacă ar avea un sens încercarea de a o clarifica după toate elementele constitutive, fiind până la urmă un sentiment sau nici atât, poate doar subconștiință, ea neputând fi explicată în totalitate nici subiectiv de către persoana în cauză.

În același sens, abordăm definiția celui *spirit al spațiului* „*genius loci*” pe care-l invocă generos literatura, dar nu putem spune că-l și clarifică. Greu de definit, acest sentiment poate fi individual, bazat pe biografia personală, dar în același timp el este conceptualizat (Norberg Schultz, 1979) ca un sentiment împărtășit, expandat la o *caracteristică a locului*, un fel de apartenență comună. De aceea este numit „spirit al locului”. Împărtășirea presupune mediere, armonizare și reprezentare (adică o construcție socială a sensului). Potrivit Agnew și Duncan (1989), *genius loci* se referă la *urmele emoționale, experiențiale și afective care leagă oamenii în medii particulare* – o definiție cvasi metaforică acoperitoare exact prin ambiguitate. Altminteri, conceptul de *genius loci* rămâne greu de cuprins.

Originea termenului este latină, în religia romană clasică, *genius loci* desemnând spiritul protector al unui loc. Însă cu aceste sensuri figurate (mai mult sau mai puțin nebuloase) a fost teoretizat de numeroși autori din domeniul geografiei, sociologiei, arhitecturii, cel mai semnificativ rămânând Norberg Schultz (1979) care totuși propune o explicitare teoretică mai riguroasă:

Locul, în orice spațiu, este construit social printr-un aport combinat de *materialitate, sens și practică*. De exemplu, *o structură materială* este dată de obiectele (clădirile și peisajele) sau orice cadru al materiei care, prin culturizare (literatură, film, publicitate) devine *cunoscut* sau chiar *notoriu* și *emblematic*, chiar și pentru indivizi care nu au fost fizic acolo. De exemplu, ne gândim la New York, ne apare imediat imaginea unor zgârie-nori sau Statuia Libertății, Parisul este „imaginat” imediat cu Turnul Eiffel, Moulin Rouge, sau un anume stil al clădirilor, bulevardelor, acoperișurilor, o anumită dispunere, sau alte simboluri care i se asociază imagologic, Bucureștiul, la fel, este cunoscut fără a te găsi *in situ* prin câteva simboluri. Locurile sunt adesea recunoscute prin *structurile lor materiale* reprezentative care nasc o *imagologie specifică*. La un nivel mai cotidian, orașele și cartierele orașelor din întreaga lume au, de cele mai multe ori, o formă a lor materială specifică – magazine, lăcașuri de cult, străzi și trotuare – poate nu aceeași peste tot, dar mereu

o configurație specifică locului, mereu un anume *patern de aranjare* a clădirilor sau instituțiilor. Adicional, spațiile au și alte „materialități” care contribuie la spirit: comoditățile, mașinile, deșeurile, oamenii care din nou, pot fi caracteristici (features of place). Inclusiv spațiile imaginate comportă o descriere materială în scrieri din literatură (Hobbit, Țara Minunilor, Țara de nicăieri, Utopia, etc).

Și John Eyles (1985) explorează interrelațiile dintre loc, identitate și viața materială. El descrie sensul locului ca fiind constituit din două experiențe conexe: cea a locurilor reale, literale și cea a „locului în lume”. Dacă rămânem bunăoară la exemplul Parisului: parizienii au o percepție despre Paris care le este interioară locului trăit, dar și o raportare la poziția Parisului în lume. De exemplu, declararea statutului de „parizian” comportă și un sentiment de mândrie sau aroganță care nu are cum să provină din percepția sau dintr-un „simț local al locului”. Cu acesta din urmă, el se referă la statutul de sine sau extern atribuit care provine din asocierea sau ocuparea unor site-uri particulare. Astfel, rezidentul urban poate dobândi un sentiment de loc atât prin experiența cumulativă a spațiului său, cât și prin sentimentele contingente de stimă (sau altceva) care decurg din acea experiență. Această viziune este completată de o conceptualizare ulterioară de către Entrikin (1991), pentru care locul este atât un *context de acțiune*, cât și o sursă de identitate, astfel, pus între realitățile obiective și subiective.

Dincolo de aspectele materialului, *sensurile locurilor* pot fi determinate și personal – de *spiritul care ține de biografia proprie* (de exemplu, *locul în care te îndrăgostești, locul copilăriei, școala*, etc) sau împărtășit – care ține de accepțiunea socială sau de semnificații publice evenimente, festivaluri. Acesta este *sensul* propriu-zis, care se atașează materialității. De exemplu, s-a spus că atentatul de la World Trade Center din 11 septembrie 2001 nu a fost doar un atac asupra structurilor materiale, ci mai curând un atentat asupra *sensurilor profunde ale Americii* (WTC, turnurile gemene erau simbolul puterii capitaliste, a forței sale economice – puterea Americii) Pe de altă parte, astăzi, același loc se înzestrează cu noi sensuri: loc al tăcerii, al aducerii aminte. Sensurile sunt împărtășite la un moment dat în istorie, dar nu și fixate odată pentru totdeauna. Sau sensurile (inclusiv unele consacrate) pot fi contestate in situ. De exemplu, tăierea teilor din centrul Iașului, a creat o intruziune într-un geniu loci instituit (*Iașul cunoscut ca oraș al teilor*) și

a instituit un nou *genius loci*. Dar chiar dacă din punct de vedere arhitectonic a fost justificată tăierea, ea a fost contestată la nivel popular, tocmai pentru că era afectată o simbolistică și un complex de sentimente. Altminteri mai sunt exemple în istorie în care lucrări publice au fost contestate inițial datorită unui *genius loci* anterior dar au devenit mai târziu simboluri locale (inclusiv Turnul Eiffel).

În fine al treilea element constitutiv din teoria lui Norbert Schultz (1979), locurile sunt *practicate* și trăite. Oamenii fac lucruri în locuri. Ceea ce se întâmplă în „locuri” este în parte responsabil pentru semnificații, dar și semnificațiile pot fi determinanți pentru (noi) „practici”. De exemplu, locurile unor bătălii, sau locurile în care s-a întâmplat semnarea unor tratate creează o amprentă de semnificație pentru indivizi (și interni, și externi). De exemplu, turismul practicat în acele locații induce și localnicilor o semnificație suplimentară a așezării și prezența turistică influențează cultura locală.

Uneori chiar practicile banale sunt un ingredient mai semnificativ în determinarea (semnificației) locului decât evenimentele istorice. *Locurile sunt resemnificate continuu*. Pe măsură ce oamenii își desfășoară viața de zi cu zi – mergând la serviciu, la cumpărături, petrecând a timpul liber, întâlnindu-se în vecinătăți, ei creează sau consacră sensuri noi resemnificând spațiul (locul). Simțul pe care îl avem despre un loc depinde în mare măsură de practică și, în special, de reiterarea practicii în mod regulat. (orice practică recurentă devine o instituție). Aceste practici recurente creează și o atmosferă a locului, care face parte din același *genius loci*. De exemplu, dacă vorbim din nou de Paris, reperăm automat o pe lângă simbolistica materială (Turnul Eiffel, Moulin Rouge) și semnificații mai profunde ce țin de atmosferă (de exemplu, atmosfera din Montmartre sau cartierul Latin) toate concurând la un sens perceput (și împărtășit) de referință la acest oraș.

Unii autori își pun întrebarea dacă mai este posibil *spiritul locului* într-o lume globalizată și într-o societate de tip rețea (Castells, 2002). Toate discuțiile despre fluiditate, mobilitate și globalizare-multiculturalism par că se contrapun ideii de „loc” profund, setat, împământenit. Ideea are o bază falsă, pentru că lumea globalizată nu este „placeless” (fără de loc v.3.2.7). Până și cel mai „globalizat” sector economic, finanțele, are câteva centre care cel puțin la nivel perceptiv, indică o localizare (Londra, Frankfurt, New York

– sediile burselor) De fapt aceste orașe sunt ele însele orașe „globalizate” emițând un „sentiment de loc” asociat cu financiarul sau cu atributele sale: *statut, putere, fiabilitate*. Deși există și contestarea acestui fapt, ea este un element constitutiv al aceluiași *genius loci*.

Ca un substitut al spiritului locului însă cu o mai mică anvergură, a fost invocat în literatură și termenul de *topofilie* (Tuan, 1974). Se pare că termenul *topofilie* a fost folosit pentru prima dată de G. Bachelard în *La poétique de l'espace* în 1957 (Tuan, 1974) Conceptul este foarte apropiat de *geosofia* lui J. K. Wright (Keighren, 2005) prin faptul că, prin accentul pus atât pe percepția mediului, cât și pe valorile sau atitudinile culturale, se concentrează în mod necesar pe studiul locurilor, fie ca purtătoare de sentimente încărcate emoțional, fie ca simboluri percepute.

3.2.3. Locul Context & Locul construit de urme

Lucrurile, ideile, practicile și emoțiile apar, toate, într-un context, într-o lume mai largă care influențează, apreciază, celebrează, reglementează, incriminează, ironizează sau disprețuiește anumite activități și obiecte. Contextul poate influența acțiunile pe care alegem să le facem și cum alegem să le facem, poate influența modul în care aceste acțiuni sunt judecate de noi înșine și de alții și, prin urmare, cât de reușite și semnificative se dovedesc a fi. *Contextul* este vital pentru a fi luat în considerare și înțeles, însă în viața de zi cu zi, este un lucru pe care îl ignorăm adesea – poate pentru că suntem atât de obișnuiți cu el încât devine obișnuit, evident și chiar natural.

Cresswell (2000) descrie acest lucru prin utilizarea expresiei „peștii nu vorbesc despre apă” (un echivalent mai îndepărtat al expresiei românești „ca peștele în apă”) sugerând că în viața normală, suntem adesea ca peștii, în sensul că nu vorbim despre contextul nostru geografic. Deci spațiul, particularizat – locul – este și recipient, dar și determinant al realității al acțiunii (*habitusului* v.2.3.8.).

Teritoriile politice sau peisajele fizice nu sunt, totuși, singurele contexte. Alături de spațiile politice, peisajele fizice și locurile proiectate social – la o varietate de scări, pot fi alte forme de context geografic. De exemplu, contextele de comunicare ca „spații mediatice” relevante sau *mass-media mainstream* sau *mediile virtuale*, spațiul virtual, limbile vorbite, codurile scrise sau chiar comunicarea nonverbală, narativul și mainstreamul și modul în care acestea

influențează și sunt influențate de anumite grupuri. Alte spații geografice – *contexte geografice* – ar putea include locuri ale corpului, de exemplu capul, inima, chiar și pielea, atât în sens material, cât și metaforic. Acestea sunt spații/locuri poate neortodoxe, dar totuși fascinante contexte geografice. Contexte geografice pot exista oriunde există activități umane (și non-umane); Chestiunea este să le recunoaștem, să elaborăm asupra a ce le produce și ce efecte au.

După cum spune un clișeu banal de limbaj, lucrurile „au loc”. Această afirmație comportă două semnificații importante. Primul este că lucrul în cauză a avut loc, în sensul că s-a produs, s-a întâmplat. În al doilea rând, însă, există un element clar geografic în această afirmație: activitatea a avut loc la propriu (obligatoriu, semantic se întâmplă „unde”, are o locație). În mod agresiv, pasiv, intenționat sau altfel, *a ocupat un loc* și a contribuit prin aceasta la semnificația și identitatea acestuia. Prin urmare, din punct de vedere cultural-geografic, locurile își dobândesc semnificațiile și identitățile ca rezultat al intersecțiilor complexe de *cultură și context* care au loc în acel loc specific. Geografia culturală explorează locul – aceste confluente de cultură și context – pentru a ne ajuta să cunoaștem și să acționăm mai bine în lumea din jurul nostru.

Anderson (2010) în lucrarea *Understanding cultural geography: places and traces* afirmă răspicat că „*A face urme înseamnă a produce loc*” (making traces, making places). Trecutul este o entitate, o instituție statică, el creează *memoria socială* care emerge în identitatea spațiului. Deci spațiul este purtătorul de trecut, adică purtătorul de memorie și de identitate (este ca un cod genetic). Cei ce ne naștem într-un spațiu, preluăm această identitate. De aceea, societatea prezervă structurile istorice.

Așa cum am afirmat mai sus, din perspectiva geografiei culturale „locurile” sunt realizate la intersecția dintre cultură și context. Cultura include lucrurile materiale, ideile sociale, practicile performative și răspunsurile emoționale la care participăm, producem, rezistăm, celebrăm, negăm sau ignorăm. Cultura este, prin urmare, amalgamul constituit de activitatea umană – cultura este ceea ce oamenii fac și acumulează. Considerând aceste lucruri, putem afirma că locurile sunt constituite dintr-o așa-numită *acumulare de „urme”* (Anderson, 2010).

Urme, dăre, reziduuri sau rămășițe lăsate în loc de viața culturală. Urmele sunt considerate cel mai frecvent materiale „în natură” (pot include „lucruri”, cum ar fi clădiri, semne, statui, graffiti, adică semne distincte pe împrejurimile fizice), dar pot fi și imateriale (de exemplu, activități, evenimente, spectacole sau emoții) care rămân în memoria culturală ca atare (de exemplu, Waterloo, Schengen, Timișoara). Prin urmare, putem „vedea” urme în locuri, dar le putem și simți în alte moduri (le putem auzi, le mirosi, chiar le putem degusta sau le putem găsi în cărți, muzee, suveniruri) precum și putem să le gândim, să le reflectăm și poate – în momentele sentimentale – să avem „reminiscențe” cu privire la ele.

Urmele pot fi durabile în locuri, atât în sens material (au longevitate datorită solidității, cât și substanței lor ca lucruri), dar pot dura și datorită substanței sale nemateriale (memoria colectivă). Pe măsură ce urmele sunt produse constant, acestea influențează continuu sensurile și identitățile locurilor. Atât în formă materială cât și non-materială funcționează drept conectori, legând sensul locurilor de identitatea grupurilor culturale care le formează. Urmele leagă culturile și geografiile împreună, influențând identitatea ambelor. Ca urmare a producției constante de urme, locurile devin entități dinamice; ele se află în stări fluide de tranziție pe măsură ce noi urme reacționează cu cele existente sau mai vechi pentru a schimba sensul și identitatea locației (exemplu, World Trade Center în New York – fost un simbol al puterii, acum loc al reculegerii). Deci locurile ar trebui înțelese ca *compoziții de urme în curs* (ongoing). Geografia culturală chestionează continuu aceste urme, interacțiunile și repercusiunile lor. Evaluează în mod critic ideile și preferințele culturale care le motivează, precum și motivele pentru semnificația, popularitatea și efectul acestora. De exemplu, simbolistica bornei – km 0 și a troiței din Piața Universității din București, a fost de mai multe ori resemnificată, sau simbolistica Pieței Victoriei care are o legătură cu războaiele mondiale, dar acum are o semnificație legată de existența palatului guvernamental.

Geografii culturali cred că urmele pot întruchipa sau reprezenta „idei” sau promova valori de exemplu, o statuie publică a fost comandată, dezvoltată, amplasată și întreținută pentru a încuraja sisteme de valori particulare ale anumitor grupuri. Cu alte cuvinte, urmele nu sunt neutre, ele reprezintă preferințe culturale sau ideologice speciale sau idei despre cum

ar trebui să fie lumea. Prin amplasarea lor de către o „putere”, aceste urme încearcă să ne convingă să fim de acord și să susținem și aceste valori culturale. (de exemplu, statuile cu Lenin, dărmate la căderea comunismului au arătat încercarea de resemnificare peste o urmă lăsată anterior). Datorită urmelor multiple care se întâlnesc, locul poate deveni „contradictoriu” sau poate avea semnificații diferite în raport cu grupurile și cu raporturile de putere (de exemplu, Piața Tienamen în Beijing).

Așadar, geografia culturală traduce urme în locuri, interpretează lucrurile materiale, activitățile culturale, ideile sociale și contextele mai largi care constituie locuri pentru a da un sens lumii din jurul nostru. Deși lucrurile materiale (cum ar fi de exemplu, Columna lui Traian care atestă la prezent mărturii milenare) pot lăsa urme mai durabile în locuri, activitățile culturale, cum ar fi sărbătorile sau protestele, sau activități chiar mai banale, precum naveta sau cumpărăturile, în ciuda faptului că sunt mai tranzitorii în natură, sunt urme la fel de importante de investigat. Aceste activități pot lăsa ele însele unele urme materiale (cum ar fi pagube materiale după revolte, poluare, deșeuri după cumpărături, etc), dar lasă și urme nemateriale în inimile și mințile oamenilor (instituirea de tradiții, obiceiuri, practici sau comemorări, aniversări pentru memoria unor întâmplări).

Aceste „lanțuri de urme” (Anderson, 2010) de lucruri, activități, emoții și contexte, au o semnificație nu doar pentru o generație sau o secvență de loc și identitatea sa. Pe măsură ce trăim în lumea culturală, atașamentul nostru față de locuri poate fi consolidat sau erodat prin succesiunea acestor urme. Aceste lanțuri de urme sunt, de asemenea, semnificative, deoarece pot motiva acțiuni similare în alte locuri. De exemplu, acestea pot promova modificări ale legii care afectează contextul cultural în viitor sau pot schimba atitudinile culturale între protestatari, politicieni și public care produc noi spații de înțelegere, represiune sau dialog. Astfel, când studiază geografii culturale, studiază obiecte materiale, activități culturale, idei sociale și contexte geografice. Aceștia investighează modul în care aceste urme materiale și nemateriale, aceste emoții și ideologii, se reunesc cu contexte spațiale pentru a constitui anumite locuri în timp și cum aceste locuri au impact asupra altor site-uri care pot fi dispartate geografic sau temporal.

Nu numai oamenii produc urme. Urmele pot rezulta și din dezastre naturale (uragane, cutremure, tsunami) sau de animale sau plantele (porumbeii

și statuile, ploile cu broaște sau cu pești, urșii care au devenit obiectiv turistic la Brașov, castorii care modifică albiile de râuri, teiul lui Eminescu și teii din Iași) și din fapte care pot modifica chiar arhitectura spațiului. Sau de exemplu, oamenii pot produce și distrugerii de urme care lasă locul gol păstrând totuși o simbolistică a unei foste prezențe. Exemplu, Zidul Berlinului deși dispărut, prezent în memorie și simbolistică, sau clădiri care sunt reconstruite și/sau modificate în urma unor evenimente care le-au afectat: Reichstagul din Berlin, clădirea Bibliotecii din București sau WTC din New York. De asemenea, urmele și locurile se pot resemnifica: un loc care era spațiu imobiliar a devenit *Ground zero*, cu elemente de sacralitate. Etc.

Concluzionând, urmele sunt un proces continuu și pot aporata mereu caracteristici în completare sau contradicție cu cele vechi, pot fi materiale sau non-materiale, durabile sau temporare, lăsate de oameni sau alte entități. Acestea pot produce intențiile dorite de producătorii lor sau pot avea efecte neintenționate asupra agenților și publicului lor. Aceste urme se pot suprapune una pe alta, pot crea sinergii, sau pot intra în conflict unele cu altele. Ele se pot schimba în timp, făcând astfel identitățile și semnificațiile locurilor să fie dinamice, dar cu toate acestea, aceste urme rămân adesea pe loc ca umbre și ecouri ale locurilor trecute. Urmele pot genera alte urme în alte locuri, care leagă locuri și urme între ele în lanțuri care se pot încurca. Înțelegând locul ca o compoziție continuă a urmelor, dobândim și capacitatea de a chestiona noile urme sau a pune în discuție aceste semnificații. Putem ajunge să înțelegem și să acționăm în mod critic prin interogarea ideilor care urmăresc urmele, frecvența și maniera în care urmele sunt repetate și consolidate, popularitatea și persuasivitatea lor și modul în care reacționează cu alte urme concurente în loc.

Prin acțiunile noastre de zi cu zi, fie că sunt intenționate sau nu, lăsăm urme care preiau și (re)constituie locurile. Pe măsură ce urmele se combină, se stabilesc noi produse culturale și granițe geografice care încearcă să (re)definiească sau să modifice identitatea unui loc. Aceste produse și frontiere ne pot da sentiment de identitate sau de apartenență. Cu toate acestea, pe măsură ce urmele se (re)combină din surse îndepărtate sau locale, precum și din prezent sau din trecut, frontierele sunt depășite și locurile se schimbă. Prin urmare, locul și apartenența noastră la acesta nu sunt, în mod real, fixe; ele sunt dinamice și în evoluție: locurile sunt compoziții continue de urme.

Există, în acest sens și o proiecție a locului (*locul ca design de urme*) prin crearea de oportunități pentru noi acțiuni în spațiile umane. Viitorul nu este deloc gol – va fi ocupat de medii construite, de infrastructuri și de lucruri pe care noi le-am proiectat. Va purta consecințele istoriilor, structurilor, politicilor și stilurilor noastre de viață, pe care le (re)producem zilnic prin obișnuință sau cu intenție în proiectare. *Locul este deja încărcat cu fanteziile, aspirațiile și temerile noastre, cu viziunile și imaginaturile noastre culturale proiectate în mod convingător* (Anderson, 2010).

Așa cum am semnalat deja, uneori urmele și generate au în spate proiecte intenționale unor grupuri, adică trebuie spus că urmele și generarea spațiului a ierarhiilor și delimitărilor nu sunt neapărat agregarea întâmplătoare ale unor urme individuale. Pot avea în spate, intenții sisteme de credințe, grupuri dominante, relații de putere, jocuri politice. Uneori „ne angajăm conștient și asumat” în practici și acțiuni care ne determină viața fiind *trace-makers* sau *stake-holders*. Cum dobândesc această capacitate unii producători de urme și ce fac oamenii pentru a perpetua sau schimba această situație? Toate aceste întrebări sunt legate de probleme de putere (Lefebvre/ Foucault).

3.2.4. Locul generat prin practici

Dacă la ecosistem am văzut simțul spațiului din perspectiva percepțiilor, acum vedem cum este el determinat de practică. Am văzut, de asemenea, cum conexiunile oamenilor cu zonele geografice sunt create și menținute prin semnificații și valori individuale sau comunitare: implicarea socială, participativitatea, istoria, peisajul. Un loc este mai mult decât suma părților sale materiale; este marcat de biografii individuale, istorii și relații sociale, precum și de estetica calificărilor sale și de caracteristicile bio-geografice (v.3.2.2).

Dar la fel, atașamentele bazate pe practică sunt la fel de importante pentru sentimentul de apartenență al unei persoane și al comunității și pentru poveștile și istoriile specifice locului care stau la baza identității culturale (Poe et al. 2016). Astfel, de exemplu, activități precum *pescuitul în Delta* sunt înțelese ca fiind mai mult decât simple activități economice de aprovizionare și schimb. De fapt, sunt *ingrediente ale modului în care locul se face prin experiențe diverse cu natura și devine legat de sentimentul de apartenență al oamenilor*. Identitatea și sistemele de cunoștințe bazate pe loc, precum și continuitatea

generală a vieții într-o locație, se bazează pe niște *acumulări de practici* care, cel mai adesea sunt legate de spiritul locului. Adică, de exemplu, măsurile de preservare a mediului care pot limita exploatarea unor resurse trebuie filtrate și de o analiză a practicii locului, a ecosistemului uman. Nu poți desființa pescuitul în Deltă sau să oprești tăiatul copacilor din zonele forestiere pentru că aceste practici țin de_ și formează identitatea acelor spații. Habitatele sănătoase apar și datorită unei istorii a oamenilor din acel loc. (Poe et al. 2016) Corelat cu această identificare a locului prin practica sa istorică avem și preceptul românesc „*omul sfințește locul*”, care sugerează această legătură indestructibilă între practici și specificitatea locului.

Lynch (1972) în lucrarea, *What Time is This Place?* „descoperă” importanța în locuri a existenței unui calendar al vieții, implicit importanța timpului în semnificația locului. Descoperirea constă în faptul că simțul înăscut al timpului pe care-l dobândesc oamenii este o parte vitală a semnificației atribuite locului și un ingredient important pentru bunăstarea individuală. Cu alte cuvinte, locul sau spațiul din jurul nostru are sau se derulează după un „timing” reflectat și el în imagini, urme, practici. Lynch consideră „imaginea mediului spațial” ca un eșafodaj căruia îi atașăm semnificații și timpul, în acest sens, creează schimbări, separații, sens, formă. Câteva studii au arătat în acest sens semnificația locului în socializarea primară în dezvoltarea copiilor, rolul cartierului de domiciliu ca punct de ancorare în experiența copilului cu orașul, dar tot pe ingredienta spațiului ca imagine, sugerând relația strânsă dintre loc și formarea identității comunitare. (în acest sens, a fost enunțat termenul de *place learning* (Lynch, 1972))

Practicile și procesele sociale creează spații, iar aceste spații, la rândul lor, constrâng, permit și modifică aceste practici și procese – ceea ce Soja (1989) a numit o „dialectică socio-spațială”. Și Harvey (2001) presupune faptul că spațiul – forma materială pe care procesele o iau „pe teren” sub forma clădirilor, infrastructurii, locurilor de consum și așa mai departe – este atât cauză, cât și efect în/pentru viața socială.

Pentru de Certeau (1984) practicile sunt spațial-simbolice și pot fi descoperite prin metafore spațial-simbolice ca plimbatul. Prin mișcarea corpului și prin puterea discursivă trecătorul – ca o interferență – poate transforma un semnificant spațial în altul. De exemplu, spațiile libere pot fi ocupate, deci își schimbă aspectul, statutul, etc. Spațiul intervine în narativul vieții,

dar și preia de la viață schimbările. Structurile narative au statutul de sintaxe spațiale. *Istoriile iau forma spațiului cu care au o evoluție liniară.* Orice poveste este o poveste de călătorie – o practică a spațiului. *Toate narațiunile vieții descriu acțiuni amplasate în spațiu și mișcări în spațiu.* (de exemplu, afirmații precum: *președintele este izolat la palat, m-am întâlnit cu X la magazin, vedeta X s-a despărțit de Y după concert...* toate creează geografii, purtând și ordonând corpuri în spații). Aceste istorii spațiale creează spațiul, componente vitale ale celuilalt, componente de practici.

În lucrarea *The Practices of Everyday Life*, de Certeau (1984) observă că societatea modernă suferă de un excesiv consum de imagine: numind acest fapt, *o creștere canceroasă a viziunii*, sau *imagologia grandorii* care măsoară orice lucru prin capacitatea de a arăta sau de a fi arătat și transformă comunicarea într-o călătorie vizuală. Este un fel de *epopee a ochiului* și a impulsului de a citi. El critică toate metaforele vizuale ale cunoașterii și practicile de vizualizare ale societății, susținând că acest lucru transformă lumea într-o „texturologie” pe care o putem citi, dar care în fapt îngheață viața urbană și, prin urmare, ocolește sau anihilează numeroase practici urbane. Practicile sunt adesea tratate ca un conținut inert sau ca atribute culturale care trebuie măsurate. Ideea are legătură cu remarcă sa că această imagologie este de fapt ce se vede „de sus” și nu o imagine reală a vieții cotidiene. Pe de altă parte, la nivelul de bază (de jos) nu există o sumă agregată de practici, ci o masă nenumărată de singularități – nu pentru că acestea sunt prea numeroase pentru a fi numărate, ci pentru că sunt ontologic nenumărabile dintr-o lipsă de capacitate tehnică care ar putea fi depășită prin mai multe sondaje și seturi de date mai mari, procesate în algoritmi mai mari. Aceste singularități transformă locurile așa cum sunt ele proiectate și imaginate ca tărâm îngrijit și ordonat al conceptului de oraș, în *spații indisciplinate*; adică, *practicile (re)spațializează locurile* (de Certeau, 1984). De exemplu, strada definită geometric de către planificarea urbană este transformată în spațiu de către pietoni.

Orașul se cunoaște mai degrabă mergând pe jos decât privindu-se la un plan static. Această proclamație este o opoziție contra formelor „geometrice” de cunoaștere și de ordonare a spațiilor. Astfel de limbaje matematice și forme de cunoaștere conduc inexorabil la reprezentarea locurilor ca fiind echivalente unele cu altele. Dacă vedem Parisul de sus, pe o suprafață imensă,

el pare la fel (respectând poate același patern arhitectonic) dar în realitate, jos, cele mai multe lucruri sunt diferite (practica vieții de zi cu zi creează spațiul) ca niște mișcări browniene ale nenumăratelor practici din cadrul acestui sistem. Pluralitatea practicilor creează o „îngrămădire de locuri eterogene” (de Certeau, 1984).

Fiecare dintre ele se referă la un mod diferit de unitate teritorială, de distribuție socio-economică, de conflicte politice și de simbolistică identitară, adică se suprapun practici multiple, dintre care unele pot fi puternice, iar altele sunt reziduuri ale unor sisteme anterioare de cunoaștere. Astfel, de exemplu, este posibil ca unele cartiere îmbogățite să fi fost construite pentru a deservi factori care au dispărut, cu străzi denumite după eroi uitați ai unor imperii care au căzut (de Certeau 1984).

3.2.5. Spațiul/ Locul ca structură & agenție

O abordare relativ inedită, dar relevantă prin plauzibilitate (deși este controversată – dar pentru alte motive) este *teoria actor-rețea* invocată și la subiectul legăturii corporalitate-spațialitate în sociologie (v 1.3.3). Aceasta (ANT actor-network theory) este, așa cum am spus, o încercare de a explica socialul prin existența unor *rețele de relații în continuă schimbare*. Dar nu existența acestor rețele este factorul primordial, ci faptul că toată viața se derulează prin structurile determinate de acestea. Sensul mizat aici este dat de ideea că *entitățile actante (actorii) nu au nicio influență în sine la nivel individual (societatea e perfect atomizată) ci totul ține de configurațiile momentului*. Aceasta presupune că nimic nu există în afara acestor relații. Toți factorii implicați într-o situație socială se află la același nivel și, prin urmare, nu există forțe sociale externe dincolo de ceea ce și cum interacționează participanții la rețea în prezent. Astfel, obiectele, ideile, procesele și orice alți factori relevanți sunt văzuți ca fiind la fel de importanți în crearea situațiilor sociale ca și oamenii. *Efectul cumulat vine din rețea și din sinergia elementelor componente*, nu de la elemente în sine. După cum spun Law și Heterington (2000), rețelele pot fi imaginate ca niște *scenarii* în care se așteaptă ca toate elementele să joace după acel scenariu. Cu toate acestea, construirea de rețele formale necesită multă muncă. Realizarea formalismelor presupune, de obicei, abstractizare, cuantificare, stratificare, clasificare, standardizare și simplificare. În schimb, munca empirică de studiu asupra rețelelor este destinată pentru a „descrie” mai degrabă decât pentru a „explica” activitatea socială.

Bruno Latour, fondatorul curentului, se îndepărtează radical concepția euclidiană de spațiu și timp ca axe abstracte universale care conțin și constrâng evenimentele (Latour, 1999). Pentru el, ca și pentru ceilalți reprezentanți ANT, *spațiul și timpul apar drept consecințe ale modurilor în care anumite elemente eterogene sunt legate între ele*. Pe lângă oameni, în analiza sa se iau în considerare și obiectele („non-umani”) și discursurile. Aceștia din urmă sunt considerați și „actori” sau „actanți” în aceste interjocuri de rețea (Latour, 2005).

În linii mari, teoria actori-rețea este o abordare constructivistă. Mai degrabă funcționează ca o strategie care îi ajută pe oameni să fie sensibili la termeni și la ipotezele adesea neexplorate care stau la baza acestora. Referindu-se la diverse obiecte și forme de viață care alcătuiesc lumea drept „masele neglijate”, Latour susține că au fost ignorate social, politic și filosofic, chiar și în timp ce participăm, îngrijim și depindem de ele în viața noastră de zi cu zi. *Fără acest sprijin istoric al unei multitudini de lucruri perisabile, sugerează Latour, am trăi într-o lume instabilă din punct de vedere social*. Nimic nu poate fi redus la altceva, nimic nu poate fi dedus din nimic altceva, totul poate fi asociat cu orice altceva. Actorii variază ca dimensiune, de la individ la cea mai mare întreprindere sau chiar și sub-individ, obiectele sau alte ființe. Actorii nu sunt efecte unitare, ci contingente. Lumea socială este constituită fragmentar din biți și piese care se așază în nesfârșite procese de rețea (Latour, 2005).

În acest sens, se pot distinge două tipuri de spații (configurații spațiale), legate de gradele de control la distanță și de autonomie întâlnite în rețele: „*spații de prescripție*” spațiile integrate (embedded), stabile și „*spații de negociere*” sunt acele spații mai lichide, instabile, care-și negociază pozițiile în rețea. Din aceste spații derivă o geografie a prescripției și una a negocierii (Murdoch, 1998).

Pe măsură ce spațiile sunt înscrise în rețele, ele sunt ordonate și aranjate în conformitate cu termenii de înscriere sau de prescripție. De exemplu, spațiile mai bine plasate ierarhic au capacitatea să ofere anumitor actori posibilitatea de a „acționa la distanță” în mod normativ. În înțelegerea și construirea spațiilor de rețea trebuie, așadar, să investigăm diferitele forme de „control” care permit actorilor să domine alte spații și alți actori. Totuși Hetherington (1997) propune evitarea privirii spațiilor ca fiind identități singulare – de exemplu, „central” sau „marginal”, „dominant” sau „rezistent” –

deoarece spațiile sunt rareori, dacă nu chiar niciodată, polarizate în acest mod. Hetherington consideră că toate spațiile ar trebui să fie văzute ca interrelații complexe între moduri de ordonare și forme de rezistență, astfel încât „efectele de putere și de rezistență se întrepătrund”.

Filosofic vorbind, ideea se apropie de teoria mâinii invizibile care reglează economia sau de teoriile care explică structurarea haosului. Partea pe care o găsim ca fiind esențială pentru această lucrare din această teorie, rămâne una subtilă, neglijată de critici, deși am spune că este un argument foarte relevant pentru ideea pe care vrem s-o promovăm: *existența unor spații referențiale care determină pregnant caracteristicile de întrupare ale indivizilor*, Latour consideră tocmai acest amestec de acțiuni umane și materiale (non-umane) este cel care permite rețelelor, atât să reziste dincolo de prezent, cât și să rămână stabile în spațiu. Însăși eterogenitatea rețelelor permite acestora să devină, într-un anumit sens, „structurale”. În opinia lui Latour ordinea socială, puterea, scara, chiar și ierarhia, sunt consolidate și conservate de obiectele materiale agregate și atomizate (Latour, 2005).

Surprinzător sau nu, materialele solidifică relațiile sociale și permit acestor relații să dăinuie în spațiu și timp. Rețelele constau, atât din subiecți, cât și din obiecte. În plus, „obiectele” nu sunt niciodată doar obiective și neutre; ele conțin și reproduc „munca încremenită” (trecută și stocată) (Latour, 2005) – deci făcând o paralelă cu teoriile economice, obiectele, factori de producție, se constituie ca un capital fix, acumulat din muncă trecută a tuturor celor iar actanții, tot factori de producție, pot fi asimilați unui capital circulant, materie primă și muncă (acțiune) prezentă. Spațiile pot fi citite ca stratificații topologice (spații referențiale, 4.3) în care actanții și timpul sunt reunite în cadrul unei rețele.

Notă: După cum se observă, la Latour – la *teoria actori-rețea*, referința este din nou la spațiu și nu la loc, dar ceea ce descrie el sub această referință corespunde mai curând definiției pe care am dat-o locului. Altminteri, locul este totuși un spațiu concretizat, sau oricum între ele poate fi o diferențiere de scară, dar cuvintele sunt substituibile semantic.

3.2.6. Spațiul ca geometrie de putere

Într-o direcție oarecum similară, Doreen Massey (2005) a continuat să codifice această viziune relațională a spațiului într-o abordare pe care o descrie drept „geometrie a puterii”. Aici, spațiul este legat în rețele locale și globale, iar acestea acționează pentru a configura anumite locuri: după cum spune Massey, „fiecare loc este punctul central al unui amestec distinct de relații mai largi și mai locale”. În termeni ecou la teoria actori-rețea, ea susține că interacțiunile locale sunt legate în rețele de relații care „sunt construite la o scară mult mai largă decât ceea ce se întâmplă să definim în acel moment ca fiind locul în sine, fie că este vorba de o stradă, o regiune sau chiar un continent”. Adică determinarea faptelor comportă factori care exced procesele derulate efectiv în rețea, ca și cum scenele și scenariile nu sunt de jos în sus ci există jocuri de putere care produc activitățile sociale. Astfel, locurile pot fi imaginate ca „momente articulate în rețele de relații și înțelegeri sociale” (Massey, 1991). Ca și la alți autori, relaționalismul este în antiteză cu o concepție fixă, absolută a spațiului (și aici ne conexăm cu: *Spațiul proces de producție* – Lefebvre/ *Spațiul generat prin practici* – Certeau/ *Organizarea politică a spațiului* – Soja, v. 3.2.10; 3.3.3). (Hubbard și Kitchin, 2011)

3.2.7. „Non-locul” & „fără-de-locul”

Schimbând registrul, descoperim în literatură o metaforă foarte plastică pentru pierderea sensului spațiului: În 1976, geograful umanist Edward Relph a scris cartea *Place and Placelessness* pornind de la observația sa că locurile devin în timp „neplăcute”, în ideea că-și pierd o parte din sensul (genius loci) inițial, adică se erodează sau se consumă. Relph a numit acest fenomen *placeless* – tradus în română – *fără-de-loc*, dar mai corect spus ar fi: *locul fără sens*. Relph prezintă și cauzele acestei pierderi de sens – *producția de masă*, o lume din ce în ce mai mobilă deci mai nestatornică, un accent pe locurile așa-numit „*disneizate*” (încercând să includă în acest termen un spectru larg de spații „comercializate” și „muzeizate”) – referința la Disney este pentru ideea de „copii false” ale unor țărâmurii mai demne „Disney-land” adică reproducerea cu sens comercial denaturat a unei lumi pretins magice. Relph (1976) găsește și un termen care este mai explicit și traductibil în limbaj curent, dar care nu a rămas cel consacrat – a descris aceste locuri ca fiind

„**in-autentice**”. *Inautentice*, pentru că este imposibil să obții experiențe existențiale într-un Disneyworld sau în McDonalds sau pe o proprietate cu locuințe uniforme produse în masă cum sunt cartierele rezidențiale. De asemenea, este imposibil, să ne formăm atașamente semnificative pentru un loc, dacă ne mișcăm prea mult, fără să ne oprim niciodată să persistăm și fără să ne creăm rădăcini.

Variațiuni ale acestui argument sunt acum destul comune și le găsim descrise diferit în literatură drept „McDonaldizare” sau „americanizare” sau chiar și „occidentalizarea” a căpătat astăzi astfel de conotații. Mai recent, antropologul francez Marc Auge (1995) a folosit termenul „nonplace” – tradus – non-loc sau nicăieriuri – pentru a se referi la acele siteuri, hub-uri precum stații de serviciu de pe autostrăzi, benzinării, aeroporturi și locuri de tranzit care nu merg niciodată nicăieri, dar „se referă nesfârșit la alte locuri, indirect”. Pe de altă parte, avem argumente să ne despărțim aici de această teorie considerând că dimpotrivă, acestea sunt spații referențiale mai ales pentru cei pe care le utilizează des – *gările, aeroporturile pot să dețină un genius loci distinct, poate asociat cu tranzitul și călătoria dar totuși prezent ca spirit*, tocmai pentru că sunt spații cu conținut (multi)cultural ridicat și *pot semnifica exact autenticul din individul călător*. Mai curând, sunt locuri de acumulări de sentimente și tranziții (de exemplu, aștepti pe cineva de care ți-e dor, te desparți de cineva, mergi acasă sau pleci în călătorie) sunt spații foarte autentice pentru călători, sunt spații în care călătorul se poate simți atașat (călătorului îi șade bine cu drumul). Deci mai degrabă am spune că e un spirit distinct al locului pe care însăși comportamentul de călătorie și mobilitate îl creează. *Drumul poate fi loc? Într-un sens filosofic, imaginativ, da!*

Nici Auge nu consideră astfel de „nonplaces” ca fiind inautentice, ci pur și simplu, el sugerează o condiție a modului în care ne ducem viața acum. Însă pentru el concepțiile convenționale despre loc sunt delimitarea și înrădăcinarea, ambele organic asociate modurilor de locuit care sunt încorporate în istorie. În calitate de antropolog, Auge remarcă modul în care disciplina sa și-a gândit în mod tradițional scopul existențial – ca un fel de descriere profundă, săpând în situ la toate particularitățile unei culturi. Întrebarea consecutivă, ce ar putea face antropologia dintr-o lume mobilă în care toate aceste caracteristici (delimitare, înrădăcinare etc.) sunt absente sau slabe?

O lume de malluri, autostrăzi, aeroporturi și stații de service cere un alt tip de antropologie – o antropologie a locului „non-local” (Cresswell, 2009).

Lumea „supermodernității” este marcată de trei noi caracteristici: în primul rând, de o *accelerare a fluxurilor de comunicații și informații* care duce la un bombardament de imagini cu spații și momente, altele și altfel decât cele după care o persoană poate fi localizată imediat. În al doilea rând, o *micșorare a planetei din cauza compresiunii în spațiu și timp*, iar a treia, *emergența unui individualism crescut*, pe măsură ce oamenii, expuși la atât de mult, se retrag în ei înșiși și nu reușesc să facă relații sociale susținute. Pierderea lianelor comunitare duce la individualizare și atomizare. Auge (1995) sugerează că toate aceste trei caracteristici ale supermodernității pot fi întrunite în acest așa-numit „nonplace”.

Nonplace (non-locul) este foarte diferit de concepția umanistă, tradițională a „locului” care înseamnă toate acele caracteristici: semnificație, sens, legătură, atașament. Non-locurile sunt marcate exact de lipsa de atașament, ajutată de circulația constantă, de comunicare și de consum care acționează împotriva dezvoltării de legături sociale între oameni sau între oameni cu „lumea”. Apoi, în aceste non-locuri se remarcă o prezență, dacă nu chiar abundență de texte, narrative, ecrane cu imagini și semne, logouri care facilitează mai degrabă relațiile mediate între oameni și locuri și, mai puțin, relaționarea directă. Acest exces de imagini și de evenimente simultane, dublate de un „exces de individualism” creează efectul de „micșorare a planetei” (Cresswell, 2009).

Principala cauză este mobilitatea. Această mobilitate a determinat chiar suspiciunea unui „sfârșit al geografiei” (Greig, 2002), deși mobilitatea în sine nu era apanajul geografiei. Deși este clar că trăim (cel puțin în Occident) într-un mod care este din ce în ce mai mobil și dezrădăcinat, cu siguranță nu este cazul să concluzionăm că locul nu mai este important. Locul în formă pură nu mai există. Mai degrabă, este la sfârșitul unui continuum cu noțiunea tradițională de loc la celălalt capăt.

Dar locurile capătă alte semnificații. De exemplu, amplasamente cu obiective turistice precum *Fântâna Trevi* de la Roma, *Turnul Eiffel*, etc au devenit nu non-locuri, deși se apropie ca formă de practică de orice model non-loc (aeroport/ gară) ci și-au reconfigurat întrucâtva sensul, devenind locuri universale, aproape ca spațiile sacre de pelerinaj (Cresswell, 2009).

Pe de altă parte, se poate vedea și în termeni de gradație această dihotomie loc-non-loc: locațiile din lumea reală conțin diferite în grade ale ambelor tipuri. Chiar și aeroporturile au locuitorii lor, oameni care lucrează acolo, chiar și oameni fără adăpost sau călători frecvenți care văd aceiași oameni, în același timp, în fiecare zi de muncă. Sau în mediul virtual, utilizatorii individuali sunt pasificați, fabricați de semne, texte și interfețe, devenind „doar o privire” (Augé, 1995). Acești utilizatori sunt indivizi solitari, care locuiesc temporar în non-locuri arhetipale, cum ar fi autostrăzile, aeroporturile, centrele comerciale, hotelurile, parcurile tematice sau spațiul cibernetic.

Prin utilizarea conceptului de non-loc, Augé s-a jucat în mod deliberat cu termenul juridic francez *non-lieu*: hotărârea judecătorească prin care se refuză procedura, în care nu există nicio dovadă de implicare, niciun loc de judecată. În non-lieu există nu o negare a evenimentului, ci a spațiului, a jurisdicției, care anulează implicit evenimentul. Non-locul este un „spațiu complet golit de evenimențialitate” (Bosteels, 2003).

Locul și non-locul sunt relaționale, contingente și „în proces”, adică variabile. Argumentele lui Augé contrastează cu cele ale unor geografi precum Doreen Massey și Nigel Thrift, care iau în considerare mișcarea, globalizarea și relațiile tranzitorii prin utilizarea unor concepții mai relaționale, deschise, dinamice și incluzive ale locului. Mai mult, aceștia susțin că sentimentele de solitudine și detașare nu se limitează în mod evident la non-locurile arhetipale; ele pot apărea în orice spațiu, de exemplu acasă sau la locul de muncă. procesele și materialitățile (Cresswell, 2009).

3.2.8. Locul ca proces, dinamică și mobilitate.

Spațiul/locul ca balet & rutine, cărări

Conceptele de *non-loc* și *fără-de-loc* ridică problema relațiilor dintre loc și mobilități sau dintre loc și existența unei dinamici a locului. Cum s-a văzut, în literatură, tradițional, locul este văzut ca un concept destul de static. Într-un sens nou, concentrarea pe frontiere, înrădăcinare, *genius-loci* și identități singulare s-ar atenua prin raportare la noțiunile de dinamism și proces sau rețea actori. Autori precum Tuan și Relph au argumentat frecvent că o mobilitate prea mare atenuază sensurile locului, sugerând astfel pentru literatură

că locul este definit exact pentru componenta lui statică. De data aceasta, viziunea se schimbă. *Poate că și dinamica dă un sens locului*. Locul este continuu în proces, adică locul evoluează, sau *există un proces atașat locului* și procesele „au loc” – atașăm o locație procesului sau procesele sunt localizate. De fapt, această idee a fost conținută și în conceptualizările lui Platon și Aristotel asupra chorei și toposului „locul” se referă la procesul devenirii tradus în limbajul lui Cresswell (2009) – *place was very much about the process of becoming*.

În anii '70-80 (ai secolului XX) David Seamon a dezvoltat ideile filosofului Maurice Merleau-Ponty pentru a descrie locul ca fiind *produsul obișnuit al activității/ mobilității umane*. Fiind fenomenolog, nu putea dezlega o trăire de obiectul trăirii, de raportarea la obiect. Tot în sens fenomenologic este preceptul „*conștiința este întotdeauna conștiința a ceva*” propus de psihologul Franz Brentano și dezvoltat de filosoful Edmund Husserl (Cresswell, 2009). Cu alte cuvinte, conștiința include în ea și obiectul reflexiv de care suntem conștienți. Nu poate exista niciun fel de judecată, de exemplu, fără ca ceva să fie judecat, nici o iubire fără ceva care să fie iubit, nici o dorință fără să fie dorit ceva. Prin urmare, intenționalitatea în această viziune descrie acel „*aboutness*” (*despre ce e vorba*) iar această relație între conștiință și obiect este esențială pentru noțiunea de loc. Locul, și în special sensul locului, diferă în funcție de locație. A fi în lume, pentru Merleau-Ponty, nu ține de minte sau suflet, ci ține de corp, referința palpabilă, fizică. Dar acest corp nu se prezintă static ca un obiect, ci ca un *subiect-corp* dispunând de un fel de *bodily intentionality toward the world* (prezență către lume) (Merleau-Ponty, 1962/2002).

Deci „subiectul-corp” ca un corp cu intenționalitate corporală se raportează față de lume adică la contextul local. Acțiunile cotidiene sau alte abilități sau capacități ale conștiinței sunt cunoștințe *corporale amplasate și împământenate*. (v. 2.3.8. Bourdieu – *Habitusul nu este numai conștiință, ci este și corp și localizare*)

Corpul în lume – *body-in-the-world* (Merleau-Ponty, 1962/2002) este, în sine, cunoscător al vieții, la fel ca și *habitusul*. Corpul nu primește doar date, ci experimentează lumea printr-o anumită deschidere către exterior – un sentiment de a fi în contact cu lumea.

Ce legătură are acest fapt cu locul? La Merleau Ponty locul este ocupat cu mișcare sau mai bine spus determinat de mișcare. Pentru a defini această concepție, el a folosit termenul „*corp-balet*” referindu-se la modul în care corpul se mișcă în mod obișnuit, întrucât îndeplinește unele sarcini, cum ar fi conducerea mașinii, tastarea de texte sau gătitul. *Când toate aceste corpuri-balet sunt strânse împreună pe o durată anume (o zi, de exemplu,), ele produc ceea ce Seamon a numit o rutină spațiu-timp.* „Atunci când un corp este în mișcare, acesta nu coincide cu el însuși. Coincide cu propria sa tranziție: propria sa variație” (Cresswell, 2009).

Indivizii urmează „rutine de spațiu timp” în permanență de-a lungul zilei, adică parcurg niște traiectorii dar după un patern, o rutină. Din această perspectivă, acestea sunt asimilabile unor avataruri – am investigat empiric aceste rutine spațiu timp ca parcursuri între spații referențiale ale unor indivizi cu carieră cronică). Aceste rutine spațiu timp determină sau, mai corect spus, *construiesc* locul, sau *locurile* ca stații între care glisează corpurile-balet. Nu este vorba despre comportamente elaborate, este vorba de ceea ce Seamon (dezvoltând teoria lui Merleau-Ponty) definește prin termenul *habitual*. Atunci când aceste „rutine spațiu-timp” individuale se îmbină ele formează un așa-numit „*balet al spațiului/locului*”. În centrul orașului sau piața mare sunt locuri sute de oameni care își desfășoară activitatea „rutine individuale în spațiu timp”, dar se desfășoară concomitent, colectiv, formând, la rândul lor, prin tipare recunoscute și regulate, practica locului (Cresswell, 2009). Astfel, locurile prezintă un fel de practică necoregrafiată, dar ordonată, care „face locul” (make place) la fel de mult ca și calitățile mai statice și limitate ale locului. Mai exact, sensul unui loc poate apărea din reiterarea constantă a practicilor care sunt simultan individuale și sociale. *Locurile, în acest sens, sunt întruchipate intens și dramatic.*

Numim aceasta *viziune a locului orientată prin proces* (process-oriented view of place) (Cresswell, 2009). Spațiul nu se mai măsoară prin caracteristici geo, ci prin procesele umane, devine context-componentă a socialului și un determinant al socialului. Activitățile oamenilor și instituțiilor produc și sunt produse de structuri sociale. Locul este (re)produs prin acțiune și acțiunea este produsă în loc printr-un proces reiterativ constant.

Într-un mod care reflectă susținerile lui Seamon despre rutinele spațiu-timp și despre „baletele” corpului, Pred introduce noțiunea de „cărări” (paths)

(Pred, 1984) (preferăm traducerea termenului „cărări” chiar dacă există câteva cărți în română care consacră termenul de *cale*, pentru că sensul este de *cale bătătorită* – *comportament reiterat* – cărarea este o cale care dă dependență – path dependence). *Cărările descriu modul în care oamenii și obiectele se mișcă în spațiu și timp*. Aceste cărări produc biografii umane și obiecte, care se unesc pentru a produce locuri. „Locul este, așadar, un proces prin care reproduce formele sociale și culturale, formarea biografiilor și transformarea naturii devin continuu una în cealaltă, în același timp în care activitățile specifice în spațiu-timp și relațiile de putere devin în mod continuu unul pe altul” (Cresswell, 2009).

Unde Pred se desparte de Seamon este în abordarea problematicii puterii. Spre deosebire de Seamon, pentru care locul rezultă din interacțiuni cotidiene, Pred subliniază rolul relațiilor de putere în modelarea locului. El susține că „cărările” indivizilor sunt influențate de proiecte instituționale care reflectă și reproduc structuri sociale inegale. Locul este astfel produs prin procese influențate de diviziuni sociale, care determină cine are mobilitate și control, și cine nu. Așadar, locul nu este doar rezultatul obișnuinței, ci și al relațiilor asimetrice de putere.

3.2.9. Sensul progresiv al locului

Cheia înțelegerii locului prin relația sa cu mobilitățile – cu dinamismul și fluxul de obiecte și oameni prin intermediul lor ar fi acceptarea ideii că *locul este o configurație dinamică desfășurată pe un parcurs*. Precedenta percepție este o viziune restrânsă descriind lumea în termeni de existență a unor *locuri adânc înrădăcinate, fixe, cu granițe clare și identități stabile asociate* – ca o metafizică sedentaristă (Cresswell, 2009). Dar locurile presupun și relații cu mobilitățile lumii mai largi și atunci alte moduri de gândire tind să urmeze. Lumea are în general o homeostazie statică, dar are și o parte care se abate de la paternurile autoinstituite cotidian. Oamenii care duc vieți mobile, fie prin alegere voită, fie prin compulsie, sunt văzuți și astfel ei schimbă sau determină noi trenduri. Cu cât lumea este mai ordonată, mai clar în locuri discrete, apare și reversul sau devianța: cu atât sunt mai multe persoane și lucruri care există în afara acestor locuri. Producerea ordinii este concomitentă cu producția de dezordine și devianță.

Pentru unii autori, concepția despre loc, este pur și simplu prea fixă, prea delimitată și prea înrădăcinată și raportată la trecut. Ca urmare a acestor ancore de fixitate, delimitare și înrădăcinare, locul devine prea des locul practicilor de excludere (Sibley, 1995). Oamenii *conectează un loc cu o anumită identitate* și apoi, procedează la apărarea identității de exterior. În loc să considere mobilitatea ca o amenințare la adresa locului, Doreen Massey (2005) a susținut că locurile sunt constituite în mod activ de mobilitate – în special mișcarea oamenilor, dar și de mărfuri și idei. Locurile nu sunt limitate în mod clar, înrădăcinate în loc sau conectate la identități omogene unice, ci produse prin conexiuni cu restul lumii și, prin urmare, sunt mai mult despre rute decât rădăcini. Sunt sit-uri cu identități eterogene, nu omogene. Această concepție despre loc, este numită un „sens progresiv al locului” (Massey, 2005). Aici nu mai există un lucru clar în interior și în exterior și, prin urmare, este mult mai greu să faci judecăți despre insideri și străini.

Pentru argumentare, s-a dat exemplul unor străzi din orașele occidentale în care există paternuri de configurații comerciale, eterogene dar similare: aprozarele sunt musulmane, tutungeriile sunt locale, avioanele zboară din toate direcțiile, puburile sunt irlandeze, pizzeriile sunt italiene, livratorii sunt asiatici, frizerii sunt turci, etc., adică strada este complet constituită din conexiunile sale cu lumea largă (Massey, 2005).

Acest *sens progresiv al locului*, care descrie locul constituit prin mobilitate, poate fi contrastat din nou cu ideile de *non-loc* și *fără-de-loc*, care ridică problema că mobilitatea ar fi împotriva locului – ca o amenințare la adresa lui prin melanjul cultural care depersonalizează spațiul. Dar dacă privim lucrurile în timp, putem vedea procesul ca înnoitor transformativ. *Locul nu moare, ci se transformă*.

Dar, dacă până acum ideile de loc au fost orientate spre mobilitate și spre ideea de proces, totuși, s-au concentrat pe mobilitățile interne și spre locul constituit endogen. Massey (2005) extinde acest fapt pentru a lua în considerare conexiunile dintre loc și lumea mai largă. În acest sens, se naște conceptul de „sens progresiv”. Pentru Massey, un loc este tărâmul unor intersecții și rezultate complexe ale unor geometrii ale puterii care operează la mai multe scări spațiale, de la corpuri la nivel global. Astfel, locurile sunt constituite de multiple intersecții sociale, politice și economice, dând naștere la multiple spațialități. Locurile și relațiile sociale din interiorul acestora

sunt rezultatul unor aranjamente particulare de putere, fie că este individuală și instituțională, fie că este imaginativă sau materială.

O astfel de formulare recunoaște caracterul deschis și penetrabil al granițelor locului, precum și nenumăratele interconexiuni și interdependențe dintre locuri. Astfel, locurile sunt relaționale și contingente, experimentate și înțelese în mod diferit de către diferite persoane; sunt multiple, contestate, fluide și nesigure. Spațiul exprimat ca loc, este compus din fluxul neîncetat de oameni și materiale prin și între spații, reconcepând relațiile sociale ca pe un ansamblu dens de mobilități.

Ca o concluzie, Doreen Massey propune o abordare relațională asupra spațiului, susținând că locurile, identitățile și structurile socio-spațiale sunt produse ale relațiilor sociale și ale organizării lor spațiale, nu ale spațiului în sine; În plus față de această idee ea introduce și conceptele de „geometrie a puterii” și „spațiu-timp” pentru a sublinia cum mobilitatea și relațiile de putere inegale modelează modul în care spațiul este trăit și construit. *Geometria puterii* se referă la ideea că mobilitatea și accesul la spațiu nu sunt distribuite egal – unii oameni sau grupuri au mai multă libertate de mișcare, influență și control asupra spațiului decât alții. De exemplu, un om de afaceri care zboară oriunde în lume are o poziție complet diferită față de un migrant care încearcă să traverseze granițe restrictive. Această „geometrie” evidențiază inegalitățile de putere care modelează relațiile spațiale. „*Spațiu-timpul*” desemnează ideea că spațiul și timpul nu pot fi gândite separat – fiecare loc este o împletire unică de relații și procese care evoluează în timp. Un loc nu este static, ci un nod într-o rețea de conexiuni aflate în continuă schimbare. Astfel, fiecare loc reflectă o istorie, dar și o poziție în raport cu alte spații. Nimic diferit în această privință de abordările dinamice de până aici.

3.2.10. Spațiu/Locul ordonat după procesele de producție

Schimbarea opticii o produce abia Lefebvre, care *asimilează socialul-modului de producție*. Implicit, spațiul (social) este dependent de acest mod de producție (Lefebvre, 1991). Prin această viziune, se înscrie pe o direcție pur marxistă, care vede în social o radicală determinare economică. La fel, preocuparea pentru „procesul de producție” din care se extrage „modul de producție” este de sorginte marxistă. Însă analiza despre spațiu este detașat inovativă.

Spațiul este *produs*, iar argumentul lui Lefebvre în *producerea spațiului* este că relațiile de producție capitaliste constituie baza construcției sociale (bazată pe valori și sensuri). Implicit, acestea afectează practicile și percepțiile spațiale. Prin acest argument Lefebvre și-a schimbat inclusiv perspectiva cercetării, de la spațiu la procesele de producție ale acestuia; punând accentul pe caracterul contradictoriu, conflictual și, în cele din urmă, politic al proceselor de producere a spațiului.

Filiera acestei gândiri derivă din ideea generală că fiecare societate și, prin urmare, fiecare mod de producție, produce un anumit spațiu, propriul său spațiu (Lefebvre, 1991). Orașul lumii antice nu poate fi înțeles ca o simplă aglomerare a oamenilor și a lucrurilor în spațiu – ci ca având propria sa practică spațială, făcându-și propriul spațiu (ceea ce era potrivit pentru el însuși) – La fel, orașul medieval a fost foarte mult legat de producția socială a spațiului său. Apoi, dacă fiecare societate își produce propriul spațiu, orice „existență socială” care aspiră să fie sau se declară a fi reală, dar care nu produce spațiul propriu, ar fi o entitate ciudată, o abstracție incapabilă să se desprindă de sfera ideologică.

Spațiul este, așadar, o (re)producție socială și fiecare mod de producție, fiecare epocă, produce propria înțelegere a spațiului și îl experimentează în consecință. Construcția spațiului rămâne și aici, totuși, o evoluție (tot proces, dar subordonat unor aranjamente de producție, nu deschis influențelor aleatoare). Astfel, *spațiul natural sau fizic* definit ca un *fenomen natural preexistent* asupra căruia se desfășoară activități – *spațiul preistoriei* care face loc mai întâi *spațiului absolut* (fragmente de spațiu natural devenit sacru, spațiul riturilor și ceremoniilor, al morții și al lumii subterane – spațiul sclaviei), apoi *spațiului istoric* (orașele timpurii ale Occidentului – spațiul feudalismului) și, în cele din urmă, *spațiului abstract* (spațiul ca marfă, în același timp concret și abstract, omogenizat și fragmentat – spațiul capitalismului). *Fiecare spațiu conține în el atât urmele predecesorilor săi, cât și germenii următorului, creând o geografie istorică complexă a diferitelor spații sociale.*

Și în fine, inovația: Lefebvre introduce noțiunea unui spațiu care *urmează să vină* (Lefebvre, 1991). În mod oarecum ambiguu, el sugerează că acesta ar fi un spațiu mai mixt, mai „interpenetrant”, care va înlocui – sau poate ar trebui să înlocuiască în cele din urmă fragmentările mai rigide ale spațiului abstract; în el, diferențele ar fi mai degrabă respectate decât îngropate sub

o omogenitate. Acesta este „spațiul diferențial”, care restaurează corpul uman individual și corpul social, cu cunoștințele, dorințele și nevoile sale. Această poziție poate fi pusă în contrast cu dihotomia lui Manuel Castells (2001) între loc și spațiu al fluxurilor. „Orașul” este adunarea și dispersarea simultană a bunurilor, informațiilor și oamenilor. Dar problema este pusă de Lefebvre în termeni de relații de producție, relații umane sau raportare socială. Orașul nu este o masă materială sau nu aspectul acesta este relevant, ci un conglomerat uman, un *corp social*. Fiecare persoană are „dreptul la oraș” (Lefebvre, 1996), insistând ca orașul să fie înțeles ca fiind locul preeminent al interacțiunii sociale și de schimb, la care Lefebvre se referă drept „centralitate socială”. De fapt este dreptul la acces de oportunități pe care-l proclamă socialismul. Lefebvre spațializează ideea de cetățenie tot în sensul postulat de Marx, făcând o legătură fundamentală între oraș ca tehnologie a cetățeniei, care transcede diferențele dintre comunități și indivizi și critică modul în care cetățenii sunt văzuți ca mijloace, mai degrabă decât ca scopuri, ca actori politici cu adevărat liberi și autentici (Lefebvre, 1996).

Lefebvre susține că *spațiul este un al patrulea determinant domeniu al relațiilor sociale* – unul în care au loc producția, schimbul și acumularea de bogăție și plusvaloare. Spațiul nu este un dat și nici orașul nu este un obiect – de aici și dificultățile legate de definirea acestora. Mai degrabă, spațiul și urbanul sunt ambele aspecte intangibile, dar constitutive ale societății (Lefebvre, 2003).

Riguros, analitic sunt analizate spațializările istorice pe trei axe care sunt legate dialectic între ele într-o mișcare schimbătoare. Aceste trei aspecte sunt explicate în moduri diferite de Lefebvre – simplificate în scopul prezentării lor: „*spațiul perceput*” (le perçu) al vieții sociale cotidiene și al percepției de bun simț, care îmbină acțiunea populară și perspectiva, dar este adesea ignorat în „*spațiul conceput*” profesional și teoretic (le conçu) al cartografilor, al planificatorilor urbani, sau a speculatorilor imobiliari. În fine, al treilea, raportat la persoană „care este pe deplin umană”, adică un „*spațiu trăit*” (le vécu) al imaginației, care a fost menținut în viață și accesibil prin artă și literatură. Această clasificare se consacră sub numele de *triada lui Lefebvre* (Hubbard și Kitchin, 2011).

Acest „al treilea” spațiu nu numai că transcende, dar are și puterea de a reconfigura echilibrul dintre „spațiul perceput” popular și „spațiul conceput”

oficial. Teoretizarea lui Lefebvre trebuie văzută și în latura ei militantistă, ca o critică materialistă marxistă a „cotidianității”, ca fiind o trăsătură distructivă a culturii moderne, a interacțiunii sociale și a mediului material, împotriva „mistificării”, împotriva banalității vieții de „métro-boulot-dodo” (o sintagmă ironică a vieții de zi cu zi „metrou-lucru-somn”) a navetistului suburban din zona Pariziană sau din orașele mari (Watkins, 2005).

3.2.11. Spațiul fluxurilor transnaționalizare/ globalizare/ locul redevine „spațiu”

Pe aceeași linie „spațiu – mod de producție”, într-o abordare a urbanității, Castells (2001) vorbește de un *spațiu al fluxurilor*. Producția înseamnă, în fond, *mișcarea conștientă orientată* pentru satisfacerea nevoilor. Deci produce mobilitate, adică fluxuri umane, materiale și chiar non-materiale, fluxuri de idei. Activitatea este localizată, dar se poate delocaliza și re-localiza.

Propunerea este de a merge dincolo de descrierea mecanismelor de interacțiune dintre activități și locații, pentru a descoperi legile structurale ale producției și funcționării formelor spațiale. Spațiul a ajuns să fie perceput ca o *reflectare directă a proceselor sociale*, idee exprimată de Castells în definiția sa asupra orașului: „o unitate rezidențială a forței de muncă și o unitate de consum colectiv care corespunde, într-o măsură mai mare sau mai mică, organizării cotidiene a unei părți a forței de muncă” (Castells, 2001). Astfel, orașul este interpretat ca un produs al intervenției statului, care oferă infrastructura necesară consumului colectiv – servicii, transport, locuințe – componente esențiale pentru reproducerea capitalului, dar pe care capitalul privat nu le poate furniza eficient. În acest sens, orașul devine un fel de „bun public” sau o infrastructură colectivă ce sprijină producția și dezvoltarea economică. Această viziune reia ideea clasică a spațiului ca un container al relațiilor sociale. În acord cu „sociologia fluidelor” (Urry, 2004), care pune accent pe mobilitate și schimbare, Castells argumentează că viața socială localizată este destabilizată de logica globală a capitalului în rețea – astfel, locurile fixe și semnificative (precum casa, orașul sau statul-națiune) sunt înlocuite treptat de spații dominate de viteză, circulație și fluxuri. Cu alte cuvinte, *locul este „anulat”* de spațiu.

Castells (1996) atrage atenția asupra proliferării proiectelor de construcții a-istorice și a-culturale în serie care subminează „relația semnificativă dintre societate și arhitectură”. Exemple: de la hoteluri internaționale, aeroporturi și supermarketuri, până la clădirile de birouri „postmoderne” care punctează orizontul orașelor lumii și care schimbă imagologia orașelor mari. Există multe dovezi care susțin ideea: în orice oraș central, pentru articularea fluxurilor financiare globale putem găsi multe locuri care prezintă un așa-numit *anonimat arhitectural* (Castells, 1996) (v.3.2.7 non-locul). Cu toate acestea, este de asemenea clar că spațiul locurilor nu a dispărut odată cu apariția societății-rețea. Orașele lumii au căpătat un atribut suplimentar: ele sunt noduri într-o rețea, dar sunt și locuri distincte în sine. Sau nu sunt doar niște noduri strategice în sistemul global, desprinse de regiunea lor și prinse în „spațiul fluxurilor”, ci sunt, de asemenea, „centre de înțelegere” de sine-stătătoare, al căror rol central în economia globală este să ofere *o funcție a mediului lor social și cultural*. De exemplu, Londra ca „poartă de acces” sau nod în rețelele de capital global, rămâne un loc puternic identificabil în ciuda deschiderii sale către lume (Thrift, 2003). La o scară diferită, nici spațiile pe care Castells le citează ca fiind non-locuri (mall-uri, aeroporturi, hoteluri etc.) nu sunt doar locuri de schimb de mărfuri omogenizate, de raționalizare și de translație a fluxurilor: acestea sunt, de asemenea, locuri încărcate emoțional de dorință și dezgust, de includere și excludere, de socialitate și familiaritate.

Dar Castells mai acoperă un fapt interesant: găsește și o altă legătura spațiului cu modul de producție. Contradicțiile interne ale capitalismului se manifestă și la nivel spațial. În perioadele de criză economică, capitalul tinde să fie redirecționat dinspre producția imediată către investiții pe termen lung într-o așa-zisă *infrastructura geografică*. Această strategie, denumită de Harvey (2001) „soluție spațială”, permite absorbția capitalului excedentar și amânarea crizei. Totuși, aceste investiții fixe – odată realizate – pot deveni obstacole pentru acumularea viitoare, deoarece sunt dificil de adaptat, generând rigidități ce limitează flexibilitatea sistemului capitalist. Așa devin posibile non-locuri.

3.2.12. Spațiul Platou (Deleuze)

O abordare atipică (dacă putem numi așa filosofia) în siajul celor prezentate mai sus, dar necesară pentru o hartă completă a viziunilor de spațiu și loc în sociologie. Pentru că a considerat că *filosofii sunt responsabili de crearea conceptelor*, Deleuze a tratat conceptele ca *spații, teritorii și evenimente*. Deleuze a oferit o reconceptualizare profundă a spațiului și timpului (Deleuze și Guatri, 1987; 1994). „Evenimentul” deleuzian este foarte departe de noțiunea comună de ceva care este pur și simplu prezent la îndemână și pe deplin dat (ceea ce Derrida numește „metafizica prezenței”). *Mai degrabă decât un acum de sine stătător care se întâmplă o dată și pentru totdeauna* la un moment dat, un eveniment este, de fapt, un *între timp* sau un *în-același-timp intempestiv: o devenire-multiplă*. Așadar, *spațiul-timp nu este format din puncte, ci din falduri* (Colebrook, 2002). Evenimentele sunt explozive: ele tulbură ceea ce pare a fi dat sau dau viață la ceea ce pare uzat. În înțeles comun, un eveniment nu este o chestiune de fapt; este extraordinar și irepetabil. Este o reiterare a unei concepții antice (Aristotel): trecutul nu există, a existat, viitorul nu există, încă, tot ce există este prezentul, dar a cărui graniță nu o putem stabili pentru că acel ceva imediat după, este deja viitor. Deci singurul reper stabil este clipa.

Deleuze a înțeles că *spațiul nu este o dimensiune de sine stătătoare, ci este o variabilă în funcție de timp*. Și atunci *dimensiunea corectă a unui eveniment ar fi spațiul-timp*. Adică ceea ce definește prin *platou* (Deleuze și Guatri, 1987) (Conti și Giaccaria, 2003). Conceptul de *platou* trebuie raportat nu numai la spațiu, ci și la corp. Corpurile se află simultan și întotdeauna deja în cadrul unei matrici de producere-producție-devenire. (Buchanan, 1997) De fapt, corpul însuși produce la fel de mult cum este produs de alte corpuri pe măsură ce călătorește în și din diverse platouri și stratificații. Aceste platouri și stratificații ar fi spațiile vieții ipostaze corpuri-spații segmentate de timp, deci platoul nu face altceva decât să introducă o dimensiune în plus, aceea a spațiului-timp – aproape de conceptualizarea *corpul blet* sau *rutine spațiu-timp* v.3.2.8)

Un „platou” este o regiune, o zonă de conexiuni și dezvoltare continuă fără vârfuri sau climaxuri. Termenul vine din etnologie, dar la Deleuze și Guattari devine o metaforă pentru modul în care gândirea și realitatea pot fi organizate *non-ierarhic, non-linear, multiplic, orizontal*. Platourile pot fi înțelese

ca *forme de organizare ale spațiului social* – comunități, mișcări, instituții care nu se conformează structurilor piramidale, ci funcționează prin alianțe, rețele, afinități (de exemplu activiștii LGBT – sunt conectați de o idee dar nu există ierarhii și centre spațiale. Platoul ca spațiu social non-liniar este asimilat unui așa-zis spațiu rizomatic, opus unui spațiu arborescent (ierarhizat). Gândirea se mișcă în acest spațiu ca pe un câmp deschis, conectând idei, oameni, spații fizice, instituții, fără un traseu prestabilit.

Iar societatea descrisă de Deleuze și Guatri (1987) ar fi o agregare de astfel de platouri suprapuse, dar și relaționate (Mille plateaux).

3.3. Fenomenologia spațiului. Spațiul perceput - practicat - trăit

3.3.1. Spațiul în relație cu comportamentul

Geografii comportamentali au susținut că spațiul nu este experimentat și înțeles în mod similar de către toți indivizii. S-a presupus că fiecare individ posedă potențial o înțelegere unică a mediului înconjurător și că această înțelegere este modelată de procesele mentale de colectare și organizare a informațiilor. În consecință, ar fi înșelătoare analiza *comportamentului spațial uman* în raport cu un mediu obiectiv, „real”. În schimb, ar fi mai utilă o abordare a variabilelor de comportament în analiza spațiului. Așa s-ar explica de ce comportamentul uman nu se potrivește cu tiparele anticipate uneori în modelele științei spațiale.

În esența sa, geografia comportamentală se bazează pe convingerea că puterea explicativă și înțelegerea conceptelor din științele sociale pot fi sporite prin încorporarea variabilelor comportamentale, alături de altele, într-un cadru comprehensiv trebuie să înțelegem modurile în care ființele umane ajung să înțeleagă lumea geografică în care trăiesc, iar o astfel de înțelegere este cel mai bine abordată de la nivelul „ființei umane individuale”. Ce ne interesează pe noi din această geografie este să înțelegem modul în care oamenii percep, memorează și folosesc spațiul, sau cum iau decizii legate de orientare, locuire, transport sau migrație. Cum se va vrea, spațiul este trăit și cunoscut diferit de fiecare individ, în funcție de experiență, vârstă, sex sau abilități. Așadar, nu doar caracteristicile fizice contează, ci

mai ales modul în care oamenii **experimentează** și **înțeleg** spațiul în viața lor de zi cu zi.

3.3.2. Spațiul trăit (relație cu corpul trăit și cu spațiul ca peisaj)

sentiment/ emoție/concept

Y fu Tuan realizează o analiză a legăturii dintre conștiința umană și structurile spațiale. De asemenea, își îndreaptă atenția către „exploatarea estetică” și maltratarea naturii tot în sensul determinării umanului prin spațiu (Tuan, 1986). De fapt, succesiv, întreaga sa opera este o explorare, o reflecție și mai apoi o rafinare consistentă a înțelegerii sale despre ceea ce înseamnă să fii „ființă în lume” (metafora corporală preluată de la Merleau-Ponty). Relațiile om-mediu sunt explicate ca fiind nu doar obiective și materiale, ci și afective și morale. Prin acest demers au fost extinse conceptele geografice dincolo de aspectul fizic, spre cel metafizic, etic și estetic. Tuan se revendică astfel cu o viziune *humboldt-iană*, după „eroul” său care, deși cunoscut în mod preponderent pentru explicarea lumii fizice, a fost printre primii care a folosit pictura și poezia peisajului pentru a extinde gama experienței geografice la sentiment, emoție și concept (Tuan, 1998). Tocmai pentru această inserare fenomenologică în geografia umană, va rămâne unul dintre cei mai cunoscuți geografi în afara disciplinei sale de origine, pentru încercarea de a explica modul în care apar, se mențin și se schimbă anumite modele sociale, economice și spațiale prin relațiile generate între ființele umane (indivizi și culturi) și mediul lor (natură și loc), atât din punct de vedere material, cât mai ales emoțional și spiritual. Bazându-se pe filozofiile existențiale și fenomenologice, Tuan (1998) a explorat modul în care suntem sau devenim ființe în lume, iar pentru el a fost esențială stabilirea semnificației acestei existențe spațiale și sociale, așa cum este ea stabilită în diferite momente și în diferite culturi.

Cultura este o formă de evadare față de natura umană: de exemplu, acasă presupune construirea unui mediu de adăpost față de intemperii, apoi existența normelor care ne scot din natura animalică. Cultura este despre cum putem evada din starea noastră naturală de a fi. *„Tuturor ne place să fim speciali. Cu toate acestea, la un nivel profund, a fi special sau unic este intolerabil. Aceasta duce la deconectare, singurătate și vulnerabilitate. Scufundarea sinelui într-un grup, evadând astfel din propria singularitate, fragilitate și deschidere la schimbare,*

este o nevoie umană imperioasă. Multe lucruri bune, dar și multă tristețe și răutate, apar din nevoia de conectare." (Tuan, 1998)

Toate formele de cultură sunt forme de „escapism” (Tuan, 1998). De exemplu, parcurile tematice sunt forme de joc care ne mută în ritualuri din afara stării naturale. De la exuberanță la aspectele serioase trecem prin parcurgerea între spații. În acest sens există categorii de spații cu diverse destinații de consum (spații culturale – așa cum le prezintă Tuan). Și aici poate fi încadrat și acel *nou spațiu terapeutic* (v. 5.2.1). Dar reținem și ideea care sprijină teoria existenței spațiului referențial – faptul că alegem între spații în funcție de un interes și o dorință de refugiu sau de activitate.

3.3.3. Spațiul terț (al treilea spațiu) (Soja)

Edward Soja, un alt mare nume din constelația „spatial turn”, catalogat însă pe un spectru de la post-modernist la marxist, chiar mistic, propune o clasificare mai inedită a spațiului, după un grad de abstractizare al științei. Soja „vede” trei spații urbane: Firstspace, Secondspace și Thirdspace (Soja, 1996). *Primul spațiu* este cel **fizic construit**, care poate fi cartografiat, măsurat în mod cuantificabil și „văzut” (perceput cu simțurile) în lumea reală. El face obiectul planificării, al deciziilor politice și al schimbărilor urbane. *Al doilea spațiu* este **spațiul conceptual** – modul în care este imaginat și construit acest spațiu în mintea oamenilor care îl locuiesc. Este un produs normelor sociale care determină modul în care oamenii ar putea acționa sau se pot comporta în acel spațiu, dar și al strategiilor de marketing sau de modelare și manipulare. *Spațiul al treilea* este **și real, și imaginar, spațiul trăit**, modul în care oamenii trăiesc și experimentează efectiv spațiul urban respectiv. Este vorba de *acțiunea în spațiul real – primul spațiu, pusă în practică prin intermediul așteptărilor celui de-al doilea spațiu*. Pentru Soja, **al treilea spațiu** este *spațiul privilegiat al analizei*, deși chiar și din analiza lui rămâne un termen alunecos. Totul se întâlnește în acest al treilea spațiu: subiectivitatea și obiectivitatea, abstractul și concretul, realul și imaginarul, cognoscibilul și inimaginabilul, repetitivul și diferențialul, structura și agenția, mintea și corpul, conștiința și inconștientul, disciplinarul și transdisciplinarul, viața cotidiană și istoria nesfârșită (Soja, 1996).

Soja construiește **Spațiul terț** pornind de la trialectica spațială stabilită de Henri Lefebvre în *The Production of Space* (1991) și de la conceptul

de heterotopie al lui Michel Foucault (1971, 1984). În dorința sa de a sublinia cât de nou este „postmodernismul său radical” Soja (1996) pare să se dez-ancoreze complet de orice tradiție intelectuală stabilită. Acest lucru îl obligă să lucreze la un nivel de abstractizare care subminează unele dintre cele mai productive și interesante elemente ale argumentului său. Soja prezintă și redenumeste o serie de trasee prin ceea ce el definește ca *postmetropola*: noile spații de industrializare și exploatare economică: „*metropola industrială postfordistă*” care ar reprezenta tranziția de la orașul industrial clasic (organizat în jurul fabricilor și muncii fizice) la un oraș în care industria este flexibilă, dispersată și profund conectată cu economia globală. Este vorba despre un oraș al **flexibilizării muncii**, al **zonelor economice speciale**, al **outsourcing-ului** și **restructurărilor spațiale** dictate de piață; orașul întors pe dos: „*exopolisul*” – desemnează extinderea haotică și descentralizată a orașului în exterior, către periferii. Nu mai există un centru clar și nici o logică coerentă de organizare urbană. Orașul se diluează în suburbii, malluri, parcuri industriale – un spațiu urban fără coerență, unde **centrul și marginea își pierd sensul**; orașul remodelat de globalizare „*cosmopolisul*” – un oraș conectat la rețele transnaționale de capital, informație și cultură. Definitiv pentru acest tip de oraș: diversitatea etnică, migrații și cultura transnațională. Este orașul hiperconectat, unde elitele circulă liber, iar brandingul urban devine parte din competiția globală; orașul socialității multiple și divizate „*orașul fractal*” – descrie orașul social fragmentat, unde coexistă lumi sociale paralele care rareori se întâlnesc. Bogăția și sărăcia, localnicii și migrații, clasele sociale sau culturile urbane trăiesc în proximități spațiale, dar în segregări simbolice și reale – un urbanism al diferenței și discontinuității; orașul privatizat și igienizat „*arhipelagul carceral*” – orașul în care spațiul public este controlat, monitorizat, privatizat. Cartierele închise (gated communities), zonele video-supravegheate, centrele comerciale hiperreglementate și strategiile anti-loitering sunt expresii ale **securizării și igienizării urbane**. Este o urbanitate care izolează, clasifică și supraveghează; și, în fine spațiile de simulare urbană „*simcities*” – orașele simulacru – spații construite pentru a imita, a distra sau a crea impresii artificiale: parcuri tematice, mall-uri tematizate, reconstituiri istorice sau spații „instagramabile”. Acestea sunt expresii ale consumului spațiului ca spectacol, unde trăirea autentică e înlocuită de simulare și reprezentare. Toate aceste forme coexistă în postmetropolă, conturând un

peisaj urban în care spațiul devine un produs al contradicțiilor: între deschidere și izolare, între global și local, între autentic și simulat. Soja ne invită să vedem orașul nu doar ca o entitate fizică, ci ca o experiență trăită, fragmentată, politizată și construită în straturi. Acestea, luate împreună și combinate cu încercarea lui Soja din primele capitole din *Postmetropolis* (2000), de a schița o explicație geo-istorică a importanței aglomerației urbane pentru întreaga dezvoltare socială, aceste relații oferă unele dintre cele mai cuprinzătoare și mai îndrăznețe încercări de a rezuma și interpreta ceea ce se întâmplă cu peisajul urban occidental în ultimele decenii.

Rezumând, Soja de fapt nu ne oferă o teoretizarea a spațiului din perspectiva socială cum am căutat în descrierea celorlalte concepte, dar este utilă această abordare speculativă de proiecție a unei posibile distribuții urbane. Ca abordare se aseamănă cu povestea corpului fără organe a lui Deleuze și Guattari.

3.3.4. Spațiul capital social (Bourdieu)

Așa cum știm, în viziunea lui Bourdieu (1986), capitalul ar ține de resursele distribuite în corpul social. Capitalul este deci o formă asimilabilă și materialităților, deci și spațiului și obiectelor. Evident, cea mai explicită formă de capital este cel economic, exprimat, sau cu posibilitate de exprimare directă în valoare monetară. Dar Bourdieu înțelege că formele capitalului pot deveni și mai subtile și enunță noțiunea de *capital cultural* – ca valoare de schimb a formelor de cultură acumulate – în fond, capitalul e acumularea, iar formele acumulării sunt diverse – că la nivel reduționist ele pot fi traduse monetar este o altă discuție. *Capitalul cultural* este mai puțin raționalizat decât cel economic, dar totuși este o formă instituționalizată. De exemplu, sistemul de educație distribuie capitalul cultural. Capitalul cultural se poate descompune în capital simbolic – statusul și recunoașterea și capital social – ținut de conexiuni, rețele. Spațiul participă (doar) ca ingredient sau ca determinant în toată această metamorfoză. Statul de capital cultural este dat de înzestrarea spațiului cu alte forme de acumulare (tot capitaluri). Sau capitalul cultural poate fi reprezentat de *gusturi, stiluri de viață și forme de consum simbolic* – se exprimă și se reproduce în mod clar în spațiul urban. Spațiul locuit reflectă poziția individului în câmpul social și devine un semn vizibil al capitalului acumulat. Alegerea unui cartier, frecventarea anumitor locuri sau modul

în care este mobilată o locuință nu sunt simple preferințe practice, ci gesturi simbolice care exprimă distincție și apartenență de clasă. Astfel, spațiul trăit devine o extensie a gustului și o formă de afirmare culturală.

Orașul este stratificat simbolic, la fel ca societatea. Accesul la anumite zone, spații culturale sau „cartiere bune” este adesea determinat de capitalul cultural, nu doar de cel economic. Grupurile privilegiate cultural pot resemnifica și valorifica spațiul – un proces vizibil în fenomene precum gentrificarea –, transformând zone marginale în spații „autentice”, „creative”, potrivite cu propriile gusturi. Spațiul este și un teren de luptă simbolică, în care se negociază și se afirmă statutul social.

3.3.5. Dimensiunea spațială a habitusului & Spațiul „Câmp” (Bourdieu)

Așa cum am precizat la subcapitolul dedicat habitusului (v.2.3.8) de la conceptele corporalității, acesta are și conotații legate de spațiu sau loc. Habitusul poate fi extrapolat de la o „practică a locului” la forme de împărțire colectivă de simț practic comun care se asimilează prin socializare, deci se distribuie întregii comunități. Habitus este *loc* pentru că este *structură* pentru că este „*hartă cognitivă*” (toate sunt denumiri alternative date de Bourdieu) care pot fi atribuite și individului (corpului) dar și spațiului-loc. Habitusul este produsul activ al condițiilor sociale anterioare și, în același timp, principiul generator al practicilor și reprezentărilor care îi permit individului să construiască strategii anticipative.

Acestea, plus referințele la *habitusul de clasă*, *habitus cultural* și alte forme, fac din habitus un concept spațial(izat). Clasa socială ar fi dată de nivelurile la diversele forme de capital pe care le posedă individul, pentru că individul poate alterna formele de capital sau le poate converti pe unele în altele, putem deduce că individul poate glisa și între clase (Bourdieu, 1986) (Din nou, acesta este un argument pentru teoria propusă de noi a *corpului avatar* glisând între *spații referențiale*).

Apoi, identitatea locală sau cea de clasă se naște prin asociere cu celălalt, de exemplu, gemenii au câteva particularități ale identității (ei se definesc și prin asemănare unul cu celălalt, prin a fi „împreună” sau a fi „în apropiere”. Sau orice altă proximitate de natură fizică poate determina, dacă nu este deja predeterminată, o asociere prin status. Acest fapt ne arată ce important

este spațiul pentru identitatea noastră, pentru că el poate seta aceste caracteristici de apropiere sau de a fi împreună între oameni.

Spațiul este liant de taxonomizare. Ne raliem la o identitate prin habitus și prin proximitate, adică prin loc. De altfel, oarecum contradictoriu Bourdieu distinge și noțiunea de „spațiu social” pentru a marca aceste proximități diferențiate de cele ale spațiului geografic. În această viziune, grupurile sociale se formează și se distribuie în „spațiul social”. Dar este clar că el intenționează ca acest concept să fie înțeles în mod euristic ca un spațiu „în gândire” („lumea socială poate fi reprezentată ca un spațiu”) (Bourdieu, 1985), și nu imediat traductibil în ceea ce el numește „spațiu geografic” de care spațiul social ar trebui să fie clar distins: „Putem compara spațiul social cu un spațiu geografic în cadrul căruia sunt împărțite regiunile. Dar acest spațiu [social] este construit în așa fel încât, cu cât agenții, grupurile sau instituțiile care se află în el sunt mai apropiate, cu atât mai multe proprietăți comune au; iar cu cât sunt mai îndepărtate, cu atât mai puține. Distanțele spațiale – pe hârtie – coincid cu distanțele sociale. Nu este cazul în spațiul real”. (Bourdieu, 1989)

Când se referă la habitus, Bourdieu leagă practicile sociale de cultură, structură, și putere, adică de un status cultural împământenit (Swartz, 1997). Habitusul nu se naște în corp, ci este asimilat de corp dintr-un spațiu exterior. Ca și cum habitusul ar fi o caracteristică flotantă a spațiului, ca o „schemă mentală” sau un „cadru organizat de percepții” (o structură structurantă). Habitusul îl predispune pe individ să urmeze o anumită linie de comportament, spre deosebire de altele care ar putea fi alese. Aceste percepții sunt dezvoltate, modelate și menținute în memorie și în habitus prin socializare, experiență și realitatea circumstanțelor de clasă, adică într-un mediu fixat local (Bourdieu, 1990). În timp ce comportamentul selectat poate fi contrar așteptărilor normative ale locului și modurilor obișnuite de a acționa, alegerile comportamentale sunt, de obicei, compatibile cu dispozițiile și normele unui anumit grup, clasă, sau a societății în general; prin urmare, oamenii au tendința de a acționa în moduri previzibile și obișnuite, chiar dacă au capacitatea de a alege altfel. Prin percepție selectivă, habitus-ul ajustează aspirațiile și așteptările la „categoriile de probabilitate” care impun limite asupra potențialului de acțiune și a formei sale probabile.

Habitusul, ca practică a locului (schemă structurantă) este preluat și în operele exegeților lui Bourdieu, dezvoltându-și substanțial semantica. În geografia nereprezentatională a lui Thrift (2007), practica, simțul practic și „simțul jocului” nu pot fi niciodată pe deplin surprinse și reprezentate. În acest sens, Thrift modifică definiția lui Bourdieu numind practica ca mijloc de „a continua în lume”, un fel de cod al existenței. Într-o altă direcție, Tim Cresswell (1996), arată că „faptele geografice ale vieții” (loc, teritoriu, peisaj) sunt constitutive ale vieții sociale, deoarece acestea relaționează corpul cu spațiul prin intermediul habitusului. Iar Henri Lefebvre (1991) vede habitusul ca un fel de „loc” autentic, bogat din punct de vedere cultural, care rezistă la ceea ce numește el „spațiul abstract” al capitalismului.

În ultimii ani, conceptul de habitus a fost cel mai evident în analiza spațiului urban. O serie de studii de au folosit lucrările lui Bourdieu despre habitus pentru a explica schimbările socio-spațiale ale orașelor (Painter, 2000) (Zwartz și Zolberg, 2004) și, mai nou, transpoziționalitatea și alte caracteristici ale habitusului, așa cum au fost teoretizate de Bourdieu se constituie în instrument metodologic de analiză a diverselor forme de locuire, îngrijire medicală și sau alte practici sociale (Angus et al. 2005).

Dar Bourdieu alătură habitusului în arealul spațialității, mult mai rafinat, noțiunea de *câmp*. Am arătat cum la Bourdieu, spațiul geografic tinde să fie văzut exclusiv în termeni de *distribuții, distanțe și aranjamente*. Această viziune limitată a spațiului afectează și metafora sa privind „spațiul social”. Poate acest neajuns chiar a născut ideea de câmp (Painter, 2000). Câmpurile sunt tot „spații sociale” de referință ale vieții (ghilimelele semnalează că pot fi și abstracte). Capitalul și clasa produc o diferențiere verticală a societății. Există și o *diferențiere orizontală în spații sociale discrete*, dar suprapuse. Diferențierea sau conturarea spațiilor sociale are legătură și cu ierarhiile pe verticală dar și verticalul are și o desfășurare pe orizontală. În acest sens, Bourdieu (1986) introduce noțiunea de *câmp* = *spații sociale orizontale cu care se intersectează diferențierea pe verticală a claselor*. Un câmp este un *spațiu social cu poziții inter-relaționate și diferențiate vertical*. De asemenea, un câmp este o zonă/domeniu de interacțiuni sociale ținute împreună de o „miză”, cum ar fi definirea unei reguli legitime, a bunului gust, a cunoștințelor economice utile sau a unei bune vieți de familie. *Câmpurile organizează relația dintre elementele din câmp așa cum gravitația organizează relația dintre corpurile*

fizice și amplasarea lor în spațiu. De exemplu, un câmp este *piața* în care agenții se joacă. *Academicul* e alt câmp. *Medicalul* este și el câmp, etc. Și „*familia*” poate fi conceptualizată ca un „câmp” social (Bourdieu, 1993). Susținută de relații de putere care se definesc în funcție de distribuția de diferite tipuri de „capital”, aceasta reprezintă un spațiu social în cadrul căruia copiii sunt încurajați să dezvolte diverse forme de „habitus”.

Utilizarea câmpurilor pentru a studia lumea socială înseamnă a recunoaște că această lume este foarte diferențiată. Fiecare câmp își dezvoltă propria logică distinctă, care este vitală pentru înțelegerea aceluia aspect specific al vieții sociale. Un câmp poate fi extrem de variat în ceea ce privește domeniul de aplicare și amploarea. Familie, comunitate, localitate, o piață, o organizație, o categorie profesională pot fi conceptualizate drept câmpuri, cu condiția să își dezvolte *propria logică de organizare în jurul unei mize*. Fiecare domeniu este marcat de propria sa înțelegere (doxa) a lumii, considerată ca fiind de la sine înțeleasă, de reguli implicite și explicite de comportament și de propria sa evaluare a ceea ce conferă putere cuiva; aceasta este ceea ce contează drept „capital”. Iluzia câmpului face ca relațiile de putere rezultate să pară invizibile, naturale sau inevitabile. Deci logica câmpului este determinată de chiar percepția sau construirea percepției despre câmp. Ea maschează și estompează puterea și, astfel, reduce rezistența (Bourdieu, 2020).

Ideea de a se referi la *subansambluri de interacțiune socială* ca la „câmpuri” este împrumutată din fizică și psihologia socială. Ideea este de a surprinde logica și regulile de joc dintr-un anumit *domeniu* care afectează totul în cadrul acestui domeniu. Câmpurile sunt „magnetice” pentru că atrag și organizează interacțiunea socială. Modificările în această forță magnetică sau în logica câmpului au reverberații în întregul câmp; ele afectează toți actorii din câmp. Prin urmare, cauzalitatea poate fi la „distanță”. Pe scurt, *un câmp este o logică de organizare în jurul unei „mize”*, vizibilă prin efectele sale și care îi domină pe toți cei interesați de miza în cauză, indiferent dacă sunt sau nu conștienți de participarea la câmp și/sau dacă sunt sau nu implicați activ în lupta pentru definirea acelei mize.

Totuși dincolo de miză care devine subiectul „câmpului” sau motivația intrinsecă, tot vocabularul său descriptiv îl consacră ca fiind un concept al spațiului. Este ca un protocol procedural, dar are mai mult o conotație

spațială de aranjare și amplasare a elementelor constitutive. Principiul dinamicii unui câmp rezidă *în forma structurii sale* și, în special, în *distanța*, decalajele, asimetriile dintre forțele care se confruntă. Ca *spațiu de forțe potențiale sau active*, câmpul este, de asemenea, un *câmp* de lupte care vizează păstrarea sau transformarea *configurației* acestor forțe. Strategiile indivizilor depind de poziția lor în câmp, adică în *distribuția* capitalului specific, și de percepția pe care o au asupra câmpului în funcție de punctul de vedere pe care îl au asupra câmpului. (Bourdieu și Wacquant, 1992)

„Analiza câmpului” cuprinde, o „cartografiere a pozițiilor din câmp”. Aceasta este o cale de acces la înțelegerea efectelor câmpului. Pentru a realiza această cartografiere, este esențial să se înțeleagă ce contează pentru acel câmp (miza) – capitalul/forma capitalului – (resursele sale capital, fie el economic, cultural, social sau simbolic) – și cine îl deține. Plasarea persoanelor sau organizațiilor dintr-un domeniu pe o hartă, în funcție de capitalul de care dispun deschide calea pentru o analiză a modului în care acestea relaționează între ele. De exemplu, capitalul politic în câmpul politic, capitalul intelectual în câmpul intelectual etc. Șansele de a capta acest capital specific depind de volumul de capital „de bază” pe care agentul îl posedă (economic, cultural, social și simbolic) și sunt în funcție și de o *rată de convertibilitate*. De exemplu, capitalul cultural este convertibil în capital intelectual, dar mai puțin convertibil în capital economic.

Și, de asemenea, este implicată și analiza „capitalului încorporat” și a habitus-ului. Relația dintre habitus și câmp este un proces cu două sensuri: este o relație de condiționare, în care câmpul structurează habitusul, și este, de asemenea, o relație de cunoaștere, în care habitusul ajută la constituirea câmpului ca o lume care este înzestrată cu sens și valoare. Habitusul reacționează la solicitările câmpului într-o manieră sistematică. În timp ce câmpul este starea obiectivată a procesului istoric, habitusul este starea întruchipată (Swartz, 1997). Habitusul colectiv individualizat (asimilat la nivel individual) acționează asemenea unei „structuri profunde” așa cum o numea Chomsky, mai puțin faptul că structura profundă este antropologic invariabilă în vreme ce habitusul este construit istoric implicit social variabil. Habitusul este raționalitate practică adaptată (imanentă) într-un sistem istoric de relații sociale (adică particular unui câmp definit) adică specific locului (Swartz,

1997). Cu alte cuvinte, habitusul este determinat de setul de întrupări (ipostaze) specific câmpului (adică locului, spațiului).

Cum plastic spune tot Bourdieu (1990) există o *complicitate ontologică între habitus și câmpul social* sau habitusul poate fi inventiv și creativ, dar în limitele structurilor sociale sedimentare care îl produc. Cât privește legătura habitus-capital – capitalul fiind valoare de schimb este un factor al habitusului, dar capitalul ține de trăirea spațiului. Spațiul este valorizat și el în funcție de o înzestrare cu capital. În schimb, clasa socială rezultat al capitalului determină condițiile habitusului. Valoarea capitalului este estimată prin habitus. Producția de capital depinde de nivelul habitusului.

3.3.6. Heterotopia / Spațiul disciplinar / Clinicul/ Panopticum (Foucault)

Cu toate că am asumat o țintire mai degrabă pe concepte și nu pe autori, și de data aceasta (ca și în cazul precedent – Bourdieu) vom reuni mai multe concepte sub evocarea unui autor, pentru că unele dintre ele sunt atât de indisolubil legate de fondator încât, practic a vorbi despre cineva echivalează cu a vorbi despre acel ceva asociat acelui cineva.

În mod oarecum ironic, Foucault nu s-a aplecat sistematic asupra temelor spațiului și arhitecturii, dar ambele sunt aspecte inseparabile ale anchetelor sale. Considerațiile sale, fie ele și colaterale despre spațiu, au fost suficiente de puternice pentru ca, în timp să fie considerate contribuție la emergența celui menționat *spatial turn* în disciplinele umaniste (Guldi, 2011). Astăzi Foucault este recunoscut drept un autor cel puțin la fel de important ca Henri Lefebvre pe acest subiect (fapt proclamat de Soja, 2009 el însuși un autor marcant în domeniul spațialității). Și, de asemenea, este recunoscut ca fondator al *geo-epistemologiei* (Grbin, 2015).

Opiniile lui Foucault asupra spațiului se regăsesc în citate și interpretări din multe lucrări sau discursuri publice: (*Birth of the Clinic*, *Discipline and Punish* și *Of other spaces*, *Utopia and Heterotopia* – n.n am folosit denumirile în engleză după bibliografia disponibilă). Practic, toate aceste opere definesc, chiar din titlu, referința la spațialitate, chiar dacă ele, proclamat, se adresează altei sfere sociologice. Din aceste lucrări putem explicita cel puțin trei sub-concepte: *cunoașterea spațiului*, *cunoașterea spațializată* și *producerea spațiului*, toate fiind cu referință în multe instituții importante ale modernității

– clinici, închisori, fabrici, săli de clasă, precum și știință modernă și urbanism. Urmărim mai multe aspecte: relațiile de putere (articularea și implementarea puterii), dar și noțiuni perfect conturate ca heterotopia, panopticum etc.)

Foucault este interesat de cum structurile externe, precum instituțiile de putere produc subiect de cunoaștere sau, altfel spus, „condițiile posibilității” (Foucault, 1971/ 2002). De exemplu, *heterotopia* este un concept elaborat pentru a descrie anumite tipuri de culturi instituționale și discursive care sunt cumva „altere” (reprezintă sau generează o alteritate) prin raportare la spațiile obișnuite de viață, chiar dacă sunt spații referențiale percepute într-o măsură și fără a fi experiențiale au o construcție socială „externă”: deranjant, intens, incompatibil, contradictoriu sau transformator. Heterotopiile sunt lumi în lumi (Foucault, 1971, 1984) care oglindesc și totodată bulversează ceea ce este în exteriorul lor. Foucault oferă exemple: nave, cimitire, baruri, bordeluri, închisori, grădini ale antichității, târguri, băi musulmane și multe altele. Adică lumi a căror sens are o percepție practic construită în afara lor de către lumea externă, fără a exclude un sens interior.

Heterotopiile sunt locuri de „dincolo” de toate locurile, care exced spațiul uzual, care au o delimitare dinspre exterior – precum ghetourile (și ele heterotopii) „un fel de utopie efectiv promulgată, oficializată”. În heterotopii, toate celelalte locuri își găsesc reprezentarea, contestarea sau „răsturnarea mitică” și reală; sunt locuri care, spre deosebire de utopii, nu exclud posibilitatea unei localizări precise. Ce este important, este că aceste heterotopii mențin înregimentarea individului în disciplina lor discursivă, îl normează după chipul lor (Foucault, 1984).

Heterotopiile sunt amplasamente specifice, cel mai adesea dezvoltate în orașele moderne; de aici, relația strânsă dintre *heterotopologie* și *arhitectură*. Arhitectura ajută sau consimte la crearea heterotopiilor (de exemplu, Panopticum-ul, sau alte soluții arhitecturale la idei de reglementare socială sau de îndeplinire a unor funcțiuni). Acesta este motivul pentru care gândirea heterotopică este atât de puternic marcată de spațialitate. *Heterotopologia* ca nouă abordare, relevă rolul important al locului în procesele de gândire. (Dehaene și De Cauter, 2008).

Amenajarea spațială este crucială în influențarea modului în care înțelegem și experimentăm un anumit loc. De exemplu, un parc de distracții (heterotopie) ne permite să ne întoarcem în copilărie; este un loc al experiențelor pozitive

și fără griji. Sau un parc de distracții abandonat și distrus trezește sentimente melancolice de tranzitivitate, ne amintește că bucuria este un fenomen efemer; poate oferi chiar un decor excelent pentru scene de groază. Există o infinitate de heterotopii, scrie Foucault: ceea ce pentru unii este un loc unidimensional, pentru alții poate fi o sursă de ambiguitate, de anxietate absolută sau de încântare. Utopiile sunt universale din acest punct de vedere, în timp ce heterotopiile tind să fie de partea ambiguității, a creativității și, adesea, a absurdului (Crampton și Elden, 2007). Foucault introduce, spre edificare, mai multe motive heterotopice: un cimitir care, prin geografia și topografia sa, dezvăluie dimensiunea transcendenței, coloniile de peste mări din secolele al XVI-lea și al XVII-lea în care s-a încercat construirea unei noi ordini sociale și politice perfecte; un motel american de pe marginea drumului, în care se călătorește cu mașina împreună cu un iubit și unde nevoile sexuale inacceptabile din punct de vedere social își găsesc atât refugiu, cât și satisfacție; muzee și biblioteci, unde într-un spațiu limitat din punct de vedere arhitectural există o acumulare nelimitată de timp, etc. Heterotopiile pot fi o grădină minunată care oferă timp și loc necontaminat de rău, urât și imperfecțiune. O heterotopie poate fi, în cele din urmă, o saună scandinavă și un hammam musulman, un loc de purificare excepțională, care probabil că nu se limitează doar la igiena corporală (Foucault, 1984).

Iar prin aceste exemple ne este revelată și relația dintre heterotopie și corp. Heterotopiile determină întrupări, adaptări corporale, disciplinare. Altminteri, însăși noțiunea de „heterotopie” provine din dicționarul medical și înseamnă: „o afecțiune în care un țesut normal este greșit amplasat, se întâmplă în special în creier, unde mase de materie cenușie se găsesc într-o materie albă” adică o anomalie în raport cu normalul (wikipedia.org).

O altă dimensiune subtilă a spațiului foucauldian se referă la *disciplină* și la controlul puterii, adică la acea capacitate a spațiului de a determina comportamentul uman prin însăși configurația lui de *spațiu disciplinar*. Așa cum le descrie în cărțile sale, și clinicul, și închisoarea/panopticumul (Foucault, 1975, 1979) sunt noțiuni exemple concrete, spații reale, care dincolo de o configurație de caracteristici, *determină viața și în afara spațiului construit cu această destinație*. Cu alte cuvinte, caracteristicile spațiului disciplinar exced spațiul fizic, localizat portând noțiunea (de exemplu, de clinic sau de panopticum) oriunde caracteristicile lor pot fi manifeste. Panopticumul,

cu aranjamentele sale spațiale interne care permit o (amenințare de) inspecție constantă, o supraveghere care îi captează pe deținuți într-un câmp general de vizibilitate, îndemnându-i în același timp să convertească ochiul extern al turnului de inspecție în ochiul intern al conștiinței (Crampton și Elden, 2007), nu este surprinzător faptul că mulți au găsit aici chei pentru a debloca mecanismele mai largi ale puterii disciplinare de-a lungul modernității. *Puterea constrângătoare se auto-impune doar prin existența posibilității supravegherii generată de spațiu.* Autocenzură: când știi că ești supravegheat, nu faci ce ai în intenție să faci. Diana Gordon (Body-Gendrot, 2000) observă cum un *panopticum electronic* se infiltrează deja în interiorul orașului, chiar dincolo de zidurile închisorii. Odată cu prezența supraveghetorilor, a centrelor de tratare a drogurilor, a caselor de reabilitare și a altor „cvasi-închisori” în interiorul orașului, succesul acestor noi tehnici de supraveghere poate produce un sistem de justiție penală mai puțin costisitor, care va face ca o strategie de excludere a săracilor să fie mai acceptabilă din punct de vedere politic. Dealtfel, însăși eliberarea condiționată (mai ales cea cu brățară, care exercită controlul și fizic) este o formă de extensie a spațiului disciplinar în afara incintei lui propriu zise. Chiar denumirea de eliberare condiționată traduce explicit ideea unei non-eliberări ci a continuării pedepsei într-un spațiu mai larg. Astfel, sistemul de justiție penală poate fi mutat sau extins datorită tehnologiei către spațiile non-penale, prin aceste practici (etichetarea electronică și ordinele de comportament care limitează circulația în spațiile comunitare) (McGrath și Ravey, 2013).

Și Gilles Deleuze (1992) vorbește despre portabilitatea spațiului disciplinar, argumentând că „incintele” disciplinarului descrise de Foucault (1977), cum ar fi închisoarea, azilul și școala erau în proces de a fi înlocuite de sisteme caracterizate prin mecanisme de control disipate și continue, fără a se limita la anumite situri sau perioade de timp. Prin urmare, educația poate fi extinsă de la „școală” într-un proces continuu de „învățare pe tot parcursul vieții” (nu mai este școala – spațiul de constrângere, ci individul preia „spațiul” ca o caracteristică individuală) sau poartă caracteristica spațiului cu el, pe mai multe amplasamente ca pe o responsabilitate individuală pentru perfecționare constantă.

La fel și locurile destinate îngrijirii sănătății și, în special, secțiile spitalelor sunt în pericol de a fi ignorate datorită, poate, unei prevalențe a

discursurilor utopice ale comunității medicale care susține că nu contează în ce spațiu are loc îngrijirea. Spațiul fizic al spitalelor se transformă într-un spațiu mental, adică saturat de imaginație, emoții și atitudini ce se formează ca urmare a acestor interacțiuni (Mackiewicz, 2020). Acestea determină sau sunt ceea ce numim *clinic în sine*, dincolo de spital. Pacientul va fi constrâns de ideea de spital și în afara lui. De fapt, aceste site-uri de utilizare a serviciilor pot fi înțelese acționând ca „heterotopii”, pentru că în ele se derulează practici de control, de supraveghere, monitorizare și gestionare a riscurilor o subiectivitate stigmatizată. Este și motivația pentru care unele activități din spital se sugerează a fi mutate acasă în spații mai prietenoase pentru produce o poziție mai aderentă/ activă/ acceptativă a subiecților. Conceptul de heterotopie în acest context este folosit și ca o metaforă utilă – luării în considerare a inter-relației continue a spațiului și a subiectivității. Pe de altă parte, Illich vede în această mutare a spațiului medical către acasă nu ca pe o ameliorare a condiției pacientului, ci dimpotrivă, ca pe o denaturare sau contaminare a celorlalte spații: „îngrijirea sănătății devine un produs standardizat (deci transportabil, detașabil de spital), suferința este «spitalizată» casele devin inospitaliere pentru naștere, boală și moarte” (Illich, 1976).

Dovedind această putere de a difuza norma și constrângerea dincolo de o graniță fizică, Foucault demonstrează ceea ce el numește **puterea transformatoare a locului** (Foucault, 1977, Lawlor și Neil, 2014). Puterea aceasta de dominare dă impulsul și capacitatea de a defini ceea ce o cultură consideră un comportament normal și adecvat, corect și greșit, ceea ce este acceptabil sau inadecvat, ce ar trebui tolerat și ce nu ar trebui. Puterea de dominare creează sistemele de „normalitate” cu care indivizii trebuie să se conformeze pentru a fi „buni cetățeni”. De exemplu, normele și interdicțiile sau restricțiile unor locuri, aceste preferințe culturale particulare devin mai puțin politice și din ce în ce mai normale. Pe măsură ce trece timpul, aceste valori nu mai par un punct de vedere, ci devin înscrise în cursul natural al lucrurilor, ca un fel de „cărare” (v.3.2.8 – path dependency). Acest proces de *creare a ortodoxiei culturale* ajunge la zenit atunci când indivizii nu mai pot imagina nicio alternativă la valorile culturale cu care se conformează. Bourdieu (1984) numește această situație atingerea unei așa-numite „*doxa*” culturală când nimic nu mai iese din normal. A domina înseamnă

a defini: Ce nu/este ortodox, ce este „*out of place*”, ce este „normal”, „potrivit”, „adecvat”, „mainstream”, „corect” chiar „adevărat”.

Oarecum similar, și Soja introduce în analiza spațiului nuanța de *spațiu imaginat* (în același spațiu terț), (Soja, 1996), intuind ideea de normativitate și productivitate a spațiului. Oamenii au tendința de a predimensiona spațiul cu o „subiectivitate activă” adică cu un sens normativ, tradus în imagine și așteptări, inclusiv cu privire la poziția individului (corpului) în acel spațiu – întru(chi)pare. Deci oamenii construiesc (predetermină) un sens al spațiului dinaintea utilizării lui sau asociază un spațiu cu o normativitate chiar și în afara lui.

Conexat cu această distribuire puterii la nivel organic prin spațiu, Foucault a dezvoltat ulterior noțiunea de „guvernamentalitate” (Foucault, 1979), care cuprinde atât guvernarea populațiilor, prin care statele și religiile încearcă să controleze procesele vieții, nașterii și morții, cât și guvernarea indivizilor, în special în ceea ce privește comportamentul lor sexual și reproductiv de zi cu zi. Guvernamentalitatea definește un nou spațiu de gândire între domeniile eticii și politicii, a ceea ce s-ar putea numi „practici ale sinelui” și „practici de guvernare” pe care le împletește, fără a le reduce pe una la cealaltă.

Formă particulară a spațiului disciplinar: instituția totală

De la apariția Azilului lui Goffman, în (1961) consemnăm conceptualizarea „instituției totale” în lexiconul sociologic văzută ca un *loc de reședință și de muncă în care un număr mare de indivizi cu situații similare, izolați de societatea în general pentru o perioadă apreciabilă de timp, duc împreună un ciclu de viață închis, administrat în mod oficial* (Goffman, 1961). Deși studiul său s-a derulat în primul rând în ospicii/aziluri pentru pacienți de boli mintale, obiectivul său este de a înțelege „instituția totală” în general.

Ce remarcă Goffman de ajunge să numească acest tip de instituție, una totală: *cariera pacientului* este caracterizată de un *proces inevitabil de „umilințe, degradări, și profanări ale sinelui”*, care sunt însoțite de un sentiment de „ineficiență personală”, „eșec”, „autocompătimire” și o *tendință de „retragere socială”* (Goffman, 1961). Mecanismul principal prin care se realizează acest lucru este prin impunerea „rolului de deținut”. În limbajul lui Goffman, acest lucru implică un proces de „dezbrăcare” în care toate celelalte statusuri

și roluri sunt subordonate trăsăturii distinctive care l-a adus în instituție în primul rând. Individul trece printr-o serie de ceremonii de degradare, al căror scop este de a-l dezbrăca de identitatea sa anterioară și de a-i oferi o nouă identitate adecvată statutului său instituțional. Pentru ca organizația să funcționeze eficient, este necesar ca pacientul să recunoască și să se identifice cu condiția deviantă specifică tratată de instituție, destul de independent de condiția reală. O astfel de identificare va asigura cooperarea activă a pacientului în procesul de tratament.

Așadar, în centrul modelului general al instituțiilor totale se află *manipularea sistematică a identității de sine a subiectului*, și obstrucția la reconstrucția socială a sinelui care este inherentă procesului de a deveni „deținut” (ca statut, nu neapărat ca denumire). În contextul instituțiilor medicale, acest lucru implică adoptarea unei definiții a sinelui care este condiționată de rolul de pacient sau de bolnav. Deținuții pot încerca să respingă o astfel de etichetă, dar este în interesul personalului să discrediteze astfel de negări, condiționând confortul de o anumită cooperare așa încât pacientul să adopte în mod „perspicace” viziunea spitalului despre sine (Goffman, 1961). Până la urmă problema este una de management sau de „cultură organizațională”. Raționamentul unui astfel de proces este unul comun tuturor organizațiilor. După cum subliniază Perrow (2000) organizațiile caută în mod uniform să își standardizeze materia primă pentru a minimiza situațiile excepționale. Acesta este rostul proceselor de dezindividualizare întâlnite în academiile militare, mănăstiri sau închisori. Dar așa cum subliniază Goffman consecințele acestui tip de instituționalizare sunt devastatoare.

Tocmai în acest scop există instituții pentru bolnavi și persoane cu handicap. Când persoana este instituționalizată, experiența ei (de bolnav, deținut, etc.) devine mult *mai ușor de organizat în funcție de cerințele personalului*, deoarece persoana își pierde mobilitatea fizică și socială, este izolată de persoanele din propriul grup social, și nu dispune de informațiile de care ar avea nevoie pentru a-și asuma un rol activ în gestionarea situației sale. Astfel persoana este integrată în rutine administrative organizate pentru a permite personalului să lucreze în moduri pe care le consideră eficiente și convenabile. De fapt, numai atunci când este instituționalizat, bolnavul poate fi limitat la îndeplinirea unui singur rol – cel de pacient. Este important să recunoaștem că o astfel de analiză este, în esență, o extensie a abordării

de etichetare sau de reacție societală la devianță la studiul bolii și al comportamentului de boală. În cadrul acestei perspective ceea ce este important este imputarea devianței unui individ de către alții semnificativi. Dacă este sau nu „cu adevărat” deviant [de exemplu, bolnav] sau dacă are sau nu calități personale care îl motivează să fie deviant, nu are nicio importanță. Ceea ce este important este caracterul sistemului de control social care îl motivează să se considere deviant. (Freidson, 1970)

„Instituția totală reprezintă una dintre formele cele mai extreme ale reacției societății la boală. Individul, odată instituționalizat, nu poate face altceva decât să își joace rolul deviant, alegând doar să îl joace prost sau bine” (Freidson, 1970). Prin urmare, la un nivel social-psihologic, organizarea instituțională a bolii este în mod inerent iatrogenă; adică tratamentul devine cauza „bolii”. Adică instituția exacerbează sau atenuează consecințele social-psihologice ale bolii și ale handicapului. Sau, după cum spune Freidson (1970) (confirmând iatrogenia socială – Illich, 1976) „medicina creează posibilitățile sociale de a acționa ca bolnav.”

3.3.7. Spațiul excluziunii Sibley (corelat cu spațiul disciplinar)

Explorând modul în care procesele de delimitare socială și spațială separă anumite grupuri și indivizi de restul populației, *Geographies of Exclusion* a oferit o conceptualizare elegantă a excluziunii sociale și spațiale, demonstrând că însăși problematizarea apartenenței la un spațiu sau la un status, contribuie într-un mod important la modelarea spațiului social (Sibley, 1995)

Cu alte cuvinte, descoperim și un rol al psihicului în procesul socio-spațial. Meritele unei astfel de abordări sunt rezumate de Sibley astfel: în opinia lui, psihanaliza oferă un mod de a gândi relațiile sociale și relațiile cu lumea materială. Subconștientul este în mod cert conectat cu aspectele fenomenale și experiențele vieții, de exemplu, anxietățile și dorințele au legătură cu spațialitatea experienței umane. Ele se întâmplă în locuri și contexte. Sibley folosește teoria psihanalitică pentru a lega astfel căutarea ordinii spațiale de căutarea personală a certitudinii și a siguranței. Apoi observă că teoria psihanalitică „are o valoare considerabilă deoarece ne poate ajuta să înțelegem mai bine nu numai reprezentarea celorlalți, ci și propriile noastre sentimente propriile noastre insecurități despre diferență care ne afectează

practica profesională” (Sibley, 1995). Cercetările sale au vizat mai multe câmpuri: zona academică, relațiile intrafamiliale, etc focalizându-se pe diversele forme de opresiune de gen, rasială, intergenerațională. Rezultatul a fost un fel de cartografiere a naturii excluzive a geografiei constatând excluderile care afectează producția de cunoștințe academice sau relațiile de putere și de dominare de gen în familii. În lucrările privind „casa” acesta o identifică ca fiind un „loc al relațiilor de putere” prin evidențierea rolului căminului ca un loc important pentru negocierea relațiilor dintre copii și adulți.

Sibley arată cum ideile sunt profund afectate de contextele în care sunt produse. De exemplu, abordând excluziunea socială și a spațiului, face distincție între ceea ce el numește *familii poziționale* și *familii personalizante* (Sibley, 1995). În familiile poziționale, puterea este investită în funcții, de exemplu în cea de „tată”, în timp ce în familiile personalizante puterea este distribuită mai echitabil între membri. Sau în ce privește limitele de utilizare a timpului și a spațiului cercetările au argumentat că utilizarea spațiului și a timpului de către copii în familiile poziționale este puternic delimitată de un set de reguli rigide; în schimb, familiile personalizante sunt mai puțin constrânse de reguli arbitrare, iar copiilor li se oferă o voce mai mare în negocierea limitelor spațiale și temporale domestice. Sau studiind delimitarea spațiului domestic, constată că, de exemplu, copiii atunci când primesc propriul lor dormitor își însușesc, transformă și securizează limitele acestui spațiu pentru a-l face al lor, în comparație cu descrieri ale altor spații din casă în care copiii sunt supuși unui control parental mai mare. Astfel, el arată cum momentele activităților și împărțirea spațiului pot crea zone liminale în casă. Reflectând asupra tensiunilor domestice dintre adulți și copii cu privire la utilizarea diferitelor încăperi din casă, Sibley (1995) a concluzionat că acestea reprezintă o ciocnire între dorința adulților de a stabili ordine, regularitate și limite puternice și preferința copiilor pentru dezordine și limite slabe. Acest accent pus pe limite și segregare a reapărut în lucrările ulterioare, ca reflexie asupra sistemului penitenciar (van Hoven și Sibley, 2008), care explorează modul în care relațiile dintre ofițer și deținuți sunt modelate de geografia materială a închisorii (spațiul disciplinar și Panopticum). Observând că limitele slabe pot duce la anxietate cu privire la spațiul personal, ei concluzionează că relațiile de putere din cadrul închisorii sunt modelate la fel

de mult – dacă nu chiar mai mult – de relațiile interpersonale dintre deținuți, precum și de tehnologiile de supraveghere „panoptică”.

3.3.8. Spațiul politic

Numeroase abordări structuraliste și critice au susținut că locurile sunt entități complexe modelate de forțe instituționale și relații sociale, adesea opresive. De la literatura feministă și până la ce numim azi *progresism* și *corectitudine politică*, în metodologia științelor sociale este plin de lucrări care consacră ideea că *spațiul, mai ales locul, este instrument de oprinare și segregare între clase și categorii* (fie prin reglementări sociale directe, fie prin comportamente, migrații, poziționări, etc.) Aceste forme de militantism rămân în concepte relativ difuze, nedefinite și neclare. În geografia socială și culturală, pe de o parte, relațiile marxiste care explorează rolul culturii în crearea spațiilor de dominație și rezistență și, pe de altă parte, studiile peisagistice ale lui Carl Sauer pun accentul pe „place-making”. Lucrările lui Denis Cosgrove privind rolul peisajului în crearea de ordini sociale și culturale reprezintă un exemplu în acest sens (Anderson, 2010).

Spațiul ca limbaj și reprezentare

Într-un curent al așa-numitei „noi geografii culturale”, *Maps of Meaning* a lui Peter Jackson (1989), de exemplu, prezintă o perspectivă distinctă asupra politicii culturale a locului, punând accentul pe construcția discursivă a oamenilor și a locului prin intermediul limbajului. Raymond Williams vorbea înainte de limbajului spațializat (Williams, 1989).

Așa-numita Școală din Los Angeles (Michael Dear, Ed Soja, Michael Storper, Mike Davis ș.a.) a evidențiat importanța de a analiza simultan mecanismele materiale și discursurile de putere în înțelegerea spațiului (Hubbard și Kitchin, 2011). Semnificația locului este disputată pe tărâmul politicii culturale, fiind fundamentală în crearea (și refacerea) identității și a diferenței. Locul condiționează identitatea din punct de vedere politic.

De exemplu, chiar descriptiv, unele modalități de reprezentare a lumii (hărțile, atlasele și fotografiile aeriene) sunt, de fapt, parțiale, distorsionate și selective, oferind un anumit „mod de a vedea”: influența de construcție a hărților realizată de Brian Harley (1989), arată cum cartografia este implicată în crearea lumii, nu doar în reprezentarea ei. Această atenție acordată naturii

contingente a spațiului și a locului a problematizat, de asemenea, și distincțiile (binare) acceptate ca fiind de la sine înțelese care structurează adesea înțelegerile culturale ale lumii – de exemplu, distincția dintre sine și celălalt, aproape și departe, negru și alb, natură și cultură, etc. Sau alte dihotomii cum ar fi împărțirile spațiale ale lumii: cea nord-sud, care a glisat mai mult spre o versiune est-vest, în termenii unei opoziții între valorile orientale și cele occidentale, au arătat (în special prin scrierile lui Edward Said, 1978) că procesele geopolitice de putere și rezistență (inclusiv „terorismul global”) se bazează pe metaforele spațiale. Plasarea în zone de influență contribuie la asumarea de identități sau la o asumare politică a spațiului.

Spațiul prin relațiile de putere și structurare socială

Dacă geografii umaniști au dezvoltat o concepție substanțială asupra locului ca spațiu experimentat, simțit, în schimb, nu au spus nimic despre cum este implicată puterea în construcția, reproducerea și contestarea locurilor și a sensurilor lor. Umaniștii au rămas fie calați pe individual, fie, cel mult, au lucrat cu dimensiunea „universală”. Geografii, începând cu anii '80 (ai secolului XX), inspirați atât de umanism, cât și de abordările radicale ale marxismului, feminismului și poststructuralismului au început, să dezvolte o abordare critică a locului în care a căutat să remedieze această problemă.

Genul de loc organic, înrădăcinat și delimitat evocat de Heidegger a început să fie privit ca limitativ și exclusiv. Marxiștii, în special, au început să puncteze existența proceselor sociale (în special cele legate de relațiile capitaliste) care sunt implicate în construcția locului.

Se contestă întâi calitatea „naturală” a locului. Structura materială a unui loc este adesea rezultatul deciziilor luate de cei mai puternici pentru a-și servi scopurile. Cei mai mulți dintre indivizi, construim locuri pe o scară relativ mică. Semnificațiile asociate acestor locuri, în măsura în care sunt împărtășite, sunt asigurate prin puterea persoanelor care construiesc spațiul, clădirile și monumentele, de exemplu, cei care pun inscripții pe frontispicii sunt decidenții iar acele frontispicii produc normare, produc urme, asimilare colectivă. Spațiul și timpul sunt astfel construite social sau mai bine spus, reflectă relațiile sociale. O întrebare interesantă care poate fi pusă este: *prin ce procese sociale se construiește locul?* Adică prin ce mecanism se produce excluderea sau segregarea persoanelor și care sunt semnificațiile pe care

le reprezintă la nivel individual. Dacă abordările umaniste au evidențiat locul ca o dimensiune fundamentală și universală a existenței umane, capabilă să depășească identitățile și diviziunile sociale, noile perspective tratează locul într-un mod mai defensiv și reacționar. În această viziune, locul este revendicat de comunități sau clase ca un spațiu de apartenență amenințat din exterior, ceea ce duce la definirea identității locale prin opoziție și excludere. Astfel de abordări, după cum observă și David Harvey (2001), pot aluneca într-o preocupare excesivă pentru imagine, apelând la mituri romantice despre comunitate și autenticitate, mai degrabă decât la o înțelegere critică a realităților sociale.

Iată o ilustrare a acestor tensiuni prin conceptualizarea relativă a noțiunii de „acasă” (mai extins, spațiul locuirii). Pentru geografia umaniști, *acasă* este ideal – tipul de loc – locația în care semnificațiile și atașamentele sunt cele mai intense. Acasă este un centru al semnificațiilor profunde – un loc în care (într-o lume ideală) ne simțim în siguranță și iubiți sau în mediul cel mai natural cu putință, mediul în care comportamentul nu este restricționat în niciun fel de factorul social. Acasă este frecvent utilizat de geografi ca simbol pentru atașament universal. Dar pentru feminisți, *acasă* apare frecvent ca un spațiu al autorității patriarhale, adesea asociate cu forme de abuz, plictiseală și travaliu. Pentru alte forme de opresiune, casa este un loc asociat cu violența și abuzul asupra copiilor. Cu alte cuvinte, acasă și spațiul imediat proximal de lângă acasă prezintă caracteristicile mediului social și reflectă toate formele de control social (de clasă, de rasă, intergenerațional) (Sibley, 1995). Acest *acasă* ca loc este simptomatic pentru modul de (re)producție socială – spațiu de apartenență care consolidează relațiile sociale dovedește că relațiile de putere sunt sistematic asimetrice. Adesea locurile și semnificațiile asociate lor au fost implicate în procesele de excludere.

Construirea de locuri normative unde este posibil să fii „la locul tău” sau „în afara locului”, existența practicilor și etichetelor legate de loc, existența unor granițe adesea invizibile, care definesc ceea ce este potrivit și ceea ce este inadecvat cu locul sunt semne ale acestei *puteri politice a locului*. Știm cu toții că nu trebuie să strigăm într-o bibliotecă sau să fluierăm în biserică sau să mergem goi pe strada publică. Aceste reguli nerostite există în lumea bunului simț. Întrebarea este: *este această natură foarte obișnuită a normelor bazate pe loc care le face atât de puternice un instrument ideologic?* De exemplu,

alungarea persoanelor fără adăpost din gări, se justifică prin practicile particulare și semnificațiile sau destinațiile locurilor? (corelăm cu noțiunea de *out of place* a lui Cresswell, 1996 care definește segregarea sau non-apartenența) deși gările sunt spațiu public liber. Astfel de măsuri deconectează de fapt spațiul de contextul înconjurător.

Acest proces de identificare a modului în care construcția normativă a locului exclude pe „alții”, atât fizic, cât și existențial, a fost identificat în literatura sociologică din spațiul occidental pe o gamă întreagă de identități și clasificări, incluzând clasa (socială), rasa, sexualitatea, sexul și (dis)abilitățile fizice. Geografii și sociologii au dezvăluit cum aceste construcții sociale ale locului sunt contestate, transgresate și rezistate în mod constant de către cei excluși. Tinerii se adună pe colțurile străzii sau pe skateboard, pe mobilierul stradal; persoanele fără adăpost găsesc modalități de a trăi în locuri inospitale; artiștii redecorează (de exemplu, prin graffiti) monumente cunoscute pentru a-și inversa semnificațiile consacrate; persoanele gay, lesbiene și bisexuale organizează parade și sărutări în spațiul public. Oricât sunt de construite aceste spații, ele nu sunt niciodată terminate cu adevărat și sunt întotdeauna deschise la problematizare și transformare (dinamica spațiului social).

La fel ca David Harvey (2001), Smith (2008) susține de mult timp că spațiul este mai degrabă un produs al relațiilor și proceselor sociale, decât o matrice goală care trebuie umplută. În *Uneven Development* (2008), el a formalizat această idee printr-o prezentare extinsă a diferenței dintre spațiul „absolut” și cel „relativ”. În mod convențional, spațiul este văzut ca fiind absolut, adică o grilă goală în interiorul căreia se află lucrurile și procesele. Smith propune o concepție alternativă a spațiului relativ. Spațiul relativ contrastează cu spațiul absolut în cel puțin două moduri. În primul rând, acesta este atât un efect, cât și o cauză a proceselor socio-economice; adică, diferite procese socio-economice produc spații diferite care, la rândul lor, pot reproduce sau modifica aceste procese. În al doilea rând, spațiul relativ nu preexistă, așadar, construcția sa și forma sa nu pot fi determinate a priori.

Dezvoltarea inegală este un aspect sistematic și necesar al capitalismului modern. Astfel, de exemplu, aglomerarea industriei și a populației într-un singur loc și într-o singură regiune poate duce, în timp, la dez-economii (congestionarea traficului, creșterea prețurilor terenurilor etc.). În același

timp, zonele neindustrializate pot deveni candidați de primă mână pentru investiții, datorită terenurilor ieftine, resurselor neexploatate etc. În egală măsură, în timp, inovațiile tehnice care au permis unei zone să obțină un avantaj competitiv sunt copiate în alte locuri, ceea ce duce la o egalizare a ratelor de profit. Această dialectică a diferențierii și egalizării geografice, potrivit lui Smith, este continuă, conducând la căderea și declinul constant al orașelor, regiunilor și țărilor în cadrul capitalismului contemporan.

Pe lângă problematizarea producției de spațiu, Smith a explorat și producția de scară. La fel ca spațiul, scara geografică este adesea considerată a fi fixă și dată, ca în cazul scării cartografice de pe o hartă. Cu toate acestea, într-o serie de publicații, Smith a elaborat o teorie a scării geografice care arată că scara este construită în mod activ de către societăți (Smith, 1993). Astfel, scări precum „local”, „național” și „global” nu sunt date în natură, ci contingente și variabile din punct de vedere istoric, rezultate ale diferitelor procese sociale. Astfel, Uniunea Europeană a ajuns să se suprapună granițelor și reglementărilor statelor membre individuale încă de la înființarea sa, modificând în mod material semnificația obiectivă și subiectivă a „Europei”. Pentru Smith (1993), importanța scării constă în faptul că ea „conține” material acțiuni și evenimente cu consecințe ambivalente. Astfel, cei puternici pot căuta să își promoveze agendele prin limitarea scării de acțiune a celor care li se opun. De exemplu, în Occident, multe guverne naționale au ajutat marile întreprinderi prin diluarea puterii sindicatelor naționale, astfel încât negocierile dintre lucrători și firme au loc acum în primul rând la scară locală. Pe de altă parte, cei cărora le lipsește puterea pot încerca să-și „ridice” activitățile de rezistență la scări mai mari, pentru a fi mai eficienți. De exemplu, multe sindicate au construit în prezent noi rețele globale pentru a combate puterea firmelor transnaționale (Herod, 1995).

Spațiul ca discurs stereotip

Spațiile se identifică (mai ales dinafară dar uneori și dinăuntru), cu anumite stereotipii sau construcții sociale generate de discursuri și narrative exterioare lui. Pentru Edward Said, toate textele, literare sau de altă natură, de exemplu, narrativele media, sunt politice și trebuie să fie „worlded” – situate în lume și demascate pentru „imaginațiile geografice” din care se nasc (Said, 1983).

De exemplu, el argumentează că, multe opere reprezintă în mod sistematic *Orientul* (estul) ca fiind irațional, despotic, static și înapoiat, în timp ce *Occidentul* este rațional, democratic, dinamic și progresiv. Este important de menționat că pentru Said nu contează dacă stereotipul este pozitiv sau negativ (și multe dintre ele erau, de fapt, pozitive), întrucât ambele sunt la fel de esențializante. Într-o mișcare foucauldiană, Said a arătat cum astfel de reprezentări stereotipice reprezintă însăși „cunoașterea” și sunt profund implicate în exercitarea puterii. În acest sens, conceptul de imperialism cultural arată cum faptul politic, economic sau administrativ al dominației se bazează pe acest discurs de legitimare (Said, 1993).

În lucrarea „Travelling Theory”, Said (1983) a dezvoltat un model geografic al modului în care ideile sau teoriile „călătoresc” dintr-un loc în altul și ce se întâmplă cu ele atunci când o fac. El a argumentat că, deoarece teoriile se dezvoltă în anumite contexte socio-istorice, acestea își pierd greutatea opozițională atunci când sunt mutate și „domesticite” în alte contexte spațio-temporale. În același sens, Said subliniază importanța narațiunilor create și sau a amintirilor colective pentru sensurile locului, precum și noile constelații de putere și identitate în jurul cărora iau formă memoriile „inventate” ale locului. Amintirile locului suprapuse și concurente care apar de exemplu în zonele de conflict etnic cum ar fi în orientul mijlociu (creștini, evrei și musulmani), bazate pe narațiuni istorice, caracteristici ale peisajului și structuri fizice, creează identități alambicate și instabile deși sunt bazate pe stereotipii foarte puternic ancorate.

Ca și în cazul de la capitolul precedent, rămânem fideli propunerii inițiale de structurare, adăugând și amplasând conceptele prezentate după logica propusă de metodologie. O posibilă aranjare (hartă) logică a conceptelor despre spațiu/spațialitate și loc și a afinităților dintre acestea ar putea arăta așa (fig. 4).

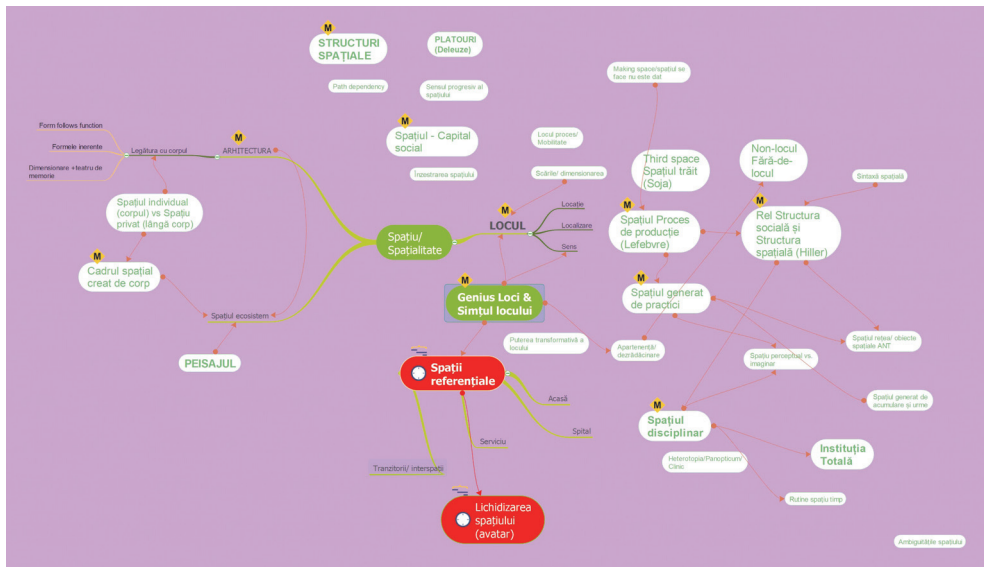


Figura 4. Spații, Spațialitate și Loc. Harta logică

4. Corpuri și spații medicale. A patra legătură corp-spațiu

Așa cum s-a specificat, prima premisă a acestei lucrări a fost legată de prezența „ideii de corp” (v 1.2.5.) în sfera cunoașterii despre sănătate și implicit în medicină. Sociologia medicală, sau o componentă majoră din sfera ei, poate fi asimilată problematicii despre percepția și înțelegerea socială a corpului (sociologia corpului poate fi inclusă în sociologia medicală). Medicina însăși, dacă ne uităm în istoria ei, a curs în siajul cunoașterii și al percepțiilor sociale despre corp și corporalitate. Nu de la început au prevalat cunoștințele biologice, dimpotrivă chiar, timp de secole anatomia și fiziologia, dacă nu chiar au lipsit din practică, au fost oricum lacunare sau au fost substituite de ezoterisme de alte naturi. Înainte de a fi știință medicina este o practică interactivă între oameni, o practică care presupune interferențe corporale.

Nu există ideea de sănătate fără referință la noțiunea de corp (chiar dacă sănătatea, figurat, poate avea și alte înțelesuri). *Instituția primară a sănătății* cum am numit-o (v. 2.1.7) *este percepția sau înțelegerea propriului corp*. În funcție de cum ne înțelegem corpul la momentul prezent, tot așa, implicit ne definim și explicăm aspectele sănătății sau ale medicalului. De exemplu, într-o paradigmă în care ne înțelegem corpul ca pe o creație divină, este clar că și sănătatea va ține de resortul relaționării cu divinitatea, dacă ne raportăm la filosofii vechi care se bazau pe astrologie sau vedeau legături între organele corpului și astrele cerești, implicit sănătatea se va defini și înțelege prin aceste aspecte.

Omul contemporan modern posedă o instrucție (cel puțin) minimală cu privire la harta anatomică a corpului și cu privire la mecanismele de funcționalitate biologică. Această cunoaștere îi este la îndemână prin sistemul de educație al societății prezente, dar și prin experiențe de natură medicală: cu ocazia unor situații proprii în care au accesat sistemul medical sau când alți

indivizi din anturajul social au avut probleme care au fost expuse apropiatilor. Dar această cunoaștere se suprapune, mai mult sau mai puțin, în funcție de cultură și mediu social, peste o cunoaștere populară, ancestrală sau peste percepții prezente, împământenite în cultură. Acestea toate, cunoștințe biologice sau construcții sociale de sens și percepții despre corp sau organe sau procese fiziologice nasc raporturi cu ideile despre sănătate și astfel constituie ceea ce putem numi o *anatomie alternativă* a corpului uman, postulată prin mijlocirea socialului. Această anatomie nu este unică și nici statică. Este dinamică și diversă istoric și cultural. De-a lungul istoriei și pe spectre culturale, concepțiile și cunoștințele variază.

4.1. Reprezentări medicale ale corpului. Anatomii alternative.

4.1.1. Istoricism

Ca dovadă, concepțiile despre corpul uman au evoluat și, odată cu ele, s-a transformat și ideea de sănătate, implicit și aceea de „medical”. Primitiv, corpul era înțeles ca încarnare, sacralitate – deci intervenția medicală era, fie inexistentă, fie intermediată prin relația cu divinitatea. Sănătatea era, sau poate nici măcar nu era percepută ca o dimensiune a vieții. Cel mult, suferința, boala erau conștientizate în raport cu o stare normală (dar tot în relație cu credințele). În evul mediu, corpul este înțeles ca parte a unui continuum între individ și cosmos, sau există o afinitate între corp și astre, transformare a materiei, evoluție a materiei, etc, (Barry și Yuill, 2002) Așa se explică relatările despre similitudinile între funcționarea organelor și anotimpuri sau evoluții climatice (de exemplu, durerile legate cu schimbarea vremii – conectarea sănătății cu astrologia). Modernismul este caracterizat de un proces de individualizare sau obiectivare a corpului prin descoperirea igienei (și chiar (re)descoperirea corpului – unitarizarea cu individul și dobândirea controlului asupra corpului). Iar post-modern, corpul este structură organică a mecanismului funcțional: așa putem înțelege concepte rafinate ale medicinei contemporane precum transplantul de organe, organe artificiale, operații estetice, etc. Fără o atare percepție despre corp, nu am fi putut descoperi aceste metode. Este chiar dificil de stabilit dacă medicina a avut nevoie

de noile concepte pentru a-și atinge progresele, sau progresele au determinat și reconceptualizarea corpului.

Istoricismul pornește de la premisa că percepția sănătății și experiența bolii nu sunt doar individuale – de exemplu, boala este un „statut” dobândit într-un context social, istoric sau atribuit în relația cu ceilalți. Fiecare societate în evoluția istorică, are anumite boli, dar și anumite tipuri de bolnavi. În fiecare epocă și în orice loc, o persoana este bolnavă în funcție de comunitatea în care trăiește și în condițiile stabilite pentru statutul de boală (Vantomme, 2014). Spre exemplificare, epidemiile care, în secolele medievale, decimau populația, erau considerate flagel colectiv trimis de Dumnezeu (sensul este de nenorocire, pedeapsă). Sau, concepțiile despre contagiune se aplicau și patologiilor psihice. Bolile nu erau înțelese ca o problemă medicală, în sensul prezent al medicinei sau al sănătății publice. Erau suferințe legate de relația noastră cu divinitatea și de comportamentele morale. Alt exemplu, conceptele de „ne-bunie” și „alienare” erau înțelese prin judecarea simptomatiei după nivelul de cunoștințe și tehnica celui împuternicit asupra cazului. Astăzi aceste noțiuni sunt chiar incorecte juridic. În desemnarea unui eventual statut patologic, dar într-un înțeles limitat al ideii de boală putem considera firesc ca fiind *ne-bunie*, abaterea de la o conduită uzuală a individului. Astăzi un fapt de această natură este doar *devianță*. (Vantomme, 2014)

În dezbaterea prezentă, problematica bolilor cronice se referă la „grupuri de persoane” și generează implicit asocieri cu ideea de auto-management al bolii sau cu diversele categorii cronice: diabetici, cancer, cardio-vasculare, etc. În trecut, boala era preponderent înțeleasă/desemnată de forma ei acută, forma cronică fiind fie ignorată ca prea ușoară, fie ca „neputință”, pentru formele mai grave care imobilizau persoana. În esență, istoricismul ne sugerează că boala, în afară de a fi *povestea pacientului*, are un rol și o *accepțiune construite social și situate istoric* (într-o paradigmă culturală). A fi bolnav este un statut social specific acelei societăți, iar acel statut și toată construcția despre boală este în perfect acord cu construcția și imaginea corpului, așa cum înțelege aceeași societate. Dacă corpul era doar rezultat al zămislirii, sănătatea nu putea fi altfel înțeleasă decât o negociere cu creatorul căruia îi aparții. Dacă crezi în legătura organelor cu astrele, vei crede și că schimbarea vremii e sursa durerilor tale, etc. Dealtfel, istoria modului de tratare a durerii este concludentă în acest sens. Durerea era legată într-o vreme și de blestemul

biblic. Când a apărut metoda „nașterii fără durere” implicit s-a demonstrat disocierea durerii de maternitate. Desigur, a apărut și dezbaterea asupra legitimității unei intervenții care vizează exclusiv durerea, dar indiferent de percepția morală, conservatoare, faptul rămânea demonstrat fizic. Și acest fapt a contribuit la evoluția cunoașterii despre corp și despre sănătate. La fel s-a întâmplat și cu alte categorii anatomice și fiziologice. Odată ce-și găseau o explicație naturală în termeni raționali, influențau cel puțin, dacă nu schimbau radical concepțiile despre corp. (Barry și Yuill, 2002, Bradby, 2009)

Există o plenitudine de exemple care ne demonstrează cât de mult era formalizată sănătatea (și implicit toate practicile „medicale”) prin imaginea corpului. De exemplu, știm din imagologia secolelor trecute care era ideea societății despre corpul sănătos (sau corpul frumos, ca variațiune a corpului sănătos). (Vigarello, 2004, Turner, 2008; Adelman și Rugi, 2016; Moore și Casper, 2015) Dacă ne orientăm după valorile corporale reprezentate, de exemplu, în primele secole, imaginea corpului feminin sugera fertilitatea și voluptatea, adică o dimensionare mai „corpulentă”, deosebită de corpul suplu „frumos” care echivalează cu cel sănătos de astăzi pentru că în actuala viziune despre sănătate (stare de bine) atribuim frumuseții și valoare de sănătate. Această unificare de valori vine în mod firesc, am spune, legată de confort și stimă de sine – rezultă că frumusețea și sănătatea sunt legate. Este și justificarea „corect politică” pentru acceptarea chirurgiei estetice în rândul „onorabil” al actelor medicale.

Între aceste limite temporale dintre imaginile primitive și modelul ideal al corpului contemporan, s-au perindat numeroase alte categorii (corpul renescentist-expus, musculos, detaliat, femeia „rubensiană” și până am ajuns inclusiv la stilizări triviale – de tipul sticla de coca-cola al cărei design s-a inspirat din silueta unei actrițe celebre în anii 20-30 de la Hollywood (coca-cola-company.com, 2023). Dimensiunile corporale, formele, dar și culorile au fost mereu legate imagologic de frumusețe și sănătate, doar că frumusețea și sănătatea erau definite de alte dimensiuni în epoci diferite: de exemplu, corpul obez, acum două secole era considerat sănătos, fiind asociat cu alimentația bună. Astăzi obezitatea este boală sau condiție patologică. Totuși, faptul că aceste dimensiuni au avariat între epoci ca standarde ale acestor valori, demonstrează constructivismul social în raport cu sănătatea.

Bunăoară astăzi mai consemnăm în aceeași imagologie a corpului sănătos o nouă trecere: aceea de la un *corp frumos* (și *sănătos*) la un „corp mereu tânăr”. Frumusețea, dimpreună cu sănătatea se interferează și cu latura medicală specializată pe procesele de îmbătrânire. Există o medicină „anti-ageing” care reunește toate aceste valori dintr-o perspectivă bio-psiho-socială. Și mai consemnăm aici aceleași două surse de dezvoltare inter-determinate: *medicina*, pentru că poate, prin performanțele tehnologice atinse și *societatea*, pentru că cere, doar că este greu de stabilit cine pe cine determină, dar acest ultim fapt nu este foarte relevant.

Corpul modern s-a transformat într-un obiect estetic care poate fi pictat, îmbrăcat, epilat, străpuns și încorsetat; un obiect social de dresat, disciplinat și inhibat; un obiect economic de exploatat și consumat și un obiect sexual pentru a seduce și a fi sedus. Implicit aceste ipostaze se traduc și în partaje ideologice care deopotrivă confirmă natura istoricistă a acestei transformări. Corpul este istorie socială, iar sănătatea se schimbă ca percepție pe parcursul istoriei (Barry și Yuill, 2002)

4.1.2. Dualismul cartezian – Corpul mașină / monismul

În ciuda acestei volatilități istorice menționate mai sus, există o opinie, teorie sau oricum am defini-o ca formulare, care timp de secole a devenit o paradigmă, care până astăzi are repercusiuni asupra conceptualizării medicinei. Este de fapt, spune literatura, paradigma responsabilă de dăinuirea modelului bio-medical. O reținem simplificat ca fiind *crența eternă că sufletul (cu expresiile sale variate: spiritul mintea, etc) sunt ceva separat de corpul fizic alcătuit din carne și oase* (o concepție care a surmontat până și dictonul antic *men sana in corpore sano*).

Descartes (cel căruia îi atribuim „meritul” teoretizării acestei concepții) vede corpul ca fiind constituit dintr-o *interacțiune de substanțe* – corpul material, dar în același timp, observă că rațiunea este ceva extra-corp. Descartes era convins că numai oamenii posedă o minte rațională, în timp ce animalele și plantele sunt simple mașini, ghidate de mediul lor fizic ca niște marionete. El vedea mintea ca pe o substanță non-fizică „lipsită de corp”, fără aproape nicio legătură cu corpul, susținând că sufletul uman conducea de fapt mintea și dirija corpul cum să se comporte. Prin ceea ce a desemnat ca fiind *metoda rațiunii*, Descartes încerca să stabilească modul în care două tipuri de

„substanțe”: mintea (sufletul) (res cogitans) conducea corpul (res extensa). Potrivit lui Dreyfus, Descartes a fost prima persoană care și-a imaginat posibilitatea omului de a construi roboți, dar în mod limitat. Căci, în timp ce rațiunea (deținută doar de oameni) este un instrument universal care poate fi folosit în tot felul de situații, organele unei mașini trebuie să fie aranjate într-un mod special pentru fiecare acțiune în parte. De aici rezultă că este imposibil ca într-o mașină să existe suficiente dispozitive diferite pentru ca aceasta să se comporte în toate întâmplările vieții așa cum o face rațiunea noastră. (Dreyfus, 1972/1979). Adică practic, rațiunea permite o infinitate de configurații ale corpurilor și organelor, în vreme ce mașinile nu ar putea atinge această complexitate, rămânând la un număr finit de acțiuni (ceea ce este până la urmă valid în zilele noastre). Ar fi o „comunicare a substanțelor” pentru a desemna interacțiunea dintre corp și minte. Natura fizică a raționalității carteziene este neclară. Este „substanță”, dar nu are nicio localizare materială. Toate interacțiunile minte-corp au loc prin intermediul lui Dumnezeu. *Glanda pineală* este un organ localizat în centrul creierului. Descartes îl considera *reședința sufletului* și locul în care se formează gândurile. În același timp, acesta considera corpul uman drept o mașinărie care funcționează pe baza spiritelor animale ce sunt înmagazinate în glanda pineală. Mintea este o entitate aparte, independentă, caracterizată de atribute precum gândirea, pe când corpul are atributul întinderii, iar lumea corpurilor fizice este o lume de cauze mecanice. Mintea nu poate fi un obiect sau un proces din această lume fizică, deoarece aceasta ar însemna că mintea să se explice prin cauze fizice, iar acest lucru nu este posibil. Din acest motiv, rezultă necesitatea admiterii dualismului corp-minte în sistemul filozofic cartezian. Mentalul deci nu posedă o extensie în spațiu, iar materialul nu poate gândi, apoi nici mintea și nici materialul nu pot fi reduse una la alta. *Toate exista ca un dualism* substanțial care se bazează pe ideea că mintea și corpul sunt compuse din substanțe distincte sau ca *dualism al proprietăților*, adică sunt compuse din aceeași substanță, dar proprietățile mentale și fizice sunt diferite din punct de vedere categorial și nu pot fi reduse una la cealaltă. (Hillier, 2007)

Paradoxal însă, Descartes a ajuns la concluzia că se poate îndoii de existența corpului (adică a materialului, vizibil, palpabil), dar că nu poate pune la îndoială existența minții sale. Așa a rostit celebrul „Cogito ergo sum” și tot el este cel care a popularizat ideea realității drept o dihotomie a materiei

(Synnot, 1993). În consecință, Descartes a demonstrat sau a crezut că a demonstrat necesitatea unui suflet exclusiv uman ca „pilot al bărcii corporale”, conștient de limitele acestei viziuni mecaniciste asupra ființelor non-umane (Dreyfus, 1972/79). Cum vom explica mai jos, această viziune este importantă, nu atât ca formă explicativă, cât mai ales pentru faptul că practic, ea a devenit paradigmatică într-un mod durabil până în zilele noastre și decisivă în măsura în care a plasat în centrul reflecției filosofice problema relațiilor dintre stările mentale și stările fizice. Am putea specula că e chiar *o formă care a deformat gândirea biomedicală și a cenzurat unele potențiale dezvoltări care s-ar fi produs în lipsa ei* (o formă de path dependency).

Curentul opus dualismului era așa-numitul *monism al substanțelor* postulat de Wolff în 1728. Spinoza explica monismul prin aceea că există o singură substanță care este Dumnezeu. Dumnezeu este identic cu natura și dizolvat în natură. El este creator, și atunci, dacă natura este Dumnezeu, înseamnă că ea însăși se creează pe sine (Schaffer, 2015). Pe de altă parte, tot opus dualismului ar fi „vitaliștii” – veche teorie științifică, infirmată, care explică procesele vitale prin prezența în organisme vii a unei așa-zise „forțe vitale – sau energii vitale” comparabilă cu un spirit sau un suflet. Dezbaterile dintre susținătorii acestor opinii erau încă în curs de desfășurare atunci când Darwin și-a prezentat teoria evoluției (cf. Ziemke, 2000, 2001) (citată în Williams, 2016). În ultimii cincizeci de ani, vitalismul a devenit o credință atât de rău cotoată, încât niciun biolog în viață nu ar vrea să fie clasificat ca vitalist. Dar ce rămâne de la vitalism este corespondența cu alte credințe, potrivit căreia *există în principiu și aspecte non-materiale în organisme* – care se referă la_ și interferează cu_ lumea materială.

O altă viziune din aceeași gamă: în lucrarea clasică a lui Turing (1950), *Computing machinery and intelligence*, se pun bazele asupra viziunii minții computaționale, discrete și fără corp (Wilson, 1998). În faimosul *test Turing*, metoda de evaluare a capacității de gândire a unei mașini, set-up-ul experimental a fost total lipsit de corp. Mai mult, pentru a investiga inteligența, Turing (1950) a susținut importanța trasării unei „linii destul de clare” între capacitățile fizice și intelectuale ale omului, susținând că testul său ar trebui să abordeze doar aspectele intelectuale. Capacitățile intelectuale abordate de Turing erau extrem de „dezincarnate”, deoarece era evident că nu era

necesar ca inteligența să fie „îmbrăcată în carne și oase” ceea ce se conforma viziunii carteziene de separare a minții de corp (Wilson, 1998).

Concluzionând, problema creată de paradigma dualistă este că, practic (bio)medicina s-a construit pe aceste concepții fără să vadă disonanța sau, mai bine spus, inconsistența acestor teorii. S-a mulțumit doar să presupună apriori că sediul gândirii este în creier, că creierul definește și manageriază toate procesele mentale pe care le include în „funcționalitatea fiziologică”, fără a le cerceta natura fizică, materială (sau poate nematerială) sau localizarea, amplasarea în corp (creierul este doar presupus sau perceput – de exemplu, spunem fără ezitare că durerea din degete este, de fapt, comandată de creier, sau suferința psihică e tot acolo, fără să o identificăm/vizualizăm material, bazat doar pe circulația neuronală). Chiar și confruntată cu realități extrasenzoriale dovedite, medicina nu renunță la aceste „adevăruri” axiomatizate fortuit. Abia modelul holistic (sau bio-psiho-social) dă un anumit credit acestor realități, dar tot dintr-o perspectivă anatomică/ fiziologică implicită, fără a cere și „dovezile materiale”. Altminteri tot medicina nu ezită să proclame sau să asimileze o lipsă de dovezi ca fiind „dovada” absenței unei forțe non-materiale (divine). Cu alte cuvinte, medicina, în ciuda unei asumate lipse de informație își arogă statutul de „atotcunoaștere” sau „suficient-cunoaștere”.

Problema vine din structurarea mentală care ne împiedică să vedem alte potențiale naturi corporale (fără să contrazicem anatomia și fiziologia) care să explice funcționalitatea umană neîngrădit de axiomele „imposibilităților” raționalității. Practic, milenii de acumulări de cunoaștere sunt discriminant de nedreptăți. De exemplu, din noile date fiziologice, funcționalitatea umană excede organele și sistemele și noile descoperiri vorbesc de „rețele” funcționale sau aportul de inteligență artificială. Apoi vorbim de „noi organe” care conțin și corpuri externe, de exemplu, microbiomul sau dispozitive bionice, artificiale care pot fi integrate ca părți ale organismului viu (v.5), deci premise pentru o schimbare de paradigmă există.

Totuși, aceste viziuni a dualității, mecanicistă, sau a corpului mașină, nu au fost în totalitate în detrimentul medicinei. Așa cum am spus, această concepție a provocat saltul fără precedent al transplanturilor și utilizarea aparatelor care să remedieze incapacitatea unor funcții izolate ale corpului. Din punct de vedere tehnic aceste operații, teoretic, se puteau face de mai demult, dar fiziologii nu îndrăzneau să meargă atât de departe încât să

asimileze corpul uman unei mașini. Curios este cum umanitatea, a inventat mașinile pentru a înlocui sau ușura munca făcută cu propriul corp, dar abia după asta au reinterpretat corpul ca pe o mașină. Sau, un alt câștig: din imaginea lui Descartes a *corpului statuie de lut* (Lokhorst, 2021) s-au formulat principiile „reanimării”. Reanimarea a fost preferată ca termen în detrimentul *reînvierii* pentru că se asimila unei readuceri sau re-legări a sufletului în trup. O eventuală metaforă a „învierii” pentru același proces cu o semnificație similară ar fi fost poate prea cutezantă la acea vreme. Aceste principii au fost enunțate la mijlocul secolului XX, deși liniile principale ale funcțiilor vitale sunt cunoscute de mult timp, precum și parametrii acestora, cum ar fi ratele de oxigen și dioxid de carbon din sânge, și legile de care depinde compoziția „mediului interior”, parafrazându-l pe Claude Bernard (Moulin, 2006).

Concepțiile despre corp și posibilele legături ale acestora cu evoluția medicinei și a sănătății sunt foarte numeroase. *Sociologia corpului* dimpreună cu *sociologia spațiului* și cu interferențele dintre cele două formează unul din subiectele pilon ale lucrării (v. 1, 2, 3).

4.1.3. Convergențe și suprapuneri: sociologia medicală-sociologia corpului

Numai dacă ne-am opri la această temă a *Corpului – construct social*, pusă în lumină mai sus și susținută și de numeroase concepte listate în capitolul al doilea, putem vedea câte perspective se pot deschide în problematica medicinei sau a sănătății, dincolo de realitatea biologică a corpului, de la care medicina se revendică ca o știință obiectivă și exactă. De exemplu, așa cum am demonstrat, termenii precum „corp sănătos” sau „corp bolnav” pot varia în funcție de contextul social și istoric fără a contrazice cu ceva biologia.

Dar aria de cuprindere a medicalului și medicina, implicit, pe lângă faptul că interferează cu aceste anatomii alternative, populare sau istorice cum le-am numit, sau cu percepții împărtășite despre corp, se interesează de mai multe, aproape toate am putea spune, perspectivele despre corp menționate în capitolul al doilea.

De exemplu, în zona de reglementare a corpului, sociologia medicală se interesează de norme care influențează metabolismul (trei mese pe zi,

controlul fecalelor, controlul instinctelor, reflexele condiționate, regimuri de viață, regimuri alimentare, disciplinare, etc). Sociologia corpului analizează cum corpul e modelat prin norme, dar și cum se poate opune acestor norme.

La fel, în zona ontologică, identitatea corporală naște dezbateri etice și juridice, drepturile asupra corpului, dreptul fătului, demnitatea pacientului, complianță și aderență în relația medic pacient. Chiar și latura de corp capital sau corp politic nu este una lipsită de conotații medicale, mai ales în societatea prezentă a consumerismului (medicalizarea unor activități, imaginea corpului promovată în media, etc.) și corporatismului (de exemplu, societatea somatică). Și astăzi, standardele corporale din publicitate influențează percepția pacientului asupra propriei sănătăți. Apoi vorbim de fenomenul *medicalizării corpului* (v.2.1.8) fenomenul prin care aspecte ale vieții cotidiene (nașterea, îmbătrânirea, sexualitatea, emoțiile) sunt interpretate și tratate dintr-o perspectivă medicală. În fond, face parte din instituirea treptată a unei forme de control social a medicinei asupra indivizilor, prin normare și prescripții. Pentru medic, e important să recunoască unde se termină medicina și începe moralitatea sau controlul social. Pentru că boala poate avea și conotații peiorative sau stigmatizante mai ales prin asocierea cu comportamentele care sunt factori de boală în modelul bio-psiho-social. Boala în sine este o experiență corporală și socială. Ea nu este trăită doar fizic, ci și în termeni de identitate, relație cu ceilalți, statut social. corpul bolnav se poate întruchipa ca un corp stigmatizat, modificat, resimțit, expus.

Durerea și suferința, dincolo de senzația fiziologică se exprimă și ca expresia corporală, putând fi instrumentalizate și ca aspecte ale identității. Durerea nu e doar un simptom, ci și o formă de comunicare. Corpul devine „mesager”. Medicul poate înțelege mai bine cum pacienții își exprimă suferința în moduri cultural învățate sau reprimite. Indivizii învață prin socializarea primară să exprime, să definească boala și simptomele sau să deosebească între dureri care senzorial sunt diferite dar medical se exprimă/ definesc în mod similar. Există coduri de limbaj verbal sau corporal care facilitează relația medic pacient sau o îngreunează acolo unde norma socială este disonantă cu protocoalele medicale (de exemplu rușinea, inhibă comportamente pro-sănătate). Relația medic-pacient implică atingere, manipularea corpului, confidențialitate, gesturi. Corpul devine „teren” de interacțiune. De aici derivă teme precum cele despre intimitate, vulnerabilitate, relații de putere.

În fine, tot în zona abordărilor ontologice corelate și cu reglementările corpului, mai este o clasă de subiecte care leagă corporalitatea de medical, cele din zona de tangență cu *corpul politic*. Medicina produce standarde despre ce înseamnă un corp „normal”. Dar aceste standarde pot exclude multe realități. Exemple: norme despre indicele de masă corporală, vârstă, sex biologic, etc. Apoi există problemele de gen și de sexualitate. Corpul este un loc al sexualității și genului, care influențează experiența medicală (de exemplu, femeile nu sunt întotdeauna tratate la fel ca bărbații în context medical). Se pune problema (din multe perspective, inclusiv feminismul și marxismul) cât este diferență biologică vs. cât este socială între sexe (genuri) și până unde medicalul poate diferenția în raport cu narativul politic. Transgenderismul, intersexualitatea – cazuri în care medicina intră într-un teren social și politic sensibil. Dealtfel, scoaterea homosexualității din sfera medicală și mutarea ei în domeniul drepturilor civile este poate primul și oricum printre puținele cazuri de „de-medicalizare”. La fel, problematica îmbătrânirii și a dizabilităților și a clasificărilor legate de acestea, corpuri marginale, corpuri excluse, etc.. Îmbătrânirea e privită medical adesea ca degenerare, dar sociologic poate fi înțeleasă ca o etapă cu semnificații complexe. Nu este boală, este un proces natural dar comportă patologii care modifică stări și statute deci produce noi întrupări. Pe de altă parte, medicina poate interveni în schimbarea acestor cursuri, deci poate modifica aspecte ale socialului, cum se va dedea în capitolul 5. În alt plan, moartea și corpul muribund devin tabuuri, în ciuda faptului că medicina le înfruntă direct. Corpul persoanelor cu dizabilități, al celor din medii sărace, corpul rom sau al migranților – toate sunt tratate diferit sau inerent, apar diferențieri și segregări. Pentru un medic, conștientizarea acestor inegalități poate schimba modul în care practică medicina. Dar vorbim și de revers: performanța corporală și corpul optimizat, corpul îmbunătățit. În epoca modernă, corpul nu mai e doar „sănătos”, ci trebuie să fie „în formă”, „eficient”, „activ”. Medicina preventivă sau estetică se plasează în această logică a performanței corporale (V. 5).

Dar și mai multă aplicativitate, găsim în *zona fenomenologică – corpul trăit*. Din această perspectivă medicalul prezintă o multitudine de fațete: găsim și corp absent, și corp dispărut, și corp reapărut, corp subtil, corp

fără organe, vorbim și aici de tehnici corporale, de schema corporală și de habitus. În plus, vorbim și de stigmatul corporal, în special în boli vizibile, cronice sau deformante (de exemplu, paralizii, cancer, obezitate, dizabilități), corpul devine purtător de stigmat social. Vorbim și de restricționare și disciplinare a corpului sau chiar forme de opresiune și represiune în instituții totale – spații disciplinare – sau de corpuri docile supuse sau autodisciplinate. Pacientul spitalizat este un pacient care asumă o schimbare de statut, cum se va vedea în secțiunea următoare (hospitalism). Corpul pacientului e adesea „educat” să urmeze tratamente, regimuri etc. Dar pacienții pot „rezista” la sau pot „negocia” tratamentele.

De asemenea, există o corporalitate a îngrijirii medicale. Fie că vorbim de relația medic pacient fie că de îngrijire care înseamnă mai curând relații cu alte profesii (asistenți brancardieri) există interacțiuni de corpuri sau un câmp de interacțiune: atingere, manipulare, provocare de durere (nevoită), confidențialitate, gesturi. Interesant este și cum a evoluat sau evoluează aceste interferențe. De exemplu, astăzi medicina pune mai puțin „mâna pe corp”, este mai puțin intruzivă în relația fizică, datorită tehnologiilor imagistice. Ajută și faptul că pacientul nu mai e nevoit în orice situație să se dezbrace. Dar efectele pot fi și adverse. Această mutare a corpului pe ecran, cum s-a remarcat deja în literatură, poate duce la depersonalizarea relației la proto-coale și mai standardizate. Corpul medicalizat este adesea fragmentat, redus la imagini (radiografii, RMN), cifre (tensiune, glicemie), sau date (dosare electronice). Acest „corp obiectiv” e diferit de corpul trăit de pacient.

Cele mai multe dintre aceste aspecte și fațete se regăsesc în ceea ce vom numi întrupările specifice (avataruri) acelor *spații referențiale*, în noua teorie propusă la sfârșitul acestui capitol (v.4.3.) Societatea modernă așa cum vom demonstra, schimbă aproape organic ideea de corporalitate, ajutată de mai multe fenomene confluente (lichidizare, ecologia proiectelor, etc.) care produc un curent transformtiv. Indivizii devin parte într-un joc atomizat în care statusul social este flexibil și contingent în fața unor contexte spațiale și situaționale, iar întrupările lor devin status. Medicalul este mediul cel mai concludent, tărâm în care se poate demonstra acest curs transformativ, fapt pe care l-am evaluat și empiric.

4.2. Dimensiunea spațială a sănătății și medicinei. Geografii alternative

În medicina contemporană, în care tehnologia poate fragmenta corpul în imagini și cifre, spațiul rămâne un cadru concret al interacțiunii dintre pacient și medic. Traseele corporale prin instituțiile medicale, gradul de expunere sau protecție, granițele dintre public și privat – toate influențează modul în care corpul este perceput, tratat și trăit. Mai mult, spațiile asociate cu suferința sau moartea, cum ar fi secțiile de terapie intensivă sau azilurile, adaugă o încărcătură simbolică ce modelează atât experiența pacientului, cât și practicile medicale.

Sănătatea și boala sunt trăite nu doar în corp, ci și în locuri. Cum s-a menționat în capitolul 3, spațiul „socializat” (indiferent de natura activității umane: poate fi *urban, de producție, medical, etc.*) nu poate fi înțeles doar ca o dimensiune fizică sau arhitecturală, ci ca un teritoriu profund culturalizat, modelat de relații de putere, norme instituționale, tehnologii, emoții și practici cotidiene și simboluri. Din perspectiva sociologiei spațiului (Lefebvre, 1991) spațiul nu este niciodată neutru sau dat, ci social construit, de exemplu, mediile în care se desfășoară „medicalul” – spitale, clinici, primiri urgențe, centre de îngrijire – sunt construite nu doar pentru a servi funcțional scopuri terapeutice, ci și pentru a organiza comportamente, a institui ierarhii și a regla accesul la resurse, expertiză și grijă.

Dar nu trebuie să cădem în eroarea analizei stricte a spațiului medical. Medicalul este prezent și în afara spațiului său. Boala este un aspect portabil al vieții. Școala, locul de muncă, transportul, locuința – toate formează „ecologia spațială” a sănătății. Sociologia spațiului analizează cum *individul (prin corp) este influențat constant* de mediul în care trăiește, chiar dacă acel mediu nu e „medical”. Spațiul poate fi agent de vindecare sau boală. Există perceptual „medii sănătoase” sau „medii nocive” (în sens social). Unele spații pot influența sănătatea psihică și fizică: de exemplu, supraaglomerarea poate crește stresul și anxietatea. Intimitatea, spațiul privat, poate proteja individul sau poate fi „intruziv” (expresia „violarea intimității” în medical ține de: perdele, uși deschise, camere comune, saloane mixte etc.). Spațiul poate contribui la amplificarea sau calmarea durerilor și suferințelor. De exemplu, cultura a născut asocieri de spații cu spații ale suferinței și morții, fie prin

evenimente tragice care și-au avut locul în acele amplasări fie prin practici legate de spațiu care produc suferință și moarte (de exemplu, lagăre de concentrare, pentru primul caz sau ATI, secții terminale, aziluri – spații încărcate simbolic, adesea marginalizate și evitate care fac conexiunea cu *corpuri muribunde*, sau corpuri în care se pierde controlul, văzute ca inabordabile sau incomode în spațiul social.

Așa cum se va vedea la descriere *hospitalismului* (v. 4.2.3.) Spațiul medical poate transforma persoana în „patologie” prin standardizare, diagnostic, etichetare. Spitalul este locul în care corpul devine „caz”, *corpul este obiectivat* – mai ales în imagistica medicală, care face ca pacientul să devină doar o imagine sau un dosar. Mai mult, internările, consulturile, controalele implică o mișcare constantă a corpului pacientului printr-un sistem organizat spațial. Acest fapt ridică și problema accesibilității în spațiul medical (v.4.2.1) În acest sens, infrastructura medicală este și un indicator al justiției sociale – sau al lipsei ei.

În fine, spațiul medical este și un spațiu al povestirii, al narativelor despre boală, îngrijire și identitate. Fiecare loc poartă cu sine amintiri și semnificații: sala de tratament devine un spațiu de speranță sau de traumă, iar camera de spital se încarcă de istorii personale și sociale. Așa cum vom arăta prin studiul empiric, experiența bolii este trăită nu doar în corp, ci și în contextul spațial care o face inteligibilă sau, dimpotrivă, o dezumanizează.

Desigur, toate aceste dimensiuni ale socialului legat de spațialitate (medicală sau corelat cu medicalul) nasc ceea ce am putea reuni într-o geografie alternativă a sănătății și medicalului, pe modelul anatomiilor alternative propuse pentru concepțiile corporalității. Această asemănare nu este doar metaforică, mare parte din problematici chiar fiind racordate disciplinar la geografia umană. Bunăoară, există *o cultură a sănătății* din perspectiva căreia spațiile geografice diferă (concepții despre sănătate și boală, vindecare și medicină – India, China, Europa, America de Sud, toate sunt spații culturale majore care diferă substanțial unele de altele în multe capitole ale vieții sociale, cu atât mai evocator în ce privește practicile sănătății și ale medicinilor tradiționale). Există implicit, deci, *o geografie a sănătății* care se referă la această diferențiere spațială culturală, dar există și o geografie a sănătății care este *legată de epidemiologie* și o altă nuanță care se referă la *geografia spațiilor și facilităților de îngrijire* sau de livrare sănătății. De asemenea, există o

construcție a sănătății și bolii prin limbaj, metafore și imagologie care, la rândul ei, este clasificabilă și distribuibilă pe spectrul spațial și cultural.

În fine, există și o *geografie „medicală” a corpului* care explicitează localizarea senzațiilor, percepția bolilor și simptomelor și de asemenea prin limbaj și metafore descrie stări și întrupări ale indivizilor. (Rosenberg, 1998)

4.2.1. Ierarhii ale spațiului fizic. Acces, inegalitate

În primul rând, trebuie să menționăm că există o dimensiune spațială/fizică care ordonează fenomenele din care rezultă și o clasificare a spațiului fizic care produce diferențiere între indivizi în sfera sănătății (inclusiv pe zona de îngrijire) (proximitatea și spațiul în general creează ierarhii (implicit inegalități) între cetățeni care nu depind de nivelul prestației sociale).

Dacă ne referim la diferențe de spațiu „în sănătate”, de fapt, ne referim la ceea ce ar putea fi reunit de termenul de epidemiologie, dacă ne referim la diferențe de acces și prestații sociale, se detașează și un termen mai rafinat: *geografia asistenței medicale* care ar cuprinde două mari categorii de cercetări: proprietățile spațiale ale sistemelor de livrare și accesibilitatea, utilizarea și planificarea serviciilor de îngrijire a sănătății (organizarea sistemului – infrastructura și logistica) (Gesler, 2010). Cercetările asupra primelor au tendința, prin definiție, să sublinieze considerentele spațiale convenționale, în timp ce munca privind accesul și utilizarea serviciilor subliniază interdependența locului și spațiului: persoanele rezidente în localități particulare au acces diferențial la sisteme de servicii localizate. De asemenea, sfera geografiei asistenței a fost extinsă pentru a cuprinde implicațiile geografice ample ale restructurării asistenței medicale.

În acest sens, avem caracteristici ale spațiului care nasc categorii:

- *Distanța și relieful* (problema proximității, cu ierarhiile pe care le creează distanța pentru accesul la sănătate și servicii, ierarhiile jurisdicționale, ierarhiile legate de complexitatea serviciilor, ierarhii care țin de asimetria informațională, etc.) De exemplu, concepte precum: „*omul de la munte*”, oameni *nordici*, *sudici* (care se diferențiază prin pigmentare expunerea la diverse intemperii) toate sunt categorii cărora le putem asocia caracteristici de sănătate: omul de la munte este mai viguros, mai rezistent, mai sănătos, nordicul este călit climatic, sudicul este expus la vulnerabilități de climă, boli tropicale, etc.

- *Locuirea și densitatea sau mediul în general* – (locuință, dependențe, activități legate de locuire, mediul proxim, cartierul, satul, practicile și structurile generate de locuire, spațiul personal). Umiditate, frig, toxicitatea materialelor, confort, etc.

- *Amenajările și spațiul construit* care sunt produs și reflexie a organizării umane orientată în acest scop. Aici avem o *intenție* și o *arhitectură* a spațiului, anume organizată pentru livrarea de sănătate.

Aceste caracteristici produc:

- *Ierarhii de acces în sens fizic* – (distanța, relieful clima pot produce diferențe de acces dar și diferențe de sănătate);

- *Ierarhii juridicționale și de apartenență* (urban/rural/ centru universitar/ oraș mic)

- *Ierarhii ale serviciilor în funcție de complexitate și calitate* (când accesul teoretic este egal din punctul de vedere al spațiului, dar unii au acces la un medic excelent, centru universitar, condiții operaționale, etc).

Inegalitățile sociale și teritoriale, geografia serviciilor de sănătate, pot reflecta sau chiar amplifica fenomene ca excluziunea: zone rurale fără cabinete medicale, centre urbane aglomerate dar subfinanțate, populații defavorizate care întâmpină bariere spațiale în calea îngrijirii. Pe alte coordonate, aceste inegalități sunt *de sistem* pentru că sistemul poate surmoneta inegalitățile fizice. Ele sunt clasificate ca fizice –dar o parte țin de capacitatea indivizilor (determinată social) de a accesa diversele bunuri sau facilități oferite de societate sau capacitatea de a crea bunăstare. De asemenea, prin alți determinanți: calitatea apei, a aerului, cadrul epidemiologic, accesul la sistem, calitatea construcțiilor, cartierul, anturajul se creează *contextele* care produc diferențiere spațială.

Inegalitățile teritoriale, diferențele între urban și rural, distribuția resurselor și infrastructurilor reflectă o geopolitică a sănătății. În această cheie, infrastructurile medicale pot fi înțelese, după Schatz și Berlin (2011), ca „proces sociale în mișcare”, care negociază constant între cerere și capacitate, între politici de sănătate și realități locale. Lipsa accesului fizic la îngrijire devine astfel o formă de violență structurală, care se înscrie în peisajul geografic și în corpurile celor afectați.

4.2.2. Spațiul medical abstract. Cultură și geografie a sănătății și bolii

Pe lângă aceste aspecte fizice ale spațialității care produc delimitări observabile, din perspectivă sociologică ne interesează, mai degrabă, acea geografie a sănătății determinată prin construcția socială a termenului, nu cea dată de factorii – determinanți fizici direcți ai sănătății, care necesită doar o explicitare tehnică.

În această geografie, spațiul și cultura se interferă ca ingrediente diferite, dar totuși confundabile și uneori coincidente ca amplasare, pentru că delimitarea spațiului coincide cu delimitările culturale. Cu alte cuvinte, spațiul este cultural și cultura este spațială. Gesler și Kearns (2005) încearcă să clarifice distincția între spațiu și cultură din perspectiva sociologiei medicale. Spațiile găzduiesc mai multe culturi ale sănătății sau mai bine spus, mai multe referințe culturale, mai multe capitole ale culturii (diversitatea culturală a sănătății se delimitează spațial). De exemplu, înțelesul și percepția unor boli și afecțiuni poate să difere de la un spațiu la altul. Definirea simptomelor (dureri sau usturimi – toate au înțeles „social și/sau sunt definite de acțiuni sociale, dincolo de senzația fiziologică în sine” (de exemplu, ca să explic durerea de stomac, trebuie să am un interlocutor care percepe la fel și stomacul și durerea respectivă sau dacă aș compara cu durerea de cap, senzația nu este aceeași, dar le denumesc pe amândouă durere, în schimb usturimea e diferită și ca senzație și ca denumire). Aceste senzații și denumiri sunt *variabile în cultură*, de exemplu, sunt culturi care nu definesc durerea, sunt culturi care rafinează pe mai multe denumiri care desemnează dureri diferite, etc. (Zajakova et al, 2022).

Relația dintre durere și cultură, care se poate referi la *etnicitate, religie, apartenență la grup sau clasă* este modelată de experiență, învățare și de contextul cultural. Credințele greșite despre natura durerii și a dizabilității, rezistența față de căutarea tratamentului, reticenta în a urma indicațiile terapeutice sau refuzul de a-și asuma responsabilitatea pentru rezultatul tratamentului nu sunt obstacole specifice unei anumite culturi sau subculturi.

Modul în care un grup cultural percepe și acceptă durerea ca parte firească a vieții influențează decisiv dacă aceasta este recunoscută ca o problemă clinică ce necesită intervenție medicală. Literatura de specialitate analizată

indică existența unor discrepanțe în tratamentul durerii în funcție de apartenența etnică. Dar în același spațiu, cultura sănătății poate să însemne și alte aspecte în afara denumirii bolilor și simptomelor: aranjamentele pentru servicii, tradiții și practici de sănătate etc.

În ce moduri specifice are cultura un impact asupra sănătății? În primul rând, ideile despre chestiuni medicale precum anatomia și fiziologia provin din cultură și bineînțeles, afectează sănătatea (Helman, 1994). Exemplele abundă: accentul pus într-o societate pe slăbiciune poate duce la anorexie; echilibrarea umorilor corporale a fost o temă persistentă în multe sisteme medicale (de exemplu, medicina greacă); Credința în existența/ acumularea „sângelui rău” a dat naștere unor practici de natură medicală în occident, etc. Apoi, cultura înglobează practici care, indiferent de destinația lor, pot afecta sănătatea: alimentația, de exemplu, este un element foarte important al culturii care din punct de vedere al sănătății creează cel puțin anumite predispuneri la unele boli sau stiluri de viață cu impact. Balanța muncă odihnă, sau tipologia muncilor și a altor activități sunt factori direcți ai sănătății, ca elemente ale culturii.

Rezumând, „cultura sănătății” se referă la toate fenomenele asociate cu menținerea bunăstării și problemele de boală cu care oamenii se confruntă în mod tradițional în cadrul propriilor rețele sociale. Este un termen general care include atât aspectele cognitive, cât și cele sociale ale tradițiilor și practicilor de sănătate. Dimensiunea cognitivă implică valorile și credințele, planurile de acțiune în domeniul sănătății, și ne cere să înțelegem teoriile privind menținerea sănătății, etiologia bolilor, prevenirea, diagnosticarea, tratamentul și vindecarea. Dimensiunea sistemului social se referă la organizarea asistenței medicale sau la sistemul de furnizare a asistenței medicale. Aceasta necesită înțelegerea structurii și funcționării unui set organizat de roluri și comportamente sociale legate de sănătate (Gesler și Kearns, 2005).

Această definiție poate fi acoperitoare pentru antropologie și sociologie medicală. Pentru o așa-numită *geografie a sănătății*, ar trebui să adauge ca țintă și dispunerea spațială a diferitelor aspecte ale sistemelor de credințe (de exemplu, locurile în care apar credințele în materie de sănătate) și componentele sistemelor de furnizare a serviciilor de sănătate (de exemplu, influențele culturale asupra locațiilor în care se află practicienii, sau dispunerea și amplasarea acestora în spațiu). Sau aspecte precum experiențele oamenilor

cu privire la boală și tratament în anumite locuri, modul în care culturile de sănătate variază de la o regiune la alta și modul în care cultura interacționează cu mediul înconjurător pentru a afecta sănătatea unei persoane, etc. *Culturile nasc diferite configurații spațiale ale practicilor vieții.* Călătorind, ca turist, am observat că spațiul urban are anumite configurații specifice unui loc. De exemplu, tipologia străzilor Barcelonei diferă de tipologia străzilor din Frankfurt în materie de comerț stradal, facilități și activități umane, etc. Dar local, străzile tind să aibă același patern peste tot în același oraș. Spațiile medicale intră și ele în această predispunere creată sau structurată de cultura locală.

Geografia în sănătate surprinde lucruri cum ar fi experiențele oamenilor despre boală – oarecum conexasă și cu epidemiologia, care urmărește și distribuția geografică a bolilor – dar nu ne interesează în mod direct, fiind o geografie a științei medicale. Însă geografia în sănătate vizează și practicile, terapiile și tratamentul în locuri specifice. Sau explică cum culturile de sănătate variază de la o regiune la alta și cum interacționează cultura cu mediul pentru a afecta sănătatea. Geografii din domeniul sănătății și alții au folosit ideea că regiunile culturale reglementează distribuția practicanților din diferite tradiții medicale „culturile medicilor” locali. De exemplu, un studiu prezintă diferențe imense între regiunile Indiei în ce privește ratele de intervenție chirurgicală pentru același diagnostic (Gesler și Kearns, 2005);

Sănătatea are o natură mai evazivă, ea există sau este conștientizată în contextele în care apare și boala în discuție. De aceea, sănătatea revine și la nevoia de a se asocia cu îngrijirile medicale. Deci spațiul și cultura constituite în geografie trebuie să acopere toate aceste aspecte: problemele spațiului fizic, aranjamentele culturale, factorii culturali determinanți ai sănătății și, nu în ultimul rând, problematica bolilor. În acest sens, un concept unificator ar fi viziunea propusă de noi în care *sănătatea și boala se raportează la contexte care devin atribute ale unei întrupări sau stări de sănătate.* Geografia sănătății va fi reformulată dintr-o perspectivă în care locul și spațiul sunt coordonate ale aceluiași context. De fapt, este o evoluție istorică în metodologia științelor sociale și a geografiei deopotrivă. Conti și Giaccaria, (2001) numeau acest parcurs ca un eșec al perioadelor și scărilor. Practic fenomenele luate în analiză nu se mai raportează la o scară spațială unitară, ci scara devine atribut al fenomenului. De exemplu, conotația „medicală” a fenomenului

„te trage curentul” o regăsim doar în câteva culturi sau sub-culturi, nu este un fenomen ubicuu.

Așa cum proclamă titlul unei cărți populare care a ajutat la revigorarea geografiei în anii '80, *Geography Matters! (geografia contează)* (Massey și Allen 1985). Aceasta este ideea concluzie a acestei secțiuni. Spațiul este partajat între culturi și extrapolând, spunem că și cultura contează, în organizarea și livrarea sănătății. Ceea ce oamenii cred și fac despre sănătate și boală diferă pe axele spațiale.

Problemele geografiei medicale ar fi definirea limitelor culturii medicale și a suprapunerii domeniilor culturii medicale. Diferențierea pe areale ajută la aducerea unei anumite ordini în pluralismul medical și semnalarea unei game de culturi alternative de sănătate care sunt adesea disponibile consumatorilor de sănătate.

Ar mai trebui menționată aici și o *epidemiologie socială* care folosește în analize concepte spațiale: clustere, distribuții, trasee ale bolii și în care spațiul devine hartă a corpului colectiv – al unei populații care se îmbolnăvește și se tratează în mod inegal.

4.2.3. Spațiul medical concret. Spitalul și Hospitalismul, Clinicul ambulatoriul

Asociem adesea medicina și sănătatea cu ideea de spital. Ca *mental colectiv* – „lumea” asociază sănătatea cu instituția care se ocupă de sănătate. Dar nu numai în abstract, ci și în termeni reali, principalul emițător și furnizor de informație medicală este spitalul. De acolo ni se confirmă diagnosticul, acolo ne tratăm, de acolo știm despre statusul de sănătate și boală al apropiaților noștri. De aceea, socialmente vorbind, spitalul ca instituție face delimitarea în medical, sau, mai acurat spus, definește statutul de boală sau de sănătate.

Într-adevăr, oamenii bătrâni care părăsesc spitalul folosesc expresii precum „îmi dă drumul acasă” pentru externare ceea ce pentru ei înseamnă re-dobândirea certificatului „sunt sănătos” (deși din punct de vedere medical e posibil să fie în aceeași stare ca la intrare). Ca percepție, internarea este un soi de prizonierat (spațiu disciplinar/ clinicul Foucault) iar externarea este *eliberare*. În fapt, din punct de vedere 'juridic' percepția nu este departe de adevăr. Spitalul stabilește un *statut* de sănătate sau boală prin internare și

externare și pacientul, în interiorul spitalului acceptă o supunere la rigurile și procedurile spitalului care-i limitează libertatea (ca pacient internat am realizat acest fapt printr-o experiență proprie în spital, când refuzând în primă fază să mă așez în scaunul cu roțile, pretinzând că sunt „bine”, pot să merg pe picioare, am fost avertizat de brancardier că trebuie totuși să mă așez pentru că „așa a decis el”). Deci spitalul este, în primul rând, un agent reglementativ în alocarea statutelor de sănătate.

Apoi, spitalul este, și întotdeauna a fost, o *întreprindere de socializare* (Vantomme, 2014). Spitalul are o funcție socială, mai precis, o funcție de control social care se adaugă funcției medicale. Michel Foucault, prezintă dezvoltarea spitalului universitar ca instituție medicală și reorganizarea epistemică a structurilor de cercetare din medicină în producția de cunoștințe medicale, la sfârșitul secolului al XVIII-lea în lucrarea „Nașterea clinicului” (1975). Tot cu această ocazie identifică și descrie conceptul de *privire medicală* (le regard médical) susținând că practica medicală produce un fel de „obiectificare” a corpului pacientului, o separare a corpului de identitatea personală. Structurile intelectuale și materiale ale clinicului fac posibilă inspectarea, examinarea și analiza corpului uman, de o manieră obiectivă și cât se poate de științifică, însă, ne atrage atenția Foucault, clinicul face parte din interesele socio-economice ale puterii. Prin urmare, atunci când corpul pacientului intră în domeniul medicinei, intră și în domeniul puterii, de unde poate fi manipulat de autoritatea profesională a privirii medicale (Foucault, 1975).

Cu alte cuvinte instituționalizarea în sine într-un spațiu disciplinar poate genera și psihologic vorbind, un **sindrom de deprivare instituțională** – sau sociologic, probleme **de atașament în context instituțional**. Spitalul, de exemplu, este mai mult decât o infrastructură de tratament; el funcționează ca o micro-societate, în care se negociază autoritatea, se clasifică pacienții, se segregă spații (în funcție de gravitate, statut, risc) și se simbolizează relația dintre sănătate și boală. Numit de Olivier Vincent (1997) după o expresie consacrată în Franța, un *bulion de culturi* este așa-definit pentru personalul operativ (medical și non-medical) care are multe de învățat la admiterea în instituție: de la ierarhii formale, dar mai ales informale, afinități, „bisericiuțe” și promiscuități, până la dubla birocrăție (medicală și administrativă) care compune până la urmă un sistem foarte ingenios de reglare a puterilor între finanțare și medicină: prima vrând eficiența, a doua ținând interesul

pacientului sau măcar al medicului (în cazul în care nu coincid). Pentru pacient, spitalul este însă și mai mult. Mai potrivit spus, *ar fi un milion de culturi*. Întâi pentru că el există în conștiința individului ca imagine dinaintea cunoașterii lui din interior (o heterotopie) (Foucault) apoi pentru că odată ajuns „aici” de obicei realitatea este fie mai dură decât imaginea sau cazul opus mai blândă decât imaginea. (spațiu disciplinar) (Foucault)

Unitățile de primiri urgențe (UPU) devin spații ale urgenței și trierii rapide, dar și ale tensiunii între standardizare și individualizare, între eficiență birocratică și suferință umană. În același timp, azilurile sau căminele pentru vârstnici evidențiază o geografie a marginalizării, în care îngrijirea este adesea tensionată între compasiune și izolare, între protecție și uitare socială.

Obiectele și instrumentele medicale joacă un rol esențial în această „ecologie” a arhitecturii sociale. Ele nu sunt doar extensii ale expertizei, ci și markeri ai profesionalismului, ai granițelor corpului și ai relației medic-pacient – ele mediază relațiile sociale, reglează afectele și creează atmosfere (Gieryn, 2000). Spațiul unei camere de consultație, spre exemplu, comunică mesaje și semnificații prin așezarea scaunelor, prin distanța dintre pacient și medic, prin accesibilitatea tehnologiei. Această „semiotică spațială” produce forme subtile de autoritate, vulnerabilitate sau încredere prin practici cotidiene, afective și instituționale (Miller, 2019). De asemenea, distribuția vizibilității și a intimității – cine vede, cine este văzut, unde se poate vorbi în liniște, unde se așteaptă expus – sunt alegeri spațiale încărcate de sensuri sociale.

Mai recent, cercetătoarele Annemarie Mol și Ingunn Moser au arătat cum spațiul și corpul nu sunt entități fixe, ci relaționale: ele se co-constituie speranța sau rușinea sunt trăite și gestionate diferit în funcție de arhitectura și simbolică locului (Thrift, 2004).

Spitalul este și un teritoriu de interacțiune profesională. Aici, corpurile medicilor, asistenților și pacienților se mișcă într-o coregrafie învățată, adesea neconștientizată, dar profund reglementată. Există coduri vestimentare și de comunicare (medicul este mereu persoana cu stetoscop) există cutume de abordare între profesii și funcții, există ierarhii formale și informale. Accesul la anumite zone, dreptul de a se mișca liber, de a se apropia sau de a atinge, toate sunt reglementate atât formal, cât și simbolic. Această

logică spațială întreține și reproduce ierarhii instituționale, dar și inegalități de gen, clasă sau statut profesional.

Totodată, spitalele sunt locuri în care afectele și emoțiile sunt conținute, exprimate sau reprimite. Coridoarele lungi ale spitalelor, sălile de așteptare impersonale sau secțiile sterile pot induce anxietate, dar și speranță. Spațiul nu este neutru din punct de vedere afectiv – el poate contribui la procesul de vindecare sau, dimpotrivă, la cel de alienare. speranța sau rușinea sunt trăite și gestionate diferit în funcție de arhitectura și simbolică locului (Thrift, 2004). spații nu doar „conțin” suferința, ci o modelează – făcând-o mai vizibilă sau mai tăcută, mai legitimă sau mai marginalizată. În cazul azilurilor, de exemplu, observăm o geografie a separării sociale, în care vârstnicii sunt adesea izolați în locuri periferice, spațializând o formă de excluziune simbolică.

Hospitalismul ca teorie, pe lângă a descrie această relație spital-medicină-spațiu (social) exterior – mai conține implicit și istoria acestei evoluții a spitalului către instituția medicală standard, definitorie (Vantomme, 2014). În secolul al XVIII-lea, *epoca revoluțiilor* (franceză (1789-1799) și americană (1775-1783)), *iluminismul* – inaugurarea zisei *epoci moderne*, sau oricum mai numește literatura acea perioadă – a conturat, de asemenea și o meta-narațiune a discursului științific care îi prezenta pe oamenii de știință ca înțelepți – în special, medicii – care vor abolii boala și vor rezolva problemele umanității. Prin această percepție culturală, societatea secolului al XIX-lea a înlocuit imagologic clerul medieval discreditat cu *doctorii și oamenii de știință*. Mitul sagacității medicale a fost parte integrantă a discursului meta-narativ al iluminismului și umanismului. Spitalul promova noi practici medicale de observație verificabilă, care este mai precisă din punct de vedere științific decât vechea practică medicală bazată pe interpretări religioase ale bolii. autoritatea profesională a medicului se baza pe stăpânirea cunoștințelor medicale organizate ale timpului său; apoi foarte timpuriu, în secolul al XIX-lea, autoritatea medicului derivă din stăpânirea noii medicini clinice verificabile (Labayle, 2002). Astfel se conturează aura de autoritate și instituțională și profesională care va schimba determinarea în construcția socială a sănătății. De unde sănătatea ca percepție a născut medicina, de aici încolo, medicina va explica societății ce este sănătatea. Astfel, prin hospitalism înțelegem

curentul legat de cunoașterea generată prin autoritatea spitalului (Vantomme, 2014).

Instituția spitalicească, însă, nu a rămas cristalizată în modelul de evoluție care a definit-o ca instituție seculară (Gheorghiu și Moaty, 2017), ci a comportat o dinamică impusă de celelalte transformări menționate aici (în special dezvoltarea medicinei și schimbările epidemiologice). Nu vom face aici o istorie a evoluției spitalului ca instituție formală și formalizantă a medicinei. Dar de la apariția lor în occident ca așezăminte de îngrijire legate de stabilimente religioase și până la *întreprinderile medicale* de azi spitalul a fost martor și determinant al multor schimbări sociale care s-au manifestat și ca schimbări ale spațiului.

Există *aspecte statistice care definesc spitalul* (dimensiunea, număr de paturi, nr. de bazine pediatrice, nr. de doctori specialiști, etc. clasificare în funcție de sistem). Există un *corp profesional*, un *corp de cunoștințe „ezoterice”* și o *etică profesională* constituite în jurul unui spital (medici, abilități, instruire, expertiză) toate înzestrate cu autonomie. Există o *structură organizațională*, formală, foarte stratificată (ierarhizată), eficientă (organizată pe principiul eficienței) și cvasi-birocratică, constând dintr-o *birocrație administrativă*, centralizată și o *birocrație profesională*_descentralizată, un personal informal, profesional medical, etc. Spitalele, în consecință, au un *sistem de autoritate dublu*, unul administrativ și celălalt medical. (Crozier, 1964)

Trecerea de la acut la cronic (ca povară a bolii pentru sistem) a făcut ca sistemul spitalicesc, proiectat mai demult pe acel tip de epidemiologie „spre acut”, să nu mai fie eficient într-o dependență de resurse tot mai „acută”. Deci reformarea spitalelor cerea cumva reducerea lor, mai exact reducerea funcției de ospitalitate, de exemplu, ca număr de paturi, deopotrivă cu nevoia unei integrări de servicii care l-a dus de fapt la o expansivitate ca teritoriu, forță, complexitate, activități – un fel de „hipertrofie instituțională” cum o numeau Gheorghiu și Moatty (2017) la care se adaugă noi forme de guvernare în poli de activități sau denumiri echivalente în funcție de sistem (de exemplu, diagnostic related groups – DRG este metoda de bugetare aplicată în România). Toate acestea au produs deplasarea frontierelor interne și externe ale spitalelor, inserându-le în rețele medicale teritoriale (deci cadre/câmpuri de acțiune mai largi) și conferindu-le și un nou rol sau funcție de menținere a ordinii sociale (Gheorghiu și Moatty, 2017). Spitalele sunt hub-uri teritoriale,

sunt forțe economice autonome (mari angajatori) și în ciuda reducerii funcției sale hoteliere, prin prestigiu și forță economică spitalul își conservă un capital moral acumulat în trecutul său și ancorat în teritoriul pe care-l deservește.

Interesul direct în studiul rolului transformativ sau influent al instituțiilor medicale (spitalul în mod special) este legat de funcția de control social pe care o induce clinicul, fapt detectat de Foucault, dar tratat în bună măsură și de alți sociologi. În acest sens, mai trebuie spus că există variațiuni ale spitalului unele în sens de amplificare a acestor roluri de control, altele cu veleități particulare între instituțiile formale ale medicinei: sanatorii, ospicii, aziluri. Între acestea se distinge ca studiu în sociologia medicală azilul tratat foarte profund de Goffman (1961), asociat cu apelativul de „instituție totală” din punctul de vedere al rolului determinant pe care-l are ca reglementator al ordinii sociale pentru pacienți. În viziunea lui Goffman, bolnavului i se atribuie un rol, în acord cu postulatele lui Parsons (1951), dar în acest caz instituția îl constrânge peste limita a ceea ce putem încadra la un „contract social” (Goffman, 1961). Azilul produce *reconstrucția socială a sinelui* prin supunerea pacientului la ceremonii de degradare, al căror scop este de a-l dezbrăca de identitatea sa anterioară și de a-i oferi o nouă identitate adecvată statutului său instituțional. Când persoana bolnavă este instituționalizată, experiența de a fi bolnav devine mult mai ușor de organizat în funcție de cerințele personalului, deoarece persoana tinde să își piardă mobilitatea socială și fizică, să fie izolată de asociații săi laici, să fie izolată de informațiile de care ar avea nevoie pentru a-și asuma un rol activ în gestionarea bolii sale și să fie integrată în rutine administrative organizate pentru a permite personalului să lucreze în moduri pe care le consideră eficiente și convenabile. De fapt, numai atunci când este instituționalizat, bolnavul poate fi limitat la îndeplinirea unui singur rol – cel de pacient (Goffman, 1961).

Sau o altă problemă, oarecum apropiată este și dacă instituțiile exacerbează sau atenuează efectele sociale și psihologice ale bolii sau handicapului. Aici ar fi utilă o discuție comparativă pe mai multe tipologii de instituții formale, nu numai spitalul. De exemplu, trebuie menționat și un alt caz particular sau variațiune, deși istoric vorbim de o altă instituție: *ambulatoriul*. În mod normal, ambulatoriul nu este altceva decât formalizarea întâlnirii medic-pacient, așa cum am definit-o, ca fondatoare a medicinei. Pentru că întâlnirea are nevoie de un spațiu de desfășurare și pentru a fi delimitată

de clinic ca fiind un serviciu extra-clinic s-a instituit ambulatoriul. În realitate ambulatoriul tinde să-și piardă identitatea separată de spital în această epocă a cronicizării, odată pentru că și spitalul, așa cum am spus, își pierde granițele și ambulatoriul capătă valențe (poli) clinice și pentru că timpul se diminuează pe pacient în raport cu cantitatea de îngrijire, etc. Spitalul tinde să găzduiască cât mai puțin pacienții, în timp ce ambulatoriul își amplifică veleitățile (poli)clinice, așa încât granițele formale se estompează.

4.2.4. Geografia corpului și a sănătății.

Localizările pe corp.

Oamenii, în general, au nevoie de o raportare la o locație la un spațiu (V.1.3.2). *Unde mă aflu?* definește un spațiu fizic sau un spațiu spiritual perceput? *Și orice fac, gândesc, este undeva-aici-acolo, etc.* Oamenii nu pot să perceapă nici chiar entitățile necorporale sau imateriale în afara unei spațialități. Dacă Dumnezeu este necorporal așa cum se admite în diverse religii, implicit poate să nu aibă o locație, dar invocarea lui cere o localizare de percepție (de exemplu, „în ceruri” sau „pretutindeni”). Există, bine-cunoscut, gestul ridicării ochilor spre cer în căutarea lui Dumnezeu – spațiu perceput. În mod similar, oamenii asociază simboluri (adică entități/reprezentări corporale) unor entități necorporale, extrapolând simbolul la prezența în spațiu. De exemplu, icoanele sau idolii semnifică prezența divinității reprezentate dincolo de locația ei particulară.

Este de presupus că această *incapacitate a omului de a abstractiza spațiul* și lucrurile în afara spațiului, are legătură cu percepțiile noastre localizate prin corp (v.1.3.3). *Corpul este geografia cea mai apropiată* (Nast și Pile, 1998) pentru că orice corp se percepe și înțelege senzația de a fi amplasat în spațiu. Însuși faptul că ne menținem în echilibru biped înseamnă că și anatomic și fiziologic simțim spațiul înconjurător. Bunăoară, restrângând analiza la percepții mai concrete, cu referire directă la problematica sănătății, durerea (ca simptom) de exemplu, are un loc în corp. Starea de bine se referă la un corp, dar nu are o localizare precisă în corp, dar este totuși percepută prin corp și exprimată de către corp. Boala este „undeva”, într-un organ sau pe o zonă a corpului, sănătatea este doar în noi, dar este asociată cu locul (extern) în care ne situăm. Boala are localizare ca percepție, senzațiile au localizare.

Chiar și sentimentele de orice natură ar fi, cer măcar în abstract o localizare. Dacă ne este „dor”, acest sentiment are o componentă spațială. Fie a noastră către un obiect sau persoană situat(ă) în spațiu, fie prin raportare la altcineva, de asemenea situat în spațiu. Este un spațiu perceput al dorului care cuprinde cumva distanța dintre individ și obiectul/subiectul (corporalitatea) adorat(ă). Apoi exprimarea corporală proprie a dorului este asociată, cel mai adesea cu inima („dorul este în inimă” ar fi percepția universală).

Dar dacă ne este foame, această senzație are un loc în corp, o simțim senzorial cu stomacul sau doar o asociem cu stomacul? sau este o percepție „virtuală”? Locul este ipotetic creierul, așa cum și vederea, de regulă o percepem, ca indivizi undeva în spatele ochilor, dar și această percepție e o construcție socială diferită de senzația instinctivă de foame.

Derivată din problema localizării percepțiilor și a senzațiilor, *geografia sănătății* ne demonstrează existența unei *legături indisolubile spațialitate-corporalitate*. În primul rând, *chiar anatomia este, dintr-o anumită perspectivă, geografie*. Corpul uman are o hartă, organele lui sunt ordonate spațial, fluxurile circulatorii și alte procese fiziologice se derulează spațial în corp ca și metabolismul corpului (adică relația sa cu mediul extern). Chiar alcătuirea și amplasarea organelor are natural o configurație care să fie ajutată și de legile fizicii (gravitație, tranzit de la un organ la altul, etc.) Prin urmare, percepțiile sănătății sunt de asemenea localizate, discuțiile despre sănătate și discuțiile medicale necesită coordonate geografice (de localizare), actele și manevrele medicale sunt spațializate și localizate.

Corpul, dincolo de a fi el însuși spațiu în spațiu, interferează cu tot universul înconjurător prin spațiu. Geografia (interioară) a sănătății se referă la *corp ca la un spațiu* de desfășurare a problematicii particulare a sănătății. Boala este legată de corp, de părțile lui, de sistemele lui. Intervenția pentru lupta cu boala este tot pe câmpul de luptă al corpului, întreținerea sănătății e un fapt și acțiune corporală simptomele sunt în și prin corp exprimate sau eliminate.

4.3. Corpul avatar și Spațiile referențiale. Legătura corp-spațiu

Așa cum am explicat la început (v.1.1.), analiza literaturii a vrut să plaseze omul social prin raportare la lumea înconjurătoare pe o schemă cu două axe (spectre).

Un întreg spectru de concepte se derulează între *corp* și *spațiu*, în care corpul este esența primordială/ individul ca subiect reflexiv/ elementul constitutiv al materiei/ celulă de bază (ne referim la corp și la corpuri înconjurătoare care au sens pentru om-obiectele) iar *spațiul este agregarea progresivă a corpurilor și obiectelor până la dimensiunea universală*. Spațiul absolut ar fi universul/ planeta, care este capătul, iar agregările mai mici de corpuri sunt spații subordonate (inclusiv, locații) – de exemplu, o clădire este și corp și spațiu în același timp în mod relativ la alte corpuri sau la alte spații. Corpurile mari sunt și spații, dar de fapt orice corp poate fi și spațiu pentru o subdiviziune.

Pe cealaltă axă, am pus *măsura/ponderea materialului sau a materialității* în ingredienta acestor concepte de la un „material în sens absolut” (care ar fi rocă/materie, litosferă pură, fără nicio componentă de semnificație sau spirit) până la non-material/ i-material, la care s-ar putea încadra entitățile care sunt doar informație pură, concept abstract, dumnezeire, energie, spirit, etc.

Toate entitățile pământului au din această perspectivă în mod evident o stare fizică materială și o componentă de semnificație, deci pot fi plasate în acest cadru ipotetic. „Spiritul” imaterial, dacă există, nefiind corporal, nu poate fi detectat de simțuri, cel mult, conceptele abstracte pot fi incluse aici ca „dovadă” – dar pentru toate celelalte nu avem dovezi. Deci până la urmă, orice obiect conține măcar rezidual o stare materială.

La capătul demersului nostru de culegere și analiză a tuturor conceptelor relevante din literatura mai multor discipline despre corpuri și spații, am reconceptualizat acele axe de la început și am încercat plasarea lor logică în funcție de „compoziția” lor materială și de apartenența la „corpuri” sau „spații” pe spectrele invocate, de la mic la mare sau funcție de raportarea social (ca în exemplul din figura 5). Inițial, parcurgând literatura, s-a creat impresia unei „pulverizări” teoretice din care nu se poate construi nimic

măsurabil, apoi am realizat că numeroase concepte converg între ele pe o linie unificatoare.

Ca exercițiu mental, privind pe hartă și înțelegând definiția fiecărui concept, putem descoperi că un om individ se poate regăsi în oricare dintre ele, fie raportat la spații fie ca stare sau percepție a corpului. În câmpurile delimitate de cele două axe, omul social întruchipează niște avataruri, se mișcă pe scara materialității între non-materie și materie, sau își poartă corporalitatea între diverse spații, sau interferează corporalitatea cu alte corporalități și spații.

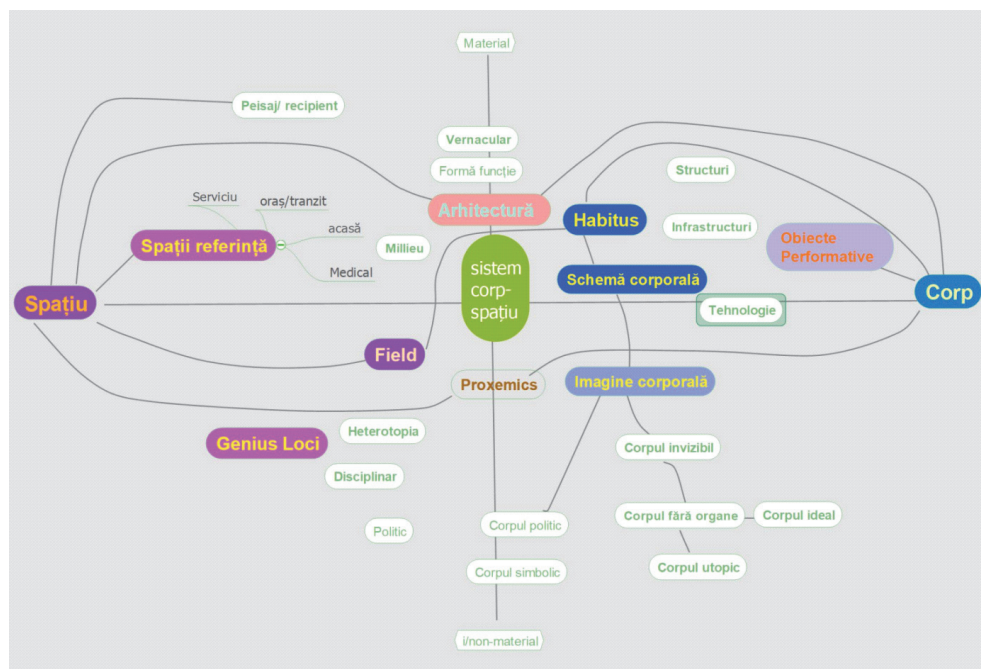


Figura 5. Corpuri și spații în existența socială

Individul este/ poate fi plasat în structuri spațiale, locuri, câmpuri, care pot avea caracteristici, reglementative, disciplinare, politice, pot genera un spirit sau pot transpune individul într-un spirit presetat printr-o socializare anterioară. El poate manifesta în aceste spații „rutine spațiu-timp”, poate funcționa după „scheme corporale”, „habitusuri”, se poate adapta la diverse „întreprinderi”, sau poate folosi corporalitatea pentru a exprima statusuri sau comunicare cu mediul său. Deci mișcare, status adaptare, percepție, transformări, toate pot co-participa în existența lui socială și pot fi raportate la unul din conceptele amplasate pe hartă. Spre deosebire de o sociologie clasică,

care plasează indivizii descriptiv, relativ static, direct în clase, roluri și cel mult, statusuri, credem că prezentul impune o dinamică a situării corpului și spațiului.

În acest sens, am propus ideea de *corp avatar* și *spațiu referențial*, tocmai pentru a semnală că ne aflăm într-o altă ecologie socială în care omului i se perindă pachete situaționale diverse la care trebuie să se raporteze somatic mai mult decât într-un trecut în care viața era pe coordonate mult mai rutinate. De exemplu, „medicalul” era un aspect secundar al vieții, accesat numai în caz de boală, astăzi și pentru persoanele sănătoase, medicalul comportă activități curente, interesări, accesare de sistem, prevenții, screeninguri sau chiar servicii medicale, etc. deci cere spațiu și întrupare. Putem extrapola și la alte domenii ale vieții, dar medicalul este unul foarte concludent. Aceste comportamente sunt generate de expansiunea problemelor (creșterea complexității și dinamicii vieții – care se manifestă inclusiv în schimbarea parametrilor normali ai medicalului) dar și de oferta din ce în ce mai diversificată de consumuri și practici potențată și de tehnologie. Mulți timpi pentru activitățile de supraviețuire s-au scurtat dislocând un timp care a fost transferat altor activități, sporind „densitatea vieții” și a informației rulate. Cognitiv, oamenii capătă sentimentul că fac mai mult, trăiesc mai intens (poate fi adevărat) dar, cel mai important, schimbă registrele vieții mai mult și această dimensiune este una obiectivă.

Aceste observații pe baza literaturii trebuie coroborate și cu alte transformări sociale. Așa cum am spus, observația noastră se face pe fondul unei *confluente de tendințe* care-și aduc aportul la aceste noi concepte:

- „**Lichidizarea societății**” (Bauman, 2000, 2005) – proces important de menționat pentru efectul său „dizolvant” și entropic care ne sugerează ipoteza instabilității.

- **Creșterea complexității vieții** (cu multe motivații – congestie, populație, urbanizare, globalizare) și a interacțiunilor dintre indivizi, grupuri, spații, teritorii, corpuri și alte entități (traduse în birocratizare și depersonalizare care produc și alienare). Din nou, întărește ipoteza instabilității și reflexia către nevoia de flexibilitate.

- **Restrângerea spațiului vital** (consecință a factorului precedent) – creșterea densității și a urbanizării care produce modificări clare ale spațiului și delimitări mai concrete între entități spațiale.

- **Creșterea incertitudinii și apariția mai multor viitoruri probabile** (existe mai multe grade de previzibilitate a viitorului (Stimsson et al., 2002) de la planificabilitate și anticipare până la haos – ceea ce face ca societatea să-și conștientizeze o anumită nevoie de previzionare a riscului). De exemplu, tranziția epidemiologică către cronicizare marca un excedent de spital, care se preconiza a fi diminuat în timp, dar apariția pandemiei Covid 19, a repus în discuție nevoia de spațiu spitalicesc, eventual flexibil, modular, eventual de rezervă, dar oricum suplimentar în raport cu situația existentă.

- **Dezvoltarea tehnologică** care accelerează procesele vieții și ale societății cu corolarul: **schimbarea modurilor de producție**. De exemplu, unii autori (Grabher, 2003) pretind că mecanismul capitalismului se va transforma într-o „ecologie a proiectelor” care va disipa conceptul de „firmă” ca agent economic fapt ce va transforma formele de organizare a muncii către ceva complet flexibil și migratoriu. De asemenea, evoluția tehnologică reconfigurează structurile și infrastructurile spațiale cum au arătat (Schatz și Berlin, 2011)

- **Multiculturalizarea și suprapunerea spațiilor și a culturilor**, melanjul cultural care produc alienare și depersonalizare.

- **Medicalizarea, ca evoluție transformativă de comportament social** (Illich, 1974, Conrad, 2007) dar și ca forță de schimbare socială a medicinei. Care, este de așteptat a produce forme noi de întrupare alături de tehnologie, până la chiar modificarea fiziologiei și a geneticii.

- **„Distrușterea creativă a medicinei”**, prevăzută de Eric Topol (2012) sub presiunea tehnologică și sub presiunea cererii beneficiarilor de progres în luptă cu conservatorismul medical, (v. 5.2.3) dar care, de fapt este o parafrază a ideii generale de „distrușterea creativă” care a fost o predicție a lui Schumpeter cu privire la sistemul capitalist în general.

Deși la prima vedere vin din registre diferite toți autorii menționați – Bauman, Topol, Schatz și Berlin, Grabher – toate teoriile (lichidizare, distrușterea creativă, incertitudine, tehnologii, medicalizare) converg către un punct comun: *transformarea profundă a structurilor sociale, instituționale și tehnologice sub presiunea mobilității, incertitudinii și inovării rapide*. Bauman (2005) vorbește despre o societate lichidă în care instituțiile devin instabile, iar indivizii sunt nevoiți să-și reconstruiască mereu identitatea. Topol observă o „distrușterea creativă” (2012) prin noile tehnologii (genomică, AI, medicina personalizată), care destabilizează structurile tradiționale (spitalul, relația medic-pacient,

expertiza centralizată), Schatz și Berlin (2011) arată cum infrastructurile – aparent rigide și tehnice – sunt de fapt politizate, vulnerabile și în continuă adaptare. Infrastructura medicală (inclusiv digitală) nu mai este un cadru fix, ci un **proces dinamic**, reconfigurat continuu prin tehnologii emergente și politici fluide. Grabher (2002) descrie o economie a proiectelor: colaborări temporare, rețele efemere, inovații rapide. Această logică se regăsește tot mai mult și în domeniul medical: cercetare fragmentată pe granturi, spitale care cooperează ad-hoc cu start-upuri, echipe de intervenție montate și demontate în funcție de criză (ex: pandemii). printr-o lectură transversală a contribuțiilor lor înțelegem efectul lor cumulativ, sintetic este de așteptat că mecanismele sociale căpătă configurații noi. De la societăți foarte structurate în trecut, care aproape împământeneau individul prin normare, status social, rol social, lichidizarea de azi, entropia și aceste volatilități descrise mai sus (inclusiv a corpului ca și structură materială) care alienează individul de structurile sale fixe este foarte probabil să se producă asignări multiple ale individului:

Ca pre-rezultat al studiului nostru pe toate planurile (teoretic și empiric) formulăm ipoteza că: *Rolul social se transformă în „avatar” (ceva multiplu și schimbabil), de asemenea, clasa socială se transformă în avatar sau apartenență auto-asumată, pe un model similar – sau clasificările sociale se pot face pe mai multe criterii, nu unul agregat. Apartenența devine din ce în ce mai simbolică și mai schimbabilă (marcat ca exemplu, schimbările de status pe facebook = schimbări de avatar). În fine, spațiul social se multiplică și se separă în „bule” și deci devine referențial adică, devine o caracteristică a stării. Mai exact, stările, ipostazele noastre ca indivizi vor fi asociate unui spațiu. Spațiul devine „variabilă” (context) caracteristică a fenomenului nu gazdă reper a fenomenului.*

4.3.1. Avataruri (Corpul avatar)

Cum am ajuns la acest concept? De ce vedem că ar fi caracteristic noilor forme de viață socială? Avatar provine dintr-un cuvânt sanscrit care înseamnă „coborâre”, iar în primele utilizări din scrierile occidentale se referea la coborârea unei zeități pe pământ – în mod obișnuit, încarnarea în formă pământească a lui Vishnu sau a unei alte zeități hinduse. În tradițiile hinduse, „traversarea sau coborârea” este simbolismul, afirmă Daniel Bassuk (1987),

al coborârii divine din „eternitate în domeniul temporal, din necondiționat în condiționat, din infinit în finitudine” (adică o întruchipare umanizatoare).

Ulterior, a ajuns să se refere la orice încarnare în formă umană, iar apoi la orice întrupare, cum ar fi cea a unui concept sau a unei filosofii, fie că este sau nu sub forma unei persoane. În era tehnologiei, avatarul a dezvoltat și un alt sens – acum poate fi folosit pentru imaginea pe care o persoană o alege ca fiind „întruchiparea” sa într-un mediu electronic. Uneori ca interfață pentru jucători, care se ascund sub nick-nameuri sau avataruri, sau alte forme de amuzament.

Parte din sensurile conceptului esoteric și cel prezent figurat sunt exact nuanțele pe care vrem noi să le consacram ca explicație a ceea ce se-ntâmplă cu fenomenul corporal actual. Cuvântul mai implică și a coborî – cu sensul de a coborî pe pământ – a te umaniza, a traversa ceva. Este ingredienta flexibilității maxime de care avem nevoie azi pentru a descrie întrupările și întruchipările indivizilor în această lume.

Așa cum se va vedea și din analiza narativelor și a interviurilor corpurile se dirijează după anumite mecanisme care se asimilează în timpul socializărilor multiple mecanisme care se codifică și tind spre un fel de automatizare. Pe măsura evoluției societății, presiunile transformatoare pentru aceste mecanisme cresc și implicit corpurile și mecanismele trebuie să se adapteze, iar o capacitate a acestei adaptabilități este avatarul.

Corpul avatar e ultimul concept pe care îl formulăm în succesiunea de la capitolul 2, ca un fel de capăt evolutiv sau ca o combinație între body-schema-corpul balet-habitus (forme ale corpului trăit sau „întrupări” de – corp identitar – corp reglementat, etc. Relatările pacienților au descris corpul cu elemente din toate aceste concepte. De aceea e o încercare de unificare a lor, dar nu prin amalgamare și aglutinare, ci prin crearea unei entități mai degrabă flexibile (avatarice) adică nu e „din toate” ci poate fi x, sau poate fi y, în mod adaptativ. E ideea de corporalitate variabilă, determinată de transformările sociale de care vorbeam mai sus. Dar o variabilitate profundă, somatizată, nu una de mască.

4.3.2 Spații referențiale

Pornim de la o afirmație și de la o demonstrație a lui Y Fu Tuan (1998, p. 4): Cultura este o formă de evadare (v.3.3.2.): *„Camera mea – casa mea – este un refugiu, o mică lume creată pentru a mă proteja de natura amenințătoare. Gândindu-mă în această direcție, m-am întrebat de curând: Ce există în cultură – de la casă la religie – care să nu fie o formă de evadare? Și corpul meu este natură. Mă amestec în el, iar o mare parte din amestecul meu vine dintr-o dorință conștientă de a scăpa de animalitatea mea sau de a-mi acoperi animalitatea. Un animal mănâncă, are porniri sexuale și, mai devreme sau mai târziu, moare. I? Ei bine, eu mănânc, iubesc și aspir la nemurire. Cultura este modul în care scap de starea mea de animalitate.”*

Indiferent de statutul pe care-l dăm acestor aserțiuni: descoperire, revelație, sau simplă constatare a unei realități, esența acestor gânduri se traduce în ideea că omul a valorificat reperele mediului său creând-și o existență dincolo de instincte de viață condiționată de un lanț trofic. Adică a transformat spațialitatea din mediu în LOC, s-a arondat unor repere, prin cultură. Acum, merge mai departe și parcurge adaptativ mai multe culturi în intervale de timp mai scurte care pot fi condensate într-un timp prezent. Deci se adaptează mai multor „spații” (locuri).

Conceptul de spațiu este legat de transcendență și libertate (Tuan, 1997) pe care le experimentăm prin mișcare. În actul mișcării, spațiul și atributele sale sunt experimentate direct. O persoană imobilă va avea dificultăți în a stăpâni chiar ideile primitive ale spațiului abstract, deoarece astfel de idei se dezvoltă din mișcare – din experiența directă a spațiului, prin mișcare. O pierdere a simțului spațiului înseamnă și o pierdere a conștientizării corpului.

Am demonstrat, pe tot acest parcurs, legătura indisolubilă a individului cu spațiul său. Dar am demonstrat și că ne situăm într-o paradigmă a contextelor. *Spațiul este spații*, fie că vorbim de locuri fizice cu localizare precisă, fie că vorbim de spații virtuale, imaginate, ideale, etc.

Spațiul „referențial” se „referă” la *precizarea mediului (contextului)* în care are loc povestea/ fenomenul/ întâmplarea, pentru că acesta, pe de-o parte explică starea și trăirile corpului, pe de altă parte, poate genera schimbări corporale – avataruri.

Oamenii trăiesc azi, mai mult decât în alte epoci, în structuri spațiale suprapuse, concomitente (similare câmpurilor lui Bourdieu, sau spațiilor abstracte invocate Conti și Giaccaria (2001). De exemplu, individul interferează și cu spațiul său local și cu spațiul global, cosmopolit se adaptează sau răspunde ambelor (sau mai multora) prin adaptări corporale – întrupări. Implicit nici reglementarea corporală, nu se supune unei singure metodologii. Cum se va vedea în relatări și narrative, subiecții practică spațiile în care se găsesc, se racordează la ele realizând schimbările de întrupare la care ne supunem. La medic suntem pacienți (docili), acasă suntem stăpâni (evadați). În spital ne „ocupăm” noptiera, dar o abandonăm la eliberare. Există proprietate prin asociere cu valori și simbolistică, dar există recursul și rezerva la schimbare, în toate relatările despre amplasament. Până și mișcările și/sau comunicațiile ad-hoc definite de moduri de viață/hobby-uri sau asumări stilistice (rockeri rapperi, hipioți, hipsteri) și-au slăbit radicalitatea delimitativă, nu mai au granițele vestimentare din anii 70-80.

În concluzie, încercăm și să proclamăm existența unui mecanism social adaptativ cameleonic: oamenii trăiesc sau își (re)construiesc aproape continuu o socializare multiplă care înseamnă o translatare între diversele spații referențiale. Spațiile referențiale sunt ceea ce vom numi rezultatul convergenței mai multor concepte prezentate până acum pentru spațiu ca și cadru al vieții individuale caracterizat de sens, localizare, relaționare, ș.a. De fapt, spațiul, spunem noi, nu mai este ceva unitar, e o suprapunere de spații/ câmpuri/ platouri pe aceeași locație, în care indivizii plutesc alternativ și în care își schimbă continuu întrupările.

Aceste schimbări nu sunt doar o schimbare „de mască”, de aceea ne referim la avataruri (alt spațiu social, altă întruchipare). Transformările sunt totale adică somatice chiar dacă indivizii au nevoie de un efort de acomodare, indivizii participă cu întregul corp la aceste procese (cameleonice) pentru că sunt nevoiți să se transpună în alt mediu social în care pot dobândi chiar și un alt status (de exemplu, așa cum am arătat clasa profesională și venitul te pot plasa în zone diferite de status social – poți fi sărac prin venit, dar high class prin profesie). Din cauza congestiei spațiului și a creșterii complexității vieții, spațiile sociale (așa cum am arătat, construite prin relații de putere) se suprapun și de aceea translarea/ migrarea între spații e mai facilă, iar corpul e obligat să participe și somatic. Migrând între spații

sociale astfel, se migrează și între clase pentru că se adaptează inclusiv comportamentele. *Mecanismul adaptativ este întruparea/reîntruparea*. Aceste mecanisme afectează și identitatea și corpul trăit, și corpul reglementat (toate cele trei mari dimensiuni ale corporalității identificate).

Corelația cu conceptele de întrupare și integrare (embodiment & embeddedness)

În abordarea sociologică a corporalității, conceptele de *embodiment* & *embeddedness* deschid un cadru complex de înțelegere a modului în care corpul este simultan trăit și situat. *Embodiment* se referă la dimensiunea profund personală, senzorială și subiectivă a corpului – la faptul că lumea este experimentată prin intermediul corpului, care nu este doar anatomie, ci un vehicul al **percepției**, al **afectelor** și al **interacțiunii** sociale, embodiment cumulează concomitent:

- poziție/ postură adică forma fizică și fiziologică directă a corpului.
- conștiință de sine a momentului (stare de bine/de rău) prezență sentimente preferințe, dorințe, doruri, atitudini, reflexii, gânduri.
- ținută cu tot ce include ea, de la vestimentație echipament, obiecte performative atașate corpului.
- raportarea (prin atitudine și postură) la persoane/ spații/corpurile externe.
- amplasarea (cartografierea corpului) în cadrul spațial în raport cu spațiul/ *obiectele performative* (corpurile, dispozitivele și obiectele performative sunt din ce în ce mai importante, unele devin părți ale corpului sau prelungiri, altele au rol organic adică ne satisfac funcții fiziologice) (Niedderer, 2007).

Tot în același timp, *embeddedness* aduce în prim-plan dimensiunea relațională și contextuală a existenței corporale: corpul trăit este întotdeauna *încadrat*, *înscriș* într-un ansamblu de structuri sociale, spații instituționale, practici istorice și norme culturale care îl modelează și îl situează, *embeddedness*-ul descrie *dependența (ca grad sau măsură) unui fenomen – fie că este vorba de o sferă de activitate, un set de relații, o organizație sau un individ – față de mediul său, care poate fi definit alternativ în termeni instituționali, sociali, cognitivi sau culturali*. Alți termeni care se apropie ca sens în română ar fi *împământenire*, *înglobare*, *încadrare*, *incorporare* (asimilare). Termenul a fost creat de istoricul economic Karl Polanyi, ca parte a abordării sale substantiviste (Plattner, 1989). Polanyi susținea că în societățile fără piață nu există instituții pure cărora să li se

poată aplica modele economice formale. În aceste cazuri, activitățile economice, cum ar fi „aprovizionarea”, sunt „încorporate” în instituții non-economice de rudenie, religioase și politice, adică mai generic spus, rețele sociale (care ar fi integrate în spațiul comunitar – de aici vine integrarea). Ulterior, termenul „embeddedness” a fost dezvoltat de sociologul Mark Granovetter (1985), care a susținut că, chiar și în societățile cu economie de piață, activitatea economică nu este atât de dezintegrată de societate pe cât sugerează modelele economice și că și aici o parte din activități sunt „împământenite” în spațiul local (comunitate). Din aceste teorii ne vine foarte ușor să vedem o determinanță între spațiu (ca spațiu cultural) și viața socială. De fapt, ce spunem noi, este că *crește acest grad de embeddedness*.

Prin urmare, corpul nu este doar purtătorul unei conștiințe individuale, ci și o instanță în care se reflectă și se negociază poziționările sociale, ideologiile dominante sau distribuțiile de putere. *Embodiment-ul* ancorază analiza în experiența vie, în timp ce *embeddedness-ul* o deschide către contextul ei în care această experiență capătă sens. Împreună, cele două concepte permit o articulare mai nuanțată a relației dintre individ și societate, dintre corporalitate și spațialitate, dintre biologie și cultură.

În esență, concluzia noastră este că *individul nu este un corp ancorat cu un rol social, pe care mișcarea îl repositionează doar fizic, iar spațiul/ locul îi este doar gazdă a proceselor la care participă, ci este mai multe configurații corp-spațiu, flotante care se (re)transformă permanent*.

4.3.3. Spații referențiale identificate & descrise empiric

Așa cum s-a anunțat în introducere, vom prezenta și concluziile unui studiu empiric. deși restrâns ca dimensiune și fără pretenții de generalizare largă, studiul calitativ oferă concluzii relevante pentru formularea unor teorii fundamentate (grounded theory). Cum este firesc, acesta nu furnizează date cantitative, ci scoate în evidență argumente și perspective valoroase care pot contribui la conturarea unor direcții teoretice emergente. Accentul este pus pe explorare conceptuală, nu pe furnizarea de date empirice în sens strict. Un studiu bazat pe interviuri și narative realizat pentru teza de doctorat care a pus în evidență existența a ceea ce era stabilit prin ipoteză: cristalizarea conceptelor de *corp avatar* și *spațiu referențial*. Studiul s-a realizat prin analiza unor *interviuri* de tip *povestea vieții*, cu pacienți din categoria

pacienți cronici (v. metodologie) și prin analiza unor *narrative* de pacienți privind experiențele de boală, narrative găzduite pe siteurile unor asociații de pacienți. Am extras din rezultatele studiului caracteristici relevante și reprezentări ale unor spații referențiale (predefinite) așa cum apar din relațiile culese. De asemenea, am identificat din narativele subiecților despre *stări, comportamente, simptome și acțiuni* câteva forme pe care le putem defini ca *între(chi)pări* cu caracteristicile conceptului definit de corp avatar, adică acele întrupări care pot fi tipologizate în raport cu spațiul referențial (întrupare și integrare).

După cum se va vedea la fiecare spațiu și întrupare s-a căutat, din limbajul subiecților, găsirea similitudinilor cu conceptele prezentate în prezentarea teoretică (capitolele 2 și 3).

Spitalul/ambulatoriul

Aproape toate relațiile despre spital și despre experiența spitalizării prezintă acest spațiu ca pe unul *constrângător*, producător de *disconfort*, în care individul-pacient își pierde autonomia de care se bucură individul liber. Nuanțând, trebuie să spunem că există și o imagine așteptată, poate chiar o *mitologie a spitalului* pe care oamenii (din afară) o construiesc pe baza acestor povești care ajung în mentalul colectiv. Între trăsăturile acestui mit: dezorganizare, mizerie, lipsă de grijă, comportamente disciplinare. Extras din poveștile pacienților, spitalul ni se prezintă ca o *heterotopie strictă*, austeră, disconfortantă până la sentimentul de *prizonierat*. În general se face referire la lipsuri, la frustrări și conflicte (cumva economic justificat – de o lipsă de resurse la care indivizii sunt adaptați normal la casele lor). Mai curând, este o chestiune de inadaptare și de restricționare materială, dar care inconștient pacienții o asignează sistemului spitalicesc medicinei și situației de boală. Prezența în spital este și nu este alegerea pacientului. Mai degrabă e un consimțământ viciat de „violență” (în termeni juridici) – constrângerea bolii.

Relatări pacienți/narrative & interpretări:

- Te aștepți să dai de „știință” și de „militărie”, dar bolile, adunate mai multe la un loc, mai ales în momentele în care lucrurile merg prost, răul adunat, parcă-l fac mai uman;

- un amalgam de durere, dizabilități, imobilisme, suferințe, reacții umane, dure, atitudini cinice sau dimpotrivă milostive și empaticе, indiferența și mândria) reunite toată concomitent în același spațiu.

- Dezordine totală. Nu înțelegi ce ai de făcut, nu găsești unde te-a trimis. Te uită pe hol. – O „entropie” care estompează această ordine de protocol militar și scoate la iveală umanul. Protocolul este o formă fără fond aplicată, de obicei mai mult în situațiile de litigiu.

- Pacient cu peste 50 de spitalizări – „de fiecare dată învăț alte lecții. Mereu este ceva nou care te surprinde”; „foarte curând, îți dai seama că unele dintre cele mai perplexe aspecte ale spitalelor nu sunt cauzate de înțelegerea ta, ci de sistem sau de lipsa de comunicare”.

- Practicile și cutumele spitalului care încep prin a destabiliza pacientul, dar în timp devin familiarități, chiar competențe ale unui mod diferit de conviețuire în raport cu exteriorul.

- **Perturbă practicile vieții** învățate afară; unii remarcă și chiar deplâng materialitatea spațiului spitalicesc orientată prea mult pe aspectele siguranței sceptice, evitării riscurilor și „supravegherii” – toate măsuri percepute ca disciplinare. De exemplu, amplasarea „prea aproape de asistente” și că „ușa este permanent deschisă”, ferestrele sunt prea jos și poți să fii văzut (te puteai holba) sau „dacă ar fi să pot schimba ceva în spital ar fi să nu se uite lumea la mine”.

- *Un haos în gestionarea pacienților* („nimeni nu are nici 5 minute să stea cu tine”). Camerele, separeurile sau rezervele sunt construite mai degrabă „pentru a asigura controlul personalului și accesul echipamentelor decât confortul persoanei localizate acolo.” Spațiile intime determinate mai mult de glazvanduri și perdelețe sau de paravane, decât de camere separate.

- Pacienți care sunt preocupați de zonele de refugiu interioare și exterioare (escapism) chioșcul de ziare, automatul de cafea, popotă, biserică, parcul spitalului, bănci, prezența pisicilor și a câinilor, etc.

„Îmi iau ziarul și stau pe bancă în părculeț. Chiar dacă e frig... pun halatul pe mine și tot e mai bine. Nu suport să stau în salon, că n-am aer... și care mănâncă și-mi clempane-n ureche, care vorbește la telefon, de parcă numai el e acolo...”

- Percepția unei așa-numite *atmosfera a spitalului*. Pacienții sugerează existența unei apăsări, a unor angoase, a unor stări de rău generate de spital.

- Exemplu, pentru un caz de intervenție chirurgicală (care a presupus anestezie totală) amintirea momentului este legată de decorul sumbru în care a avut loc procedura).

- Alți pacienți reclamă anumite experiențe „psihosomatice” care însoțesc șederea în spital. Numeroși pacienți pun pe seama spitalului unele tulburări fiziologice și somatice pretinzând că ajunși acasă totul se reglează (Exemplu „cum vin la spital, cum mă constip. De ce acasă mi-e bine?”).

- (Pacientă de 19 ani sportivă de performanță – afectată profesional de boala gastro-enterologică – insistă chiar pentru o intervenție la doctor ca să fie convins că în spital se simte foarte rău și că de acasă își gestionează mai bine boala).

- *sentimentul de prizonierat* (care este la propriu, din moment ce statutul de internat, chiar îți limitează unele libertăți) și unele *rupturi ale proiectului/ modelului uzual de viață*. Individul este confruntat cu noi forme de management a diverselor capitole ale vieții: timpul, banii, spațiul personal, controlul fiziologiei, în general perturbarea tuturor atributelor identitare. Conștiința statutului de bolnav/ prizonier se resimte și din limbaj, nu numai din formularea unor plângeri sau constatarea faptelor: a fi „sub tratament” sau „pus sub tratament” sugerează o supunere în fața unei autorități, chiar dacă este spre îmbunătățirea condiției. Externarea este exprimată de formula „îmi dă drumul” care sugerează o eliberare. Într-o evaluare logică, granița dintre pacientul internat și pacientul „eliberat” nu semnifică aproape nimic în termeni medicali, dar invariabil este resimțită ca o schimbare crucială de statut. (v.4.2.3.)

- Mituri (de exemplu: „șpaga”/ „plicul” sau formule tip: „intri pe picioare, ieși mort”, etc. Spitalul este un spațiu trăit, iar imaginea spitalului trăit trece dincolo de spital. La fel putem spune că este o diferență colosală între spitalul trăit și *spitalul imaginat* la pacienții neinternați sau care nu mai sunt în incintă, ea se estompează (v.4.2.3 Hospitalismul).

- Există, în evocarea pacienților, și un *spațiu adițional al aparținătorilor*, legat de spital, care merită menționat pentru că, deși pare foarte important în gestiunea vieții pacienților, nu este considerat în evaluările de sistem: de exemplu, comerțul de dincolo de poarta spitalului are o configurație reglată după viața spitalului: pentru spitalele oncologice există chiar o piață (imobiliară) a cazărilor în jurul spitalului în mare parte clandestină,

dar există invariabil farmacii care au materialele lipsă din spitale sau de cele mai multe ori unde se găsesc medicamentele oncologice pe rețetă, dar care se iau în ambulatoriu. Sau acolo poți găsi magazinele care oferă peruci. Există chioșcuri cu produse specifice necesare pacienților (inclusiv materiale medicale) și florării, refugii pentru taxiuri, etc. În incinta spitalului, contează tot acele spații comerciale dar mai ales spațiile de însoțire: parc, bănci, biserică, etc. de cele mai multe ori aceste spații sunt în penurie.

- Variația spațiului „spital” este și pe tipologia arhitecturii: de exemplu, spitalele vechi pavilionare dau aparența de haos neîngrădit, în vreme ce spitalele monobloc dau o aparență de rigoare și disciplină.

UPU (unități de primiri urgențe)

- Un caz particular de spital care prezintă variațiuni în comparație cu acesta, cu **reguli proprii, mai stricte** decât ale spitalului și cu un **regim de gestiune mult mai alert (managementul pacienților care este mult mai direct și nemediat de proceduri complicate)** este unitatea de primiri urgențe, așa numita UPU.

- Spațiul sau disponibilitatea de spațiu în UPU este total (sau ar trebui să fie total) *subordonată mecanismului sau procedurii prin care pacienții care se prezintă/sunt aduși în UPU sunt evaluați și clasificați, la sosire de către persoane competente*, luând în considerare starea lor clinică și acuzele cu care se prezintă, corelate cu vârsta și antecedentele acestora, *stabilitatea funcțiilor vitale*, potențialul de agravare a stării lor, necesitatea instituirii unui tratament sau a efectuării unor investigații, precum și alte date considerate relevante astfel încât să fie stabilite prioritatea cu care un pacient este asistat și nivelul de asistență necesară acestuia (cum plastic spunea un pacient, „*te ia în ordinea pe cât ești de aproape de moarte. Dacă nu ești aproape, staaaai și aștepți*”).

- Pacientul este și mai puțin liber decât în spital, drepturile îi sunt și mai acut suprimate de pretextul că *salvarea vieții tuturor pacienților prezenți acolo este prioritară oricărui confort*.

- Din cauza *congestiei permanente* a acestor unități, pacienții au *timpi de așteptare foarte mari*, chiar și în stări grave fiind, dacă alte situații sunt și mai grave sau cu risc mai mare de pierdere a vieții.

- Pacientul își pierde identitatea cetățenească de care beneficiază afară și *se auto-supune unui circuit și potențial vătămător, prizonier într-un spațiu în care nici măcar nu este îngrijit (în cazul în care nu este grav)* deci pierde și avantajul de „rău necesar” al spitalului. Nici într-o stare ameliorată în care, altminteri, n-ar apela la urgențe, ei nu pot părăsi incinta pentru că întrucâtva și-au predat responsabilitatea vieții instituției urgenței care pe moment nu mai are timp de ei și-i lasă să aștepte.

- „În situația de pacient, fusesem deja investigat la mai multe secții și parametrii arătau că sunt în afara vreunui pericol medical, starea era mult ameliorată dar, doar pentru că parcursul investigativ stabilit de medicul de urgență la intrarea în UPU mai includea o ultimă stație, din cauza congestiei acelei stații și a lipsei personalului de însoțire, care să mă transporte între acea secție și ieșirea urgențelor, am fost obligat să aștept ore de noapte, pentru acel serviciu, deși cu o sănătate bună și cunoscând spitalul, chiar ca parte a locului meu de muncă, puteam să-l părăsesc singur neîndrumat, neasistat”.

- Pacienții cronici au în mod frecvent nevoie de servicii de urgență, deoarece au afecțiuni care pot produce crize acute, dar, pe de altă parte, tot frecvent, nu au situații potențial vitale. În aceste condiții, pacienții cronici „vechi” au o bogată experiență în UPU de regulă nefericită, fiind victime tipice ale acestui sistem. În consecință, își proiectează proceduri și tehnici și chiar trucuri de „descurcare”.

- Percepția nevoii de a fi insistent în astfel de situații „țipă, zbate-te pe scaun, dacă poți, vomită ca să fii luat în seamă”, „plânge-te de durere, trebuie să te tângui dacă vrei să fii luat în seamă”. De asemenea, toți invocă haosul și sentimentul de abandon, disconfort în așteptare.

- UPU înseamnă o minispitalizare ad-hoc (ca un spital de campanie), dar pe fondul conștiinței că „dacă ai venit la urgență rezolvi (totuși) repede” și eludezi procedura greoaie și cronofagă a sistemului medical. De multe ori pacienții aleg intenționat urgențele (chiar cu riscul descris mai sus de blocaj din cauza congestiei) pentru avantajul de a „nu mai trece pe la medicul de familie”.

- Deși UPU este antrenată să salveze vieți, de cele mai multe ori, rolul lor este de a ameliora simptome. Ca urmare, percepția este că numai cu persistență se poate urmări un rezultat favorabil. Altfel, în situațiile clasice

de urgență generate de crize acute și simptome dureroase, episodul de UPU este în general, unul traumatizant. Și mai ales când el se încheie cu spitalizarea normală nu cu „dat drumul acasă”.

- în ciuda aparentului haos, spațiul UPU maschează totuși niște rigori greu de atins în mod normal în spital pentru că gestionează o aparatură foarte diversă pe unități de suprafață foarte mici, o aglomerație de medici, pacienți și personal auxiliar care, în ciuda acestei entropii, reușește să fie funcțională.

- funcționalitatea este asigurată de fluxurile individuale ale profesioniștilor amplasați în acel spațiu, care cunoscându-și perfect treaba și cunoscând spațiul și procedurile, derulează activitatea optimal, iar imaginea de haos este doar o aparență pentru exterior generată de congestie.

- Plângeri privind *neascultarea vocii pacientului* (eludarea stării de rău) în spațiul medical din lipsă de timp, standardizarea profesiei, medicalizare și toate cauzele expuse în partea teoretică... în UPU această „ne-auzire” a vocii se acutizează până la suprimare. În UPU pacientul intră mai mult corp-obiect și mai puțin persoană, de aceea, UPU prin excelență este o instituție „biomedicală totală” Lipsa de timp și riscurile concurente reduc pacientul la condiția de corp anatomo-fiziologic, iar codurile etice care reglementează relația medic-pacient în modernitate se suspendă sau chiar se suprimă. Oportunitatea de a spune povestea bolii doar pe scurt la intrarea la dispecer care de multe ori NU este nici măcar doctor, este maximum de „ospitalitate” pe care-l poți obține de la această instituție (totuși) „ospitalieră”.

- Limbajul în UPU este mai dur decât cel uzual din spital, reducând și mai mult condiția de persoană a pacientului, dar cumva violența de limbaj se manifestă de ambele părți (pacienți și cadre medicale) – imagine opusă stereotipiei curente care prezintă pacienții ca prizonieri docili. UPU este un fel de bursă în care se negociază statusurile între pacienți și cadre medicale și abia decizia „internării” (sau a non-internării) e cea care stabilește raportul de forțe ierarhic.

- UPU ierarhizează totuși pacienții după risc și cei cu suferințe „nefatale” în anumite situații se pot trezi neglijați pentru că non riscul fatal nu exclude simptomele acute, durerile și disconfortul.

Totuși desprindem din interviuri o imagine mai puțin perfectă și eficace decât cea descrisă din experiența observațională. Revenind la „ascultarea vocii” din perspectiva pacienților, nemulțumirile sun frecvente. Pacienții

„experimentați” ne relatează că folosesc diverse strategii pentru a-și negocia prioritatea în UPU, nu numai „tânguirea” ci și prin franchețe și rezonabilitate.

- în cazul UPU este că toate codurile uzuale de relaționare medic pacient sunt afectate, în primul rând, *ritmul alert obligă la cenzura pacienților, ca spațiu disciplinar UPU* este *mai aproape de spațiul punitiv* decât de cel clinic în termenii lui Foucault. Dar paradoxal, totul pe fondul unei *încredere mutuale mai mari* în această relaționare. Acest paradox este cu atât mai pregnant pentru că încrederea aceasta se construiește pe fondul unui nivel foarte jos de cunoștințe și informații (deci cu o predispoziție mai mare la erori). În aceste condiții, simptomele raportate de pacienți constituie o resursă proeminentă pentru luarea deciziilor: „trebuie să-i sperii, să exagerezi” este rețeta dată de pacientul experimentat. În acest sens UPU rămâne un *spațiu de negociere*.

Acasă

Spațiile sunt judecate de oameni după formele pe care le ia corporalitatea în ele. Corpul este (re)modelat după normele spațiului. De exemplu, atunci când sunt solicitate informații și percepții despre ce înseamnă acasă, unul dintre intervievați răspunde:

„Este dificil de răspuns unde e acasă. Când eram student la Iași, acasă era la Suceava, unde m-am născut și am crescut. Acum când locuiesc în Italia, acasă este toată România. Deci, *acasă este într-adevăr un cuvânt multiplu, un cuvânt cu semnificații multiple* cel puțin pentru mine”. (Pacient, 51 ani, diabet tip2)

- sentiment al atașamentului perpetuu recreat este înțeles ca un impuls de a ne interpreta pe noi înșine în (re)construcție/ în mișcare a – cine suntem în raport cu retorica diferită a spațiului? Spațiul locuirii și al vieții aduce apartenență. nu am clarificat dacă apartenența este sentiment sau este reflex condiționat, sau amândouă.

- Ca să vă spun adevărul, prefer să fiu bolnav acasă. Într-un spital, fără îndoială, becurile sunt mai puternice și lucrurile sunt mai științifice în general. Dar acasă, așa cum se spune, până și paiul are un gust mai bun. Judecați singur.

- Eu vreau să mă întorc la cratițele mele, eu fac mâncare la copii (n.n. copii adulți familiști) și eu asta vreau și ei mă aduc aici și mă pun să stau cât trebuie.

- Mie-mi place aici (n.n. spital) se poartă toți frumos cu mine că-s babă și eu mai râd cu ei, dom” doctor mă-ntreabă de Violeta fiică-mea că se cunosc, dar cel mai mult mă enervează că cât stau aici nu fac de mâncare și stă casa goală (Pacientă 68, cardiovascular și gastroenterologic care vine lunar din alt oraș pentru tratament)

- Deci până la urmă, „acasă” poate să fie și o întrupare, nu neapărat sau nu numai un spațiu de referință. Poate fi inclusiv spitalul, dacă-l înzestrăm cu sentimentele și trăirile aferente. „domesticirea spitalului” evocând o serie de ritualizări ale salonului prin care a adus acel spațiu în zona sa de confort. Și alte narative evocă *nevoia de domesticire a spațiului spitalicesc* ca parte a procesului terapeutic: *trebuie făcut mai familiar și mai ospitalier nu numai pentru pacient, ci mai ales pentru imaginarul socio-cultural. Cred că sentimentul de „a fi acasă” este esențial pentru recuperarea postoperatorie, pentru accidente și pentru terapie. Simbolistica spațiului și imaginile pe care le creează sunt esențiale pentru sănătatea umană.*

- Raportările despre acasă primite la interviuri sunt tot din aceeași zonă: „*ca peștele în apă*” care ne duce poate spre înțelesul de *habitus* dar tot despre o percepție interioară este vorba. *Acasă este spațiul în care reflexele și instinctele funcționează perfect în circuitul vital în care ești un organ al spațiului sau al corpului care te înglobează. Ești „împământenit” sau „incastrat”. Și casa poate fi corp.*

- Altă declarație în aceeași semantică „acasă vreau să fiu și dacă mi-e rău”.

- Există și un *acasă perturbator* în legătură cu apariția bolii cronice. De exemplu, cazul unui fost polițist care, din cauza bolii Chron, a fost nevoit să renunțe la locul de muncă (prin pensionare) și să-și ia alt serviciu ca *agent de pază*. Această schimbare de status medical i-a afectat toate relațiile (pierdere de serviciu, probleme acasă) deși a găsit sprijin și înțelegere atât în familie cât și la noul serviciu. În acest caz afectarea emoțională s-a răsfrânt asupra spațiilor referențiale. „*nu mai sunt bun de nimic, nu mai pot să fac nimic acasă și prefer să vin aici (n.n. spital)*”.

- Ideea care, din frecvența răspunsurilor părea că a fost sugerată de întrebare: *a funcționalității casei pentru gestiunea bolii și a situațiilor cronice*. Ne interesa dacă „acasă” a suferit transformări de ordin fizic în raport cu schimbările de status medical. Și studiul confirmă ipotezele în acest sens, că da, *spațiul „acasă” se modifică, se adaptează, se extinde sau se restrânge ca urmare a necesităților de ordin medical*. De exemplu, pentru că în portofoliu aveam număr mare de pacienți din zona problemelor gastro-enterologice (sindromul intestinului iritabil, boala Crohn, colită etc.) cei mai mulți pacienți au invocat baia ca reper al transformării. Dar sunt și alte exemple. Amenajarea patului jos, de unde dormitorul era la etaj, adaptarea scărilor, „drumurile” casei, dulapul cu medicamente, rotunjirea colțurilor anti-lovit, extinderea sau restrângerea unor dependențe după nevoi, dezordinea sau, dimpotrivă, ordinea excesivă, instalarea unor dispozitive de facilitare, etc. Deci este ubicuă o reconfigurarea funcțională a spațiului casnic.

- Pe aceeași linie se adaptează și funcțiile din interiorul familiei (organizația și logistica), „obiecte performative” care ajustează sau ameliorează disfuncționalități ale corpului. Pacienții folosesc obiecte sau dispozitive (cadru, scaun special, bazine, cârje, etc.)...

- Există *un acasă în afara bolii și/sau acasă* = „*liberat din spital*” (spațiul libertății). În fine există și un acasă ca mutare a îngrijirii la domiciliu. Așa cum am observat din relatări și narrative, de fapt, se produce o transpunere a logicii și practicilor, atunci când domeniile casnic și de îngrijire a sănătății au fost suprapuse în spațiile de acasă. Deși toți beneficiarii de îngrijiri și îngrijitorii lor de familie, au indicat o preferință puternică pentru îngrijirea la domiciliu în detrimentul îngrijirii instituționale, experiențele și practicile lor în cadrul locuinței au fost perturbate și reconfigurate prin inserția unor logici emaneate din domeniul asistenței medicale (inclusiv angajarea de asistentă).

- Schimbările s-au manifestat pe trei nișe principale: estetica domestică; ordinea și curățenia; și depășirea limitărilor casei. În fiecare dintre aceste dimensiuni, a devenit evident faptul că beneficiarii de îngrijire s-au angajat în practici sociale improvizate care au reflectat *habitusul* sau locația socială ambiguă și în schimbare.

- o altă latură a spațiului referențial acasă – conceptul, analizat din prisma reprezentării în mediul bolnavilor cronici ca spațiul „eliberării” adică

opusul spitalului – spațiul constrângerii. De remarcat că pacienții, din această perspectivă, *asimilează conceptul de acasă cu ideea de familie* și, toate trăirile provocate de experiența cronică sunt descrise inițial prin prisma și în relație cu membrii familiei (relație spațiu corpuri – spațiul este definit de corpurile din el).

Casetă narativ

„Mi-am trăit viața tratând oamenii așa cum am vrut să fiu tratată. Când m-am îmbolnăvit și depind în mare măsură de faptele bune ale celorlalți, am fost o norocoasă că familia și prietenii au fost acolo să mă ajute. De când mi-am acceptat condiția și-mi anticipez dependența de alții, am devenit mult mai sensibilă la copii, la frate-meu, să fiu o prietenă și o colegă mai bună, deoarece am conștiința că trebuie să adun fapte bune în rezervă, ca să nu mă simt așa de vinovată atunci când o să am nevoie de ceva. Ca urmare, am devenit mai atentă la nevoile familiei și prietenilor mei” (pacientă cardiovascular și gastroenterologic, 65 ani).

- Acasă, în descrierea multor pacienți intervievați, înseamnă înțelegere prin integrare totală a mediului/ confort, organizare – arhitectură adaptată funcțional (nu neapărat la boală, ci la viața dinainte de boală) – obiecte performative (ajutătoare) și tehnologii care, toate adunate, creează contextul celei mai bune experiențe de gestiune a vieții, mai nou a bolii cu minimul de suferință emoțională.

- Câteva excepții de la regulă: persoane singure care au declarat că acasă sunt mai delăsătoare și de fapt acasă e refugiul singurătății – evadare de lume. În acest context, acasă poate fi spațiul ales pentru consumarea degradării corporale produse de boală. („nu mai am chef să fac nimic” nu am continuat construcția după ce m-am îmbolnăvit) Ca și cum sentimentul plinar de acasă = binele este condiționat de celelalte aspecte ale vieții. Totuși nu dispăre nici în această situație, inclusiv pentru procedurile caracteristica de „*spațiu friendly*” (termen folosit de pacient român) care asigură intimitatea.

- Cu toate că la nivel practic „acasă” este spațiul cel mai intensiv exploatat, chiar din punct de vedere al managementului spațiului, gradul de „firesc” pe care-l comportă, face ca acest spațiu să fie mai „puțin perceput” ca o entitate distinctă în economia personală și identitară. În plus are dimensiuni estetice și morale pentru locuitorul din ea (obiecte dragi, tablouri, mileuri).

- „acasă” nu este doar un spațiu, ci și o structură temporală. De exemplu, acasă avem stocuri pentru schimbarea sezonelor, am creat o serie de habitusuri, de comportamente regulate și de răspuns la situații. Acasă este un pachet de reflexe condiționate cu o capacitate de memorie și de anticipare. A fost nevoie în câteva cazuri de o clarificare a interesului pentru atributele spațiale ale ideii de „acasă” prin întrebări adiționale pentru a stimula în răspuns expunerea spațiului privat.

- (stau în pat cu perna mea cu apă caldă și cu medicamentele mele)

- (invocarea mirosului de acasă)

- (ghidarea după obiectele fixe: tabloul x, colțul cu vază, etc. A fost cazul unei paciente care relatând situație domestică a făcut referință la toate reperele spațiale din casă ca și cum interlocutorul cunoștea acel spațiu)

- Coroborat cu ideea plasării în universul *firescului vieții*, interpretarea noastră despre acest „teritoriu” este că spațiul domestic este atât de integrat cu funcționalitatea și rutinele existențiale, încât apare ca *un fel de prelungire a corpului în care individul își parcurge viața pe „pilot automat.”* De asemenea, se mai semnalează din determinismul spațiului referențial acasă: abuzul de odihnă, abuzul de confort, singurul loc de delăsare și sau procrastinare sau comportamentul de tip „plânsul de milă” pe care pacientul însuși îl invocă sarcastic. Deopotrivă, acasă este și locul *reflecțiilor spirituale* și al devenirii sau evoluției spirituale și prin intermediul bolii (cum transpare tot din casetă)

- Acasă mai înseamnă generic și *set de practici rutinate*– definiție socială și comportamentală, dar care totuși subînțelege și o dimensiune spațială. Aici putem include toate activitățile regulate, ritualuri sau obiceiuri casnice (de exemplu, lucrări sezoniere (pus murături, curățat via, grădina, făcut zacuscă, pus brânza la putină) dar și tabieturi („așezarea omului în lume trece prin tabiet” – Mihăilescu 2019) toate aceste practici pe care le-am numi un „*habitus conștient*”. Toate acestea sunt cel puțin virtual legate de spațiul fizic acasă dar nu excludem o *translatăre a conceptului sau o transportabilitate a lui în afara spațiului domestic* (acasă este unde mi-e bine, spun noile comandamente ale societății).

- dacă putem transla „acasă” în afara spațiului domestic, putem să și aducem alte spații acasă Apare noțiunea de *Home centered societies* (Langhamer, 2005). Tehnologia mută munca acasă, informația poate fi accesată și din

spațiul privat. În acest caz particular al bolii cronice interferența vine tot din natura problemei medicale „când mi-e rău, mă lasă șeful să lucrez de acasă”.

- separarea spațiului de muncă și a celui de acasă sau alte spații, ține de localizarea instrumentarului și nu (sau mai puțin) de întâlnirea cu ceilalți. Într-o societate/ economie în care ponderea informației în produs este foarte mare (din ce în ce mai mare) în raport cu consumurile materiale este de așteptat ca munca să se disloce din spațiile clasice către spații neconvenționale. Doreen Massey (2005) susține că spațiul de acasă este invadat de muncă (fenomenul este probabil mult mai pregnant post pandemie). Casa este mare, autosuficientă și din ce în ce mai funcțională. Casa devine un spațiu cu importanță mai mare dar în condițiile totuși ale reducerii spațiului (alocarea de spațiu pe locuitor este în scădere în urbanul dezvoltat)

(La) Serviciu

Este spațiul în care, în opinia noastră, se produce schimbarea socială majoră, mai ales în privința construcției modelului social al sănătății și bolii. Dealtfel, în general, spațiul „de producție” este cel mai dinamic în evoluția socială și care captează cel mai pregnant semnalele din sferele socialului, pentru că societatea se schimbă cel mai evident în interjocul economic. Nimic surprinzător, dacă ne uităm și la teoriile dezvoltării care afirmă că schimbările sociale sunt dinamizate de evoluțiile economice (adică inovația are spațiu comun cu spațiul în care oamenii acționează ca agenți economici) (Shackman et al, 2002). Și tot în acest *câmp*, dacă e să-l definim după Bourdieu sau *platou* după Deleuze sau *spațiu al relațiilor de producție* după Lefebvre, avem cea mai explicită manifestare a ceea ce, foarte mult timp, sociologia clasică, a găsit că explică organizarea vieții: existența unei structurări bazate pe instituții și pe roluri sociale: Levi-Strauss, Parsons, Comte, etc.

Concluzia din interviuri și narative (dar nu neapărat ca o nouă descoperire, ci venind în sînjul unei evoluții consemnate deja – de exemplu, Bauman 2000/2005 vorbește de o societate lichidă) este că *dispare ideea de rol social ca formă de stratificare a societății în favoarea unei atomizări și pulverizări bazate pe individualism*. Indivizii nu mai sunt posesorii unui status sau rol fixat, ci mai degrabă se identifică cu așa ceva, dar această identificare devine o variabilă instabilă. Aproape că nu mai existăm în forma unei identități

profesionale unice. Identitățile noastre sunt multiple (avataruri) ale unei lumi care ne poartă prin medii eterogene care cer, fiecare, o adaptare sau un rol distinct.

Dar din punctul de vedere al individului/ pacient și al biografiei sale, transformarea socială pe care o sesizăm noi în raport de exemplu cu poziția de sick-role (Parsons, 1951), care ar fi fost validă acum câteva decenii în situații de viață similare, nu este atât de relevantă. Pentru pacient întrebarea din interviu despre *cum i s-a transformat viața în ce privește munca* este mai degrabă una tehnică sau de proiectare a vieții.

- majoritatea covârșitoare a răspuns (contrar așteptărilor noastre) că viața activă (serviciu/ casnic/ pensionar) a continuat fără perturbări de natură structurală. Deci spitalul schimbă, acasă, (se) schimbă, jobul (serviciul) nu (se) schimbă.

- Două cazuri (adică puține) de *pensionare pe caz de boală* (dar care nu au fost justificate în cea mai mare măsură de suferință sau imposibilitatea de a mai derula munca – sau poate că într-o măsură rezonabilă se poate atribui acestei justificări, dar nu atât, cât faptului că exista oportunitatea prin natura profesiei (poliție).

- persoanele intervievate au declarat că viața la serviciu nu a fost afectată din punctul de vedere al siguranței job-ului. Acest fapt nu poate fi asociat cu ideea că boala sau situația cronică fiind prea ușoară, nu produce efecte, ci mai curând poate fi explicată de regulile structurale ale societății (protecția persoanelor cu vulnerabilități și dizabilități și/sau înțelegerea la nivel comunitar și societal a problemei).

- Majoritatea răspunsurilor au invocat atitudinea pozitivă a conducerii în raportarea la existența problemelor medicale. Desigur, aici sunt și aspecte juridice menționabile ca factor, dar și aspecte specifice culturii și civilizației de tip european (societatea incluzivă).

- În zilele noastre, munca este condiție a existenței, a asigurării traiului din punct de vedere material, ba chiar la nivel primitiv ea înlocuiește o funcțiune organică a vieții (asigură funcția de alimentare). Prin urmare ruptura produsă de evenimentul medical este de obicei de importanță majoră în planul său de viață. Este poate chiar miza care contribuie cel mai mult la însăși această ruptură. Desigur pot fi atașate și motivații colaterale muncii.

Munca le poate oferi oamenilor un scop în viață, poate fi o bună distragere a atenției și le poate oferi stima de sine și contactul social atât de necesar.

- Tehnic vorbind, faptul că oamenii pot sau nu să își continue sau nu activitatea în cazul apariției bolii depinde mai întâi de intensitatea atacului, tipul afecțiunii, durata și frecvența episoadelor acute (spitalizare sau alte disfuncționalități) dar și tipul de muncă pe care o fac.

- Persoanele care au locuri de muncă solicitante din punct de vedere fizic sau manuale, nu sunt, de obicei, în măsură să continue munca sau oricum, nu același tip de muncă (de exemplu, un polițist a trebuit să renunțe la poliție și a devenit agent de pază), în timp ce persoanele care lucrează în medii de birou (gulere albe) mai flexibile sunt cel mai adesea capabile să continue să lucreze fără o reproiectare majoră a vieții.

- În planul psihologic, al așa-numitei *incluziuni* sau evitarea marginalizărilor, discriminărilor sau stigmatizării, la persoanele intervievate și la majoritatea narativelor situația a fost mai degrabă favorabilă decât aducătoare de probleme. Mai curând cazurile negative sunt legate de autoizolare sau retragere din partea pacientului decât de un răspuns ostil al spațiului de muncă.

- Persoanele chestionate având o formă de activitate care este asimilabilă „serviciului” au admis în general că problemele de sănătate le afectează activitatea profesională, sau că au făcut schimbări în cadrul postului ocupat pentru a face față serviciului în noua lor condiție, dar în același timp, exclud din principiu renunțarea la serviciu sau vreo presupusă lezare a dreptului lor la muncă. Dimpotrivă, declară că au beneficiat de înțelegere și sprijin din partea angajatorilor: de exemplu, un caz de inginer silvic, lucrând ca funcționar al gărzii de mediu, a renunțat la munca de teren, primind muncă de birou. O altă persoană, care activează ca trainer și care susține cursuri în diverse locații se confruntă cu problema localizării toaletelor sau cu situații în care din cauza unor blocaje intestinale, trebuie să anuleze unele obligații, sau este nevoită să vină cu propria mâncare în locațiile unde susține cursurile, deși restul persoanelor socializează la un bufet. Sau persoane care având de asemenea muncă statică, pur și simplu lipsesc sau iau concediu de la serviciu cu înțelegerea șefilor. În niciunul din aceste cazuri, atitudinea nu a fost de „sick-role sau devianță” (ca revendicare) și nici angajatorul nu a forțat ceva prin forme de persecuție. Este

adevărat că managementul bolii comportă unele derogări, dar statutul acestor derogări este unul care ține de sfera dreptului: derogarea este clamată ca „facilitate legitimă” dar nu o leagă cu un status. Există totuși și situații pe care le putem numi de „sick-role”, dar doar atunci când pacientul însuși procrastinează (deci este opțiunea lui individuală este să ceară scutiri).

- O nuanță necesară: Sensul acestui concept „a fi suportiv” nu echivalează cu derogările din modelul sick-role, ci face referință la „spațiu de recuperare” adică la facilitarea reintegrării, chiar în condițiile în care se respectă și dreptul la secretul medical. (sau la discreție)

Alte situații relatate de pacienți cu privire la efectul bolii din spațiul „la serviciu”:

- Procrastinare – delăsare raportată în situații de presiune sau discreție sau când starea fizică este deficitară;

- Trezvie – opusul procrastinării. Persoana pretinde că dimpotrivă, boala o ține mereu „în priză” atentă la tot ce se întâmplă și prevăzătoare: preîntâmpină orice posibilă situație jenantă.

- În privința raportării/existenței unei „jene” legată cu boala, lucrurile nu sunt definite. Unele persoane au declarat că nu resimt nicio jenă în asumarea bolii la nivel public sau colegial, altele o declară. Cel mai probabil variația se datorează diferenței spețelor sau concepțiilor despre viață care pot fi diferite în generații diferite. De exemplu, jenă a fost semnalată cu referință la situații concrete de „mic accident” de tip fiziologic... deși persoanele care au clamat non-jena, au pus-o pe seama „deschiderii” lor personale și sub motivația că boala nu anulează statutul identitar egalitar.

Boala m-a făcut o persoană mai deschisă și mai onestă. Nă mă mai rușinez. C... nu e un subiect tabu sau indecent pentru mine. Dacă nu vorbesc despre el, oricum o să vorbească organele mele interne. (Bărbat 49, Boala Crohn)

- În mai multe interviuri s-au pus în discuție eventualele abilități medicale (sau chiar extra-medicale dar conexe cu problema cronică) dobândite ca urmare a managerierii situației noi de boală acasă și la serviciu. Mențiunea acestor abilități se face cu precădere pentru spațiul „la serviciu” sau spațiile publice (restaurante, evenimente) deși ele sunt universal valabile, dar serviciul este mediul cel mai propice în care persoana conștientizează nevoia de

adaptare. De exemplu, o persoană a declarat că principală abilitate dobândită a fost activarea unui fler în a identifica toaletele. Alte abilități menționate: simțul iminenței unei crize și luarea măsurilor preventive înainte de începerea manifestărilor, alegerea celui mai bun regim alimentar, în funcție de acțiunea la care participă (de exemplu, nu mănâncă în ziua în care are un eveniment public) sau are capacitatea de a disimula durerile, etc. sau are abilități în verificarea facilităților la serviciu

- viziunea bolii „la serviciu” rămâne în paradigma: *boala este asumată, creează neplăceri, dar nu deturneză parcursul profesional al persoanei și implicit parcursul de viață. Interpretarea noastră este că, în spațiul „la serviciu”, indivizii sunt mult mai expuși la noi mentalități, pentru că prin natura sa, serviciul dezvoltă abilitatea de a accepta schimbarea, în numele adaptării la piață.* Dacă modelul pe care s-a construit capitalismul, dominant încă la nivel de mental colectiv, atribuie bolii rol social (de devianță/ sick-role) (Parsons, 1951) modelul nou al expansiunii drepturilor individuale, al non-discriminării (sau al corectitudinii politice) propagă în mentalul colectiv imaginea individului descătușat de orice încadrare la o grupare deviantă. În acest context social, practic orice caracteristică identitară ia forma unui drept, iar exercitarea dreptului transformă particularitatea sau o diluează în normă acceptată. Practic, trasarea de granițe asupra normalului devine devianță, „normalul devine anormal” și invers, vechiul „a-normal” este acceptat ca o formă de normalitate. Pe acest fond și sănătatea nu avea cum să nu intre în sfera drepturilor individuale. Ca atare, boala nu mai este nici tabu, și nici devianță care se manageriază prin derogări de la sarcini, ci este cel mult, asumarea unei dizabilități pentru care colectivitatea preia responsabilitatea de a modifica spațiul sau contextul legal, așa încât individul în cauză să nu sufere o discriminare provocată de această asumare. Diferența în raport cu sick-role vine din reglementarea (și implicit, construcția socială): sick-role era devianță, în timp ce astăzi boala face parte din „normal”. Dealtfel, aceasta este schimbarea socială: **pluralitatea normalului.**

Și cu această constatare se încheie perfect raționamentul de la începutul prezentării acestui spațiu referențial: consemnăm o estompare (dacă nu dispariție) a structurării de rol în societate. Cauzele sunt multiple: diviziunea din ce în ce mai ascutită a muncii care face specializările din ce în ce mai nișate, instabilitățile de orice fel care creează o adaptabilitate aproape

fiziologică a indivizilor la schimbare. Complexitatea și ponderea informației în produs și acele forme noi de „ecologie” economică despre care vom vorbi la devenirea spațiului.

Alte afirmații neîncadrabile teoretic dar relevante pentru raportul boală cronică spațiu referențial serviciu:

- a lucra cu această boală (n.n. Crohn) într-un mediu foarte structurat și sub presiune ridicată nu este o combinație bună. Înțelegeți-vă boala și apoi găsiți-vă un loc de muncă care să se potrivească în mod rezonabil cel mai bine față de „dispoziția” sa.

- am preferat să lucrez într-un mediu în care contribuțiile mele erau evaluate în funcție de calitatea lor și nu de „Face Time”.

- În cele din urmă, am învățat că, atunci când ai o boală cronică și ai probleme la locul de muncă, cel mai bine este să îți folosești boala ca pe un scut și nu ca pe o sabie.

- Se pune prea mult accent pe „a munci din greu” sau pe orele de lucru lungi, când accentul ar trebui să fie pus pur și simplu pe a face treaba.

- vreau să fiu tratat ca toți ceilalți

Inter-spații-localitatea-spații sociale și comerciale (inclusiv ambulatoriul & farmacia)

Pacienții au fost invitați să reflecteze și asupra unui spațiu mai puțin concret sau mai bine spus, un spațiu detașat de o locație anume sau un domeniu anume al vieții – un spațiu al mișcării, al tranzitării între spații, al „statului puțin” sau al deplasării. Interesul pentru aceste tip de spațiu referențial este generat de faptul că această mișcare este/ poate fi produsă tot ca efect al stării cronice, chiar dacă el poate fi combinat sau atașat altor mobilități uzuale sau altor rutine din cariera indivizilor.

Intuiția planului de interviu s-a dovedit a fi bună și productivă. În lipsa unei pre-percepții, el a fost predefinit din întrebare, iar răspunsurile nu numai că au confirmat ipoteza, dar au stârnit și interesul pacienților în a-și auto-evalua efortul consumat în aceste spații (neutilizate până la apariția bolii). Chiar unele interviuri pot fi clasificate metodologic la interviuri „go-along” în care persoanele subiect (o femeie 59 ani suferind de diabet și alte probleme cardiovasculare și un pacient bărbat, 67 ani suferind de

hipertensiune) și-au spus povestea de-a lungul unei plimbări între mai multe spații referențiale într-un oraș mic, fapt care a facilitat, considerăm noi, asocierea mai acurată a elementelor poveștii cu locurile (măcar prin aportul de memorie pe care îl produce vizualul). Ideile indivizilor despre cine sunt și ce li se întâmplă, sunt intrinsec legate de ideile locului. De exemplu, o mare parte din narativele lor semnalează idei spațiale pentru a se referi la experiențele lor de plecare-sosire, întoarcere, imagini ale localității de origine, locul gazdă, toate indicând poziții de început și de sfârșit. Cum spuneam la metodologie, este vorba de o naturalizare a experiențelor particulare în cadrul unor spații implicite de referință.

- Fluxuri spațiale substanțiale și foarte cronofage au intrat în obișnuința pacienților pe nesimțite pe parcursul înaintării în cronic. Unii au realizat cu ocazia interviului cât timp alocă lunar întâlnirii cu doctorii în ambulatoriu și cu drumurile la farmacie.

- Tot cu această ocazie, pacienții, în efortul de memorie al reconstituirii traseelor, au văzut și că rețeaua lor socială s-a extins major. În aceste procese sunt angrenați și alți membri ai familiei, la persoanele mai în vârstă „umbă-tura” fiind „din partea copiilor”.

- Răspunsurile variază în funcție de tipologia bolii (frecvența și intensitatea întâlnirilor doctor-pacient, tipul de medicație, etc). Cele mai afectate sunt situațiile de co-morbidități și acestea cu precădere afectează persoanele în vârstă. Un program al unei femei pensionare de 59 de ani cu diabet și alte probleme cardiace presupune cel puțin un drum lunar la medicul de familie și întâlnirea cu un cardiolog, cu un diabetolog, la care se adaugă oftalmolog, în afară de rețeta pentru insulină care înseamnă mai multe semnături și accesarea unei alte locații de ridicare.

Locul (Orașul, lumea, Spațiile sociale de loisir)

Aici analizăm spațiul generic al locuirii care comportă de fapt mai multe spații/nivele subsumate locului (cu sensul de locuire) ideea prezentată de Massey (1994) *în care noțiunea abstractă de spațiu devine concretă prin noțiunea de loc*. Oamenii se percep într-un spațiu de baștină care este partajat între localitate (de obicei orașul) anumite locații frecventate (restaurante, magazine, locuri de întâlnire cu prietenii, domiciliu terțe) „lumea” în care se învârt.

Așa cum am arătat, locurile sunt alcătuite prin relații de putere, care construiesc regulile care definesc limitele. De exemplu, regulile de conviețuire de politețe, conduita în transportul public, toate pot fi afectate de comportamentul de boală sau manifestările bolii. Granițele dintre locuri (jurisdicțiile) au puterea de a defini modul în care oamenii aparțin unui spațiu și, în același timp, excluderile și segregările cu care se pot confrunta oamenii.

- Așa apar stigmatele bolii. („intestinele se revoltă”) („dacă nu spun eu că sunt bolnav, o spun organele mele”). Oamenii își reglează amplasamentul, părăsesc locuri, se refugiază în altele, își modifică conduita, își iau măsuri de protecție în funcție de caracteristica locului („*nu stau mult aici ca să nu se revolte intestinele/ nu mănânc nimic azi, ca burta să nu-și ceară drepturile*”)

La fel, ideea că locurile sunt alcătuite din intersecțiile relațiilor sociale ale subiectului care locuiește în aceste locuri, trebuie înțelese în aceeași dinamică fluidă și provizorie.

- Subiecții nu intră în locuri ca entități fixe și stabile, ci interacțiunile lor pot (re)produce locurile. Locurile devin astfel de pasaj, de stat, de stat puțin, etc.

Privitor la aspectul localității, narativele ne oferă câteva idei despre modul în care atașamentul față de teritorii este un aspect important al repovestirii (reevaluării) experienței mișcării locului de locuit:

- „*La noi frigul era frig și căldura căldură... acum mi-e frig vara și cald iarna*”. „*La noi, cum se făcea lumină, ne sculam toți*”. Acest „la noi” este spațiul referențial original la care se raportează toate spațiile.

- Sau există potențiala pierdere a atașamentului sau a sentimentului de apartenență: (*Mă simt ca un străin* – lipsește sentimentul de apartenență, sau atmosfera este respingătoare).

- Există în toate interviurile și narativele culese idei despre disonanțele legate de climă, legate de peisaje, de distanțe, de confort. De fapt, e greu de stabilit dacă alteritatea/disonanța/sentimentul de străin sunt determinate de spațiu sau de alte caracteristici sociale din acel spațiu, de exemplu, comunitatea/lumea te poate face să te simți străin refuzând sau neabilitând o consonanță între manifestările ei și problemele tale.

- Persoane care obișnuiau să meargă la restaurant nu se mai duc, ceea ce înseamnă deteriorarea relației spiritului cu spațiul. Sau persoanele care iau insulină trebuie să se descurce cu testarea glicemiei și să își administreze

singure injecțiile atunci când mănâncă în oraș sau sunt la un eveniment. Unele persoane povestesc că își făceau o injecție în mod discret în timp ce se aflau la masă. Alții își administrau insulina în mașină, în autobuz sau în altă cameră. unele persoane au cerut pâine pentru a putea mânca rapid după ce își luau insulina, pentru cazul în care mâncarea nu ajungea la timp. Unii au spus că verificarea nivelului de glucoză din sânge era mai complicată decât să își facă injecții atunci când ieșeau să socializeze. Sau dificultăți în alegerea tipului de mâncare când nu cunoști cantitățile de glucoză conținute. Toate aceste disonanțe fac relația cu spațiile externe una complicată pentru anumite tipuri de pacienți, mai ales cei a căror administrare a bolii presupune proceduri și manevre permanente care se adaugă unui comportament social normal.

Lumea – Anturajul

- un tip de spațiu „mai abstract” din lipsa unei localizări. Într-un sens restrâns, este spațiul care în prezența anturajului este portabil în orice alt spațiu referențial. În sensul expansiv de lume, este mai degrabă ca prezență un factor perturbator în orice spațiu referențial. Este ca o prezență externă în acel spațiu care influențează avatarul individului.

Totuși, această tipologie de spații nu comportă numai constrângeri. Uneori sunt exact spații de evadare, chiar și în raport cu casa, mai ales în cazul în care casa importă regimul medical și devine spațiu de îngrijire. „*Mă duc în lume*” sau „*îmi iau lumea-n cap*” sugerează tocmai ieșirea din spațiul uzual constrângător. Sau, așa cum am arătat că proprietățile spațiului disciplinar se pot transfera oricărui spațiu prin portarea regulii și a disciplinei în afară, se pune întrebarea (dar se presupune și răspunsul) dacă nu, tot așa, casa sau caracteristicile unui atașament se pot lua la purtător. Acasă este unde este sufletul sau expresia engleză „home like” (ca la mama acasă) semnifică evident preluarea ritualurilor dar nu în spațiul uzual „acasă”.

Vecinii/prietenii – anturajul – sunt spații tot instabile ca atașament. Ele pot fi și refugiu, dar și de evitat în funcție de momentul bolii (stare/ întrupare) sau în funcție de istoricul relațiilor, etc.

Zonele Sociale și Comerciale (restaurante, evenimente, magazine) pot fi și ele constrângătoare datorită atributului public sau refugiu ca diluare a identității în mulțime. Pe de altă parte sunt locuri care cer precauție unde

„organele se pot revolta” adică în funcție de afecțiune pot produce disconfort în gestionarea unor situații, de exemplu, pacienții insulino-dependenți sunt dependenți și de accesul la diverse alimente sau accesul la spații de intimitate unde se pot auto-injecta.

Spațiul de loisir și călătoriile: dependente și ele de timp „mă plimb pe malul apei, că acolo mă regăsesc” (escapism) sau contrariul „de când m-am îmbolnăvit nu mai mergem în stațiune, pentru că... cu problemele mele...”

Interspații și comparații

Există narative care relatează povestea călătoriei și semnificațiile locurilor în care se perindă indivizii. Sensul lui „în mișcare” poate oferi regândirea sensurilor spațiului prin comparație. Adesea acestea ne arată valori conflictuale.

- De exemplu, pacientul care a dus o mare parte din boală în Italia, relatea cu lux de amănunte cum era spitalul acolo sau cum anume protecția muncii din Italia a acționat în cazul situației sale din cauza unei boli dobândite prin profesie, impunând patronatului norme noi de conduită și organizare a muncii și regim special pentru el, obligând, implicit la păstrarea locului de muncă, felul în care insista pe aspectele comparative, arata că este afectat foarte mult de caracteristicile locului. Adesea narativele evocă sensuri și discursuri care vorbesc despre relațiile dintre locuri și construcția experiențelor acestor pacienți în diferite locuri.

- Tot în concordanță logică cu ideea de spațiu tranzitoriu sau boala călătorie (parcurs), am remarcat o percepție inedită: *timpul perceput ca spațiu* (intervalul de timp = marja de manevră a pacientului): „Trebuie să mă operez într-un spațiu de timp foarte scurt” (Pacientă 72 ani, colită ulcerativă) – adică, nu am timp să mă hotărâsc sau să-mi pun în ordine lucrurile sau, de exemplu, să mă acomodez cu ideea, dar toate acestea privite ca o „privare de spațiu”.

- În aceeași notă am considerat și plângerile cu privire la frecvența crizelor care îți suprimă ideea de a te situa în spațiul de confort: „Era un du-te-vino cu spitalul. Aceste crize apăreau săptămânal, parcă veneau pe ceas.” „Dar trebuia să părăsesc urgent confortul patului meu ca să ajung cât mai repede pe tronul din baie.” (Pacientă, 38 ani, colită)

În fine, tot în această investigație de spectru spațial, am fost atenți și la măsurarea inegalităților materiale, coroborat cu caracteristicile de sănătate

(problema este de definire a inegalităților). Nu e suficient nivelul de posesii, condițiile de viață, spațiul vital, alocarea de spațiu, hrană, mediu, cartier, *utilizarea obiectelor* (de ex identificarea unor obiecte casnice). În acest sens, pacientul a fost rugat să relateze o zi din viață activă completă și pentru a identifica care sunt posesiile și obiectele performative, inclusiv activitățile care pot arăta prin stilul de viață și o anumită stare materială (aici stare materială nu înseamnă doar posesiile ci și uzufructul, dispunerea și consumurile respectiv o relaționare cu toate acestea gen: suficiență, penurie, dorință de mai mult sau prea mult, interacțiuni sociale, etc). Și furnizarea de detalii privind:

- condițiile de viață (spațiu vital / alocarea de spațiu/ spațiu intim)

De exemplu, aglomerația rezidențială este un factor al inegalității materiale – de stabilit dacă este bine sau rău – de exemplu, în orașele mari, spațiul vital este foarte mic, dar spațiul de viață mult mai mare (mai multe oportunități) (Unde o fi mai bine pentru sănătate?) La interviuri oamenii se plâng de aglomerație, dar la parametri rural urban, stă mai bine urbanul în privința „am rezolvat problema”.

- condițiile de hrană;

- condiții de mediu (fizic)

- cartografiere culturală/ gradul de integrare culturală (de exemplu, situația într-un cartier care nu este confortabil cultural „vecinul cu manele”)

Apare întrebarea: *Poate exista o ajustare individuală a spațiului sau e mai mare ponderea de spațiu ca un „dat”?*

Totul este reunit de cultura materială cu subspecia stare materială...

(Pacienții recunosc de pildă, existența unor standarde culturale, adică raportarea la o cultură dominantă, de exemplu, se folosește des expresia „standarde occidentale”).

Alte materialități (elemente ale spațiului cum ar fi infrastructura, logistica, instrumente, obiecte performative)

Alte materialități se referă la acele elemente ale spațiului sau corpuri fizice, care sunt tot elemente ale spațiului – dar preferăm un concept mai particularizat, care servesc drept condiționalități sau instrumente utilizate de corpul uman tot cu efect în planul sănătății, în particular pentru speța prezentă, cu efect în planul gestionării situației cronice). De exemplu,

infrastructura condiționează sănătatea prin limitările ei, iar unele instrumente și dispozitive sunt chiar *echipamente medicale* cu care corpul uman își poate ameliora dizabilități, își poate menține funcțiile vitale în parametri normali, sau chiar își poate potența abilitățile naturale. Spectrul acestor obiecte se întinde de la niște banali ochelari și ajunge până la transplanturi cu organe artificiale sau dispozitive de susținere a vieții sau a unor funcții vitale.

În investigația prin interviu, pacienților li s-a cerut să se gândească și să prezinte dacă în parcursul lor cronic au utilizat și utilizează **instrumente** sau **dispozitive** sau **tehnologii** care îi ajută în managerierea situației lor de boală, sau în crearea unei stări de bine sau în ameliorarea stărilor proaste. Apoi să relateze care sunt problemele lor legate de **accesibilitatea** în spațiu a serviciilor de consultație și îngrijire, de exemplu, dacă sunt în situația de a se deplasa în altă localitate pentru un tratament sau pentru o investigație, care sunt timpii de așteptare, de transport, etc. și desigur, să se refere la efectele calitative ale acestor elemente în starea lor de sănătate.

- O relatare a unei persoane care suferise deja două operații în zona intestinală conținea un fapt foarte interesant referitor la evoluția tehnologică a medicinei. Anume că deși investigațiile medicale, sau chiar intervențiile chirurgicale sunt tot mai intruzive, totuși sunt din ce în ce mai puțin vătămătoare, ca și cum *corpul devine tot mai permisiv și tot mai manipulabil prin tehnologie*. De fapt, nu corpul se transformă, ci tehnologia își sporește precizia și performanța.

- Răspunsurile la subiectul propus au variat în funcție de caz. Având cazuri de diabet insulino-dependent în investigație, ni s-a putut demonstra chiar direct, faptic, abilitatea utilizării nemijlocite a dispozitivului de injectare, operație care acum câteva decenii era rezervată doar cadrelor medicale. La fel, aparatul de testare a glicemiei. Tensiometrul electronic este astăzi un dispozitiv mai utilizat decât era termometrul acum 40 de ani. Nu am avut pacienți dependenți de scaun cu roțile între intervievați, dar toată lumea l-a menționat ca fiind ceva banal cunoscut și numeroase narative de pacienți cu artrite sau forme grave de diabet prezintă o întreagă problemă legată de acest scaun. Nu întâmplător, imagologic vorbind, acest scaun a devenit simbolul ideii de handicap sau dizabilitate corporală.

- Altă situație marcantă de „corp străin” intrus în corpul uman: purtarea sondei sau a unei punți pentru defecare, pentru pacienții cu probleme gastro-enterologice, experiență descrisă ca total neplăcută și deranjantă, mai ales că este pentru tot restul vieții.

- Purtarea stentului (ca nr. de stenturi) este motiv de comparație de prestigiu între pacienți. Sau altă utilizare inedită de echipament, de această dată o putem asimila unei schimbări de spațiu sau de atmosferă, la propriu – tratarea prin plasarea pacientului într-o cameră hiperbarică...

- Alte remarci care contează în acest plan: dezvoltarea acestor obiecte și tehnologii a redus considerabil timpii de spitalizare, sau în unele privințe, a eliminat spitalizarea ca procedură pentru anumite terapii și intervenții. Utilizarea dispozitivelor medicale și a tehnologiei relevă că lumea materialelor crește ca pondere în progresul medicinei și granițele dintre corporalitate și obiectele performative se estompează.

- În ce privește infrastructura și alte constrângeri sau facilități de acces, dificultatea unei evaluări în acest sens este lipsa termenului de comparație. Deși nu au fost semnalate plângeri directe referitoare la aceste probleme, toate referirile la timpii de așteptare sugerează mai degrabă precarități de acces decât situații normale. Dar evident și această normalitate trebuie pusă în acord cu nivelul de dezvoltare. Ceea ce este precar în România poate fi la nivel acceptabil pentru alte țări. Or, oamenii din același spațiu cultural nu pot detecta/ percepe lipsurile în necunoștință de cauză și/sau nu pot evalua calitativ o stare de lucruri.

- Alte obiecte performative (corporale) intrate în cultura bolnavului cronic și a cadrului său de viață: *Sticla de apă fierbinte* sau *perna cu apă fierbinte*, cârjele, cadrele de deplasare, protezele, etc.

Totul se învâрте într-o lume materială în care suntem condiționați de aceste obiecte. Noi practic suntem racordați simbiotic cu spațiul. De aceea, poate, multe religii consideră desprinderea de lumea materială ca fiind drept o mare propășire în plan spiritual, pentru că este un fapt greu realizabil care cere forță. *Ar putea fi deci sănătatea, capacitatea de a fi independenți de material?* Presupunerea că trupul și slăbiciunile lui sunt „povara” noastră cam acolo duce. Lucrurile sunt deci un liant între corporalitate și spațialitate. Fapt este că medicina introduce din ce în ce mai multe corpuri între individ și spațiu ca obiecte care ameliorează viața individului și tehnologia substituie unele

incapacități pentru mișcarea fizică sau elimină simptomele sau alte obstacole ale corpului.

- Obiectele pot dezvolta și alte conexiuni cu corpurile de exemplu, acele atașamente (sau dependențe). Noi suntem prin obiecte racordați sau chiar simbiotici cu spațiul din jurul nostru. De exemplu, o poveste despre o noptieră de la căpătâiul bolnavului în spital, care în ciuda aparenței de neînsemnătate, este „cel mai important lucru pentru pacient” pentru că este locul unde se găsesc proprietățile lui alături de care individul își poate contura un spațiu de intimitate. Acest spațiu intim poate avea și natură corporală, este o *prelungire a corpului*.

- Cazul Vintilă Mihăilescu – spunea la un moment dat că spațiul intim este „țigara și băutura” deci, NU locul unde fumez sau beau, nu o coordonată spațială, ci *actul somatic în sine legat de un spațiu este judecat ca spațiu intim*. De fapt, așa cum am relevat în capitolul 1, *între spații corpuri și obiecte există o continuitate*.

Invariabil, bolnavul cronic este fixat într-o ecologie a îngrijirii, oriunde s-ar afla, dar referința la spațiile diferite pe care le schimbă este necesară pentru că se schimbă, odată cu ele, parametrii acestei ecologii.

Miza noastră aici a fost o apreciere a modalităților complexe și dinamice în care se întrepătrund narațiunile despre spațiu și despre sine. Aceste povești se referă la modul în care oamenii dobândesc sentimentul de a ști cine sunt și la felul prin care spațiul îi ajută pe oameni să își fixeze „locul în lume” să se plaseze. Din toate relatările, și interviuri, și narative se degajă sentimente subiacente ale oamenilor care au un „*loc potrivit*” sau oameni și lucruri aflate „*ne-la-locul lor*”. Problema e că acestea sunt, în același timp, povești geografice și psihanalitice deci o analiză mai rafinată ar necesita aport de expertiză suplimentară. Noi ne rezumăm doar la observarea și tălmăcirea în termeni de percepții sociale, deci putem fi speculativi.

Oricum, pe termen lung, practica socială se schimbă datorită structurilor spațiale. În alți termeni: socialul are întotdeauna un model spațial care nu este niciodată singurul posibil și care, în consecință, necesită o explicație sau cel puțin o descriere.

4.3.4. Întrupări, răspunsuri somatice la parcursul cronic

Pe lângă efectele contextului asupra reprezentărilor sociale din sănătate, în boala cronică, așa cum am descris mai sus, individul alternează între diverse ipostaze, atitudini, stări, pe care le considerăm aici sub denumirea de *ipostaze ale corpului (sau întrupări) – expresii ale unei metamorfoze (avatar)* pe care corpul o parcurge în perindarea între spații. Vorbim de „răspuns somatic” în sensul de reacție a corpului la stimuli.

Dacă la nivel teoretic am vorbit *legătura fundamentală dintre sine și corp*, care altminteri definește și ideea de sănătate în înțelesul de bază, numeroase cercetări (Charmaz, 2000) au relevat că această relație poate fi serios perturbată prin intervenția bolii. Simon Williams (2006) demonstrează *modul în care experiența bolii cronice implică o mișcare dintr-o „stare inițială de întrupare” pe care o vom numi ipostază corporală, o stare în care corpul este configurat pentru existența normală de zi cu zi, la o oscilare între stări de distrugere (o întrupare disfuncțională) și de reconstituire (re-întrupare)*.

Cockerham (2010) relatează studii biografice realizate asupra unor persoane care au avut situații de paralizie sau afecțiuni cu pierderea mobilității datorate unor răniri sau boli de coloană vertebrală. În aceste cazuri se menționează că încercările de trecere de la starea (ipostaza) disfuncțională la starea de revenire (re-întrupare) au necesitat un volum *considerabil de „reconstrucție narativă”*. Ca și titlul cărții sale, *Remaking the Body*, Seymour (1998), sugerează că indivizii, când își refac trupurile, practic „își refac lumile.” Prin ascultarea povestirilor acestor bărbați și femei, Seymour susține că a apreciat rolul crucial al (re)întrupării în reconstituirea sinelui. Pacienții cu care a vorbit, deși au trebuit să suporte schimbări și dificultăți corporale profunde, și-au păstrat „sinele”. Acești oameni încă locuiesc și își posedă trupurile; organismele lor sunt încă resurse cu care pot explora noi posibilități și oportunități pentru reînnoire (Seymour, 1998). Având în vedere această premisă, am încercat să identificăm prin interviuri și analiza narativelor aceste ipoteze.

„Disruperea” biografică

- Lecturând un narativ despre un caz de cancer¹ am putut înțelege diferența dintre ceea ce tratează medicina sub termenul de *boală* și ce înseamnă boala pentru persoana bolnavă. Situația prezentată era despre cazul unei paciente care, povestind despre stările prin care trece, dureri, oboseală și confuzie, cu o oarecare dificultate în exprimare și încercând să fie coerentă, este întreruptă de către medic și i se spune direct ce are de făcut, cum trebuie să „atace” boala prin intervenție chirurgicală pentru eliminarea țesutului malignizat, apoi chimioterapie, pentru eliminarea tuturor celulelor compromise și care sunt restul pașilor de urmat în bătălia cu cancerul. *Despre ce vorbește el, se întreabă ea; despre ce vorbea ea, se întreabă doctorul?* Fiecare era într-o altă lume, având totuși subiect comun: un diagnostic.

- Vintilă Mihăilescu (2019) în povestea sa, relatând, primul contact cu instituția spitalului, vorbește despre o simțire: „*am simțit că mă înghite golul*” și despre o „*separare și dezagregare care continuă încă multă vreme după ce te-ai așezat în lumea spitalului*”.

- Paradoxal, cum spunea un pacient intervievat, „*corpul nu vorbește (nu poate vorbi)*” deși nu este mut, însă nu el este articulat, chiar dacă vorbirea este generată de corp, este un proces corporal până la urmă. Și atunci, singura exprimare a corpului este *povestea bolii*, care este o filtrare intermediată de raționalitatea și sentimentele pacientului. Oamenii care spun povestea bolii nu descriu, pur și simplu, corpurile lor bolnave, ci corpurile lor, adică expresia unei trăiri pe care ulterior o procesăm, o conceptualizăm, o definim. De la aceste procese se stabilește „boala”. Corpurile lor dau forma și direcția lor particulară poveștii, dar nu ele sunt auzite, ci o interfață a limbajului uman. Corpurile creează persoana, dar persoana intermediază limbajul corpului. De exemplu, durerea de care știm este percepția durerii descrise în limbaj, chiar și atunci când ea este exprimată printr-un gest reflex – (de exemplu, un pacient ne povestea că atunci când are un *junghi*

¹ În interviuri au fost evitate toate formele de cancer ca boală cronică, tocmai pentru că interviurile ar fi fost poate viciate de această eventuală situație de ruptură – care cere, o calificare mai specială pentru intervievator și rigori de etică mai rafinate – dar din narrative consemnate deja și încărcate pe internet putem folosi anumite povestiri care sunt relevante pentru această ipostază

de durere, nu se poate controla și strigă un „au” ascuțit indiferent de locul unde se află). Dar oamenii pot suporta diferit durerea. Durerea, definită fiziologic, e aceeași pentru toți, durerea definită prin corpurile noastre e una particulară pentru individ.

Boala diagnostic (disease) este obligatoriu legată de medicină, spital sau instituția medicală de referință și are un caracter normativ, e ca un fel de algoritm pe care încerci să-l asimilezi/ înțelegi adică ar presupune o postură de docilitate deplină. Corpul nu răspunde neapărat somatic. Însă *boala suferință* este ceea ce știm cu corpul și trăim cu corpul fără intermedierea unei cunoașteri.

Când povestea și percepția bolii interferează cu medicul sau cu medicina, (de exemplu, când apare diagnosticul) mai ales în cazul unui diagnostic grav și povestea poate lua altă turnură, inclusiv prin răspuns somatic, inclusiv prin dureri și alte simptome care apar urmare a acestei interferențe.

Statutul de boală care ia o formă medicală produce la nivel cognitiv o ruptură, o așa-numită *disrupere biografică* cum a fost teoretizată de Bury (1982). Pacientul suferă de cele mai multe ori un șoc generat de ruptura planului său de viață. Oamenii presupun implicit cel puțin o parte a viitorului lor și-și proiectează la nivel cognitiv viața pe această durată, chiar dacă sunt conștienți că li se poate întâmpla o situație de scurtare a vieții. Această ruptură afectează sau blochează practic și funcțiuni pe care boala nu le afectase în mod normal. „a căzut cerul pe mine”, „nu mai auzeam nimic din ce spunea doctorul” „voiam să fug cât mai repede la copiii mei”, „nu vroiam să mai știu nimic” sunt reacțiile inițiale ale acestei rupturi. Tot organismul participă somatic la această ruptură.

Simptome & alte trăiri fiziologice

Oamenii rareori, dacă nu chiar niciodată, nu experimentează senzații fizice fără alte senzații sau fără o transpunere într-o manifestare psihologică sau sufletească. Uneori, una domină pe alta, dar deseori acestea apar împreună. Totuși *perturbarea este obligatoriu precursată de simptome*, chiar dacă de cele mai multe ori *ruptura este produsă de diagnostic*.

Această formă de experiență multisenzorială în boala cronică, în limbaj clinic poate fi asimilată și unei „comorbidități”.

În toate interviurile povestea bolii începe cu semnalarea simptomelor sau cu evenimentul edificator (de exemplu, „eram de Revelion și mâncasem prea multe feluri...”)

Simptomele pot fi în sine afecțiuni sau pot afecta și alte organe prin complicații sau extinzându-se. În plus experiența clinică a bolii are și reflexii sau reacții ale corpului de ordin psihologic sau somatic care pot profila la indivizi stări definibile prin limbaj (sfârșit, tumefiat, morbid, debil, fragil, beteag) adică *putem atribui unei stări „valoare” de întrupare.*

Atunci trebuie să fac ceva, să mă așez sau să mă chircesc la pământ, în felul acesta simt că durerea cedează. Dacă nu pot să șed sau să mă chircesc, durerea se intensifică, iar când, într-un final, reușesc să mă așez/chircesc am parte de o durere... simt că explodez în miliarde de bucăți. (Pacientă artrită și fibromyalgie)

Simptomele, de cele mai multe ori, deși par universale se configurează diferit pe boli diferite, dar până la urmă exprimarea bolii și dobândirea statutului de bolnav în fața celorlalți se face prin simptome sau alte manifestări corporale mai mult decât prin diagnostic. Ceea ce duce la întrebarea dacă nu simptomele (parte din ele) sunt induse de statutul asumat de bolnav. De exemplu, în cazul spitalului, așa cum am spus, orice spitalizare echivalează cu ideea de boală, chiar și spitalizarea de monitorizare. Și poate acea încărcare de conștiință sau regimul corporal mai strict (de exemplu, mâncarea din spital este dietetică indiferent de afecțiune ca și cum toți au diabet) coroborate cu motivul real al internării, produc o resimțire mai acută a simptomatologiei. De asemenea, acea experiență „psihosomatică” care însoțește șederea în spital menționată mai sus, despre simptome și trăiri pe care însuși spitalul le generează, fără o altă natură patologică. Apoi, o problemă mai ascunsă: pe lângă simptomele acute și efectele cunoscute ale unor boli frecvente conturate substanțial în viziunea bio-medicală (cancerle, bolile cardio-vasculare, afecțiuni gastro-enterologice), de multe ori bolile cronice cu simptomatologii foarte deranjante fac parte din acea categorie a „sindroamelor” care de obicei sunt boli fără o explicație definibilă din punct de vedere biomedical ceea ce face ca suferința pacienților să fie dublată și de un anume scepticism atât în anturajul social al pacientului, dar nu de puține ori și în mediul medical. De exemplu, fibromialgia este o boală paradigmatică contestată. În ultimele două decenii a existat o creștere

dramatică a numărului de diagnostice de boală contestate și a bolnavilor de boală contestată (Fernandez, 2010). De exemplu, aproximativ zece milioane de americani, majoritatea femei, sunt diagnosticați cu unul din mai multe sindroame caracterizate printr-un grup de simptome comune și tulburătoare (de exemplu, durere, oboseală, nereguli ale dispoziției) care nu pot fi atribuite niciunei anomalii organice (Fernandez, 2010) – un semn al medicalizării acute din acest spațiu despre care se spune că „produce” aceste boli – iatrogenie (Illich, 1974).

Indiferent însă de modul cum aceste manifestări au intrat în mediile umane și de natura lor real patogenă sau indusă de spațiu sau medicină, relevant este faptul că ele sunt consemnate, deci există, au o formă de manifestare în societate și implicit sunt o problemă. Iar această amplificare sporește și atenția asupra spectrului de manifestări și simptome. De altfel, tot medicalizarea a produs această conturare a simptomatologiei în patologii de sine stătătoare, mai ales în privința durerilor. Durerile erau menționate în medicină doar ca simptome și semne, utile chiar în evaluări stadiale sau în verificarea eficienței tratamentului, astăzi atacăm durerile direct și chiar le ascundem separat de tratarea bolii originare.

Durerea – usturimea

Pacienții descriu durerile în moduri foarte variate și cel mai probabil uneori neinteligibil pentru doctori. Durerile „lovitură de cuțit” (ca un cuțit) sau comparații uneori amuzante „ca și cum alergi pe o lamă de ras” „parcă înghit sticlă”, „de parcă ți-ar da cineva un pumn” – sunt metafore populare de construcție socială a senzațiilor resimțite (pe care medicina, cel puțin la începuturile ei, le-a folosit în dezvoltarea sa).

Relatări ale durerii:

- „Doare cumplit mai ales când trebuie să stau drepti în picioare mai mult de 15 minute.”

- „Imaginația mea spune că acel os se transformă în cartilagiu și am o dorință nebună să pot să-l smulg din mine și să-l arunc la câini, dar asta e imaginația mea, iar câinii cu siguranță că ar strâmba din nas.”

- „Spasmele musculare încep când vor, pe unde vor și țin cât vor. Cred că orice om a avut măcar odată o zbatere de ochi – e enervantă nu? Imaginați-vă că vi se zbate un mușchi, cât de enervant vi se pare? Da, se

zbate atât de tare încât se vede prin haine. Nu doare, dar e foarte enervant când durează cu orele.”

„Pe parcursul zilei, simt prin musculatură o senzație de „junghi” puternic, ca și cum cineva înfige un cuțit – am aflat că durerea se numește „lovitură de cuțit”. Vine pe nepusă masă și îmi scoate câte un „au” involuntar. Pot fi dureri răzlețe în timp sau una după alta, la foc automat.”

- „buzele îmi erau umflate în așa hal că nici nu pot descrie”

Alteori chiar doctorii definesc dureri după viziunea lor asupra limbajului comun.

De exemplu, s-a încetățenit ideea că infarctul este semnalat de durerile „ca o gheară” la inimă, presupunând senzația de înțepătură acută. Sau, am auzit expresia *durere debilitantă de origini necunoscute*. Alte exprimări: ars de viu, de coșmar, s-a rupt ceva din mine, sare pe rană, ca de dinți. Durerile de ochi „am un pumn de nisip”. Sau metafore mai elaborate: durerea este ca o umbră, surdă, este dulce-amară, „de mor” etc.

De foarte multe ori după ce fac duș mă ustură/arde pielea pe tot corpul și mă scarpin ca un bolnav de râie. Am încercat tot felul de creme și loțiuni.

La exterior capul meu este afectat de rozacee eritematoasa (un lichid similar cu un acid îmi arde pielea fetei fără ca medicii din Romania sa fi fost capabili până în prezent să spună ce este) Pacient 44 dermatită și eczeme.

Durerea are și localizare, e singurul simptom cu geografie. Ca localizări în corp oasele și mușchii, picioare și capul, mereu menționate și cel mai acut (unde durerea înseamnă imobilitate) „Spatele”. Sau durerea „se mută” în umăr, „iradiază” spre bazin sau „se lasă în jos”. Corelat cu durerile, respirația este frecvent menționată, percepția pieptului, foarte generală și puțin detaliată: totul se localizează la piept sau abdomen

Frica

În timpul acestui proces de contemplare, mi-am dat seama că boala va fi „frica cu care mă voi confrunta” pentru a merge mai departe cu visele și aspirațiile vieții mele. (Pacientă 43 ani – cancer-narativ).

Frica este prima manifestare a rupturii biografice. Neliniștea asupra evoluției și amenințare la adresa vieții sunt sursele fricii. Frica este „unul dintre lucrurile pe care oamenii le simt”, la fel ca și aversiunea față de rănilor care rămân „deschise”. Așa cum se plângea un pacient: „când am început să vorbesc despre sentimentele mele, domnul doctor m-a întrerupt: nu este necesar ca acestea să fie consemnate în dosarele sale chirurgicale. În calitate de «doctor bun», dl. X, chirurgul poate explica unele fapte în încercarea de a-și liniști pacientul. Dar «frica mea» pentru dumnealui, nu face parte din boala mea vasculară, nici din diabetul meu”.

Reținem afirmația – *frica nu face parte din dosarul medical*, deși este, poate, aproape un simptom (de exemplu, atacul de panică). Modelele holistice recunosc o determinanță a factorilor psiho-sociali în chiar manifestarea bolii, sau în predispoziția de vindecare sau aderența la tratament. Totuși, medicina actuală face abstracție de această manifestare corporală, ea nu determină vreun efect al operației săvârșite de chirurgul vascular. Aici, de multe ori etica și medicina dezbat balansarea între aceste atitudini: ajută cinismul la calitatea actului medical? Poate că da, pentru că-l eliberează pe medic de un potențial stres perturbator. Ajută empatia față de frică și suferință? Poate că da, favorizând complianța pacientului.

Pentru medicină rămâne disputa, pentru sociologi și eticieni subiectul este clarificat. Frica este o întrupare a bolii.

Alte expresii: *tsunami de panică, tăiat respirația, etc.*

„mă trezesc noaptea transpirată și fac atacuri de panică. Îl scol pe soțul să facă ceva căci eu simt că mor dacă sunt singură. Pe urmă mă liniștesc. Dar deja după asta nu mă mai pot culca cu fața în jos, că mă doare în piept și mi-e frică de infarct” (Pacientă 68 cardiovascular)

Mi-e frică să nu mă moștenească fiică-mea c-a zis doctorul „că-i pe fond genetic” (Pacienta, fibromialgie)

Există mai multe manifestări ale fricii sau fricilor – există *frica panică* care este cu adevărat somatică, simptomatică și poate chiar fi cauză de infarct sau AVC și există *frici generice* (de exemplu, frica de cancer poate fi considerată patologie de natură psihică) sau *frici altruiste* (cum am arătat, există frici din grija pentru semenii)

Oboseala

Există mai multe tipuri de oboseală invocată: este una a bolii care „te scoate din uz” constând în reducerea capacităților fizice și chiar somnul ca simptom – probabil o reacție fiziologică de apărare a organismului pe timpul bolii și mai există oboseala de tip „uzură morală” care duce la abandon și capitulare în războiul cu boala. În relatări o găsim sub diverse percepții „*ca și cum ai fi un zombie*”, „*dorm pe mine*”, „*mă împleticesc*”, „*pic*”, „*sunt o umbră*” dar și „*nu mai pot să duc*”, „*Am obosit*”...

Dealtfel, oboseala însăși a devenit un „sindrom” pe care medicina și unii pacienți îl asumă ca pe o boală cronică. Fiind „sindrom” înseamnă că nu-și găsește o explicație/ origine anatomo sau fizio-patologică și este căutată în dependență de alți factori. Dar adevărul că este una din cele mai prezente manifestări în relatările pacienților. Una din explicațiile speculative pe care o riscăm ar fi că în general în societate ritmul vieții cotidiene a depășit cumva capacitatea de adaptare a indivizilor și astfel oamenii au un supraconsum energetic în raport cu energia asimilată din alimentație și somn.

Corpul ca un obstacol/povară

Durerea și pierderea sau lipsa de control la funcțiile de defecare, lipsă de putere, oboseala cronică, pierderea independenței (dependența de alții) constituie corpul povară pentru propria persoană (mai mult resimțită prin prisma dependenței și nevoii de îngrijire de la cei din jur. Paradoxal nevoile corpului habitual nu sunt resimțite câtă vreme funcționăm pe „pilot automat” (imagine, schemă, habitus).

Marele pericol al durerii nu este senzația în sine, ci faptul că imobilizează persoana. Interviuurile și narativele pun în evidență această ipostază într-un ton foarte dramatic. Cuvântul *povară* este cel mai frecvent.

- „stau chircit”
- „vreau să urc dar nu mă mai ajută corpul”
- „am rămas țeapăn și lumea se uita lung la mine”

Cât privește noțiunea de povară ea se face cu referire la dependența de îngrijirea altcuiva. Degradarea corpului și lupta cu unele simptome provoacă disconfort pentru îngrijitor și (implicit) jenă pentru pacienți. De aici, ideea

de *povară*. Social vorbind, ancestral, cazurile de degradare corporală sunt chiar mai puțin tolerate decât moartea. Acolo unde funcțiile de control nu pot fi reînstituite, cazul este mai curând de renunțare sau de respingere. *Corpul neîngrădit* (v.2.1.4) – o *sursă de murdărie* – o motivație pentru abandon.

Singurătate / sprijin

Senzația de *outsider* sau de *stigmat* (de obicei în mediile sociale) dar și în mediul familial, când cumva așteptările de a te simți protejat cresc și reacția poate fi sub așteptări sau auto-izolarea determinată de jena sau disconfortul propriu sunt manifestările întâlnite ale acestei întrupări, și excesul de atenție creează complexul stigmatului, poate exista și auto-stigmatizarea.

Oamenii mereu fac referințe la sprijinul dat de cei apropiați – opusul acestei stări – copleșirea, care, de fapt, arată că normal oamenii pot fi setați pentru singurătate.

Lupta cu boala este acceptată social ca fiind un război personal sau un sacrificiu personal, deci sprijinul este necesar și bine-venit. Dar oamenii asumă apriori că acest sprijin este unul opțional, nu este o datorie decât în morală, adică într-o zonă mai elevată a piramidei nevoilor. De aceea chiar și în cazurile între „intimi” este menționat sprijinul celuilalt chiar forțat, dacă nu vine vorba.

Cea mai acută formă resimțită de singurătate este cea legată de „instituția totală”. Narativele despre persoanele îndepărtate în aziluri sunt cele mai încărcate de exprimarea acestui sentiment. De altfel, sentimentul de încarcerare (corp disciplinat, spațiu disciplinar) este vecin cu sentimentul de singurătate.

Considerația că *cine n-a trecut prin asta nu poate înțelege* – ca formă de scuză acordată aparținătorilor sau poate chiar de reproș.

Bucuria de a fi împreună sau mulțumirea pentru sprijin reiese din frecvența menționare a celor dragi apropiați. Pacienții în vârstă, evocă mereu în povestea bolii și a experienței spitalicești prezența în întâmplări a soției/soțului, pe lângă formule explicite de exprimare a recunoștinței. Sau la interviuri o pacientă și soțul ei au preferat să fie chestionați împreună.

Boala fiind totuși o stare cu multe aspecte de intimitate, dincolo de unele manifestări sociale inevitabile și/sau necesare este încastrată, deci,

în spațiul intimității din care fac parte și persoanele apropiate. Împărtășirea intimității este un prag pentru pacienți.

Nu trebuie uitat nici *sprijinul social*. Asociațiile de bolnavi sunt forme de sprijin și inițiază chiar servicii de sprijin (gen alcoolicii anonimi). Acestea sunt chiar spații anonime (mai nou virtuale) în care pacienții își împărtășesc experiențele. Reunind oameni din aceeași categorie de boală ele sunt platforme foarte prietenoase pentru pacienți pentru că se elimină orice jenă de natură corporală într-un cadru de oameni care sunt presupuși în situații similare. Chiar aceste asociații au făcut posibil accesul la narrative în scopul cercetării.

Bolnavii sunt prieteni, acest atașamentul față de situațiile similare schimbă cumva perspectiva relațiilor sociale uzuale. Solidaritatea de boală devine un fel de relație de familie. Deci singurătatea creează forme de atașament neașteptate:

„Nu mi-am dat seama cât de atașată de medicii mei devenisem și acesta a fost marele obstacol. Cu toate acestea, simplul fapt că a fost un obstacol mi-a dovedit că trebuia să o fac, altfel nu m-aș fi putut privi niciodată în oglindă.”
(Pacientă, 68, cardiovascular)

Și medicina devenind o activitate mai importantă pentru acești pacienți, face ca interacțiunea cu medicalul să câștige teren.

Rușinea și stigmatul

O parte esențială a gestionării consecințelor bolilor cronice implică gestionarea naturii sale stigmatizante, de la implicarea personală în controlul informației, în conversația și în aranjarea aparițiilor și mișcărilor de suprafață ale corpului, până la presiunea colectivă pentru „de-stigmatizarea” condițiilor specifice. O mare parte a acestei activități este de natură preventivă, deoarece bolnavii cronici se străduiesc să evite denigrările fizice pe care le-ar putea introduce corpurile compromise. Tratarea bolilor cronice implică manipularea corpurilor. Iar asta înseamnă uneori mascarea unei dizabilități sau evitarea exprimării nevoii pe care o presupune abilitatea.

„Pentru a nu se ști că port sondă stau într-o poziție șezut și țin o pernă peste șold care-mi acoperă ridicătura corpului (aceste gesturi pot uneori ele însele să semnaleze o disonanță și să devină rușinoase) (Pacientă 45 ani)

Strategiile creative pentru evitarea momentelor jenante și stigmatizante sunt invocate în special de persoanele ale căror boli rămân invizibile pe

suprafața corpului, dar pot compromite în mod imprevizibil abilitățile organismului de a se deplasa sau de a se comporta în moduri adecvate (de exemplu, fibromialgia, sindromul oboselii cronice și epilepsie) adică situațiile în care corpul te trădează fără voia ta. Această vulnerabilitate produce mai întâi rușinea pentru că „ești prins”. Stigmatul este consecința comportamentelor agregate care implică și victima și stigmatizantul.

Rușinea și stigmatul sunt interconectate în experiența oamenilor cu privire la boala cronică. Fiind stigmatizat înseamnă că, oricât de silențios se întâmplă lucrurile în jurul persoanei tale, alți oameni marchează întâmplarea ca fiind diferită și o codifică cu atribute de inferioritate.

Larsen (2014) vorbește de o așa-numită „răspândirea identității stigmatizate” care apare pe măsură ce identitatea stigmatizată se difuzează ca imagine și manifestare în raport cu ceilalți. Un om care apare într-un scaun rulant va fi etichetat imediat ca persoană cu dizabilități, indiferent de motivul pentru care apare așa, identitatea stigmatizată duce la rușine, vinovăție și mortificare, deși persoana își dă seama că nu este de vină pentru dizabilitatea stigmatizată. Este posibil ca stigmatizarea să crească atunci când, oamenii aplicau odată aceleași definiții stigmatizante și acțiuni marginalizante, uneori chiar fără un sens peiorativ intenționat. Dacă oamenii încearcă să fie excesiv de politicoși sau suportivi în preajma unei persoane cu handicap pot stimula exact efectul de autostigmatizare al persoanei care va sesiza diferența față de „normal”. De exemplu, într-un narativ o persoană bolnavă de cancer povestește cum este deranjată de oamenii apropiați care în preajma ei, evită cuvântul moarte, chiar dacă e nevoie de el în conversație sau îi spun excesiv „o să fie bine” deși lucrurile, firesc, nu merg într-acolo.

Charmaz și Rosenfeld (2006) vorbesc de un *eșec corporal* sau de *eșecurile publice cronice* ale organismului, atât pentru public și pentru sinele subiectiv. Pierderea controlului corporal – în special vizibilitatea publică a unor astfel de pierderi – determină reflexii despre starea fizică precară, amenință autonomia personală și provoacă senzație de înfrângere de către corp și de a se vedea ca inacceptabili.

Se consemnează adesea în răspunsuri și narative că există o muncă a bolnavului cronic pentru a gestiona implicațiile discreditării corpului, prin

împiedicarea afișării publice și a gestionării rușinii și jena care urmează acestor afișări, atunci când acestea apar neintenționat.

Accesul la Internet a creat posibilități de participare la colectivizarea și politizarea bolilor și a dizabilităților care au apărut mult timp după publicarea Stigma lui Goffman (1963). Acum, persoanele cu boli și dizabilități nu sunt actori izolați care navighează în lumea sănătoasă, dar sunt adesea membri ai rețelelor de sprijin și grupuri politice organizate în condiții specifice (de exemplu, HIV și cancer) și ale unei societăți care este din ce în ce mai conștientă a nevoilor bolnavilor cronici, dacă nu întotdeauna răspund complet față de ei.

De exemplu, răspunsul societății prin crearea facilităților de acces pentru diverse dizabilități nu trebuie privit în termeni de drepturi și oportunități egale ci și în termeni de ceea ce se autodefinește ca societate „incluzivă” – adică prin ideea că modificând spațiul, normalizăm toate tipurile de utilizare a lui.

Disconfortul & evitarea socială

Am devenit introvertită și am dezvoltat obiceiuri care se învârt în jurul sistemului meu digestiv temperamental. La birou, sunt persoana aia transpirată care se fâțâie non stop în scaunul ales intenționat aproape de ușă.

...

Nu mai ieșim la restaurant decând cu boala mea.

Sau reversul

Boala m-a făcut o persoană mai deschisă și mai onestă. Nă mă mai rușinez. ... nu e un subiect tabu sau indecent pentru mine. Dacă nu vorbesc despre el, oricum o să vorbească organele mele interne.

...

Viața cu SII m-a ajutat să fiu mult mai deschisă cu corpul meu. Am învățat să-mi comunic nevoile altor oameni. Uneori când ies la cină, am nevoie să stau 15 minute la baie și-mi las partenerul să stea pe Facebook între timp. Alte dăți, sunetele sunt atât de intense încât mă scuz și plec repede acasă sau evit cu totul anumite evenimente.

Așa cum am arătat, există și *corpul absent* sau o *prezență absentă a corpului* specifică omului sănătos care-și derulează viața după scheme asimilate prin procesul de socializare. Boala cronică înlătură această prezență absentă a corpului, expunându-l atât conștiinței cât și contextului social. Această prezență presupune reconfigurarea relațiilor sociale pentru individ, de multe ori printr-o retragere dar și printr-o adaptare pro-activă la viață: alte obiceiuri, altă schemă corporală, alt habitus, dar totuși viață plenară.

Libertate vs. Opresiune și disciplină

În aceeași idee de a fi obligat să modifice viața de zi cu zi (corp habitus, schemă, balet) acest fapt se răsfrânge și asupra gradului de libertate pe care-l deține individul. Odată indirect putând resimți constrângerile sociale evocate mai sus ca o pierdere de libertate (dependent de persoane, tratamente, timing) dar și direct sau prin intrarea în spațiul disciplinar al spitalului.

Spitalizarea este cuplarea la acest status de bolnav și ea înseamnă opresiune directă, supunere la procedură (protocol) ordine medicale, etc. Dacă spitalizarea este deci ocupare, externarea este eliberare (îmi dă drumul). Toți intervievații folosesc cuvinte și metafore apropiate semantic de ideea de eliberare, deși, așa cum am spus această eliberare nu modifică practic cu nimic starea de boală în raport cu momentul anterior eliberării. Arareori eliberarea este urmare a vindecării (în bolile acute) dar pentru pacientul cronic ieșirea din spital este doar un răgaz, o pauză de la rigori mai stricte către rigori mai diluate.

Am fost bolnav – invariabil pacientul liber folosește trecutul pentru momentul spitalizării când nu este în situație.

Oamenii tind să separe totuși noțiunile de *diagnostic* și respectiv *boală*. (un bun argument pentru diviziunea între *boala stare (a persoanei)* și *boala status social administrativ (pacient)*). Deși sunt conștienți de condiția de *bolnav cronic*, o folosesc chiar „juridic” în discuțiile despre drepturi și acțiuni prescrise, totuși expresia *a fi bolnav* este utilizată doar în condiția acută.

De asemenea, pierderea libertății este relevată prin considerațiile despre imaginea corpului spitalizat (tot ce ține de dificultățile managementului corpului, toaleta, transpirația, mizeria, mirosul de dezinfectant – clor, imaginea degradantă – pijamaua, ținuta etc) imaginea doctorului și a asistentei

autoritari, severi, ironici, brutali, cinici, umilitori, încălcând intimitățile, etc.

Povestea unei fete (19 ani) fostă (sau actuală, dar cu restricții) sportivă (deci posesoare de corp robust și calități fizice extraordinare, dar având o boală intestinală cu numeroase episoade acute, este obligată să stea în spital în repetate rânduri – povestea că își controlează mai bine simptomele și situația de acasă, că mereu tratamentul îi face rău. Este mereu în conflict cu medicul curant pe argumente de control al bolii, este un caz tipic de pierdere a libertății (deși majoră totuși tânără – presată de medicină și de părinți – dar dominată mental de o altă paradigmă a vieții).

Opusul acestei întrupări, o pacientă pensionară 68 ani boala Krohn care acceptă regimul spitalicesc cu docilitate maximă, dar văzând în această acceptare exact motivația eliberării „condiționate”.

Cu cât sunt mai disciplinată cu atât mă întorc mai repede la cratițele mele. Pe mine mă așteaptă copiii. Eu nu prea am voie să mănânc, dar îmi place enorm să fac de mâncare și să stau în bucătărie. Deci disciplina e condiția ispășirii pedepsei (dacă o luăm literal sunt exact termenii unei detenții) (de menționat că și această pacientă era sceptică cu privire la succesul tratamentului în raport cu boala, deși este o persoană optimistă)

Disonanța minte corp

În cazul bolii cronice, pacientul se poate regăsi adesea în situații de inconsistență sau disonanță între minte și corp: *mintea tinde să facă promisiuni pe care corpul nu le poate ține* Într-adevăr, oamenii nu percep, în afara unor simptome însoțitoare, nici îmbătrânirea, nici degradarea corpului sau pierderea unor abilități. De exemplu, pacient cu boală cardio-vasculară relatează cum a fost surprins când a conștientizat că nu mai poate urca scări pe care „altă-dată” le urca ușor.

Sau expresia „*păcălireă simptomelor*” sugerează capacitatea, uneori și prin medicație, de a fi în disonanță cognitivă cu corpul.

Spiritul o poate lua înaintea corpului și entuziasmul este respins de situația biomedicală: de exemplu, „*tu vrei să mergi în excursie, dar cardiologul nu te lasă; tu vrei să te apuci de jogging dar ortopedul este de altă părere*” ... La fel și cazul fetei de 19 ani care protesta pentru libertatea ei.

Pacienții nu sunt cei mai buni judecători ai condiției lor (aceasta este proclamația științei medicale actuale și o formulă acceptată în societatea medicalizată), dar paradoxal, totuși ei sunt cei care decid statusul lor de sănătate, câtă vreme *starea de bine* (definiția tot social acceptată) este, totuși, o opinie „subiectivă”. În plus, suferințele și coborâșurile procesului recuperativ sunt uneori atât de emoționale și tumultuoase, încât ele pot produce în sine rezultate medicale surprinzătoare, dar și căderi inexplicabile.

- că se pierde rutina zilnică, se pierde confortul, că se intră în provocări de natură emoțională și psihică, dar că aceste condiții nu sunt „sfârșitul lumii”. Cu o oarecare doză de umor, sau mai bine spus, sarcasm, am auzit și formula „*După cele două operații care mi-au scos întâi colonul și apoi rectul, acum, cel puțin nu mai fac «colita ulcerativă».* Paradoxal, în lipsa unor organe extirpate, simptomatologia se poate simplifica”.

Altminteri, chiar la „cele mai bio-medicale niveluri” ale medicinei, se recunoaște, bazat pe dovezi științifice că stările psihologice sau stările sufletești ale pacientului au influență majoră în aderența la tratament. Dar, deși se admite până și existența „efectului placebo” nu se lasă jos garda medicală. Aderența la tratament este totuși „la tratament”.

Poziția de luptă – Război – metafore militare

Despre aceste forme de întrupare cu conotație agresivă sau defensivă sunt multe referințe în poveștile pacienților cronici. De regulă, faza de ruptură biografică evocată mai sus se estompează lăsând locul unei ***mobilizări corporale*** și sufletești pentru surmontarea cel puțin a dificultăților aduse de boală dacă nu chiar ***învingerea bolii***.

Medicina actuală în ciuda controverselor cu latura „umanistă” a trăirii bolii are în spate niște *cuceriri* în acest plan de control al biologiei de forță asupra proceselor biologice și chiar în termeni de „război cu bolile”.

Treptat, am spune că instinctiv sau reflexiv dar cel mai probabil și prin învățare socială pacientul își reprojectează planul vieții în noile condiții existențiale, acceptă provocarea și luptă cu boala direct, „medical” în spirit „alopat”. Adică este vorba de o *asumare a luptei în alianță cu medicina*.

„Mă lupt pentru copiii mei” „am puterea de a continua”, „vreau să mă întorc la normalitate” (n.n. normalitatea dinainte de boală), „vreau să-mi păstrez căminul” sunt sloganuri, proclamații de luptă motivate din auto-conservare sau în numele celor apropiati (Pacienți cancer, narative).

Majoritatea pacienților asumă această propunere medicală și o adoptă ca pe propriul proiect supunându-se cu docilitate și strictete prescripțiilor (de exemplu, *„m-am lăsat de fumat în secunda doi după infarct, eu, care sudam țigările și nesocoteam orice îndemnuri înainte; iau medicamentele precis, mi le aranjez pe zile, îl întreb pe soțul să nu uit”*).

Până la urmă, poziția de luptă este complianța, nu toți iau în conștiință neapărat conceptul de război, care pentru omul simplu e mai abstract decât pentru doctori. În schimb limbajul pozitiv este invariabil orientat spre „a învinge”.

Este o particularitate de menționat aici. Există și o setare de luptă (mai ales acolo este potrivită metafora războiului) și la pacienții care, în mod rațional, au acceptat deja că războiul poate fi pierdut. (*știu că nu prea am șanse dar trebuie să fac*) aici paradigma este a ideologiei medicale care a instituit acest concept al „tot-possibilului” în medicină (eu am datoria să fac tot ce-mi stă în putere) pe undeva și într-o luptă surdă cu medicinile alternative care se insinuează ca și concurență. Pentru a nu lăsa loc altor încercări, medicina e dispusă să lupte și pentru indicatori relativi de prelungire a vieții sau diminuare a suferinței. Dar desigur pacienții au dreptul să folosească în război și muniția de la concurență și aici medicina nu are a interveni în baza unui altor principii legate de autonomia pacientului și interesul acestuia.

Pe altă latură însă, războiul nu este numai cu boala, ci și cu medicina. Paradoxal, în unele situații medicina pare aliatul bolii, pentru că acționează în același sens: dăunător corpului, potrivit corpului și intereselor sale și dorințelor sale (corpul fără organe – corpul dorințelor v.2.3.4.). E un trade-off sau e ca un război tripartit în care părțile în conflict sunt de fapt trei nu două și unul din beligeranți, medicina, joacă la două capete. Pacientul rămâne în război cu boala și acceptă autoritatea medicinei, dar are propriul plan de luptă.

Pacientul este prietenos cu medicul, dar numai asupra aspectelor umane ale acestuia – *că e om bun, că are grijă*, e o recunoaștere de superioritate. Pe de altă parte, prescripția e ca un supliciu, un contract semnat la ananghie,

sentimentul pentru manevra medicală în sine este de respingere cumva naturală, e un fel de subordonare pe bază de competență, dar mai curând prin constrângere. Tratamentul nu e o eliberare (poate doar eventualul succes de la capătul lui) e o constrângere – și aici sunt grade de la docilitatea doamnei cu cratițele la fata sportivă care vedea în boală o zădărniciere a planului ei de viață. Uneori și medicul este considerat zădărniciitor.

Există a asimetrie clară de putere între medic și pacient care de cele mai multe ori se traduce în conflict (fie el și un conflict tacit, neexteriorizat) în relația medic pacient.

Poziția resemnată – Capitulare-delăsare – Viața micșorată consumul de corp – abandon.

Capitularea (acceptarea pierderii războiului) este un alt tip de reacție întâlnit mai ales la bolile grave. Există însă mai multe forme de capitulare: unele resemnate sau chiar luate într-o doză de ironie și umor iar altele neîmpăcate privite ca un fel de luptă nedreaptă. De exemplu, deschiderea corpului menționată mai sus era o formă de adaptare dar individul își poate pierde pudoarea și renunță la intimitate sau și își expune corpul din nepăsare și abandon. Neglijența vestimentară și tăcerea sau apelul la paleație sunt formele reprezentative de capitulare. Nu transpore neapărat o pierdere a dorinței de a trăi dar nu mai apare dispoziția vreunui efort pentru luptă

- „plutesc între speranță și disperare”.
- „Nu mai îmi trebuie nimic”.

Boala însoțitor (prieten) (personificarea bolii și a medicației)

Boala este „dusă” sau „purtată” de către posesorul ei – (iarăși, o dimensiune spațială a întrupării): *porți și duci boala, adică o duci cu tine sau o duci pe picioare* – sunt metafore ale parcursului cronic în care boala te însoțește. Putem interpreta aici și semnificația concepției creștine a *corpului povară*. Corpul este purtat de individ ca și cum îi este atașat (n.n. sufletului separat). Dovada vine din faptul că cei mai mulți pacienți care invocă această stare a *purtării* sunt cei cu probleme de dizabilități și imobilități (coloană, măduvă, anchiloză, spondiloză, ideea de „spate”).

Această idee a purtării corpului „diz-abil” se poate transpune bolii (corpul luând forma bolii, boala devine însoțitorul). Avem astfel de anecdote extrase din narrative, nu legate de probleme de „spate”, dar alese pentru expresivitatea lor:

Relatare dintr-un narativ, intitulată „Prietenul meu Sjogren”:

Să vă fac cunoștință cu unul din prietenii care nu mă lasă niciodată singură: Sjogren. Aș vrea să-i dau papucii dar... nu-mi iese. Din cauza lui nu pot să mănânc cipsuri sau pâine prăjită – de cipsuri mă lipsesc, dar pâinea prăjită... Asta pentru că Sjogren mă lasă fără salivă și dacă îndrăznesc să mănânc uscături după 2-3 îmbucături sunt toată rană în gură. Tot din cauza lui, dimineața mă trezesc cu ochi lipiți – e diferit față de conjunctivită sau alte afecțiuni ale ochiului – e ca un pumn de nisip în ochi, fapt care ustură tare. Doare și mișcarea globului ocular pentru a mă uita în stânga sau în dreapta. Atunci spun că prietenul Sjogren este la cură de slăbire. (Pacientă 38 ani, sindromul Sjogren)

Sindromul Intestinului Iritabil e echivalentul medical al unui membru al familiei pe care nu-l suporti. Nu-ți amenință viața, dar e enervant ca dracu ' și tre' să-l suporti tot restul zilelor. Dacă-l ai, nu mai poți scăpa de el, o să ai simptome toată viața. Vine și pleacă după cum are chef, dar de multe ori stă mai mult decât ai chef. (pacient 46, SII)

Și medicația poate fi personificată: controlocul, saridonul sunt prieteni „la nevoie”. Insulina este salvatoare, etc.

În încercările adaptative oamenii găsesc mereu resorturi de îmblânzire a situațiilor potrivnice, iar acolo unde acestea devin situații de care nu scapi niciodată (ci doar le poți controla) (intestinul iritabil, diabetul fibromialgia, bolile cardiovasculare) este aproape implicit statutul de „însoțitor”. Tot ce se face în plus este personificarea prin limbaj.

Adaptare. Reconstrucția biografică

Tot în siajul acestor evocări de purtare și însoțire, observăm că persoana bolnavă cronică devine propriul interpret al semnelor corporale. Ea știe cel mai bine dacă este cazul să rămână și să se odihnească sau să meargă la lucru. El/ea este, în mod paradoxal, intim cu corpul său într-un mod în care oamenii obișnuiți nu sunt (prezența absentă), fiind conștient în mod constant de schimbările corpului său. Corpul este văzut ca ceva pe care îl

locuiește, dar pe care nu-l poate cunoaște sau nu îl poate controla pe deplin.

Există pacienți care iau boala cronică ca pe o *explorare* sau, religios, ca pe o *încercare*, unde persoana bolnavă își caută devenirea, sensul transcendent într-o aventură lungă care se termină numai în moarte, dar din care se pot învăța lecții de-a lungul drumului. În aceste cazuri dar nu numai boala este „primită” (unii creștini ar putea-o lua ca pe un dar spre mântuire).

Apoi mai este și cazul celor care au trecut prin faza de „disrupere” și/sau chiar de luptă și care sunt în faza trecerii la un nou stadiu.

Toate aceste cazuri duc la forme de adaptare sau de „reconstrucție biografică” opus rupturii.

Și adaptarea se regăsește în mai multe tipuri de întrupări:

- Acceptarea situației e doar o deschidere la toate posibilitățile oferite de viață:

este nevoie de timp pentru a afla ce funcționează pentru tine. Bucurați-vă de momentele bune și gestionați crizele;

- Modificări fizice ale corpului, adaptări fiziologice:

Știind că va trebui să trăiesc cu sacul pe viață, a devenit o problemă reală găsirea unui sac (sondă) de calitate foarte bună, fără scurgeri... această pungă „străină” atașată de mine, dar acum va trebui să o am pentru tot restul vieții. (imaginea corpului)... pierderea în greutate și îngrășarea modifică forma corpului și poate cauza din nou probleme cu scurgerile de la pungă. Așa că păstrez la serviciu o cămașă de rezervă și o pungă de Ileostomie, pentru orice eventualitate.

Atunci când se umple, se poate forma o umflătură evidentă, pe care nu vreau să trebuiască să o explic sau să fie observată de alte persoane. Din acest motiv, trebuie să fiu foarte proactivă în ceea ce privește gestionarea (Pacientă, 45 gastroenterologic)

Alte forme de întrupare ale reconstrucției:

- Adaptarea prin regim alimentar. Controlul bolii prin regimul alimentar. (corpul disciplinat);

- (las intestinul să se odihnească) (dietă albă);

- Domesticirea spitalului-și a proximității – intimitatea cu medicalul;

- „capul sus”, „love being back” „nu e sfârșitul lumii”, „Bear and carry on with life” ca expresii pentru a sugera postura asociată stării de bine;

- Nu este vorba de soluții de vindecare. Mai degrabă, sugerează resemnarea pozitivă cu o stare proastă, decât mimarea stării de bine. Foarte utilizat apare termenul de „*asumare*” și mai nou de „*identificare*” (*n.n. cu boala*);

- Boala e un fapt de viață – boala poate fi asociată cu interferența ei în viața cotidiană, deci din start, stările patologice sunt spețe ale normalului sau răsfrângeri asupra normalului. De exemplu, cazurile de relatări, mai ales ale tinerilor care descriu boala ca eveniment neașteptat, prezentând detaliile întâmplării prin intermediul cărora și-au descoperit boala, sugerează ideea că ei acceptă că boala este un fapt de viață uzual.

- Succesul personal – Reușita în viață – boala ambiționează – această corelație boală-ambție este un patern impus de societate din cauza schimbării viziunii asupra rolului social al bolnavului. Dizabilitatea este considerată renunțare. Modelul social este reușita și atunci expresia „înfrunți boala” este asimilabilă ideii „înfrunți statutul negativ” nu boala în sine (am fost hotărâtă să demonstrez tuturor, inclusiv mie însămi, că poți avea un echilibru în viața ta, chiar dacă trebuie să trăiești cu o boală cronică.)

- Poate fi și atitudinea sfidătoare care la limită se confundă cu resemnarea sau capitularea. Dacă faci abuzuri împotriva regimului terapeutic „*te joci cu boala (sau cu sănătatea)*” sau cum declară un pacient „*nu cred că am respectat boala atât de mult pe cât ar fi trebuit, deoarece probabil am mers prea departe în a-mi dovedi mie însumi că nu eram atât de bolnav cronic pe cât eram în realitate*”.

- Informarea ca formă de trezvie în fața bolii (să fii cu un pas înainte). Aici intră și căutatul de remedii/ alternative/ naturiste sau *apelul la psiholog*. **Căutarea** (a orice fel) de informație și remediu ajută la un soi de deprindere că există mulți în situația ta și relativizezi mai ușor suferința (nu ești numai tu cel „pedepsit” (există des incantația: *cu ce am greșit eu?*)).

Oricum, este un fapt cunoscut că indivizii cronici (cei mai mulți) dobândesc abilități medicale. Unele operațiuni medicale au devenit simple rutine, pentru pacienți de altfel inabili; Pacientul devine expert al bolii lui și al corpului propriu. Sau „expert în spital”, cunoaște drumurile, îndrumă pe alții, dă sfaturi medicale sau de conduită, știe să scoată/să monteze catetere, etc.

Cum să faci din boală ceva cu care să merite să trăiești, ceea ce este o treaptă mai sus decât a trăi pur și simplu cu boala. Răspunsul meu a încercat să meargă pe o linie foarte fină: recunoscând realitatea durerii sale, dar sugerându-i că se simte suficient de bine pentru a ajunge la această întâlnire, și așa că poate ar putea găsi alte modalități de a-și recrea o viață în jurul durerii sale. Unul dintre cele mai dificile mesaje pe care le poți transmite fără a părea că învinovățești oamenii este că aceștia au o alegere de bază: fie permit ca boala să le determine viața, ceea ce a fost poziția pe care și-a asumat-o acest om, fie să caute energiile pentru a susține o viață care să fie mai mult decât boala. Acest mesaj este cu atât mai dificil de transmis pentru că este mult mai ușor să vorbești de pe o poziție de sănătate decât să practici aceste idei în timp ce ești bolnav. (Narativ)

Există resurse extraordinare care îi pot ajuta pe bolnavi mai întâi să spună povești bune și apoi să devină povești bune, nu numai pentru medicii lor, ci și pentru ei înșiși, pentru cei dragi și pentru oricine altcineva pe care îl întâlnesc... faceți din boală o poveste și redescoperiți interesul pentru viață făcând din poveste una mai bună. (Larsen. 2014)

4.3.5. Concluzii. Discuții

Studiul empiric bazat pe interviuri și narative oferă mai multe repere relevante pentru teoriile formulate ca ipoteze inițiale. În primul rând, așa cum am mai spus, confirmă și descrie cea **de-a** patra legătură corp-spațiu în sociologie *legătura pe care o generează aspectele medicale ale vieții*. Ideea care se degajă pregnant din relatările despre boală și **din interpretările noastre** – este că *spațiul produce corpul și corpurile produc spațiul*. Modalitatea concretă (Cum?) rezultă din evocările pacienților cronici și din interpretările noastre pe paza conceptelor teoretice.

Nu se poate clama o secțiune cu apelativul rezultatele studiului. Pentru că metodologic vorbind, nu are anvergura pentru a revendica descoperirea unei schimbări sociale. Așa cum am precizat suntem în faza de „grounded theory” (Charmaz, 2006). Asumarea ideii de schimbare socială vine coroborat cu teoriile din literatură care relevă această schimbare, fără să aibă și revelația schimbării.

Poveștile bolilor, conturează clar existența unui *spațiu al medicalului* – să nu-l numim spațiu medical – care ar fi spațiul propriu-zis unde se practică medicina, adică un spațiu generic – heterotopie – care creează o anumită

atmosferă și anumite trăiri (întrupări), – delimitat de alte spații referențiale determinante ale altor stări și trăiri. Și tocmai această conturare dezvăluie și existența altor spații de care medicalul se detașează.

*Corpurile individuale analizate prin studiu, de fapt indivizii pe care i-am transformat, metodologic, în corpuri, sunt avataruri care glisează între aceste spații de o manieră mai lichidă decât în structurile sociale anterioare epocii noastre. Bunăoară, în acest spațiu „al medicalului” descris de *spital, ambulatoriu, UPU* sau chiar spații în afara sistemului în care pacientul își transferă heterotopia medicală, interviurile și narativele ne-au revelat diverse manifestări ale corpului.*

Analizând din perspectiva codificărilor extrase prin conceptele teoretice, am văzut în manifestările pacienților problematici legate de acceptare, supunere, docilitate într-un spațiu constrângător, adică un „corp reglementat”, „corp disciplinat”, probleme de stigmat și rușine, probleme de simptomatologie și conștientizare senzorială a organelor (corpul reapărut), o gestiune a spiritului (corp religios) etc. (v.2.3)

Cu alte cuvinte după modelul hărților mentale propus în primul capitol putem propune o schemă a *spațiului referențial medical* – și a legăturii sale cu „avatarurile” medicalului (fig. 6)

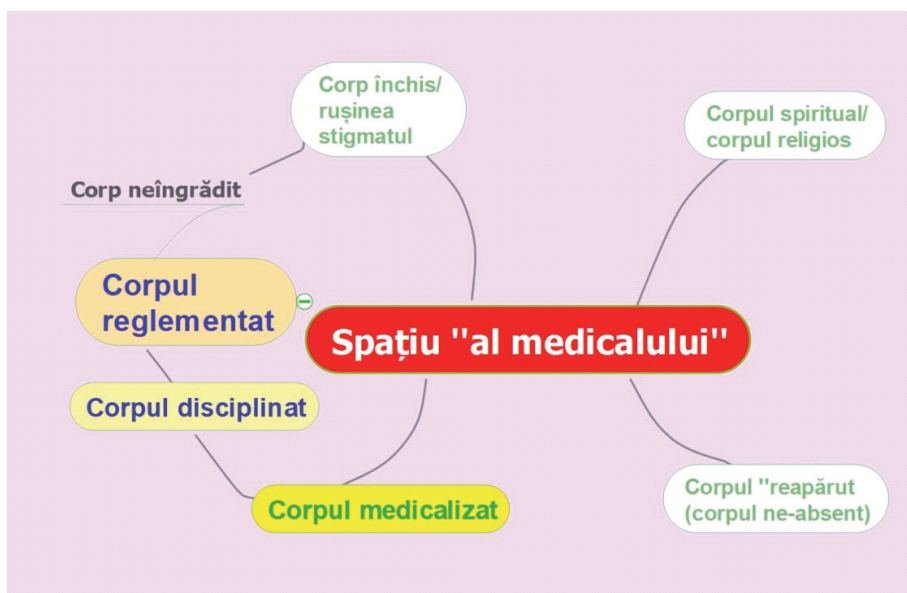


Fig. 6 Spațiul referențial medical

Pe modele logice similare, asociem și celorlalte spații referențiale, manifestări corporale de același tip. De exemplu, spațiul acasă și spațiul „serviciu” (figurile 7, 8).

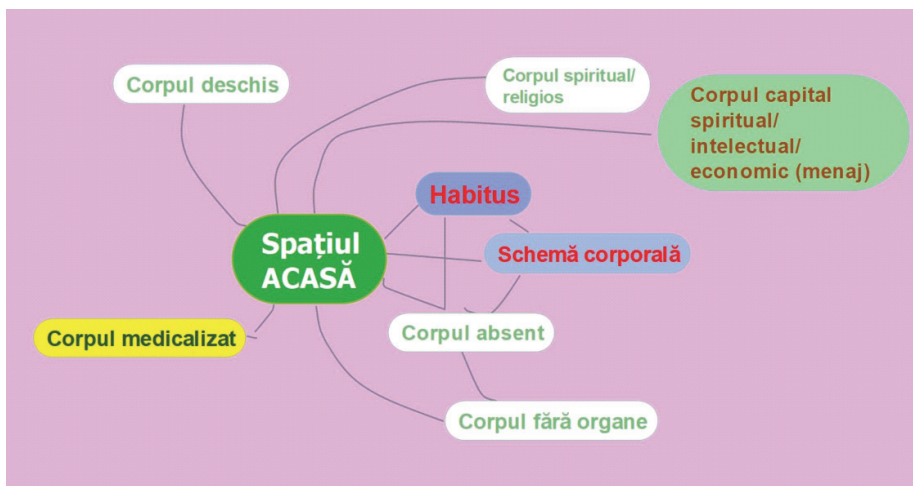


Fig. 7 Spațiul referențial „acasă”

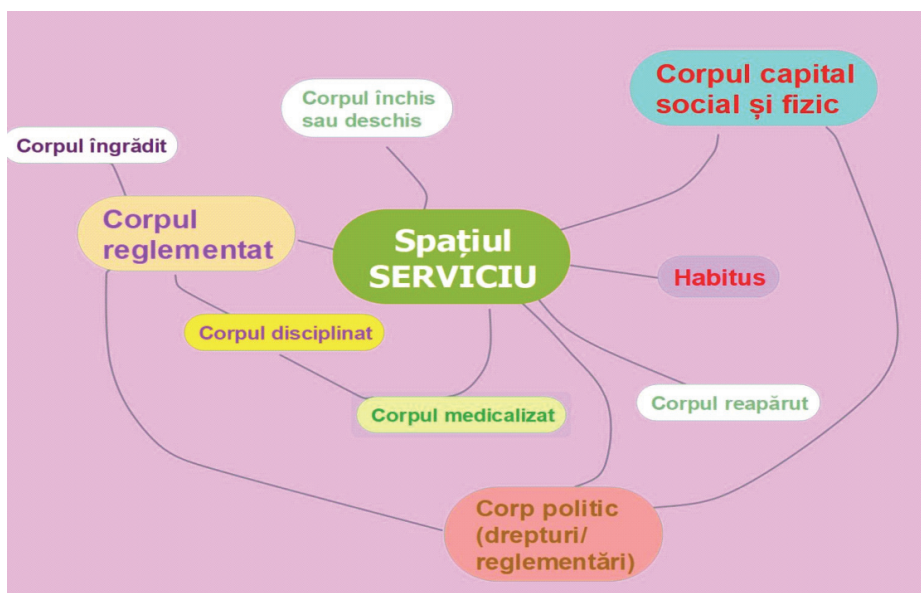


Fig. 8 Spațiul referențial „la serviciu”

Studiul empiric, chiar dacă nu demonstrează, sugerează existența unei schimbări sociale, sau, mai corect spus, a construcției și reprezentărilor sociale în ce privește spectrul sănătății și al bolii. Cum s-a ajuns la această schimbare socială, nu a fost obiect de investigație, dar explicații plauzibile au fost formulate.

Medicina prin evoluția ei endogenă a rearanjat epidemiologia și implicit societatea. Dar și societatea în sine prin rafinarea problematicii drepturilor și prin exigențele lumii materiale aportate de progresele umane și tehnologice este părtașă la aceste evoluții.

Sănătatea este *stare* (nu mai este un statut prestabilit de prezența sau absența unei boli sau agent patogen) (OMS). Cu alte cuvinte este atributul subiectiv al individului, nu ține de o determinare obiectivă medicală. Starea este determinată de *context*, iar contextul este un cadru material, social, spiritual, logic, determinat de un spațiu, obiecte performative, tehnologii, infrastructură, organizare. Orice reconfigurare de ponderi ale ingredientelor unui context schimbă contextul care poate schimba starea.

Am arătat, spre exemplu, că atmosfera spațiului medical are efecte psihosomatice asupra corpului plasat în acea atmosferă. Spațiile și corpurile interferează prin obiecte. De exemplu, spațiul intim poate fi considerat o prelungire a corpului sau poate avea chiar naturi corporale, precum noptiera din povestea lui Vintilă Mihăilescu – element al spațiului spitalicesc atașat la corp, aportând caracteristici ale spațiului de „acasă”, devenind componentă a domesticirii unui spațiu alienat.

Apoi am arătat cum corpul poate fi obiect al spațiului, fiind purtat de individ, corpul dizabilitat, sau corpul bolnav care *nu răspunde unei scheme corporale sau unui habitus*. Această dinamică corp-spațiu (mișcare-purtare-transformare – toate continue) ne-a pus câteva probleme de rafinament metodologic. Este adevărat că spațiile referențiale au fost pre-fixate și sugerate în interviuri prin succesiunea de întrebări aplicate pe spațiu. Or, corpurile indivizilor, așa cum am arătat și cum sugerează și alte studii, sunt aflate în mișcare, sunt un produs dinamic, instabil (*bodies in motion* (Matus, 2016)). Mișcarea lor este vitală pentru producerea de semnificație cu privire la ceea ce constituie narațiunile lor. Multiplele lor întrupări au legătură cu trecerile între spații. Pe de altă parte, există și ideea că trupurile locuiesc în_ sau ocupă spații și în moduri statice și că normal, indivizii își descriu

întotdeauna experiențele sub o ordine temporală normalizatoare, după un habitus formator. Pentru armonizarea acestui bias „corpuri care ocupă spații” vs. corpuri în mișcare nu puteam decât să segmentăm mișcarea în puncte de sosire și plecare care sunt relativ statice. Cu alte cuvinte, putem spune că corpul nu este mișcarea în sine, ci doar plasarea într-un spațiu de referință. Mișcarea este în întregime subordonată pozițiilor pe care le conectează (Massumi, 2002). „Atunci când un corp este în mișcare, el nu coincide cu el însuși. El coincide cu propria sa tranziție: propria sa variație”.

Într-o logică similară, în cazul acelor experiențe ale oamenilor din spațiile referențiale, pe care în mod normal trebuie să le considerăm stabile acum le putem pune sub semnul întrebării. Ideile de *acasă*, *la serviciu*, *spital* și relații, plecări, venituri sunt *spații de mișcare*. Deci, odată ce am presupus că statusul avatar este instabil, asumăm că și povestea vieții, deși are la bază un model explicativ, adică o construcție mentală este în același timp și o *fotografie a momentului*.

Un al doilea bias, pe care l-am menționat deja: *alegerea unui criteriu de eșantionare din populație destul de vag*. Argumentul de susținere al acestei alegeri este că, deși granița dintre cronic și sănătos este vagă, deducem și din interviuri cronicizarea ca fenomen și parte a fenomenului mai larg de medicalizare al societății. Adică totuși cronicul structurează o categorie cu caracteristici distincte pe care le putem analiza și delimita, deci convergem cu ipoteza că există o carieră cronică.

În ciuda acestor limitări, interviurile au reușit să valideze ideile și ipotezele de lucru la nivelul acestei populații restrânse și să găsească acel filon de întrebări și subiecte care să poată fi extrapolate la un nivel mai general. Pentru aceasta a contat și simplitatea și plauzibilitatea ipotezelor. Nu am avut întrebări care să ceară validări cantitative, nu am măsurat amploarea unor fenomene, ci doar am semnalat curente de opinii și tendințe pe care le putem proclama la nivel de „mentalități”. Iar studiul mediatic degajă aceleași idei adică vine ca o confirmare a interviurilor.

Ce nu s-a validat a fost tocmai premisa existentă în literatură: sick-role (Parsons, 1951) potrivit căreia pacienții cronici ar adopta o viață mult restricționată care duce implicit la limitarea oportunităților de a-și construi/ valida un „sine”, tind către izolare socială, trai acasă etc. Dimpotrivă, prezența bolii poate crea sau potența noi abilități, iar restricțiile vieții, deși prezente,

sunt sub presiunea încercărilor de surmontare. Deci tendința este inversă (diluarea/ estomparea lui *sick role*). Desigur, boala cronică produce frustrări, pierderi ale autonomiei și libertății de mișcare, dar restricțiile tangibile sunt, cum le numește Charmaz, (1995), memento-uri ale stării de gestiune a bolii, nu elemente de ruptură. Din cauza fricii, unii pacienți și-au restricționat viața mai mult decât este cazul, cel puțin în fazele incipiente ale bolii. Din această perspectivă, impredictibilitatea și incertitudinea pot fi într-adevăr factori disruptivi, ele pot „debilita” și pot provoca grave distrugerii ale planurilor de viață. Ceea ce caracterizează cel mai mult afecțiunea cronică este pierderea unei încrederi fundamentale stabilite între sine și trup, nesiguranța și imprevizibilitatea, și întru sine și în raport cu ceilalți, care nu pot crede sau nu reușesc să ofere sprijin persoanelor bolnave. Foarte frecvent apare expresia alternanței „zile bune, zile rele”. O slăbiciune metodologică, din acest punct de vedere, este că s-a discutat cu pacienții doar în „zile bune”. Mai jos vom extinde această discuție asupra transformării rolului.

Modelul cronic reconfigurează viața pacienților produce „avataruri” noi sau sedimentează avataruri experiențiate deja, schimbă gradele de libertate ale indivizilor dar modifică și spațiile: spitalul se transformă, *acasa* se transformă serviciul se transformă pentru individ și pentru sistemul social.

O altă concluzie ar fi că medicina este încă încastrată într-o mentalitate bio-medicală de tip pacient-boală-protocol-vindecare, adică o oarecare inflexibilitate în abordarea terapeutică. Din această perspectivă a medicinei, rolul social de „bolnav” nu pare să fi dispărut. Noi am pretins exact contrariul în urma analizelor empirice. Am menționat că dispăre sick-role așa cum îl vedea Parsons. Dar el dispăre prin diluare și prin atomizare sau pulverizare a tipologiilor de boală, de bolnav și de contexte/ spații. De aceea, evoluția pe care o marcăm este una subtilă. *Rolul social devine carieră, parcurs între stări, dar carieră ca toate carierele de azi: instabilă*. Diferența ar fi că este ca un rol între alte roluri și cu o continuă mișcare între „stații”.

Boala sau evenimentul acut de boală, sau, în cazul pacientului non-cronic, îngrijirea și promovarea sănătății este, sau devine unul din capitolele vieții (alături de serviciu, casă, loisir) care interferează cu celelalte dar, în același timp, are și un statut propriu delimitat. Că paternurile de mișcare și de

comportament diferă de la boală la boală sau de la context referențial la context referențial, nu schimbă un parcurs definibil unitar cu măcar câteva trăsături comune (spitalizări, alocări de timp, facilități de spațiu, restricții de comportament). În lucrarea *Body Multiple*, Annemarie Mol, bazându-se pe o dublă formare, și în filozofie și în medicină a studiat etnografic spitalele – deci și ca insider și ca outsider – și a demonstrat că boala nu este ceva unitar și că medicina standardizează prea mult pacientul. Nici corpul nu este un fenomen unitar, nici un obiect, nici un corp, nici o boală, nu sunt singulare. Dacă este îndepărtată de practicile care o susțin, realitatea se dovedește a fi una multiplă. De fapt practicile noastre standardizează și clasifică. Aceasta ar fi și concluzia acestui demers. În viziunea noastră aceste mai multe realități: ipostaze corporale și spații referențiale dau morfologia acestui nou tip de societate. Realitatea NU este multiplicată cum spune autoarea, ci mai degrabă fragmentată cum spunem noi, dar asta este poate o nuanță de traducere.

Oamenii trăiesc viețile mai fragmentat, schimbă mai multe situații, tocmai pentru că socialul este mai divers decât acum 100 de ani. Interviuurile au căutat să găsească un nivel de percepție comună împărtășită asupra acestei situații pe care am confruntat-o cu teoriile din sociologia medicală. De exemplu, această „pierdere de rol social” implicit și pierderea de clasă, este un fapt resimțit individual. Nu au apărut în interviuri considerații despre raporturi de rol și de clasă. Oamenii glisează între clase, ca și cum ar avea mai multe cariere în funcție de spații. Boala este doar un avatar.

Societatea se situează formal încă într-o *paradigma de tip „sick-role”* (Parsons, 1951), dar această tradiție este estompată de o tranziție epidemiologică către altă reprezentare a bolii. Oamenii erau asociați și, mai ales, foarte atașați unui status, pe când azi sunt într-o continuă migrație între statusuri, care crește gradul de anomie, alienare, stres social. Această multiplicitate de avataruri face ca să dispară conceptul de rol social.

Sănătatea, ca stare de bine ține de senzațiile corpului, dar indirect, are legătură cu spațiul. Sau direct, senzațiile corpului chiar au legătură cu spațiul înconjurător. Oricum bolnavul, așa cum este înțeles social, nu mai este un „deviant” (nici nu mai vrea să profite de sick-role), ci vrea să participe în diversitatea socială ca individ distinct și integrat, în același timp. Boala

lui devine chiar o caracteristică identitară pe care o gestionează la fel cum gestionează și alte aspecte ale vieții și identității: frumusețea, vestimentația, alimentația, etc în ceea ce numim „societatea somatică” (Turner, 1992).

Acest fapt reclamă adaptarea comunităților la aceste noi înțelesuri prin:

- o arhitectură structurală și socială adaptabilă (modificarea spațiului pentru facilitarea activităților pe care le găzduiește).

- obiecte performative, dispozitive și tehnologii care ajută inclusiv la schimbarea paradigmatelor de îngrijire (spitalul tinde să dispară și „livrarea” sănătății să se facă direct de la furnizor la beneficiar

- norme și legi care să reflecte aceste noi înțelesuri.

Greu de spus dacă această evoluție este la un capăt sau este în curs, dar e sigur că există și presiunea socială și masa critică către această schimbare de paradigmă.

Dacă până acum boala însemna o recalibrare personală a corpului sau a biografiei persoanei, astăzi boala cronică este mai mult o recalibrare a spațiului și a altor materialități în favoarea menținerii traiectoriei personale setate dinaintea descoperirii bolii. De exemplu, corpul este mai puțin agresat, chiar și când vorbim de intervențiile chirurgicale, durerea este ținută sub control chiar și simptomele mult ameliorate, deci practic vorbim doar de schimbare de mod de viață, dar nu de ruptură. Însă rămâne o *vulnerabilitate pentru ruptură*.

Dacă în modelul „sick-role” boala cerea statut special, paradoxal, în prezent, revendici și drepturi suplimentare dar și statut egalitar. Boala nu trebuie camuflată, nici „deviată” sau stigmatizată, ci trebuie asumată, non-discriminatoriu, ca *normalitate*. Eventual, totuși boala și dizabilitatea necesită discriminare pozitivă, dar tocmai în numele normalității. Discriminarea pozitivă devine în societate „inclusivitate”, adică *normalul se extinde pe un spectru mai larg de posibilități* inclusive care să cuprindă toate spețele posibile. Ca handicapul să nu mai fie handicap, se modelează spațiul de așa natură încât utilizarea sa să fie accesibilă oricui, ca și cum problema este a spațiului nu a individului. Sigur că aceste modificări de spațiu pot avea limite și sigur că ele pot crea stigmat în sine ca imagologie creată sau ca atragere a atenției publice – de exemplu, utilizarea unei scări speciale pentru scaunul rulant nu trece neobservată. Se creează condiții speciale, dar pentru facilitarea accesului, această noțiune de „acces” fiind

criteriul de segregare socială între diversele afecțiuni. Accesul este un atribut al statusului social.

Așa cum am mai spus, Parsons (1951) considera bolile ca o formă de devianță pe care sistemul social trebuia să o diminueze prin practici instituționalizate de control asupra pacienților de către agenți și organizații medicale. Dar scopul lui Parsons era să întrevadă cum contribuie instituția medicinei la un sistem social funcțional. Boala era deci o supapă de siguranță care elibera de presiuni sistemul social în general și sistemul familial în special, deoarece bolnavul fiind în alt „rol” era scutit temporar de la obligațiile obișnuite. Sick-role a controlat și a reglementat experiența bolii și a condus persoana bolnavă la sistemul social mai larg. Într-o formulă foarte concisă el a definit „trei criterii primare de acceptare a rolului social de bolnav” (Parsons, 1951). În primul rând, boala trebuia să fie privită neavând în sine vreo responsabilitate atribuită bolnavului. În al doilea rând, persoana bolnavă se bucură de „scutirea de obligațiile și așteptările cotidiene obișnuite”. În al treilea rând, această scutire este calificată de *așteptarea de a căuta ajutor de la un anumit tip de serviciu de sănătate instituționalizat*. Deci boala nu este doar o stare a organismului sau a personalității, ci ajunge să fie un *rol instituționalizat*, adică rolul bolnavului nu este o condiție a unui corp izolat, ci se realizează *interpersonal* în cadrul unui anumit mediu social sau cultural. Ideea de „rol” nu aderă la un individ mai mult decât o face boala; ambele sunt medii de interacțiune, nu proprietăți ale persoanelor. Cu alte cuvinte e în combinație cu spațiul cu mediul nu e un atribut al persoanei. Este o „distribuție” într-un spectacol (rolul). (Parsons, 1951).

Parsons a descoperit natura socială profundă a bolii indicând modul în care bolile ar putea fi problematice pentru sistemul social. De fapt, nu este o limitare a teoriei lui, ci a timpului și a spațiului lui. Credem că *spațiul social* a lui Parsons era diferit de spațiul social de azi. În primul rând, pentru că boala era acută și acesta este un fapt obiectiv, în relația medic pacient, primul avea rol autoritar al doilea rol pasiv. Deci alocarea de rol era una prescriptivă pentru pacient. În desfășurarea de astăzi, pacientul mai degrabă ia o pauză de boală decât își schimbă statusul. Oamenii cu boli cronice trebuie să învețe să trăiască cu condițiile lor, păstrând în același timp locurile de muncă și menținerea obligațiilor lor de familie – adică într-un context de deteriorare corporală totuși are mai multe roluri concomitent, iar recuperarea

nu poate fi asumată. Nicio autoritate, nici sistemul de servicii de sănătate, nici planurile de asigurare și nici consumismul nu pot remodela relațiile lor cu pacienții. Mai mult decât atât, pentru că tratamentul de rutină și de gestionare a bolii au loc la domiciliu, mai degrabă decât în mediul clinic, pacienții și familiile devin participanți activi în tratament și îngrijire, mai degrabă decât receptori pasivi ai directivelor unilaterale. Medicii trebuie să se bazeze pe pacienți și pe familii pentru a informa planificarea tratamentului și pentru a se consulta cu ei despre rezultatele tratamentului. Astfel, relația rol-medic-pacient se îndreaptă către un parteneriat care se bazează pe eforturile reciproce de a gestiona boala.

Poate cu adevărat modelul lui Parsons a rămas limitat dintr-o altă direcție: pentru că a adoptat o viziune mai degrabă a unui outsider decât a unui insider. *Conceptul de sick-role a recunoscut expertiza medicilor, dar nu și experiența pacienților* un domeniu important de anchetă în sine și o caracteristică din ce în ce mai importantă a peisajului interactiv medic-pacient. Parsons descrie schimbarea și evoluția dintr-o perspectivă exterioară, a sociologului de cabinet care observă societatea fără a încerca să măsoare perspectiva percepțiilor de la firul ierbii. În decursul unui deceniu de la publicarea sick-role de către Parsons, sociologii medicali au recunoscut că înțelegerea experienței reale a bolii cronice, a consecințelor acesteia și a managementului acesteia, precum și definirea și reglementarea acesteia necesită un aparat conceptual complet nou pentru investigarea problemelor sociale legate de natura bolii cronice.

Întrucâtva, mișcările pentru drepturile „minoritare” au impus printr-un anumit limbaj sau chiar prin formularea unor reguli sau criterii au definit sau, de fapt, instituit alteritatea sau dizabilitatea. De exemplu – corpul abil(itat) – ca denumire pentru o persoană cu dizabilități este cumva discriminatorie. Și aceste diferențe terminologice segregă într-un cadru social care proclamă exact eliminarea segregărilor. Deși așa cum am arătat la metodologie există o motivație bine conturată argumentativ pentru alegerea populației de analizat totuși nu putem să nu putem face abstracție de acest bias inevitabil în ancheta noastră.

Mai mult decât atât, chiar din unele narative s-a degajat ideea că existența drepturilor sau a facilităților a creat „*acces cognitiv*” la unele dizabilități

pe care indivizii nu le conștientizau. Este cazul celor care nici nu aveau termen de comparație cu o situație eventual anterioară handicapului. Dar nu este o problemă pentru că, consecutiv, ideea este aceea de a imprima exact aceste definiții în identitatea persoanelor. Deci, într-o anumită măsură ipostazele dizabilității, dincolo de certitudinea situațiilor fizice, sunt tot construct social.

Sick-role era tocmai un mecanism care canaliza devianța, așa-încât individul să evite situațiile cu potențial disturbator sau contradictoriu sau disonant în raport cu succesul establishmentului. Deci, *sick-role* crea o segregare implicită între indivizi, asumată de societate ca ceva bun. Persoana bolnavă este legată nu de o subcultură a grupului său de bolnavi, ci a grupului de oameni sănătoși din jurul său (doctorii, familia, prietenii). În acest grup bolnavul are doar un status prescriptiv privat de posibilitatea de a fi autonom în coordonarea vieții.

Societatea modernă, eludând devianța formal sau încercând să o eludeze, se află într-un paradox: taxonomizează și segregă, dar concomitent cu desființarea normelor și a unui normal prestabilit. Avem, deci, mai multe clase, categorii, tipologii sau chiar individualități (scara nu mai este un criteriu), dar toate sunt „normale” și egale unele cu altele. De exemplu, sănătatea e o „gradație” a mai multor parametri și itemi – auto-percepută și negociată între doctor și pacient, de fapt este vorba și de o schimbare în relația medic-pacient.

5. Devenirea corpului & Noul spațiu medical

Așa cum rezultă din studiul empiric, dar și din sinteza de literatură, noi am arătat că există o tendință către atomizare la nivel social cu privire la relaționarea întrupărilor cu contextele. Indivizii nu se mai înscriu foarte strict și explicit în categorii, clase, roluri, normele tind să se estompeze, fapt care disipează însăși noțiunile de *normal* și *normativ*. Așa-încât *întrupările* (ipostazele pe care le adoptăm într-un spațiu social referențial) devin unități de exprimare și, eventual, acestea se pot agrega în categorii sau pot institui paternuri care să fie evaluate social. Pentru viitor rămâne să ne întrebăm *cum se raportează acestea la schimbările tehnologice și structurale preconizate?* Spunem asta pentru că, în siajul noilor tehnologii, *corpul*, prin progresul medicinei, dar nu numai al medicinei, este expus unor posibilități de modificare și evoluție cu repercusiuni majore, de natură a schimba norme și valori sociale care au fost stabile timp de secole. De exemplu, se pun în discuție termeni ca „îmbătrânirea” sau „reproducerea” și alții legați de fundamentele vieții. La rândul său, și spațiile sau locurile se dovedesc a fi „proces” „în devenire” – așa cum am arătat deja la formele avansate de conceptualizare – (de exemplu, spațiul ca proces de producție) ceea ce înseamnă că și pe acest palier preconizăm evoluții, dacă nu chiar revoluții în configurațiile și designul structurilor sociale. Pe lângă deja menționata lichidizare a formelor sale materiale și transformările din ecologiile de producție care vor presupune reconfigurarea infrastructurilor, spațiul va rămâne totuși un „câmp” de întâlnire sau chiar de luptă pentru o serie de presiuni societale care vor genera, sigur, mișcări structurale tectonice. De exemplu, umanitatea în ansamblul ei (dar se pot face și analize particular teritorializate) parcurge concomitent și deci, paradoxal, mai multe „tranziții epidemiologice” (Omran, 2005) termen care descrie tendințele în materie de sănătate și procesele de gestiune ale

sistemelor medicale. Aceste tranziții vor crea noi nevoi, diferite și chiar contradictorii de intervenție. La acestea se adaugă și presiunea viitorului, însuși aducător de incertitudine și complexitate, care împing comportamentul uman să devină din ce în ce mai „preventiv” în încercarea de a „structura haosul” (Blandy, 1985). Toate aceste aporturi de condiționalitate dau imaginea trecerii într-o eră în care spațiul devine din ce în ce mai contingent, pretabil intervențiilor de guvernare și planificării lui strategice. Cu o considerare integrată a acestor factori și tendințe putem formula câteva previziuni asupra a ceea ce vom numi „devenirea spațiului” (v.5.2.).

5.1. Transformările corpului. Noua mitologie a corpului

Spunem uzual că oamenii s-au desprins de animalitate, tocmai prin abilitatea de a folosi instrumente care au potențat funcționalitatea corpului în procesele de supraviețuire și, mai târziu, de organizare a vieții. Dar, în tendința continuă spre eficientizare impusă de legile economice, aceste obiecte materiale s-au apropiat tot mai mult de limitele corpului, au devenit tot mai „la îndemână”, până la inserarea lor deplină în corp, la propriu. Deci granița corp-obiecte nu mai există, iar corpul este e cuceritorul obiectelor. Medicina, nu numai că a luat parte la această evoluție, dar a făcut posibilă chiar străpungerea și depășirea acestor granițe spre interior și, în plus, a profitat ea însăși cu dispozitive și implanturi în scopul de restabilire și ameliorare a proceselor vitale. În acest context, se pune întrebarea dacă această intruziune materială, artificială în corporalitate, nu poate fi considerată chiar o modificare a „fiziologiei” omului, în acord cu noile sale nevoi și funcțiuni sociale? Și care implicit va schimba medicina în chiar esența ei „bio-medicală”?

Așa cum am văzut, paradoxal sau nu, conceptul de corp conține și naturi „necorporale” sau locusuri pentru modelare culturală, ca și cum corpul este și un recipient de naturi diverse pe care le atașează sau le schimbă societatea. Probabil din aceeași perspectivă Shilling (2003) susține că ideea de corp ar putea fi cel mai bine conceptualizată ca un „*fenomen biologic și social neterminat*”, sau în curs de transformare, ca urmare a participării sale la societate. Corpul este așadar într-o *stare continuă* de „ne/desăvârșire”, ca

o entitate care este „în curs de a deveni”, adică un „proiect” care ar trebui să fie lucrat și realizat ca parte a identității individului (Underwood, 2013).

Proiectul de corp devine și mai sofisticat astăzi, când se pun în discuție chiar *forma și materia* lui organică – și mai complex, într-un context în care atât cunoștințele cât și tehnologia permit din ce în ce mai mult intervenția în formarea, transformarea și recrearea lui. Nu este vorba numai de reconsiderarea ambiguităților clasice ale corpului – dualitatea carteziană – statutul de „mașină” – mecanism organic sau alte statute care i s-au atribuit în timp la nivel perceptual, ci este vorba chiar de o perisare a „materialității” sau o atrofiere a cadrului material, biologic al corpului care până acum era „știință exactă” (Turner, 2015). Există acum posibilitatea de a alege dintr-o gamă foarte largă de proceduri și tehnologii care schimbă natura: *concepție asistată, terapii genetice, chirurgie estetică*. În mod ironic, pe măsura acestei dezvoltări și cu cât sunt mai sofisticate cunoștințele noastre medicale, corpul devine de fapt, din ce în ce mai incert. Nici nu se cunosc bine granițele până la care transformările și intervențiile pot avea loc. De la chirurgia plastică până la medicina virtuală, credințele noastre despre corp și limitele corporale au fost tot mai „evazive și problematice” (Williams, 1997). De exemplu, odată cu dezvoltarea concepției asistate, ne putem pune problema *când începe nașterea?* La fel, odată cu dezvoltarea tehnologiilor de extindere a vieții, ne întrebăm și *când se termină viața unui corp fizic?* Sau, odată cu dezvoltarea tehnologiilor protetice, *în ce constă un om „pur”?* Se pare că și vechile certitudini din jurul nașterii, vieții și morții devin din ce în ce mai instabile (Nettleton, 2010).

5.1.1. Noile corpuri. Regimurile și rearanjările vieții: Corpul îmbunătățit, corpul re-abilitat, corpul re-întinerit/ re-potențat, corpul înfrumusețat, corpul (re)adecvat...

Literatura și media abundă de povești care consemnează noi descoperiri invenții și dispozitive care, mai mult sau mai puțin, se racordează la componentele fizice și la procesele somatice din corpul uman. Unde *mai mult* poate însemna că *devin parte integrantă a corpului*, înlocuind sau adăugând organe, suplimentând sau potențând funcțiuni și procese, iar *mai puțin* poate fi orice instrument sau dispozitiv, până la banalul telefon care, prin aplicații măsoară, semnalează, înregistrează, transmite date informații și parametri de natură

fizică și sau psihologică ale proceselor umane. Toate aceste noi cuceriri de natură tehnologică și științifică filtrate prin analize de sociologie și bioetică sunt subsumate unui așa-numit domeniu conceptual rafinat al eticii și bioeticii: *Human Enhancement* (Săvulescu și Bostrom, 2009). *Îmbunătățirea (potențarea) umană este considerată a fi orice procedură de modificarea naturală, artificială sau tehnologică a corpului uman în scopul amplificării capacităților sale fizice sau mentale* (Buchanan, 2019).

Sau chiar și pentru o „funcționare normală” în parametri naturali, medicina poate apela la un fel de „agenți de pază și de supraveghere” – biosenzori pentru a capta datele, algoritmi pentru a le procesa care ne oferă posibilitatea de a urmări practic orice măsură din corp (Haleem et al., 2021). Și se scotează pentru mai departe, senzori încorporați în circulația noastră sub forma unor nanosenzori, care vor asigura o supraveghere continuă pentru detectarea cât mai timpurie a bolilor, în special a cancerului, sau a unui atac de cord iminent sau a probabilității unui atac autoimun, ceea ce într-o formulă sintetică Topol desemna drept *prevenția adevărată*, reală, obținută pentru prima dată în istoria medicinei (Topol, 2012).

Efectele asupra corporalității nu se opresc nici la o listă comprehensivă a posibilităților tehnologice de îmbunătățire. Se poate merge chiar mai departe și filosofic și conceptual, chiar și biologic. Dacă nu doar îmbunătățim, ci și adăugăm noi „organe” cu funcțiuni noi, nu mai este vorba de proteze, ci despre noi abilități. Opus diz-abilizării produse de boală, accident sau îmbătrânire, descoperim că, tehnologic vorbind, putem să ne și *re-abilităm* sau să *abilităm corpul cu noi funcțiuni*. Corpul preia bunăoară și din funcțiunile sociale ale individului. *De exemplu*, printr-un program inovativ finanțat chiar de guvern, în Suedia oamenii au fost „cipați” (termen nou introdus mai mult prin jargon, dar consacrat) – începând cu primăvara anului 2018 – adică dețin cipuri introduse chirurgical între degetul mare și degetul arătător al unei mâini, care stochează informația bancară, coduri de intrare și alte informații pe care, uzual, indivizii le dețin pe carduri magnetice. Un dispozitiv care „înlocuiește portofelul”, cardurile și cartelele de acces, dar le schimbă și natura, din instrumente, în organe ale corpului. Titlurile din media pe acest subiect, prin formule de genul *Upgrading Their Hands*, arată explicit că narativul social chiar este atașat de ideea că aceste dispozitive sunt percepute ca o componentă de îmbunătățire a corpului (businessinsider.com, 2018).

În fond, nu mai există o graniță foarte conturată între funcțiunile metabolice și somatice ale corpului create de natură și funcțiile create de societate. Dacă luăm drept criteriu frecvența unor acțiuni, este evident că gesturi cu descendență socială, de exemplu, actul de a plăti un bun sau serviciu, a devenit o funcție mult mai importantă pentru om decât abilitatea, să spunem, de a culege fructe din copaci. Deci vorbim de funcții mult mai importante pentru chiar supraviețuirea noastră biologică, decât unele funcții arhaice a căror organe corespondente chiar s-au atrofiat și de care am descoperit că ne putem chiar dispensa (de exemplu, apendicele).

Dealtfel, descoperiri recente au dus la o schimbare de paradigmă care sprijină această idee a capabilității de transforma fiziologia umană: dincolo de faptul că oricum teoretic, evoluția este un proces continuu, mai mult, descoperim că organele sau aparatele fiziologice nu sunt deloc autonome, implicit nici funcțiile lor și că există un „determinism în rețea” sau o *fiziologie a rețelelor*. Fiecărei stări fiziologice, îi corespunde o altă structură sau configurație de rețea, deci în mod evident binele sau răul unui aparat corporal determină și binele sau răul altor unități funcționale (Ivanov, 2021). Or, cu aportul artificialului, practic, fiziologia devine o variabilă, nu mai este o constantă. Chiar legile „inexorabile” ale vieții pot fi puse la îndoială cu aceste noi descoperiri pentru că se poate interveni pe un sector, determinând efecte în lanț. Într-o viitoare presupusă medicină personalizată, va fi foarte probabil că spectrul de intervenție nu va fi doar bio-medical.

Spre exemplu, emergența unei *medicini anti-ageing* – sau noua disciplină medicală a *rejuvenării*, (diferită de *prelungirea vieții*) axată pe inversarea practică a procesului de îmbătrânire (Conrad, 2007), dincolo de ineditul ei în sine, va conduce la ceea ce numim *rearanjarea vieții* (Brown și Webster, 2004). Corpul poate fi întinerit, corpul poate fi repotențat. Dar și strategiile de prelungire a vieții studiază cauzele îmbătrânirii și încearcă să se opună acestor cauze pentru a încetini îmbătrânirea. Reîntinerirea se referă la reversibilitatea îmbătrânirii și, prin urmare, necesită o strategie diferită, incluzând și redefinirea bătrâneții – abordarea ei dintr-o perspectivă medicalizată, care-i schimbă statutul de la proces evolutiv ireversibil al individului ca aparținut al speciei, la cel de afecțiune, sau condiție medicală, tratabilă, eventual cronică. Dar se mai adaugă, ca implicită și *redefinirea individualității la această vârstă* – redobândirea abilităților ca oameni „în putere” – revenirea la un mod de viață „tineresc”

și, cel mai greu, redobândirea unui „spirit tânăr” Kelly Joyce și Meika Loe vorbesc în lucrarea *Technogenarians* (2010) despre aceste perspective și despre cât de mult ne apropie tehnologia și chirurgia anti-ageing de subiecte precum „virility surveillance” sau „sexy seniors” (Marshall, 2010) sau „a doua tinerețe” în loc de „vârsta a treia” și căutarea fericirii și a respectabilității, subiecte pentru care media occidentală are o mare predilecție (xsandos.net, 2023)

Dar nu numai îmbătrânirea este ținută de aceste evoluții, ci orice formă de dizabilitate. Se caută un *potențial emancipator al tehnologiilor corporale* individuale – în această construcție socială a „nevoii de îmbunătățire”. Există două viziuni ale problemei din perspective disciplinare diferite: există *modelele sociale* și *cele medicale* ale dizabilității. Din punct de vedere social, în spațiu occidental, deficiențele au fost văzute ca „tragedii medicale individuale” (o formulă luată de la Shakespeare) (Butler și Parr, 1999), în care *corpul este conceptualizat ca pur și simplu neîndeplinind standardele normale de formă, capacitate și mobilitate, implicând astfel deseori diagnostice și tratamente medicale variate în geografiile medico-instituționale*. Adică, se presupune existența unei norme și se mai presupune că organismul individual care are vina, poate fi tratat prin intervenții și tehnologii medicale în mare măsură.

Modelul medical al dizabilității este înrădăcinat într-un accent excesiv pe diagnosticul clinic și ce decurge din el. Handicapul are o natură care duce la o viziune ușor inhibativă, victimizatoare asupra individului, fapt criticabil pentru o disciplină care în mod normal luptă pentru ameliorarea vieții persoanelor. Problema vine atunci când medicina determină nu numai forma de tratament, ci și forma de viață pentru persoana care se întâmplă să fie dezactivată (Butler și Parr, 1999). Sigur că tot medicina contribuie prin tehnologie și cercetare medicală la îmbunătățirea vieții de zi cu zi. Dar dincolo de acest punct, trebuie văzut rolul pe care-l deține medicina în *construirea problemei dizabilității*. Modelul medical al dizabilității poate fi privit ca un mecanism prin care persoanele cu „diferențe” de minte și de corp au fost *clasificate*, ca răspuns la o societate occidentală care patologizează tot mai mult. Așa cum am arătat în studiul empiric, astăzi dimpotrivă, tindem spre dezin-criminarea ideii de dizabilitate, prin forme de (re)normalizare a oricărui statut patologic. Așa cum am spus, „rolul bolnavului” lui Parsons este o noțiune pe cale de dispariție, pe fondul unei patologizări sau medicalizări și cronici-zări aplicabile întregii societăți. Dacă până astăzi, societatea și medicina

împărțeau rolul dominant în **construirea dizabilității** prin *puterea instituțiilor biomedicale în numirea și reglementarea dizabilităților* și respectiv, prin crearea percepției sociale, a imaginii publice despre dizabilitate, astăzi tehnologia, pe de-o parte, și organizarea socială și arhitectura urbană, pe de altă parte, vor **să dispară problema**, iar medicina se supune unei (re)definiri dacă nu chiar tinde la o non-definire a problemei (de-medicalizare).

5.1.2. Noua mitologie a cyborgilor & trans-umanismul

Pentru că astfel de evoluții au devenit din ce în ce mai sofisticate, pe măsura și în ritmul progreselor în domeniul biologiei moleculare, bioingineriei al nanotehnologiilor, acest lucru îi determină pe din ce în ce mai mulți autori să transpună această realitate într-un concept preluat din literatura SF: *Cyborgul* – adică *o combinație dintre un organism uman și o mașină sau fuziunea părților artificiale și biologice la om* (Featherstone și Hepworth, 1991) sau un „hibrid” *între dispozitiv cibernetic și organism* Haraway (1991); *Revoluția cyborgilor* invocată de Warwic (2014) – proclamă trecerea de la omul biologic, la entități hibride care nu sunt nici complet tehnologice, nici complet organice, au potențialul de a perturba dualismele persistente în mentalul colectiv sau au stabilit corpul natural în opoziție cu corpul recreativ tehnologic. Tocmai această preluare dintr-o lume a imaginației SF conferă Cyborgului – astăzi realitate – direct statutul de *mit* descris cel mai bine în termenii metaforici ai Donnei Haraway încă din 1991: *nici un „corp natural”, nici pur și simplu o mașină, un mit cu potențial de realizabilitate, o „himeră științifică dar și o realitate socială”; „o figură alunecoasă”* născută din „interfața” dintre „automat” și „autonomie”, natură și cultură, masculinitate și feminitate.

Observăm deci că nu e vorba numai de evoluția funcțional-medicală sau performativă a corpului de la care se revendică progresul medicinei, ci și de o *evoluție în ipostaziere* în creșterea spectrului de *întrupări*. *Human enhancement* și *trans-umanismul* sunt menite să determine sau să potențeze evoluțiile sociale legate de noile descoperiri și eventual să conducă la transformarea oportunităților și a resurselor în militantism sau revoluție (Săvulescu și Bostrom, 2009).

Întrucâtva, societatea își inventează noi probleme. De exemplu, credem că nu se putea vorbi de o oprimare a genului înaintea punerii problemei transgenderismului, cu alte cuvinte evoluția urmează și alți vectori decât

biologicul, materialul, sau dacă cumva este vreo graniță între acest biologic și post-umanism. Însăși umanitatea este pusă în discuție sau „specificitatea speciei”. Practic, cu cât ipostazele umane devin mai variate, specia devine mai variată, deci mai puțin specifică, iar identitatea devine din ce în ce mai mult o valoare privată. Se renunță la identități colective de tipul etniei sau religiei, dar se rafinează identitatea corpo-socio-spirituală.

Apoi, dincolo de problema tehnologică sau tehnico-medicală a intervențiilor artificiale asupra corpului ca „îmbunătățire”, care de regulă se adresează funcționalității, noua sociologie ia act în ultimele decenii, explorând și gama din ce în ce mai mare de practici de modificare a corpului în sensul esteticii (corpul înfrumusețat) sau a altor forme de cultură, cum ar fi chirurgia plastică sau cosmetizarea, piercing-ul, tatuarea, inserare implanturi, tehnici care au apărut de mai demult sau recent. Putem pune și întrebarea dacă nu cumva acest fapt este o întoarcere la practicile tribale tradiționale de înscriere a identităților pe corpuri din „timpurile primitive” sau raportat la socialul prezent, modificarea corpului este pur orientată în sens cosmetic și decorativ ca orice modă, cu marcaje corporale sau semne temporare de loialitate transferabile? Pe de altă parte, este observabil și din media că corpul este exploatat din ce în ce mai mult imagologic (*revoluție estetică* este considerația lui Longhurst, 2017 în acest sens). Moda „modelării corpului”, de la colorare, tatuare, până la tot felul de implanturi și adăugiri sau extensii a devenit ceva aproape ubicuu. La acestea se adaugă și operații „biografice” (Moore și Casper, 2015) asupra corpului care se referă tot la imaginea creată și expusă virtual sau real. Pe fond, în unele cazuri diferența este majoră, sau nu se poate pune o graniță între un implant de dispozitiv cu un sens utilitar și, de exemplu, un piercing cu efect estetic. Sau, cu ce s-ar deosebi un tatuaj de un transplant de piele care este o practică regulată în operațiile estetice? Sau aplicarea unor tatuaje cu biosenzori care au și o utilitate medicală, etc.

Și în afară de „decorarea corpului” sau reprezentarea prin corp, omul contemporan este implicat în mod obișnuit în *proiecte* sau *opțiuni* ale corpului și acest fapt înseamnă adesea respectarea cerințelor așa-numitelor *regimuri corporale* (Shilling, 2005), oarecum în opoziție directă cu concepțiile unei *identități prin corp*, chiar dacă un demers de tip: proiect, opțiune, regim este vădit orientat identitar. *Opțiunile corpului* pot fi și ele definite ca metode

informate tehnologic de restructurare a realizării umane, care extind posibilitățile asociate cu un corp (Shilling, 2005). Spre deosebire de prozaicul „proiecte de corp” care ne ajută să explorăm posibilitățile de a trăi într-un singur corp, există opțiunile asociate cu realitatea virtuală și tehnologiile cibernetice care ne oferă potențialul de a explora și chiar ocupa corpuri care diferă substanțial în funcție de timp și loc.

Unele dintre aceste evoluții se află în viitor în sensul că pot încă să nu fie realizate pe deplin sau pot să nu fie posibile, dar, de exemplu, există deja posibilitatea ca un corp să fie reconstruit sau modificat de mai multe ori pe parcursul unei singure vieți. Nanotehnologia are potențialul de a furniza micro-mașini care pot fi injectate în venele noastre și să repare arterele sau să descompună depozitele de colesterol, se pot implanta cipuri în creier care pot efectua calcule complexe, pot înțelege limbaje, capacitatea de a prelucra și de a prezenta volume mari de date, etc. (Tomas, 1995). Realitatea virtuală poate să ofere ne „trăiri” în scenarii și situații ipotetice care pot fi asimilate chiar unor întrupări, sau, cel puțin pot face organismul să nu perceapă senzorial diferența. De asemenea, corpurile se pot replica. Ideea teoretică de codificare la care face trimitere Baudrillard (1993) cu referire la capacitatea teoretică și tehnologică de a controla procedural, algoritmic reproducerea oricărei naturi, nu este departe de realizarea ei practică. În orice materialitate, codurile au potențialul de a face anacronice abilitatea noastră de a copia sau contraface obiecte prin producție sau imitație. Codul face posibilă reproducerea „originalelor”. Problema se rezumă maximum la extragerea codurilor. Această reproducere a originalității, care operează prin tehnologii precum evoluția artificială, ar putea face ca viața umană să fie complet auto-referențială; nimic nu ar fi în afara controlului nostru, deoarece nimic nu ar fi în afara puterii noastre de a reproduce (Shilling, 2005).

Dacă dezvoltarea de după iluminism din care s-au fondat ideologiile drepturilor omului, bazate pe principiul individualității – a creat posibilitatea de a identifica ceea ce era unic pentru o persoană de-a lungul situațiilor date și locurilor frecventate, astăzi procesul este invers: diluarea individualității chiar dacă, așa cum am spus în repetate rânduri, corpul este instrument identitar dar nu prin uniformizarea indivizilor, ci prin subminarea „corpului singular” (Shilling, 2005). De fapt, *corpul devine instabil din cauza flexibilității spațiale și temporale a opțiunilor corpului*. O persoană poate, într-o

zi, să nu mai semene cu ea însăși dintr-o ocazie în alta, din punct de vedere al mărimii, aspectului, dispoziției sau chiar sexului. Observăm deja noțiunile vehiculate în media occidentală de „auto-identificare” cu ceva – ca gen, specie, profesie, mod de viață, etc. chiar dacă identificarea nu este neapărat însoțită de transformare fizică. Identificarea este însă recunoscută social în unele zone culturale. Totuși, opțiunile pot agrava problemele asociate proiectelor corpului. Cantitatea și viteza opțiunilor de care putem dispune, ne poate transforma în indivizi anxioși și nemulțumiți, poate chiar cu alegerile făcute. De asemenea, se bazează pe invenții anterioare în arhitectură, controlul temperaturii și transportul care au distanțat oamenii de climă, mediu și vecini și au crescut nivelul de control pe care îl puteau exercita asupra mediului lor corporal (Sennett, 1994). Capacitatea de a influența clima și mediul corporal a produs și transformări sociale, de distanțare de separare socială.

Ideea de *regim corporal* sau regim al corpului a fost asimilată și cu noțiunea de habitus ca regim de administrare optimă a vieții (sensul apropiat de conceptul lui Bourdieu v.2.3.8). Ca referință, aceste „regimuri” s-au format în epoca medievală, nu ca bază a obiceiurilor menite să cultive „corpul frumos” sau „corpul civilizat” (Elias, 1982) ci a fost mai degrabă asociat cu adoptarea unor restricții de natură religioasă: abținerea și restricții în consumul de carne. De exemplu, Creștinismul medieval a rafinat aceste regimuri în programe mai generalizate de disciplină fizică care implică dieta, rugăciunea și un stil de viață ascetic sever, până la penitențe și auto-flagelări. În ciuda contrastului lor aparent cu practicile contemporane, totuși implicațiile pentru organizarea vieții nu sunt foarte diferite. Însă, nu se poate accepta că în această epocă *de cultură de masă pro-frumusețe și corporalitate sublimată*, ar fi cineva pregătit în mod voluntar să-și transforme corpul într-un câmp de tortură, chiar dacă se mai folosesc termeni de tipul „purificare a corpului” „grăsimi păcătoase”, „obiceiuri proaste”, etc. atunci când ne gândim la unele dintre procedurile chimice și chirurgicale la care oamenii apelează și suferă acum de dragul identității lor (Shilling, 2005).

Și Anthony Giddens (1991) dezvoltă noțiunea de „proiect corporal” susținând ideea că sinele a devenit o construcție organizată reflex în epoca contemporană a „modernității înalte”. Giddens sugerează că „modernitatea târzie” se caracterizează printr-un avans calitativ în controlul tehnologic

și o preocupare intensificată în ceea ce privește consumul, în care corpul devine un *obiect central al cultivării la propriu* (în acord și cu menționata societatea somatică (Turner, 1992).

Toate evoluțiile din sociologia corpului, pe de-o parte au respectat, pe de altă parte s-au împiedicat de tratarea aspectelor biologice. Nu putem face abstracție de alcătuirea organică a corpului, dar încorporarea și teoretizarea cer o trecere dincolo de problematica biologică, fără a lăsa totul în afară. Mai exact, sociologia propune un proiect „material-corporal” în evoluție, care încearcă să „căsătorească” biologicul și socialul într-un mod întruchipat „cu adevărat” (Williams, 2006).

Această raportare duală: sociologie vs. biologie dă senzația de conflict. Din primele abordări ale sociologiei corpului (aspectele legate de civilizarea corpului) într-adevăr, mult timp socialul pune limite biologicului, acum lucrurile s-au inversat: de cele mai multe ori, biologia pune limitele. Socialul a început prin a restrânge funcțiile biologice, acum le expandează: făceam tăiere împrejur sau alte constrângeri corporale, acum introducem dispozitive pentru noi funcțiuni chiar în biologie, în vreme ce constrângerile inițiale cam cad.

Ne putem aștepta și la mai mult: noi studii, noi game tematice și din numeroase sub-domenii, inclusiv *lucrul asupra corpului și imaginii* (body building) în cultura contemporană, în lumina puterii generative a diverselor „medii contemporane”; de exemplu, cu privire la schimbarea *limitelor criteriilor sociale de normalitate corporală, sexualitate și „performanță de gen”*; sau pe chestiuni încă puțin explorate, cum ar fi globalizarea și imigrația din perspectiva experiențelor și reprezentărilor întruchipate. De asemenea, lucrări concentrându-se asupra *realităților virtuale, noilor tehnologii și „dezmembrării” și transplantării, tehnici bionice* care ar putea dezvălui schimbările de frontiere între corp și obiectele performative, între biologie și tehnologie despre „reîncarnări” sau posibilitățile de „incarnare artificială” redefinire a corporalităților prin diferite forme de socializare și întâlniri sexuale, etc. Și nu în ultimul rând, cercetările contemporane se pot ținti pe „dimensiunile relaționale ale corporalității.

Rămâne provocarea de a elabora metodologii care ne permit să depășim dihotomiile (natura vs. cultura, întruchipate vs. dezintegrate, mintea vs. corpul etc.), apelând la mai multe cercetări, de exemplu, asupra *subiectivităților intrupate* – forme ale întruchipării legate de subiectivitate, dorință, moduri

de a vedea și de a acționa în lume – în special în contexte sociale și culturale mai puțin explorate.

Corpul tinde să dispară ca subiect fizic prin dispariția distincției între *corpuri* și *imaginile corpurilor*. Cockerham (2010) semnalează contestarea ideii convenționale potrivit căreia corpul pacientului formează baza practicii medicale: „Este, de fapt, *imaginea corpului* cea care formează acum baza îngrijirii medicale” (nu este vorba de același concept cu imaginea corporală a lui Merleau-Ponty, v.2.3.7). Operațiunea reală de diagnosticare are loc departe de pacient, patul este în plan secundar față de ecran. Pentru diagnosticare și chiar tratament, imaginea de pe ecran devine „pacientul adevărat”, al cărui corp este o replică imperfectă, mai puțin demnă de atenție. În simulările ecranelor, certitudinea noastră inițială a realului se pierde în imagini hiperreale care sunt mai bune decât corpul real. Scan-urile, razele x, rezonanța magnetică oferă adevăratul material de lucru pentru actul medical (Cockerham, 2010). În plus, explorarea vizuală a viului se adâncește, deci imaginea este din ce în ce mai comprehensivă și apar noi dimensiuni: nano, micro, noi noțiuni vizualizate perceptiv, de exemplu, punctele microscopice sunt acum corpuri în toată regula, până și microbii au o corporalitate. Consecința pentru pacienți: alienare. Anatomia a devenit un fel de imagistică. Recunoașterea unor disfuncții pe baza dereglărilor de imagine și de formă a luat locul dereglărilor de zgomot din stetoscop. Anumite boli sau inflamații se recunoșteau după anumite sunete pe care le recunoșteau doar doctorii. Noile tehnici de explorare au împins în plan secund învățarea clinică a corpului celui alt. Un medic anonim de la noi spunea că medicii români încă au succes în occident, pentru că știu „să pună mâna pe pacient”. Priceperea medicului ținea și de competențele lui senzoriale specifice. Pe undeva se întrevede moartea clinicii după ce Foucault, totuși recent, abia îi celebrase nașterea (Moulin, 2006) Astăzi putem asigura un control panoptic al tuturor organelor, și dinspre partea medicalului, dar și din partea posesorului de corp, individul.

Noile tehnologii de comunicare și informare sporesc atât de mult integrarea globală și temporală, încât mulți le consideră semnele unei transformări mai profunde a relațiilor sociale. La fel cum comentatorii de dinainte au atribuit motorului cu aburi și bombei atomice rolul de a introduce noi moduri de civilizație, „revoluția comunicațiilor” aduce, în mod presupus, o nouă formă de existență socială. Aceste noi tehnologii, a căror importanță

este în continuă creștere, fac irelevantă „fricțiunea distanței”, pe măsură ce indivizii, firmele și birocrațiile devin „libere”. Există o latură întunecată a acestei transformări. Problemele fiziologice ale oboselii corporale și ale oboselii ochilor induse de prea mult timp petrecut în fața calculatorului sunt cele mai mici dificultăți.

Societatea și reflexia ei media sau chiar cea academică oferă azi, cum remarca Cregan, (2012) o plenitudine de corpuri: *corpuri dezmembrate, corpuri dezgolate, corpuri dezincarnate, dezosate, corpuri dezafectate, dezincarnate, dematerializate, eterice, de „suprafață”*. Arta și imaginația, dublate de tehnologie, pot manipula de la constituția fizică până la cea mai fină nuanță ideatică, conceptul de corp. Și tocmai medicina care a creat și condus această problemă îl pierde sau îl uită (pe corp).

Dar nu numai corpul suferă o denaturare, îmbogățire și totodată o diluare conceptuală determinate de transformările tehnologice, ci și obiectele performative și implicit, spațiul vital, social, medical.

5.2. Devenirea spațiului

Mai departe de remarca invocată la început, a unei percepții a evoluției istorice prin prisma epocilor „materiale” (v. 1.1.) astăzi am trecut la un fel de *de-materializare* a practicilor și a culturii, sau în orice caz o așa-numită „lichidizare a societății” (Bauman, 2000) care, pe de-o parte, poate fi încadrată ca etapă a acestui parcurs de evoluție consemnat, dar și ca o desprindere sau detașare de cale, poate chiar o revoluție. Așa cum s-a mai spus, apare și dimensiunea temporală care produce instabilitate. Un așa-numit efect chaordic, o concomitență între o evoluție firească a societății spre ordonare, determinată de progresele în management și organizare și amplificarea haosului produsă de complexitate și congestie care produc creșterea entropiei și care fac viitorurile tot mai imprevizibile și incerte. Iată, tranziția epidemiologică către cronicizare care a redus nevoia de spital a fost dublată de apariția pandemiei Covid 19, care a reactivat nevoia de spital. Pe această alternanță și lichiditate se derulează astăzi viziunile despre spațiul social, sau în particular, despre spațiul medical.

5.2.1. Evoluția spațiului (medical) therapeutic

Am înlocuit termenul de spațiu medical, considerând că are loc chiar o reconfigurare a întregului spațiu social prin apariția acestor *spații referențiale* (cadre de viață între care practic, indivizii glisează și-si schimbă ipostazierea: acasă, servicii, spital, spațiu de loisir, spații tranzitorii v.4.3). Indivizii de azi sunt mai puțin incastrați într-un statut social anume, ci mai degrabă sunt *avataruri* (care schimbă formele de întrupare) între spații referențiale. *Spațiul therapeutic* ar fi unul mai larg, care excede spațiul medical cu sensul dat în accepțiunea trecută, tocmai pentru că terapiile și chiar protocoalele medicale evoluează, se modifică pe un spectru mai flexibil și mai lichid. Diagnosticile și tratamentele se detașează de instituția supremă – spitalul – putând fi operate de la distanță și prin abilitați și competențe accesibile și pacienților sau aparținătorilor. Apoi „timingul” procedurilor tratamentelor și chiar al manevrelor interferă cu alte programe și alte spații pe care pacientul le derulează sau în care se află concomitent.

În plus, revenind la teoria entuziastă a lui Topol, în această „nouă eră a medicinei” în sfârșit poate fi surmontată una din marile ei probleme: abordarea statistic-probabilistică, standardizarea, pe care ne-o oferă „trialurile clinice” ca maxim de eficiență în tratamentele populației. În realitate, și medicina știe sau ar trebui să știe acest adevăr, *fiecare persoană poate fi aproape complet (re)definită din punct de vedere medical, la nivel individual*, în loc de modul în care practicăm medicina la nivel de populație, sau cu politici „în masă”, de exemplu, screening pentru afecțiuni precum cancerul de sân sau de prostată și utilizarea acelorași medicamente și doze pentru un diagnostic și nu pentru un pacient. Fiecare individ este o ființă unică, dar până acum nu a existat nicio modalitate de a stabili individualitatea biologică sau fiziologică a unei persoane. Nu exista nicio modalitate de a determina un parametru relevant, cum ar fi tensiunea arterială, 24 de ore din 24, în timp ce o persoană doarme, sau este la serviciu, sau în mijlocul unei tulburări emoționale. În preconizata revoluție digitală, medicina poate atinge domeniul cel mai important, izolat până acum – conservarea sănătății individuale. În aceste condiții *spațiul individual creat de corp devine el însuși un „spațiu medical” (therapeutic) dimpreună cu dispozitivele atașate pentru acest scop.*

De exemplu, prin secvențierea genomului putem salva vieți, identificând „boala” înainte de a fi bolnavi adică dintr-un așa numit „stadiu de probabilitate” – (*întrebarea este dacă actul mai este „medical”?*) Dar nu este vorba doar de găsirea cauzei moleculare de bază a motivului pentru care un individ este bolnav. Acum se poate efectua secvențierea întregului genom al unui făt pentru a determina ce afecțiuni ar trebui urmărite postnatal. La celălalt capăt al continuumului vieții, putem face secvențierea ADN-ului pentru a suplini autopsia fizică tradițională, pentru a determina cauza morții. Putem diseca, decodifica și defini granularitatea individuală la nivel molecular, de la uter la mormânt (Topol, 2012).

Această „putere” înseamnă că *corpul medicalizat devine spațiu medical în sine* iar infrastructura medicală nu atinge doar stadiul maxim de dezvoltare point-to-point, dar se integrează în continuumul spațiu-corp.

În fine, în bună măsură, spațiul nu mai este dependent de caracteristicile lui fizice – virtualizându-se și digitalizându-se. Distanțele și infrastructurile nu mai au nevoie de un suport fizic. Pandemia, și posibila tranziție epidemiologică către pandemii continue, care aparent a revelat nevoia de revenire la utilitatea spațiului medicalizat, în fapt, a distorsionat și mai mult ideea de spațiu medical, punând problema unei medicalizări a întregului spațiu social. Pe de altă parte, cronicizarea (vechea tranziție epidemiologică), așa cum am arătat în capitolul 4 prin interviuri, a dus la o pierdere de raportare spațială a medicinei. Boala cronică și bolnavul nu mai au nici „sedii de spital” și nici *acasă* nu poate echivala cu spațiul lui medical. Boala este „transportabilă” pentru că și pacientul este mobil. Acesta este capătul tranziției epidemiologice către cronicizare. Dacă boala e un *avatar* al corpului, spațiul medical devine unul lichid și incert. În acest context infrastructura medicală reușește și ea punctul de inflexiune de la *stație către stație* la *punct-către-punct* (Schatz și Berlin, 2011) ajutată de tehnologia dispozitivelor medicale-obiecte performative, deci serviciile medicale se difuzează dinspre stații, care erau spitalele și alte așezăminte, către spațiile private referențiale ale pacienților, exact cum telegraful s-a metamorfozat în telefon și apoi în telefon mobil.

Totuși spitalul nu va dispărea, așa cum nici stațiile altor infrastructuri difuzate nu dispar. El rămâne, din perspectiva nevoilor de sistem, o întreprindere, așa cum este și în prezent. De aceea spitalele trebuie întărite și integrate.

Valul pandemic 2020-2022 pune totuși această evoluție într-o perspectivă mai complexă. Sistemul și spitalul și-au dovedit și vulnerabilitățile

De aici tragem concluzia care este și premisă în analiza spațiului medical în general: *există un „spațiu al medicalului” acordat cu societatea în orice epocă și orice loc*. De exemplu, existența spitalului ca „spațiu clinic rezidual” își păstrează caracteristicile epocii în care a fost dominant. Rămâne o heterotopie și un spațiu disciplinar așa cum au fost acestea descrise de Foucault și cum au fost relevate de studiul empiric.

La aceasta mai adăugăm alte două premise care trebuie considerate în analiza evoluției în raport cu tehnologia:

- Există concomitent aceste „tranziții” determinând, fiecare, nevoia de adaptare a spațiului la noi realități. În primul rând, ceea ce desemnăm cu termenul de *cronicizare a medicinei*, determinată de îmbătrânirea populației care crește nevoia de îngrijire din cauza piramidei vârstelor și de progresele medicinei care au transformat multe boli acute (fatale) în boli cronice. Din această, perspectivă calculele spațiului medical consemnau o reducere a „cantității de spital” care este o întreprindere de prelucrare a bolilor acute. Adică nu este vorba de o modificare a bolilor, cât mai mult de o re-ponderare de alocări de resurse în sistem. Apoi, avem evoluția pe care literatura o consemnează ca „medicalizare” a socialului, în sensul că sfera de intervenție a medicinei este din ce în ce mai cuprinzătoare, extinzându-se și către domenii care tradițional nu aveau conotații medicale. Această mișcare, la rândul ei, nu țintește ocuparea unui spațiu anume sau o „localizare”. Dar peste această tendințe s-a suprapus o „nouă tranziție”: pandemia, nu limitat la Covid – ci pandemia ca stare latentă și perpetuă, care cere exact contrariul: *nevoia de spital, dacă nu chiar de „spitalificarea” întregului spațiu*.

- Există o inerție a structurilor fizice (spații și infrastructuri) în raport cu schimbarea socială sau epidemiologică care poate fi sursă a crizelor, există apoi, memoria șocurilor care nasc vulnerabilitățile și reziliența spațiilor și tot aici se adaugă și alte condiționalități de natura economică cu care trebuie să se acorde medicalul pentru că ele, alături de spațiul fizic creează mediul, atmosfera sub care se derulează procesele medicale.

5.2.2. Tehnologia ca substituent sau parte a infrastructurii

Așa cum au arătat Schatz și Berlin (2011), infrastructurile au avut un parcurs evolutiv de la difuzia de tip *station-to-station* la una de tip *point-to point* – ceea ce înseamnă că toate infrastructurile de transport și comunicații au avut ca traiectorie un model standard de creștere a difuziei și de umplere a teritoriului. Excepție a făcut doar „infrastructura medicală” care a întârziat ultima etapă a acestui parcurs din cauza complexității serviciilor medicale. Adică a rămas fixată în stații (spitale) la care indivizii trebuie să se deplaseze și nu pot accesa serviciile din orice punct.

Dar acum, din fericire, se întâmplă acest efect de difuzie fără a fi nevoie însă de o infrastructură fizică (hard) drept suport ca în cazul celorlalte, ci tocmai prin virtualizarea unor procese – premisă creată de dezvoltarea tehnologică. Virtualizare înseamnă că nu mai depinde de un spațiu fizic. Această evoluție este cvasi naturală nu are neapărat o intenție sau un design, ci se produce ca urmare a impactului social al unor transformări care vizau individul. Toate, sau multe din noile dispozitive și tehnologii cu care pacienții pot fi înzestrați, inclusiv telefonul mobil, sunt un substituent al infrastructurii sau sunt chiar asimilabile unor infrastructuri. Dar, din punctul de vedere filosofic al medicalizării, sunt, pe de altă parte, și noi forme de control social.

Ideea este că transformările tehnologice, inovațiile, atât din domeniul medical dar și cele vizând „obiectele performative” – instrumentele și dispozitivele care sporesc utilitatea corpului sunt, la modul general, orientate de piață, mai exact, justificarea lor este una individuală. Motorul sau vectorul pieței este *propensiunea individului pentru consum*, orientată de oportunitatea de a-și îmbunătăți viața. Chiar dacă scopul agenților de pe piață este de a vinde unui segment de piață cât mai mare, totuși calculele producătorilor nu țin seama, cel puțin în primă fază, de potențialele efecte sociale, ci doar de propensiunea indivizilor de a cumpăra. Multe din aspectele dezvoltării sau ale vieții în general nu se definesc în funcție de anvergura lor socială. De exemplu, telefoanele mobile au fost proiectate și dezvoltate în raport cu potențialul tehnic și simplitatea în utilizare a beneficiarului, nu în raport cu efectele sociale ale utilizării lor. Designul este centrat pe utilizator pe ergonomie, nu pe efectele sociale sau antropometrice (abia poate rețelele de socializare au schimbat această paradigmă). Problema este că până la

urmă efectele sociale se răsfrâng din nou asupra indivizilor și acest aspect, de multe ori nu este luat în calcul de producători. De exemplu, s-au observat și certificat chiar de studii științifice efectele depresive ale utilizării internetului și a rețelelor sociale în sănătatea psihologică, dar evident că inventatorii și producătorii acestor aplicații nu au avut intenții negative în acest sens.

Dincolo de această problemă a impactului social care retransformă comportamentul individual, trebuie spus că în acest caz există o latură pozitivă a evoluției tehnologice – tehnologia este substituit sau facilitator al infrastructurii, ca atare participă la această ierarhizare a spațiului. Și ea contribuie la această lichefiere și dematerializare dar, ca fapt pozitiv, aceasta a dus la surmontarea problemei spațiului fizic. Spațiul medical se expandează prin posibilitățile date de tehnologie dar și prin medicalizare, ea însăși o „tranziție epidemiologică” prin aportul de „morbiditate” pe care-l creează.

Tot ca o „evoluție naturală” sau mai degrabă ca o „stare de fapt” spitalele nu au ținut pasul cu schimbările. Spitalele sunt în continuare construite pentru boala acută, nu pentru boala cronică, deși inițial conceptul a apărut ca așezământ de îngrijire pentru persoane din păturile sărace. De aceea a apărut ambulatoriul „de specialitate”, dintr-o evoluție a spitalului către statutul de întreprindere de procesare de operațiuni medicale. Ambulatoriul este perceput în continuare ca o „policlinică”. Oamenii îi atribuie încă un sediu, o spațialitate, deși ambulatoriul, conceptual vorbind, presupune doar „întâlnirea” adică o procedură de relaționare, sau o formalizare a relației medic-pacient din ancestral. Spațialitatea lui este și trebuie să fie ambiguă. Tratarea pacientului are loc pretutindeni și chiar investigarea lui se poate derula, cu anumite restricții, la distanță. Practic, ambulatoriul este o (infra)structură virtuală care conține doar informație și repere spațiale (ca și componentă de hard).

Mișcările de dezvoltare ale ambulatoriului și a îngrijirii de acasă sau amplasarea instalațiilor mobile către zone mai îndepărtate față de spațiile de referință ale locuirii, nu sunt tendințe întâmplătoare sau rezultate doar ale unei ameliorări a bunăstării generale. Fenomenul trebuie încadrat într-o contextualitate mult mai complexă. Spațiul medical se extinde prin medicalizare și, pe măsură ce medicina acaparează din ce în ce mai multe capitole ale vieții nu este numai o expansiune tehnică, este și o tendință socială, politică, ideologică. Pentru că medicalizarea poate fi asimilată unei „difuzii sau expansiuni a spațiului medical” în teritoriu. Practic, spațiul medical

se instalează ca și componentă a spațiului social. Coroborat și cu creșterea nevoii de îngrijire „la purtător” și cu aspectele mai futuriste ale „telemedicinii”, consultații „online” și inventarea dispozitivelor de monitorizare mobile și „de la distanță”, practic se va contura tendința unei reduceri progresive a punctelor de spitalizare, nu neapărat a „cantității de spital” dată mai curând de „numărul de paturi”, dar mai mult o concentrare a spitalelor în teritoriu ca „întreprinderi ospitaliere mari”, tehnologizate, capabile să acopere tot spectrul de specialități și mutarea restului practicilor uzuale în spațiile comune ale socialului. Pe de altă parte, pandemia pe lângă reactivarea nevoii de spital a pus în discuție și dimensiunea spitalului, sau, mai precis, reevaluarea ideii de hiper-spital, în contextul în care pentru a face față epidemiilor sunt mai pretabile spitalele mici sau pavilionare, care se pot adapta mai ușor și mai eficient restricțiilor septice.

Problema spațiului terapeutic/medical este surmontabilă prin conceptul „*arhitecturii strategice*” (Hamel și Prahalad, 1993) o formă de management sau de organizare care comportă și proiectarea arhitecturală a spațiului într-o manieră flexibilă, de exemplu „spitale de rezervă”, modulare dar și organizarea medicinei după planificări mai elaborate, adică un puternic intervenționism, desigur contestabil din perspectivă liberală, care să ia în calcul toate constrângerile spațiului mai ales dinspre economie și toate previziunile pentru risc legate de viitorurile incerte.

Concluzii

Așa cum am arătat, societatea „curge” odată cu devenirea formelor materiei și în interferență cu acestea. Iar reflexia ei în istorie se vede tot prin această prismă. În ciuda dematerializării sau a lichidizării, credem că această împărțire istoriei în „epoci materiale” nu este una caducă. Continuăm să ne raportăm la materie chiar și în epoca „digitală”, „wireless”, „virtuală”. Materialul nu dispăre din aceste concepte, chiar dacă este mai rarefiat și substituit în bună măsură de un conținut de informație. Viața pe Pământ se definește în continuare ca un conglomerat de corpuri încadrate în corpuri mai mari și în spațiul general.

Spațiul și corpul sau, mai general, spațialitatea și corporalitatea sunt subiecte foarte dispersate teoretic și disciplinar, dar printr-un studiu foarte sistematic se pot găsi câteva linii unificatoare *sub umbrela sociologiei*: S-au căutat și găsit aceste conexiuni între multitudinea de concepte vehiculate în literatură. Așa cum arată hărțile mentale, se pot face numeroase legături logice între diversele teorii despre corp și spațiu, noi am făcut doar un exercițiu exemplificator: multe teorii care, în zona academică, nu au fost plasate într-o afinitate până acum au fost aranjate pe cele două axe, demonstrând astfel existența acelui continuum conceptual evocat la început. Sinteza de literatură realizată aici a rafinat astfel o schemă și o listă de itemi foarte utilă pentru un eventual studiu empiric mai amplu, dar și pentru o eventuală dezvoltare teoretică mai de substanță în aceste domenii.

Nu s-a căutat nici pe departe o încadrare disciplinară (unică) a corporalității și spațialității. Dimpotrivă, s-au căutat toate perspectivele exterioare unei anumite linii, să-i spunem sociologizante, tocmai pentru a colecta aportul tuturor disciplinelor care au revendicat aceste subiecte. Mai degrabă, se poate spune că s-a reușit prin aceste agregări, instituirea unei *științe în sine despre spațiu și corp*, fără însă a se clama vreun statut „fondator”, mai ales că, cu denumiri despre *știința spațială* sau *știința corporală* numeroase domenii se

împăunează deja. Am cules din arhitectură, geografie, economie, sociologie, filozofie și chiar biologie sau științe comportamentale, dacă nu tot, mult din ce ar putea interesa în definirea unor parametri pe care să-i evaluăm în cercetări viitoare.

Dealtfel, toți acești termeni noi asociați geografiei și/sau sociologiei fac parte și se leagă și de evoluții metodologice sau de schimbări paradigmatică în disciplinele de căpătâi: S-a vorbit de „viraje” (turns): cultural, spațial, etc. adică schimbări de fond în ingredientele metodologice și chiar de obiect de studiu care au marcat acele științe.

Inevitabil, am abuzat de referințe „epistemologice” sau raportări ale conceptelor evocate la paradigme, ideologii și curente vehiculate în dialectica academică. Spunem inevitabil pentru că, dintru început, de fapt, am dorit evitarea lor, crezând că orice teorie și orice aserțiune își aduc aportul la construirea adevărului, fie ele și contradictorii. Dar fiind extrase dintr-o literatură pe alocuri chiar militantă, nu s-a putut face abstracție de aceste încadrări matriciale. În această lumină, dincolo de utilizarea unui instrumental preponderent „constructivist” (dar nu numai) ca metodologie de lucru, lucrarea nu se revendică în niciun fel ca fiind *x,y,z-„istă”*.

Unele din fenomenele consemnate aici sunt sigure, certificate și prin literatură, nu este meritul lucrării de a le fi descoperit, dar punerea lor laolaltă și descrierea agregată ca un model al sociologiei este o contribuție nouă. În ce privește în cazul particular al sociologiei medicale, lucrarea consemnează unele schimbări care se raportează la schimbări în subiectele determinante: medicina nu mai „repară corpul” ca pe o mașină, ci îl „transformă” sau chiar îl „îmbunătățește”, implicit, îl redefinesc. Corpul devine un material maleabil sub toate privințele, fizic, biologic, dar și ca interpretare sociologică. Iar această transformare pe care o numim generic *medicalizare* mai produce un efect și mai revoluționar: schimbă medicina din receptor al informației din social, în generator de structurare socială, generator de status.

Aceeași tendință spre redefinire și la spațiul social: societatea se schimbă structural sau, mai bine spus, anumite forme de descriere a structurilor sociale nu mai sunt valabile. Nu știm dacă societatea se schimbă real, în sine, sau numai percepția noastră despre ea, dar știm că mare parte din descrierea socialului nu mai corespunde realității percepute de membrii ei. Și tot legat de schimbări în comportamentul social, lucrarea consemnează, așa cum

am arătat, și o mare schimbare teoretică: dispar sau se estompează ideile de *rol* și *clasă socială*. Indivizii glisează între clase, ca și cum ar avea mai multe cariere în funcție de spații. De aceea am afirmat că *dispare rolul în detrimentul avatarului*.

Nu putem conchide că societatea nu mai este structurată și stratificată, dar structurile și clasele s-au diversificat într-un mod complex și interferențele dintre ele sunt mai vii. De exemplu, dispunerea de bani sau „a face bani”, nu mai echivalează cu situarea într-o clasă superioară cândva definită de avere. Poți să faci bani în zone sociale foarte low sau chiar „underground”. Mai degrabă acum partajul de clasă se face după profesie, sau, mai corect spus, ocupație. Profesiile și ocupațiile segregă și pe clase de prestigiu și pe clase de venit, dar prestigiul și venitul nu mai sunt neapărat asociate. Sunt profesii cu venituri medii sau mici foarte bine situate ca prestigiu, de exemplu, medicii și sunt profesii foarte profitabile care nu aduc prestigiu social, de exemplu, afaceri „dubioase” meserii periculoase, etc.

Societatea este mai degrabă divizată în „bule” care se definesc după criterii mai puțin formale, pe un spectru de la opinie politică până la stil vestimentar. Desigur, *bulă* este un termen peiorativ în jargonul urban, dar este destul de precis și inteligibil pe un spectru foarte larg, așa că sociologia l-ar putea operaționaliza ușor. Până la urmă limbajul popular și metaforele sunt cele mai edificatoare în stabilirea semanticii.

Bulele sugerează o complexitate în clasificare: în primul rând, includ ideea de „spațiu” social, fie el și virtual – dar spațialitatea ca o caracteristică a indivizilor și a obiectelor este o dimensiune relativ nouă, dacă este să comparăm termenul cu cel de *status* pe care-l înlocuiește. Există, poate, o localizare spațială și în jurul ideii de clasă și status, dar sigur era legată de un spațiu fizic. Aici avem un termen mai flexibil al spațialității. Spațiile sociale de azi pot fi colportate sau păstrate „la purtător”, deși spațiul fizic nu-și pierde din importanță. De asemenea, bulele sugerează și ideea de instabilitate – sau, mai curând, provizorat – informalitate (se pot sparge) deși dacă observăm societatea pe parcursul mai multor procese și periodizări politice, bulele nu s-au prea modificat (de multe ori în practică, provizoratul se dovedește a fi durabil tocmai prin asumata flexibilitate).

Și tot la această încadrare nouă de „bule” în loc de clase și de flexibilizare a statusului pe fondul pierderii de rol stabil, intră și pulverizarea unor valori

colective de apartenență și procesele de alienare și individualizare în raport cu comunitatea. Indivizii sunt mai expuși privirii publice prin social-media – un fel de *panopticum generalizat* construit prin auto-devoalare. Așa cum am arătat, corpul individual devine din ce în ce mai mult un obiect identitar, grație sau determinant tot de fenomenul mass-media. Bunăoară opțiunea politică, preferințele sexuale și chiar statusurile și stările medicale au ieșit din sfera unui intim, raportat la o apartenență de grup și au devenit publice, individuale. Ne punem statusuri și avataruri la profilele online, ne punem steagul Franței, al Ucrainei, sau poza cu vaccinarea sau cu exercitarea dreptului la vot, ca un fel de asumare publică a unor statusuri. Statutul medical devine eticheta de apartenență sau raliere la o „bulă”. Aceste gesturi pe care societatea le-a derogat protectiv prin reglementări juridice vieții private sunt scoase acum în public și exhibate chiar de deținătorii de drept.

Această caracteristică nouă a societății este semnificativă pentru ceea ce am numit lichidizarea societății (Bauman 2000, 2005) și, în esență, ea aduce nou *capacitatea de a porta statusurile și clasele între spații sau de a le schimba între spații* concomitent cu posibilitatea de „schimbare de avatar” care este o schimbare de întrupare. Explicațiile pe care le-am identificat țin de o diviziune a muncii mai acută și de o creștere paradoxală, a rolului instituțiilor în viața curentă a indivizilor. Oamenii sunt permanent într-o relație cu o instituție care cere mereu o altă poziționare. Iar în ce privește latura aspectelor medicale din această schimbare, este evident și aportul medicalizării la aceste transformări.

În ce măsură oamenii glisează între ceea ce noi am numit avataruri-întrupări când schimbă spațiul de referință? Am conchis că schimbarea este mai profundă, somatică, și nu de apariție sau mască. În sens pozitiv însă, odată cu dispariția rolului, dispar și segregările produse de rol. Paradigmatic și paradoxal, „normalul” devine o lipsă de norme sau un spectru de norme prea larg. Probabil evoluția nu a ajuns la un capăt ca să genereze concluzii ferme. Dar putem vedea din modelele conturate pe care le-am studiat și empiric, de exemplu cronicismul sau „existența unor cariere cronice” că ipostazele și spațiile ne separă mai mult individual, decât colectiv. Paradoxal, globalizarea și depersonalizarea produc un efect centripet în individ, probabil din cauza alienării produse.

În fine, trebuie să formulăm câteva concluzii relevante și pe această nișă a studiului empiric:

- Viața pacientului cronic suferă în mod cert modificări și intruziuni provocate de existența bolii și de managementul acesteia. Dincolo de aceste apariții noi, se poate spune cu certitudine că toate capitolele vieții, inclusiv cele non-medicale sunt afectate de aceste intruziuni. Dacă nu putem asuma un termen radical de transformare a vieții, putem asuma conceptul existenței unei *cariere cronice la acești pacienți*.

- Pe de altă parte, medicalizarea și alte evoluții societale au împins *cronicizarea* dincolo de granițele bio-medicalului, așa-încât, într-o bună măsură, prin medicalizare toți indivizii devin „puțin cronici”, adoptând comportamente proactive din punct de vedere medical. Într-un fel, putem spune că civilizația modernă trăiește într-o „ideologie a medicalului” care se repercutează asupra managementului corporal și asupra utilizării spațiului. Oamenii au grijă de corpul lor într-o manieră medicalizată, adoptă comportamente și consumuri de sănătate, care echivalează cu formele de acțiune din carierele cronice.

- Prin toate formele de media, inclusiv prin artă (de exemplu, cinematografia este invadată de seriale care prezintă viața de spital) societatea de azi expune, dacă nu fetișizează medicina și comportamentele orientate către sănătate sau dezbaterile în acest sens. Din acest punct de vedere, medicalul, putem spune, devine un capitol al vieții normale în societatea contemporană, chiar și pentru oamenii sănătoși.

- Pacienții cronici intervievați au descris un stil de viață care include pregnant aspectele medicale. Însă, comparativ cu modele mai vechi de gestiune a situațiilor medicale, putem spune că studiul relevă o schimbare radicală. Deși medicalul devine o prezență continuă, normalizarea lui și o anumită standardizare și rutinare, determină o viață nu foarte diferită de restul populației. Și în acest context putem afirma că schimbările sunt universale:

- Oamenii, în general, parcurg mai multe spații referențiale (asimilabile unor câmpuri) în care caracteristicile de context (spațiu, atmosferă, reguli și rigori, cutume) îi obligă să-și schimbe apariția, inclusiv sub aspectele somatice. Cu alte cuvinte nu schimbă doar aparențele sau rolul, ci un întreg „setting” corporal în fiecare din aceste contexte.

Bibliografie

- Adelman, M., Ruggi, L., Contemporary sociology and the body, *Current Sociology*, I-24, csi.sagepub.com. 2012;
- Abbott, A., Of time and Space: The contemporary Relevance of the Chicago School, *Social Forces*, Vol 75, No 4, pp. 1149-1182, 1997;
- Agnew, J. and Duncan, J. (eds), *The Power of Place: Bringing together Geographical and Sociological Imaginations*, Unwin Hyman: London, 1989;
- Anderson, John, *Understanding Cultural geography*, Routledge, 2010;
- Angus, J., Kontos, P.C., Dyck, I., McKeever, P., Poland, B., The personal significance of home: Habitus and the experience of receiving long-term home care, *Sociology of Health and Illness* 27, pp. 161-118, 2005;
- Ankerl, G., Experimental sociology of architecture, *New Babylon, studies in the social sciences*, 1981;
- Appleyard, D., Lynch, K., *The View from the Road*, MIT Press, 1968;
- Armstrong, D. The rise of surveillance medicine, *Sociology of Health and Illness*, 17, 393-404, 1995;
- Asquith, L., Vellinga, M., *Vernacular Architecture in the Twenty-First Century, Theory, Education and Practice*, Taylor & Francis, 2006;
- Augé, M., *Non-Places: Introduction to an Anthropology of Supermodernity*. London: Verso, 1995;
- Bambach, C., (ed.) *Leonardo da Vinci, Master Draftsman*. New York: Metropolitan Museum of Art, 2003;
- Barry, A.M., Yuill, Ch., *Understanding Health. A Sociological Introduction*, Sage, 2002;
- Bassuk, D., *Incarnation in Hinduism and Christianity: The Myth of the God-Man*, Palgrave Macmillan UK, 1987;
- Batnitzky, A.K., Cultural constructions of „obesity”: Understanding body size, social class and gender in Morocco - *Health & Place* 17, 2011;
- Baudrillard, J., *Symbolic Exchange and Death*. London: Sage, 1993;
- Bauman, Z. (Ed.), *Postmodern ethics*. Oxford, UK, Blackwell, 1993;
- Bauman Z., *Liquid Modernity*, Wiley, 2000;
- Bauman, Z., *Liquid life*, Wiley, 2005;

- Bavelier D., Săvulescu J., Fried L.P., et. al. Rethinking Human Enhancement as Collective Welfarism, *Nature Human Behavior*, PMC PubMed, Mar 3, pp. 204-206, 2019;
- Beck, U., *World at Risk*, Cambridge, England: Polity Press, 2009;
- Beckley, T.M., Stedman, R.C., Wallace, S.M., Ambard M., Snapshots of what matters most: Using resident-employed photography to articulate attachment to place. *Society and Natural Resources* 20 (10) pp. 913-929, 2007;
- Bendelow, G.A., Williams S.J., *The Lived Body Sociological Themes, Embodied Issues*, Taylor & Francis, 2002;
- Berger, P.L., Luckmann, Th., *The social construction of Reality. A Treatise in the Sociology of Knowledge*, Penguin Books, 2012;
- Bezrookove, N., On Informative Objects, *Academia Letters*, Article 991, 2002;
- Birke, L. *Feminism and the Biological Body*, Edinburgh University Press, 1999;
- Blandy, R. Dawkins, P. Gannicott K., Kriegler R., Kain p., *Structured Chaos The Process of Productivity Advance*, Oxford University Press, 1985;
- Blood, S.K., *Body Work: The Social Construction of Women's Body Image*, Routledge, 2005;
- Body-Gendrot, S., *The social control of cities: a comparative perspective*, Blackwell Publishers, 2000;
- Bosteels, B., Nonplaces: An Anecdoted Topography of Contemporary French Theory, *Diacritics* 33 (3/4) pp. 117-139, Johns Hopkins University Press, 2003;
- Botezat, D., Oprea L, Iliescu R. Integrating Medical Services: a Solution for an Efficient and Equitable Health System, *Revista Română de Bioetică*, Vol. 11, Nr. 4, 2013;
- Bourdieu, P., The Social Space and the Genesis of Groups, *Theory and Society*, Vol. 14, No. 6, pp. 723-744, 1985;
- Bourdieu, P. The forms of capital. In: Richardson, J., *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*, Westport, CT: Greenwood, pp. 241-258, 1986;
- Bourdieu, P., Structures, Habitus, Practices, in Bourdieu, P., *The Logic of Practice*, pp. 52-79, Stanford University Press, 1990;
- Bourdieu, P., *The Field of Cultural Production: Essays on Art and Literature*. Columbia University Press, New York. 1993;
- Bourdieu, P., Outline of a Theory of Practice, *Cambridge Studies in Social and Cultural Anthropology* (No. 16), Cambridge University Press. Online, 2013;
- Bourdieu, P., *Habitus and Field: General Sociology, Lectures at the Collège de France 1982-1983*, Wiley, 2020;
- Bourdieu, P., Wacquant, L., *An Invitation to Reflexive Sociology*, Cambridge: Polity, 1992;
- Bradby H., *Medical Sociology. An Introduction*, Sage, 2008;

- Brown, C., Reed, P., Social landscape metrics: Measures for understanding place values from PPGIS. *Landscape Research* 37 pp. 73-90, 2012;
- Brown, G., Raymond, Ch., Corcoran, J., Mapping and measuring place attachment, *Applied Geography* 57, 2015;
- Brown N., Faulkner A., Kent J., et al., Regulating hybrids: „Making a mess” and „cleaning up” in tissue engineering and transpecies transplantation, *Social Theory & Health*, Vol. 4, Palgrave Macmillan, pp. 1-24, 2006;
- Brown N., Webster A., *New Medical Technologies and Society: Reordering Life*, Wiley, 2004; Brown, L., Barnett, J., Is the corporate transformation of hospitals creating a new hybrid health care space? A case study of the impact of co-location of public and private hospitals in Australia, *Social Science & Medicine* 58, pp. 427-444, 2004;
- Buchanan, A. *Ethical Issues of Human Enhancement*. Institute for Ethics and Emerging Technologies, 2019;
- Buchanan, I., Deleuze and Cultural Studies in Buchanan Ian ed. *A Deleuzian Century?*, Duke University Press, 1999;
- Buchanan, I., The Problem of the Body in Deleuze and Guattari, Or, What Can a Body Do?, *Body & Society*. 3 (73): 73-91, 1997;
- Bury, M., Chronic illness as biographical disruption, *Sociology of health and Illness* Volume4, Issue2, July 1982;
- Bury, M., Illness Narratives. Fact or fiction. *Sociology of Health & Illness*, Vol. 23, no 3, 2001;
- Butler R., Parr, H., (eds.), *Geographies of illness, impairment and disability*, Routledge, 1999;
- Butler, J., *Bodies that Matter, On the Discursive Limits of Sex*, Routledge, 1993;
- Buttimer, A., Musing on Helicon: root metaphors and geography, *Geografiska Annaler* 64B, pp. 89-96, 1982;
- Cairncross, F., *The death of distance*. Boston: Harvard Business School Press, 2001;
- Carman, T., The Body in Husserl and Merleau-Ponty, *The Intersection of Analytic and Continental Philosophy*, Vol. 27, No. 2, pp. 205-226, University of Arkansas Press, 1999;
- Casey, E. Between geography and philosophy: what does it mean to be in the place-world? *Annals of the Association of American Geographers*, 91 (4), pp. 683-693, 2001;
- Casey, E.S., *Getting back into place*. Bloomington: Indiana University Press, 1993;
- Casey, E.S., *The fate of place*, University of California Press, 1997;
- Castells, M., *The Information Age, Economy, Society and Culture; Volume 1: The Rise of the Network Society*, Oxford: Blackwell, 1996;

- Castells, M., *Local and Global: Cities in the Network Society*, – *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*, 93 (5): pp. 548-58, Blackwell Publishers, 2001;
- Charmaz, K., *The body, identity, and self: Adapting to impairment. Sociological Quarterly*, 36(4), 657-680, 1995;
- Charmaz, K., *Stories of suffering: Subjective tales and research narratives. Qualitative Health Research*, 9(3), 362-382. 1999;
- Charmaz, K., *Experiencing chronic illness. Handbook of social studies in health and medicine*, pp. 277-292, 2000;
- Charmaz, K., *Constructing grounded theory*, London: Sage, 2006;
- Charmaz, K., Rosenfeld, D., *Reflections of the Body, Images of Self: Visibility and Invisibility in Chronic Illness and Disability*, in Waskul D., Vannini P., (eds.), *Body/Embodiment: Symbolic Interaction and the Sociology of the Body*, pp. 35-50 London: Ashgate, 2006;
- Cockerham, W.C., ed., *The new Blackwell companion to medical sociology*, Blackwell Publishing Ltd, 2010;
- Colebrook, C., *Understanding Deleuze*. Crows Nest, N.S.W.: Allen & Unwin, 2002;
- Coleman, S., Collins, P. (eds.) *Locating the field: Space, place and context in anthropology*, Oxford: Berg, 2006;
- Collier, S.J., *Topologies of Power: Foucault's Analysis of Political Government beyond „Governmentality”*, *Theory Culture Society*, pp. 26: 78, Sage Publications, 2009;
- Collins, H., Black, P., *Feminist Thought: Knowledge, Consciousness, and the Politics of Empowerment*, Routledge Classics, 1990;
- Colombat, A.P., „A Thousand Trails to Work with Deleuze”. *SubStance*. 20 (66): 10, 1991;
- Conrad, P., *The Medicalization of Society: On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders*, Johns Hopkins University Press, 2007;
- Conrad, P. Schneider, J.W., *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*, 3rd edition, Philadelphia: Temple University Press, 1992;
- Conrad, P., Leiter, V., *From Lydia Pinkham to Queen Levitra: Direct-to-consumer advertising and medicalisation. Sociology of Health and Illness*, 30(6), pp. 823-838, 2008;
- Conti, G., Giaccaria, P., *Local Development and Competitiveness*, The GeoJournal Library-Kluwer Academic Publishers, 2001;
- Convery, I., Corsane, G., Davis, P., (eds.) *Making Sense of Place. Multidisciplinary Perspectives*, The Boydell Press, 2012;
- Corbin, A., Courtine, J.J., Vigarello, G.(coord.), *Istoria Corpului. III. Mutațiile privirii. Secolul XX*, Editura ART, 2006;

- Cortazar, J., Șotron, Editura Polirom, 2011;
- Cosgrove, D., Daniels, S. (eds.), *The Iconography of Landscape*, Cambridge University Press, 1989;
- Cosgrove, D., *Social Formation and Symbolic Landscape*, London: Croom Helm, 1984;
- Couldry, N., *Media, Society, World: Social Theory and Digital Media Practice*. Polity Press, 2012;
- Crampton, J.W., Elden, S. (eds.), *Space, Knowledge and Power: Foucault and Geography*. Aldershot: Ashgate, 2007;
- Crane, T., Patterson, S., *History of the Mind-Body Problem*, Routledge, 2001;
- Crang, M., N. Thrift (eds), *Thinking Space*. Routledge, London, 2000;
- Cregan, K., *The Sociology of the Body. Mapping the Abstraction of Embodiment*, Sage, 2006;
- Cregan, K., *Key Concepts in Body and Society*, SAGE Publications Ltd, 2012;
- Cresswell, K., Worth, A., Sheikh, A., Actor-Network Theory and its role in understanding the implementation of information technology developments in healthcare, *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 2010;
- Cresswell, T. Guest editorial: Bourdieu's geographies: in memoriam', *Environment and Planning D: Society and Space*, 20: 379-382, 2002;
- Cresswell, T., *In Place/Out of Place: Geography, Ideology and Transgression*. University of Minnesota press, Minneapolis, 1996;
- Cresswell, T., *Place*, Royal Holloway University Press, Elsevier, 2009;
- Crossley, N., *Reflexive Embodiment in Contemporary Society*, New York: Open University Press, 2006;
- Crossley, N., *The Social Body. Habit, Identity and Desire*. SAGE Publications Ltd. 2001;
- Crozier, M., Le phénomène bureaucratique essai sur les tendances bureaucratiques des systèmes d'organisation modernes et sur leurs relations en France avec le système social et culturel. *Revue française de sociologie* 5-3, pp. 337-340, 1964;
- Crozier, W., Music and social influence, in Hargreaves and North (eds), *The Social Psychology of Music*, Oxford University Press, 1997;
- Csiksszentmihaly, M., Rochberg-Halton, E., *The meaning of things. Domestic symbols and the self*, Cambridge University Press, 1981;
- Cummins, S., Curtis, S., Diez-Roux, A., Macintyre, S., Understanding and Representing Place in Health Research: A Relational Approach. *Social Science and Medicine* 65 (10), pp. 1825-1838, 2007;
- Davenport, M.A. and D.H. Anderson, Getting from sense of place to place-based management: An interpretive investigation of place meanings and perceptions of landscape change. *Society and Natural Resources* 18 (7): 625-641. 2005;

- Davis K., *Embodied practices: feminist perspectives on the body*, Thousand Oaks, Sage Publications, 1997;
- de Certeau, M., *The Practice of Everyday Life*. Berkeley, CA: University of California Press, 1984;
- de Lauretis, T., *Technologies of Gender: Essays on Theory, Film, and Fiction*, Series: Theories of Representation and Difference, Indiana university Press, 1987;
- De Preester, Helena, Knockaert, V., *Body Image and Body Schema*, *Advances in Consciousness Research Advances: Interdisciplinary perspectives on the body*, 2005;
- Deamer, Peggy, *Architecture and Capitalism, 1845 to the Present*, Routledge, 2014;
- Dehaene, M., De Cauter, L., *Heterotopia and the City: Public Space in a Postcivil Society*, Routledge, 2008;
- Deleuze, G., Guattari, F., *Anti-Oedipus: Capitalism and Schizophrenia*. London: Athlone, (1972) 1984;
- Deleuze, G., Guattari, F., *A Thousand Plateaus: capitalism and schizophrenia*, London: Athlone, 1988;
- Deleuze, G., Guattari, F., *What is Philosophy?* London: Verso 1994;
- DeNora, T., *Music in Everyday Life*, Cambridge University Press, 2000;
- Dickenson, D., *Body Shopping: The Economy Fuelled by Flesh and Blood*, Oxford Oneworld Publications, 2008;
- Dolezal, L., *Body And Shame. Phenomenology, Feminism, and the Socially Shaped Body*, Lexington Books, 2019;
- Douglas, M., *Natural Symbols: Explorations in Cosmology*, Pantheon Books, 1970;
- Douglas, M., *Purity and Danger: An Analysis of Concepts of Pollution and Taboo*. New York: Routledge, 1966/2002;
- Dreyfus, H., *What Computers Can't Do: The Limits of Artificial Intelligence*, Harper Collins, 1978;
- Duncan, J.S., Johnson, N.C., Schein, R.H., *A Companion to Cultural Geography*, Blackwell Publishing, 2004;
- Duncan, O.D., *From social system to ecosystem*, in Micklin, M. (ed.), *Population, Environment, and Social Organization: Current Issues in Human Ecology*, Dryden, 1973;
- Dunning, E., *Sport Matters*, Routledge, 1999;
- Durkheim, E., *The Division of Labour in Society*, Macmillan, 1984 [1893];
- Durkheim, E., *The Elementary Forms of Religious Life*, Free Press, 1995 [1912];
- Durkheim, E., *The Rules of Sociological Method*, ed. a 8-a, Free Press of Glencoe, 1964;
- Eisenman, P., *Folding in time: The singularity of Rebstock*, *Columbia Documents of Architecture and Theory*, D2, 99-112, 1993;
- Elias, N., *The Civilizing Process*, Blackwell, 1982;

- Elias, N., *The Civilizing Process. Sociogenetic and Psychogenetic Investigations*, Blackwell, 2000;
- Elias, N., *Theory and society*, Springer, 1978;
- Entrikin, J.N., *The Betweenness of Place: Towards a Geography of Modernity*, Johns Hopkins, 1991;
- Eyles, J., *Senses of Place*, Silverbrook, 1985;
- Featherstone, M., Hepworth, M., Turner, B.S. (eds.), *The Body: Social Process, Cultural Theory*, SAGE Publications, 1991;
- Featherstone, M., The body in consumer culture, *Theory, Culture and Society*, 1, 2, 18-33, 1982;
- Fernandez, J., *Making Sense of Pain: Critical and Interdisciplinary Perspectives*, Inter-Disciplinary Press, Oxford, 2010;
- Ferreol, G., *Dictionnaire de sociologie*, Armand Collins, 2011;
- Fleuret, S., Networks in local health systems: Towards new spaces?, *GeoJournal*, Springer, 2009;
- Foucault, M., *The Order of Things: An Archaeology of the Human Sciences*, Psychology Press, 2002;
- Foucault, M., Governmentality, *Ideology and Consciousness*, 6, 5-21, 1979;
- Foucault, M., *Society Must Be Defended: Lectures at the Collège de France, 1975-1976*, Picador, 2003;
- Foucault, M., *The Birth of Biopolitics: Lectures at the Collège de France, 1978-1979*. New York: Palgrave Macmillan, 2008;
- Foucault, M., *The Order of Things*, New York: Vintage Books, 1971;
- Foucault, M., *Discipline and Punish: The Birth of the Prison*. New York: Random House, 1977;
- Foucault, M., *Of Other Spaces: Utopias and Heterotopias*, Architecture /Mouvement/ Continuité, 1967/ 1984;
- Foucault, M., *The Birth of the Clinic: An Archaeology of Medical Perception*, New York: Vintage Books, 1975;
- Foucault, M., *The Foucault Reader*. Paul Rabinow, ed. New York: Pantheon Books, 84;
- Foucault, M., *The History of Sexuality. Volume I: An Introduction*. New York: Vintage, 1978;
- Fowler, P.J., *World Heritage Cultural Landscapes 1992-2002*, UNESCO World Heritage Centre, 2003;
- Freeman, C., Louçã, F., *As Time Goes by: From the Industrial Revolutions to the Information Revolution*, Oxford University Press, Oxford, 2001;
- Freidson, E., *Profession of Medicine: A Study of the Sociology of Applied knowledge*, New York University Press, 1970;

- Gallager, S., Image and Body Schema: A Conceptual Clarification, *Journal of Mind & Behavior*, 1986;
- Gallagher, Shaun, *How the Body Shapes the Mind*, Oxford Scholarship Online, 2006;
- Gesler W., Kearns, R. A., *Culture/Place/Health*, Routledge, 2005;
- Gesler W., *The Cultural Geography of Health Care*, University of Pittsburg, Press, 2010
- Gheorghiu, M.D., Moatty, F., *Spitalul în mișcare. Schimbări organizaționale și condiții de muncă*, Polirom, 2017;
- Giddens, A., *The constitution of society: Outline of the theory of structuration*. Cambridge: Polity Press, 1984;
- Giddens, A., *Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age*. Cambridge: Polity, 1991;
- Gieryn, T.F., A Space for Place in Sociology, *Annuaire Revue de Sociologie*. 26 pp. 463-496, 2000;
- Goffman, E., *Behavior in Public Places. Notes on Social Organisation of Gatherings*, Free Press, New-York, 1963;
- Goffman, E., *Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, 1961, Anchor Books, 1971;
- Goffman, E., *The Presentation of Self in Everyday Life*. University of Edinburgh Social Sciences Research Centre, 1959;
- Golledge, R.G., Stimson R.J., *Spatial Behavior: A Geographical Perspective*. New York, NY: Guilford Press, 1997;
- Grabher, G., The project Ecology of Advertising: Tasks, Talents and Teams, *Regional studies* Vol 36.3, pp. 245-262, 2002;
- Granovetter, M., Economic action and social structure: the problem of embeddedness. *The American Journal of Sociology*, 91 (3): 487, 1985;
- Grbin, Miloje, Foucault and Space, *Социолошки преглед*, vol. XLIX, 2015, no. 3, pp. 305-312, 2015;
- Gregory, A., The roles of music in society: the ethnomusicological perspective, in D. Hargreaves and A. North (eds), *The Social Psychology of Music*. Oxford University Press, 1997;
- Gregory, D., Urry, J., *Social Relations and Spatial Structures*, Macmilan, 1991;
- Greig, M., The End of Geography?: Globalization, Communications, and Culture in the International System-*Journal of Conflict Resolution*, Volume 46, Sage, 2002;
- Grosz, E., „Bodies-cities”, in Colomina B. (ed.) *Sexuality and Space*, New York: Princeton Architectural Press, 1992;
- Grosz, E., *Volatile Bodies: Toward a Corporeal Feminism*, Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press, 1994;
- Grosz, E., *Space, Time and Perversion. Essays on the Politics of Bodies*, Routledge, 1995;

- Grosz, E., *Architecture from the outside: essays on virtual and real space*, MIT, 2010;
- Guldi, Jo-, „What is the Spatial Turn?”. Scholars Lab - University of Virginia Library, 2011;
- Gusdorf, G., *Une experience humaine du sacrifice*, Paris: P.U.F., 1948;
- Habermas, J., *Theory and practice*. Boston: Beacon, (1971) 1973;
- Haleem A., Javaid M., Pratap Singh R., et al. Biosensors applications in medical field: A brief review, *Sensors International* 2, 2021;
- Hall, E.T., *The Hidden Dimension*. New York: Doubleday, 1966;
- Hall, S., *Representation: Cultural Representation and Signifying Practices*. Thousand Oaks: Sage, 1997;
- Hallam, E., Hockey, J., Howarth G, *Beyond the Body: Death and Social Identity*, Routledge, 2005;
- Hamel G., Prahalad C.K., Strategy as stretch and leverage, *Harvard Business Review*, 01, 71(2) pp. 75-84, Mar 1993;
- Hannah, M., Space and the structuring of disciplinary power: an interpretive review, *Geografiska Annaler*, 79B: 171-80, 1997;
- Haraway, D., „A Cyborg Manifesto: Science, Technology and Socialist Feminism in the Late 20th century” in Haraway, D., *Simians, Cyborgs and Women*, Free Association Press, pp. 149-181; Harmon Routledge, 1991;
- Haraway, D., *Simians, Cyborgs and Women*. Free Association Press. Harmon Routledge, 1991;
- Harington, D., *Some Other Place. The Right Place*, Little Brown, 1973;
- Harley, J.B., Deconstructing the map, *Cartographica*, 26: 1-20.1989;
- Harvey, D., *Spaces of Capital*, Edinburgh University Press, 2001;
- Head, H., *Studies in Neurology*. Vol 2. London: Oxford University Press, 1920;
- Helman, C.G., *Culture, Health and Illness*, third edition, Oxford: Butterworth Heine-mann, 1994;
- Hepworth, M., *Stories of Ageing*. Buckingham: Open University Press, 2000;
- Herod, A., The Practice of International Solidarity and the Geography of the Global Economy. *Economic Geography* 71 (4): 341-63, 1995;
- Hetherington, K., In Place of Geometry: the Materiality of Place, in Hetherington and Munro (eds.) *Ideas of Difference: Social Space and Labour of Division*. Oxford: Blackwell/ Sociological Review, pp. 183-198, 1997;
- Hillier, B., Hanson, J., *The Social Logic of Space*, Cambridge University Press, 2005;
- Hillier, B., Space is the Machine. A configurational theory of architecture, *Space Syntax*, 2007;
- Hoefer, C., The Metaphysics of Space-Time Substantivalism, *The Journal of Philosophy*, Vol. 93, No. 1, pp. 5-27, available at JSTOR, 1996;

- Holloway, L., Hubbard, P., *People and Place: The Extraordinary Geographies of Everyday Life*. Harlow: Prentice Hall;
- Howson, A. Inglis D., *The Body in Sociology: Tensions Inside and Outside Sociological Thought*, *The Sociological Review* 49(3): 297-317, 2001;
<https://www.businessinsider.com/swedish-people-embed-microchips-under-skin-to-replace-id-cards-2018-5/> accesat iunie, 2023;
<https://www.xsandos.net/senior-sexuality-in-the-media/> accesat iunie 2023;
- Hubbard, P., Kitchin R., Bartley, B. Fuller, D., *Thinking Geographically: Space, Theory and Contemporary Human Geography*. London: Continuum, 2001;
- Hubbard, P. Kitchin, R. (eds.). *Key Thinkers on Space and Place*, Sage, 2011;
- Human Genome Project: Sequencing the Human Genome | Learn Science at Scitable. Available at www.nature.com. January 2016, Accesat iunie 2023;
- Huntington, S.P., *The Clash of Civilizations?*. *Foreign Affairs*. 72 (3), pp. 22-49, 1993;
- Illich, I., *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*, New York: Random House; 1976;
- Ingold, T., *The Perception of the Environment: Essays on Livelihood, Dwelling and Skill*. London: Routledge, 2000;
- Ivanov, P.C., *The New Field of Network Physiology: Building the Human Physiome*, *Frontiers in Network Physiology*, 2021;
- Jackson, P., *Maps of Meaning*. London: Unwin Hyman, 1989;
- James, A., Hockey, J. *Embodying Health Identities* Palgrave Macmillan, 2007;
- Jessop, B., - *The Governance of Complexity and the Complexity of Governance: Preliminary Remarks on some Problems and Limits of Economic Guidance*, Department of Sociology, Lancaster University, Lancaster LA1, 2003;
- Joyce K., Loe, M., *Technogenarians - Studying Health and Illness Through an Ageing, Science, and Technology Lens*, Wiley-Blackwell, 2010;
- Kearns, R.A., Alun, J., *Space in its Place: Developing the link in Medical Geography, Sociology. Science and Medicine*. Vol. 37, No. 6, pp. 711-717, 1993;
- Keighren, I.M., *Geosophy, imagination, and terrae incognitae: exploring the intellectual history of John Kirtland Wright.* *Journal of Historical Geography* 31, no. 3, 546-562, 2005;
- Kent, M., *Space: making room for space in physical geography*, in Holloway, Rice. Valentine (eds), *Key Concepts in Geography*. Sage: London, pp. 109-130, 2003;
- Kickbusch, I., Buckett, K. (eds.). *Implementing Health in All Policies*. Adelaide: 2010;
- Kirby, A., *Pseudo-random thoughts on space, scale and ideology in political geography*, *Political Geography Quarterly*, 4, pp. 5-18, 1985;
- Kirby, V., *Corporeography From Inscriptions*, vol. 5: „*Traveling Theories, Traveling Theorists*” <https://www.embodiment.org.uk/Corporeographies.htm> 1989 accesat iunie 2023;

- Kitron, U., Landscape Ecology and Epidemiology of Vector-Borne Diseases: Tools for Spatial Analysis, *Journal of Medical Entomology*, (35):435-44, 1998;
- Klein, A., *La transparence du corps en médecine, obscur modèle de notre modernité*, Appareil 7/ MSH Paris Nord, 2011;
- Knox, P., Creating Ordinary Places: Slow Cities in a Fast World, *Journal of Urban Design*, 10:1, 1-11, 2005;
- Koonin, E., Wolf, Y., Is evolution Darwinian or/and Lamarckian? *Biology Direct*, 4:42, 2009;
- Labayle, D., *Tempête sur l'hôpital*, Le Seuil, 2002;
- Langhamer, C., The Meanings of Home in Postwar Britain, Domestic Dream-worlds: Notions of Home in Post-1945 Europe, *Journal of Contemporary History*, Vol. 40, No. 2, 2005;
- Larsen, P., *The Illness Experience* Jones & Bartlett Learning, 2014;
- Latham, A., The power of distraction: distraction, tactility, and habit in the work of Walter Benjamin. *Environment and Planning Society and Space* 17, pp. 451-73. 1999;
- Latour, B., On Recalling ANT, in John Law and John Hassard (eds) *Actor Network and After*, pp. 15-25. Oxford: Blackwell and the Sociological Review, 1999;
- Latour, B., Drawing Things Together, in Lynch, Woolgar (eds) *Representation in Scientific Practice*, pp. 19-68. Cambridge, MA: MIT Press, 1990;
- Latour, B., *Reassembling the Social: An Introduction to Actor-Network-Theory*, Oxford University Press, 2005;
- Law, J., Hetherington, K., Materialities, spatialities, globalities. In Bryson, Daniels, Henry, Pollard, (eds), *Knowledge, space, economy*, 34-49, London: Routledge, 2000;
- Law, J., Objects and Spaces, *Theory Culture Society* 19: 91, 2002;
- Law, J., Singleton, V. - Object Lessons, *Organization* , 12: 331, 2005;
- Lawler, J., *Behind the Screens: Nursing, Somology and the Problem of the Body*. Melbourne: Churchill Livingstone, 1991;
- Lawler J., (ed.), *The Body in Nursing*, Melbourne: Churchill Livingstone, 1997
- Lawlor L., Nale J., (Eds.), *The Cambridge Foucault Lexicon* (pp. I-II). Cambridge University Press, 2015;
- Lawton, J., Contemporary hospice care: the sequestration of the unbounded body and „dirty dying”, *Sociology of Health and Illness*, 20 (2): 121-143, 1998;
- Leder, D., *The Absent Body*, University of Chicago Press, 1990;
- Lefebvre, H., *The Production of Space*, Oxford: Basil Blackwell (orig. published 1974), 1991;
- Lefebvre, H., *Writings on Cities*, Oxford: Basil Blackwell, 1996;

- Lefebvre, H., *The Urban Revolution*, Minneapolis: University of Minnesota Press, 2003;
- Lefebvre, H., *Marxist & Social Constructivist Approaches to Place*. Pegasus. Retrieved, 2013;
- Lerdahl, F., Jackendoff, R., *A Generative Theory of Tonal Music*. Cambridge, MA: MIT Press, 1983;
- Lokhorst, G., „Descartes and the Pineal Gland”, in *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, Edward N. Zalta (ed.), <https://plato.stanford.edu/archives/win2021/entries/pineal-gland>, 2021;
- Longhurst R., *Skype: Bodies, Screens, Space*, Routledge, 2017;
- Longhurst, R., *The Geography Closest In the Body... the Politics of Pregnability*, *Australian Geographical Studies*, 1994;
- Longhurst, R., *Bodies: exploring fluid boundaries*, Routledge, 2001;
- Löw, M., *The Constitution of Space: The Structuration of Spaces Through the Simultaneity of Effects and Perception*. *European Journal of Social Theory*, 1, 11. 2008;
- Lupton, D., Foucault and the Medicalization Critique, pp. 94-110 in Petersen and Bunton (eds.), *Foucault, Health and Medicine*. New York: Routledge, 1997;
- Luther H., Gutman H., Hutton, P., *Technologies of the self: A seminar with Michel Foucault*, Tavistock Pub, 1988;
- Lynch, K., *What Time is This Place?* Cambridge, MA: MIT Press, 1972;
- Lynch, K., *A Theory of Good City Form*, Cambridge, MA: MIT Press, 1981;
- Maas, J., Verheij, R.A. Groenewegen, P. de Vries, S. Spreeuwenberg, P. Green space, urbanity, and health: how strong is the relation, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 60. pp. 587-592, 2006;
- Mackiewicz, W., *Heterotopian Hospital: Architecture, Existence, Malady, Kultura i Wartości*, nr. 30, 2020;
- Macpherson, H., Minca C., *Landscape, embodiment and visual impairment: an exploration of the limits of landscape knowledge*, Newcastle University, 2006;
- Madsen P., Plunz R., *The Urban Lifeworld: Formation Perception Representation*, Routledge, 2002;
- Mahoney, J., *Path Dependence in Historical Sociology*, *Theory and Society*, 29: 4, pp. 507-548, 2000;
- Malpas, J., *Bio-medical Topoi-the dominance of space, the recalcitrance of place, and the making of persons*, in *Social Science & Medicine*, 56, 2003;
- Malpas, J., *Heidegger's Topology: Being, Place, World*, The MIT Press, 2006;
- Marshall, B.M., *Science, medicine and virility surveillance: 'sexy seniors' in the pharmaceutical imagination* in Joyce K., Loe, M. *Technogenarians - Studying*

- Health and Illness Through an Ageing, Science, and Technology Lens*, Wiley-Blackwell, 2010;
- Massey, D., „Imagining globalization: power-geometries of time-space”, in Brah, Hickman Mac an Ghaill (eds), *Global Futures: Migration, Environment and Globalisation*, Basingstoke: Macmillan. pp. 27-44, 1999;
- Massey, D., A global sense of place, *Marxism Today*, June: 24-9, 1991;
- Massey, D., *Space, Place, and Gender*. Cambridge: Polity Press, 1994;
- Massey, D., *For Space*. London: Sage, 2005;
- Massey, D., *Spatial Divisions of Labour: Social Structures and the Geography of Production*, Basingstoke: Macmillan, 1995;
- Massey, D., Allen, J., (eds), *Geography Matters!*, Cambridge University Press, 1985;
- Massumi, B., *Parables for the Virtual: Movement, Affect, Sensation*. Durham, NC, Duke University Press, 2002;
- Matus, C., *Imagining Time and Space in Universities: Bodies in Motion*, Springer, 2016;
- Mauss, Marcel, *Techniques of The Body* [1934], Routledge, 2008;
- McGrath L., Reavey P., Heterotopias of control: Placing the material in experiences of mental health service use and community living, *Health & Place journal*, Volume 22, 2013;
- McNeill, D., Quaeghebeur, L. Duncan S., IW – „the man who lost his body” in Gallagher & Schmickin (eds.), *Handbook of Phenomenology and Cognitive Sciences*, Springer, 2008;
- Meikle, J., *Twentieth Century Limited: Industrial Design In America 1925-1939*, Temple University Press, 2001;
- Meinig D., ed., *The Interpretation of Ordinary Landscapes: Geographical Essays*. New York, Oxford University Press, 1979;
- Mellor, P., Shilling, C., *Re-forming the Body. Religion, Community and Modernity*. London: Sage, 1997;
- Merleau-Ponty, M., *Phenomenology of Perception*. London: Routledge, 1962/2002;
- Michl I., E.H. Gombrich *adoption of the Formula Form Follows Function: A Case of Mistaken Identity?*, Oslo School of Architecture, 2009;
- Mihăilescu, V., *În căutarea corpului regăsit. O ego-analiză a spitalului, Polirom*, 2019;
- Miller, J., *Care in practice*, Hodder Gibson, 2019;
- Mitchell, J.P., *Religion and embodiment*, Wiley online library, 2018;
- Mitchell, A., *Heidegger Among the Sculptors, Body, Space, and the Art of Dwelling*, 2010;
- Mol, A., Law, J., *Embodied action, enacted bodies: the example of hypoglycaemia*, în *Body & Society*, 10(2-3), pp. 43-62, 2004;

- Mol, A., *The Body Multiple: Ontology in Medical Practice*, Durham NC: Duke University Press, 2002;
- Monaghan, L., *Civilised bodies: Incorporating the biological and the social*, în S.J. Williams, L. Birke, G. Bendelow (eds.), *Debating Biology: Sociological Reflections on Health, Medicine and Society*, Routledge, pp. 145-156, 2003;
- Moore, L. J., Casper, M. J., *The Body: Social and Cultural Dissections*, Routledge, 2015;
- Moulin, A.-M., *Corpul în fața medicinei*, în A. Corbin, J.-J. Courtine, G. Vigarello (coord.), *Istoria Corpului. III. Mutațiile privirii. Secolul XX*, Editura ART, 2006;
- Murdoch, J., *The spaces of actor-network theory*, în *Geoforum*, 29(4), pp. 357-374, 1998;
- Myer, L., Susser, E., Link, B. G., Morroni, C., *Social Epidemiology*, Elsevier, 2017;
- Nast, H., Pile, S., *Introduction: making places bodies*, în H. Nast, S. Pile (eds.), *Places through the Body*, London: Routledge, 1998;
- Nayar, P.K., *Posthumanism*, Cambridge, 2013;
- Nettleton, S., *The Sociology of the Body*, în W. Cockerham (ed.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, Blackwell Publishing, pp. 43-63, 2010;
- Nettleton, S., „I just want permission to be ill”: Towards a sociology of medically unexplained symptoms, *Social Science and Medicine*, 62, pp. 1167-1178, 2006;
- Niedderer, K., *Designing Mindful Interaction: The Category of the Performative Object*, *Design Issues*, 23(1), pp. 3-17, 2007;
- Niedderer, K., *Designing the Performative Object: A Study in Designing Mindful Interaction Through Artefacts*, *FutureGround Conference*, *Design Research Society*, Monash University, Melbourne, 2004;
- Noble, C.A. (ed.), *Architecture and the Body*, American Institute of Architects, Spring, 2010;
- Norberg-Schulz, C., *Genius Loci: Towards a Phenomenology of Architecture*, Rizzoli, 1980;
- North, D.C., *Institutions, Institutional Change and Economic Performance*, Cambridge University Press, online, 2012;
- Ohmae, K., *The End of Nation State: The Rise of the Regional Economy*, Harper Collins, London, 1995;
- Olivier, V., *L'hôpital bouillon de culture*, *L'Express*, 27/02, 1997;
- Olwig, K.R., *Landscape, Nature and the Body Politic: From Britain's Renaissance to America's New World*, Madison: University of Wisconsin Press, 2002;
- Olwig, K., *Landscape: The Lowenthal Legacy*, *Annals of the American Association of Geographers*, 93(4), pp. 871-877, 2004;
- Omran, A.R., *The epidemiological transition: A theory of the epidemiology of population change*, *The Milbank Quarterly*, 83(4), pp. 731-757, 2005 [1971];
- O'Neill, J., *Five Bodies: Re-figuring Relationships*, SAGE Publications Ltd, 2004;
- Orbach, S., *Bodies*, Profile Books, 2009;

- Paasi, A., *Place and region: looking through the prism of scale*, *Progress in Human Geography*, 28, pp. 536-546, 2004;
- Painter, J., *Pierre Bourdieu*, în M. Crang și N. Thrift (eds.), *Thinking Space*, London: Routledge, pp. 240-255, 2000;
- Parsons, T., *Social Change and Medical Organization in the United States: A Sociological Perspective*, *Annals of the American Academy of Political and Social Sciences*, 346, pp. 21-33, 1963;
- Parsons, T., *Action Theory and the Human Condition*, New York: Free Press, 1978;
- Parsons, T., *The Social System*, Glencoe, IL: The Free Press, 1951;
- Pasi, F., *The Consuming Body*, Sage Publications, 1994;
- Perez-Gomez, A., *Architecture and the Crisis of Modern Science*, MIT Press, 1985;
- Perez-Gomez, A., *Timely Meditations: Architectural Philosophy and Hermeneutics (Selected Essays on Architecture)*, vol. 2, CreateSpace Independent Publishing Platform, 2016;
- Perrow, C., *An organizational analysis of organizational theory*, *Contemporary Sociology*, 29, pp. 469-476, 2000;
- Perrow, C.B., *A framework for the comparative analysis of organizations*, *American Sociological Review*, 32, pp. 194-208, 1967;
- Pile, S., *Sleepwalking in the modern city: Walter Benjamin and Sigmund Freud in the world of dreams*, în G. Bridge și S. Watson (eds.), *A Companion to the City*, Oxford: Blackwell, 2000;
- Pile, S., *Intimate distance: The unconscious dimensions of the rapport between researcher and researched*, *The Professional Geographer*, 62(4), pp. 483-495, 2010;
- Pile, S., *Emotions and affect in recent human geography*, *Transactions of the Institute of British Geographers*, 35(1), pp. 5-20, 2010;
- Pile, S., Thrift, N., *Mapping the Subject: Geographies of Cultural Transformation*, Routledge, 1995, 2005;
- Plattner, S., *Economic Anthropology*, Stanford, CA: Stanford University Press, pp. 11-15, 1989;
- Poe, M. R., Donatuto, J., Satterfield, T., „Sense of Place”: Human Wellbeing Considerations for Ecological Restoration in Puget Sound, *Coastal Management*, 44(5), pp. 409-426, 2016;
- Pred, A., *Place as historically contingent process: Structuration and the time-geography of becoming places*, *Annals of the Association of American Geographers*, 74(2), pp. 279-297, 1984;
- Pred, A., *The Past Is Not Dead*, Minneapolis: University of Minnesota, 2004;
- Relf, E., *Place and Placelessness*, London: Pion, 1976;

- Rich, A., *Notes Towards a Politics of Location*, în *Blood, Bread and Poetry: Selected Prose 1979-1985*, New York: W. W. Norton and Co., 1986;
- Robinson, G., *Methods and Techniques in Human Geography*, Chichester: John Wiley; Rose, G., 1993;
- Rodman, M., *Empowering place: multilocality and multivocality*, în S. M. Low și D. Lawrence-Zuniga (eds.), *The Anthropology of Space and Place*, Oxford: Blackwell, pp. 204-223, 2003;
- Rose, G., Geography and gender: cartographies and corporealities, *Progress in Human Geography*, 19, pp. 544-548, 1995;
- Rosenberg, M.W., *Medical or Health Geography? Populations, Peoples and Places*, *International Journal of Population Geography*, 4, pp. 211-226, 1998;
- Said, E., *Invention, memory, and place*, *Critical Inquiry*, 26, pp. 175-192, 2000;
- Said, E., *Culture and Imperialism*, New York: Alfred A. Knopf, 1993;
- Said, E., *Orientalism: Western Conceptions of the Orient*, London: Kegan Paul, 1978;
- Said, E., *Out of Place: A Memoir*, New York: Alfred A. Knopf, 1999;
- Said, E., *Power, Politics and Culture*, New York: Pantheon, 2001;
- Said, E.W., *Traveling Theory*, în *The World, the Text, and the Critic*, Cambridge, MA: Harvard University Press, pp. 226-247, 1983;
- Saidi, T., De Villiers, K., Douglas, T., The sociology of space as a catalyst for innovation in the health sector, *Social Science & Medicine*, 2017;
- Samuel, G.B., Johnston, J. (eds.), *Religion and the Subtle Body in Asia and the West: Between Mind and Body*, Routledge Studies in Asian Religion and Philosophy, Vol. 8, Routledge, 2013;
- Savigny, D. de Taghreed, A., *Systems Thinking for Health Systems Strengthening*, World Health Organization, 2009;
- Săvulescu, J., Bostrom, N., *Human Enhancement*, Oxford University Press, 2009;
- Scarry, E., *The Body in Pain: The Making and Unmaking of the World*, Oxford University Press, 1985;
- Schaffer, J., Monism, în E.N. Zalta (ed.), *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, URL=<http://plato.stanford.edu/archives/sum2015/entries/monism/>, 2015;
- Schatz, B.R., Berlin, R.V. Jr., *Healthcare Infrastructure: Health Systems for Individuals and Populations*, Springer London, 2011;
- Schilder, P., *The Image and Appearance of the Human Body: Studies in the Constructive Energies of the Psyche*, London: Kegan Paul & Co., Routledge, 2000;
- Schumpeter, J.A., *Capitalism, Socialism and Democracy*, Taylor & Francis, (1943) 2003;
- Scott, J., *Seeing Like a State*, Yale University Press, 1998;

- Seamon, D., Body-subject, time-space routines, and place-ballets, în A. Buttimer, D. Seamon (eds.), *The Human Experience of Space and Place*, pp. 148-165, St. Martin's Press, 1980;
- Sennett, R., *Flesh and Stone*, Faber, 1994;
- Seymour, W., *Remaking the Body*, Routledge, 1998;
- Shackman, G., Liu, Y., Wang, X., *Why does a society develop the way it does?*, <http://gsociology.icaap.org/report>, 2002;
- Shilling, C., *The Body and Social Theory*, Sage Publications, 2003/2012;
- Shilling, C., *The Body in Culture, Technology and Society*, Sage, 2005;
- Shilling, C., *Changing Bodies: Habit, Crisis and Creativity*, Sage, 2008;
- Sibley, D., *Geographies of Exclusion: Society and Difference in the West*, Routledge, 1995;
- Skelton, T., Valentine, G. (eds.), *Cool Places: Geographies of Youth Cultures*, Routledge, 1998;
- Smith, N., *Contours of a Spatialized Politics: Homeless Vehicles and the Production of Geographical Scale, Social Text*, pp. 54-81, Duke University Press, 1993;
- Smith, N., *Uneven Development*, University of Georgia Press, 2008;
- Smith, S., Society-Space, în Cloke, Crang, Goodwin (eds.), *Introducing Human Geographies*, Arnold, pp. 12-22, 1999;
- Soja, E.W., *Thirdspace: Journeys to Los Angeles and Other Real-And-Imagined-Places*, Blackwell, 1996;
- Soja, E.W., *Postmetropolis*, Wiley-Blackwell, 2000;
- Stedman, R., Is it really just a social construction? The contribution of the physical environment to sense of place, *Society and Natural Resources*, 16, 671-85, 2003;
- Stephens, C., Social capital in its place: Using social theory to understand social capital and inequalities in health, *Social Science & Medicine*, 66, 2008;
- Stephenson, J., The cultural values model: An integrated approach to values in landscapes, *Landscape and Urban Planning*, 84:127-139, 2008;
- Stimsson, R.J., Stough, R.R., Roberts, B.H., *Regional Economic Development: Analysis and Planning Strategy*, Springer, 2002;
- Storper, M., *The Regional World: Territorial Development in a Global Economy*, Guilford, 1997;
- Storr, A., *Music and the Mind*, Harper Collins, 1997;
- Street, A., Coleman, S., Introduction: Real and Imagined Spaces, *Space and Culture*, 15:4, 2012;
- Swartz, D., *Culture and Power: The Sociology of Pierre Bourdieu*, University of Chicago Press, 1997;
- Swartz, D., Zolberg, V., *After Bourdieu: Influence, Critique, Elaboration*, Kluwer Academic Publishers, 2004;

- Synnot, A., *The Body Social: Symbolism, Self and Society*, Routledge Taylor & Francis e-Library, 2002;
- Taylor, F.W., *The Principles of Scientific Management*, Harper & Brothers [1911], 1919;
- Taylor, P.J., *Modernities: A Geohistorical Interpretation*, Polity & University of Minnesota Press, 1999;
- Taylor, P.J., *The Way the Modern World Works: World Hegemony to World Impasse*, Wiley, 1996;
- Taylor, P.J., *World City Network: A Global Urban Analysis*, Routledge, 2004;
- Thrift, N., Movement-space: the changing domain of thinking resulting from the development of new kinds of spatial awareness, *Economy and Society*, 33: 582-604, 2004;
- Thrift, N., *Non-Representational Theory: Space, Politics, Affect*, Sage, 2007;
- Thrift, N., *Space: The Fundamental Stuff of Human Geography*, in S. Holloway, S.P. Rice, G. Valentine (eds.), *Key Concepts in Geography*, Sage, 2003;
- Thrift, N., *Spatial Formations*, Sage, 1996;
- Tolliver, N.D., Cyborg Liberation: Donna Haraway's Cyborg Feminism as an Emancipatory Model of Identity, *Columbia Social Work Review*, Vol. 20(1): 141-153, 2022;
- Tomas, D., Feedback and cybernetics, *Body and Society*, 1(3/4): 21-43, 1995;
- Topol, E., *The Creative Destruction of Medicine: How the Digital Revolution Will Create Better Health Care*, Basic Books, 2012;
- Tseelon, E., *The Masque of Femininity: The Presentation of Woman in Everyday Life*, Sage Publications, 1995;
- Tuan, Y.-F., *Escapism*, Johns Hopkins University Press, 1988;
- Tuan, Y.-F., *Space and Place: The Perspective of Experience*, University of Minnesota Press, 1977;
- Tuan, Y.-F., *The Good Life*, University of Wisconsin Press, 1986;
- Tuan, Y.-F., *Landscapes of Fear*, Blackwell, 1979;
- Tuan, Y.-F., *Topophilia: A Study of Environmental Perception, Attitudes and Values*, Prentice Hall, 1974;
- Tulchinsky, T.H., Varavikova, E.A., Last J. *The New Public Health*, Second Edition Elsevier Academic Press, 2009;
- Turing, A., Computing machinery and intelligence; *Mind*, Volume LIX, Issue 236, pp. 433-460, 1950;
- Turner, B., *Regulating bodies. Essays in medical sociology*. Routledge. 1992;
- Turner, B., Social Fluids: Metaphors and Meanings of Society, *Body & Society*, SAGE Publications London, 2003;
- Turner, B., *The Body and Society*, 3rd edition. Oxford: Blackwell, 2008;

- Turner, B., ed., *Routledge Handbook of Body Studies*, Routledge, 2012;
- Turner, B., *The Body & Society. Explorations in Social Theory*, Sage, 2015;
- Twigg, J., Wolkowitz, C., Nettleton, S. (eds.), *Body Work in Health and Social Care. Critical Themes, New Agendas*, Wiley-Blackwell, 2011;
- Underwood, M., Body as choice or body as compulsion: An experiential perspective on body-self relations and the boundary between normal and pathological, *Health Sociology Review*, pp. 377-388, 2013;
- Urry, J., *Sociology Beyond Societies: Mobilities for the Twenty-first Century*, London: Routledge, 2000;
- Urry, J., „Connections”, *Environment and Planning, Society and Space*, 22 (1), pp. 27-37, 2004;
- Urry, J., *The Sociology of Space and Place. Blackwell companion to sociology*, Blackwell, 2004;
- van Hoven, B., Sibley, D. „Just duck”: the role of vision in the production of prison spaces, *Environment and Planning, Society and Space*, 26 (6): pp. 1001-1017, 2008;
- Vantomme, P., *Sociologie et sociologie de la Sante*, Institut d’Enseignement et de Promotion Sociale de la Communauté Française, 2014;
- Vigarello, G., *Histoire de la Beaute. Le corps et l’art d’embellir de la Renaissance à nos jours*, Éditions du Seuil, 2004;
- Vitruvius, *The ten Books on Architecture*, Harvard, Univesity Press, Dover edition, 1960;
- Warwick, K., *The Cyborg Revolution, Nanoethics*, Springer, 2014;
- Watkins, C., Representations of Space, Spatial Practices and Spaces of Representation: An Application of Lefebvre’s Spatial Triad, *Culture and Organization* 11:3, pp. 209-220, 2005;
- Webb, D., A „revenge” on modern times: Notes on traumatic brain injury’, reprinted in S. Nettleton and U. Gustafsson (eds), *The Sociology of Health Illness Reader*, Oxford: Polity, 1998;
- Weber, M., *The Protestant Ethic and The Spirit of Capitalism*, Penguin Books, 2002;
- Weigel, S., *Body-and image-space, Re-reading Walter Benjamin*, Routledge, 1996;
- Williams, E.A., - *A Cultural History of Medical Vitalism in Enlightenment*, Montpellier, Routledge, 2016;
- Williams, S.J., Modern Medicine and the „Uncertain Body”. From Corporeality to Hyperreality? *Social Science and Medicine*, Vol 45, No 7, pp. 1041-1049, Elsevier, 1997;
- Williams, S.J., Medical sociology and the biological body: where are we now and where do we go from here?, *Health*, 10, 2006;

- Williams, S.J., Birke, L., Bendelow, G. A., *Debating biology: sociological reflections on health, medicine, and society*, Routledge, 2003;
- Wilson, A., *Complex Spatial Systems: The Modelling Foundations of Urban and Regional Analysis*, Harlow: Prentice Hall, 2000;
- Wilson, W.P., Religion and psychosis, în Koenig (ed.) *Handbook of Religion and Mental Health*. San Diego, CA: Academic Press, 1998;
- Wolkowitz, C., The Social Relations of body Work, *Work, Employment and Society*, Volume 16, Issue 3, Sage Journals, 2002;
- Zajacova, A., Jinhyung L., Grol-Prokopczyk, H., The Geography of Pain in the United States and Canada, *The Journal of Pain*, Vol 23, No 12, pp. 2155-2166, 2022;
- Zumthor, P., *Thinking Architecture*, Birkhäuser Publishers for Architecture, 2010.



ISBN: 978-606-37-2579-1