

FIZJOTERAPIA

KWARTALNIK

POLSKIEGO TOWARZYSTWA FIZJOTERAPII



TOM 20
NR 2

2012

ISSN-1230-8323

PHYSIOTHERAPY

QUARTERLY POLISH SOCIETY OF PHYSIOTHERAPY

FIZJOTERAPIA

PHYSIOTHERAPY

INDEXED IN: EMBASE/Excerpta Medica, Index Copernicus

FIZJOTERAPIA

Wrocław 2012

Wydawca:

Copyright ©
Akademia Wychowania Fizycznego
Wydział Fizjoterapii
51-612 Wrocław, al. Paderewskiego 35
tel. 71 347 30 79

Redaktor naczelny:

Marek Woźniwski

Consulting Editor:

Liz Holey

Sekretarz redakcji:

Dorota Wojna

Komitet Redakcyjny:

Joanna Anwajler, Marek Bolanowski,
Czesław Gienza, Michał Kuczyński,
Małgorzata Słowińska-Lisowska,
Tadeusz Skolimowski,
Andrzej Szuba

Tłumaczenie:

Agnieszka Piasecka-Ceccato

Adiustacja, korekta:

Jolanta Wiecha

Dorota Gostkowska-Baumgart

Adres Redakcji:

51-612 Wrocław, al. Paderewskiego 35
Akademia Wychowania Fizycznego
Wydział Fizjoterapii
tel. 71 347 30 79
fax 71 347 30 81

www.awf.wroc.pl/flzjoterapia

e-mail: fizkwart@awf.wroc.pl

Prenumerata:

Magdalena Zagrobelna
Akademia Wychowania Fizycznego
Wydział Fizjoterapii
51-612 Wrocław, al. Paderewskiego 35
tel. 71 347 30 79

Oficyna Drukarska Jacek Chmielewski

01-142 Warszawa, ul. Sokołowska 12 a
tel./fax 22 632 83 52
info@oficyna-drukarska.pl
www.oficyna-drukarska.pl

Spis treści

Prace oryginalne

Agnieszka Jankowicz-Szymańska, Mariusz Pocięcha Zróżnicowanie wysklepienia podłużnego stóp u dzieci w wieku przedszkolnym	3
Monika Cencora, Szymon Pasiut Rehabilitacja seksualna po urazie rdzenia kręgowego	12
Edyta Zierkiewicz Blizna po mastektomii – stygmat, emblemat czy oznaka niepełnosprawności? Analiza dominujących znaczeń braku piersi	32
Iwona Krzewska, Katarzyna Ruda, Joanna Rymaszewska Rehabilitacja psychoonkologiczna poprzez muzykę i ruch. Rozważania teoretyczne	43
Aleksandra Rzepkowska Oswajanie niepełnosprawności w perspektywie biograficznej. Antropologiczne studium przypadku	50
Anna Karczmarczyk, Przemysław Nowakowski Pragnienie niepełnosprawności. O źródłach i próbach wyjaśnienia BIID	61
Wojciech Mackiewicz Ciało jako pole działania Tego Samego i Innego. Michel Foucault – Gilles Deleuze	70
Joanna Femiak, Piotr Rymarczyk Cielesność w kulturze masowej i w doświadczeniu wewnętrznym	81

Prace poglądowe

Małgorzata Chochowska, Marcin Wytrzątek, Jerzy T. Marcinkowski, Juliusz Huber Zespół bólu mięśniowo-powięziowego – etiologia, patogeneza, symptomatologia	89
--	----

FIZJOTERAPIA

KWARTALNIK

POLSKIEGO TOWARZYSTWA FIZJOTERAPII



TOM 20

NR 2

ISSN-1230-8323

PHYSIOTHERAPY

QUARTERLY POLISH SOCIETY OF PHYSIOTHERAPY

INDEXED IN: EMBASE / Excerpta Medica, Index Copernicus

Wydanie publikacji dofinansowane przez Komitet Badań Naukowych

RADA NAUKOWA ADVISORY BOARD

Karen L. Andrews, USA

Michel Baspuin, Francja

Miroslav Bechyně, Czechy

Romuald Będziński, Wrocław

Tadeusz Bober, Wrocław

Eugeniusz Bolach, Wrocław

Grażyna Dąbrowska, Wrocław

Ewa Demczuk-Włodarczyk, Wrocław

Lechosław Dworak, Poznań

Jerzy Grossman, Warszawa

Henry Haffray, Francja

Wojciech Hagner, Bydgoszcz

Liz Holey, Wielka Brytania

John H. Hollman, USA

Jean-Luc Isambert, Francja

Anna Jaskólska, Wrocław

Artur Jaskólski, Wrocław

Zbigniew Jethon, Wrocław

Renee de Lubersac, Francja

Aleksander Kabsch, Poznań

Tadeusz Kasperczyk, Kraków

Henryk Knapik, Katowice

Jitka Kopřiová, Czechy

Milada Krejci, Czechy

Kornelia Kulig, USA

Andrzej Kwolek, Rzeszów

Lena Labudova, Słowacja

Françoise Giromini Mercier, Francja

Przemysław Minta, Łądek Zdrój

Władimir Muchin

Igor Murawow, Radom

Janusz Nowotny, Katowice

Jaroslav Opavsky, Czechy

Andrzej Pozowski, Wrocław

Edward Saulicz, Katowice

Klaus Schüle, Niemcy

Tadeusz Skolimowski, Wrocław

Krzysztof Spodaryk, Kraków

Jan Ślężyński, Katowice

Jan Szczegielniak, Wrocław

Andrzej Wall, Wrocław

Marek Woźniewski, Wrocław

Zdzisława Wrzosek, Wrocław

Waldemar Wysokiński, USA

Zdzisław Zagrobelny, Wrocław

Andrzej Zembaty, Katowice

Ewa Zeyland-Malawka, Gdańsk

Jacek Zieliński, Warszawa

Zróźnicowanie wysklepienia podłużnego stóp u dzieci w wieku przedszkolnym

Variations of the longitudinal arches of the foot among preschool children

numer DOI 10.2478/v10109-012-0015-0

Agnieszka Jankowicz-Szymańska, Mariusz Pocięcha

Instytut Ochrony Zdrowia, Zakład Wychowania Fizycznego Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej w Tarnowie
Higher Vocational School in Tarnów, Institute of Health, Department of Physical Education

Streszczenie:

Wiek przedszkolny to okres intensywnego rozwoju. W tym czasie dziecko rozwija swoją osobowość i doskonali dużą i małą motorykę. Jest to także etap, w którym kształtująca się postawa ciała dziecka narażona jest na pojawianie się deformacji posturalnych. Obserwowano 226 dziewcząt i chłopców w wieku 4-6 lat. Mierzono podstawowe cechy somatyczne i oceniano podłużne wysklepienie stopy kątem Clarke'a podooskopem z oprogramowaniem komputerowym. Do stwierdzenia różnic międzygrupowych wykorzystano test t-Studenta dla prób niezależnych, test Wilcoxon'a i Manna-Whitney'a. Wraz z wiekiem zwiększało się wysklepienie stóp badanych dzieci. Podłużne wysklepienie stopy było wyraźniej zaznaczone u dziewcząt w każdej grupie wiekowej. Największe zróźnicowanie stwierdzono u 4-latków. We wszystkich grupach wiekowych dziewcząt i chłopców różnice w kącie Clarke'a prawej i lewej stopy były nieznaczne. Ukształtowanie architektury stopy zmienia się intensywnie pomiędzy 4. i 6. rokiem życia. W tym okresie dochodzi do podwyższenia łuku podłużnego przyśrodkowego. Mimo to u znacznego odsetka badanych diagnozowano cechy płaskostopia. Wszystkie 5- i 6-latki z obniżonym sklepieniem stóp powinny być objęte ćwiczeniami korekcyjnymi. Zaleca się systematyczną kontrolę wysklepienia stóp u wszystkich dzieci w okresie przedszkolnym.

Słowa kluczowe: wysklepienie stóp, wiek przedszkolny, płaskostopie.

Abstract:

The kindergarten age is a period of intensive development. During this time children, through participation in physical activities, shape their personalities as well as fine and gross motor co-ordination skills. However, it must be noted that it is also the stage when the child's body posture is being formed, and consequently it is vulnerable to postural deformities. A group of 226 boys and girls aged between 4-6 were under observation. Basic characteristics of their somatic build were measured. A podooscope and computer software were used to assess the longitudinal foot arch height, that is the Clarke's angle. Whereas Student's t-test for independent trials and the Wilcoxon-Mann-Whitney test were used to determine the intergroup differences. The older the children were, the lower was the number of children with pes planus. The longitudinal foot arch was more distinctly marked in the girls than in boys in each age group. The largest variations were found in the 4-year-old children. In all age and gender groups the differences in Clarke's angle value between the right and left foot were insignificant. The shape of foot architecture undergoes intensive changes between the ages of 4 and 6 years. During this period an elevation of the dynamic longitudinal arch takes place. Despite this, in a significant percentage of the subjects pes planus features were diagnosed. All children aged between 5 and 6 years who have lowered foot arches should perform corrective exercises. Regular control of body posture of all preschool children is recommended.

Key words: foot arching, kindergarten children, flat feet.

Wprowadzenie

Kształtowanie postawy ciała człowieka jest procesem złożonym i długotrwałym. Dziecko, rodząc się, nie posiada krzywizn fizjologicznych kręgosłupa, jego stopy nie są wysklepione, a ustawienie kończyn dolnych ma cechy szpotałości kolan. W miarę rozwoju fizycznego i zdobywania kolejnych umiejętności ruchowych następują stopniowe zmiany w postawie, które są przystosowaniem do funkcjonowania w pozycji wyprostowanej.

Wszelkie odchylenia od wzorca prawidłowej postawy wpływają niekorzystnie na aparat kostno-stawowy i mię-

Introduction

Formation of the human posture is a complex and long-lasting process. The child is born without the physiological spinal curvature, its feet have no arch and the position of the lower limbs has some genu varum features. As the child develops physically and acquires more motor skills, the posture undergoes some gradual changes which serve to adapt it to functioning in the upright position.

All the posture deviations from the correct pattern have a negative influence on the system of bones, joints and muscles. Consequently, they overload the passive stabilizer

śniowy. Prowadzą do przeciążenia stabilizatorów biernych ciała, dystonii mięśniowych i zmian w sposobie wykonywania ruchów złożonych. Z czasem zmiany te generują ból zlokalizowany najczęściej w odcinku lędźwiowym kręgosłupa.

Jednym z warunków utrzymania postawy prawidłowej w sytuacjach statycznych i dynamicznych (np. w czasie chodu) jest odpowiednie ukształtowanie wysklepienia stóp, dla którego wiek przedszkolny jest okresem kluczowym. W przedziale między czwartym i szóstym rokiem życia stopy z płaskiej stają się wysklepiona, z wyraźnie zaznaczonym łukiem podłużnym.

Dokonano obserwacji wysklepienia podłużnego stóp 4-, 5- i 6-letnich dziewcząt i chłopców. Celem badań było porównanie wysklepienia stóp dzieci przedszkolnych w poszczególnych grupach wieku i płci. Określono także zależność pomiędzy BMI a kątem Clarke'a.

Materiał i metody badań

Obserwowano 226 dziewcząt i chłopców z czterech losowo wybranych tarnowskich przedszkoli (tab.1).

Badania przeprowadzono w grudniu 2009 r. w wybranych tarnowskich przedszkolach, w pomieszczeniach wyznaczonych przez dyrekcje placówek. Pomiary wykonywała zawsze ta sama osoba, korzystając z tych samych narzędzi badawczych. Dzieci, nadzorowane przez opiekuna grupy, były mierzone o tej samej porze dnia z zachowaniem obowiązujących standardów. Miały pisemną zgodę rodziców na uczestnictwo w badaniach. Obserwacji poddano wszystkie dzieci obecne w przedszkolu w dniu badania poza posiadającymi orzeczenie o niepełnosprawności.

Dokonano pomiaru wysokości i masy ciała, które posłużyły do obliczenia wskaźnika BMI. Wysokość ciała mierzono antropometrem, a masę ciała wagą marki „Tanita” typ TBF-538. Wysklepienie stóp rejestrowano podooskopem CQ Electronic z oprogramowaniem komputerowym i oceniono kątem Clarke'a. Testem Shapiro-Wilka oceniono rozkład analizowanych zmiennych zależnych. Kolejno obliczono podstawowe parametry statystyczne, a następnie, wykorzystując test t dla prób niezależnych, test U Manna-Whitney'a oraz test Wilcoxon'a oceniono istotność różnic międzygrupowych analizowanych zmiennych zależnych z uwzględnieniem wieku i płci.

of the body, develop muscular dystonia and evoke changes in the way complex movements are performed. As the time passes these changes generate pain located mostly in the lumbar spine.

One of the conditions to maintain the correct posture in static and dynamic situations (e.g. while walking) is the proper shape of the arches of the feet; the decisive time to its formation is preschool age. In the range between the 4th and 6th years of life, the foot loses its flat shape and it acquires an arched shape with a clearly marked longitudinal arch.

This study examined the longitudinal arches of the feet of boys and girls aged from four to six years. The main aim was to compare the arches of the feet of preschool children categorized by age and gender. Also the correlation between BMI and Clarke's angle was determined.

Material and research methods

A total number of 226 boys and girls, chosen at random from kindergartens in Tarnów, were under observation (Tab. 1).

The examination was conducted in December 2009 in some kindergartens in Tarnów, in rooms chosen by their head teachers. Measurements were always taken by the same person using the same research tools. Children, supervised by their teachers, were measured at the same time of the day with respect to all the standards. It is necessary to add that the examined children had a written permission of their parents to take part in the examination. All the children who were present in the kindergarten on the day of the examination underwent the measurement procedures apart from those who had a certification of disability.

Their height and body weight were measured, which were used to calculate BMI. Body height was measured with anthropometer, whereas body weight was measured on Tanita TBF-538 scale. Arches of the feet were measured using CQ Electronic podoSCOPE with appropriate software and they were assessed using Clarke's angle. The Shapiro-Wilk test was used to assess the distribution of the analyzed dependent variables. Successively, basic statistical parameters were calculated. Then Student's t-test was used for independent samples, and the Mann-Whitney test and the Wilcoxon test were used to evaluate the significance of the intergroup differences of the analyzed dependent variables with respect to age and gender.

Tabela 1. Liczebność dzieci w poszczególnych grupach wiekowych
 Table 1. Number of children in each age group

Grupa Group	Dziewczyny Girls		Chłopcy Boys		Razem Total	
	n	%	n	%	n	%
4-latki 4-year-olds	15	47	17	53	32	14
5-latki 5-year-olds	45	46	53	54	98	43
6-latki 6-year-olds	48	50	48	50	96	43
Razem Total	108	47,8	118	52,2	226	100

Wyniki badań

Cechy somatyczne

Badani chłopcy 4-, 5- i 6-letni mieli nieznacznie większą masę ciała i BMI, byli też nieco wyżsi od swoich rówieśników (tab. 2). Jedynie 5-letnie dziewczęta miały zbliżoną przeciętną wysokość ciała do swoich 5-letnich kolegów. Różnice w cechach somatycznych pomiędzy dziewczętami i chłopcami nie były istotne statystycznie, oprócz wysokości ciała 4-latków (tab. 3).

Kąt Clarke'a

Wysklepienie podłużne stóp było wyższe u dziewcząt niż u chłopców (tab. 4). Największe różnice stwierdzono pomiędzy kątem Clarke'a stopy prawej 4-letnich chłopców i dziewcząt (12,14°), a najmniejsze w grupie 5-latków (0,69°).

Study results

Somatic traits

The examined boys, aged from four to six years, had a slightly higher body weight and BMI and were also taller than their female peers (Tab. 2). Only 5-year-old girls had the average height similar to that of their male peers. Differences in somatic traits between girls and boys were not statistically significant, apart from the four-year-old boys' height (Tab. 3).

Clarke's angle

The longitudinal arch of the foot was higher in girls than in boys (tab. 4). The most significant difference was found between Clarke's angle of the right foot in 4-year-old boys and girls (12.14°), and the least in the group of 5-year-old boys and girls (0.69°).

Tabela 2. Masa i wysokość ciała oraz wskaźnik BMI w poszczególnych grupach wiekowych
Table 2. Body weight, body height and BMI in each age group

Cechy Traits	Grupy Groups					
	4-latki 4-year-olds		5-latki 5-year-olds		6-latki 6-year-olds	
	dziewczeta girls	chłopcy boys	dziewczeta girls	chłopcy boys	dziewczeta girls	chłopcy boys
Masa ciała [kg] Body weight	16,70	17,80	19,82	20,09	20,85	21,75
Wysokość ciała [cm] Body height	106,00	109,47	112,33	112,05	117,13	118,54
BMI [pkt] BMI [points]	15,23	15,81	15,78	15,94	15,14	15,42

Tabela 3. Zróżnicowanie cech somatycznych badanych dziewcząt i chłopców (test t dla prób niezależnych)
Table 3. Differences in the somatic traits of the examined girls and boys (t-test for independent samples)

Wiek Age	Cechy Traits	t	df	p
4-latki 4-year-olds	masa ciała chłopców a masa ciała dziewcząt Boys' body weight vs. Girls' body weight	1,75	30	0,086
	wysokość ciała chłopców a wysokość ciała dziewcząt Boys' body height vs. Girls' body height	2,42	30	0,021*
	BMI chłopców a BMI dziewcząt Boys' BMI vs. Girls' BMI	1,14	30	0,260
5-latki 5-year-olds	masa ciała chłopców a masa ciała dziewcząt Boys' body weight vs. Girls' body weight	0,36	96	0,719
	wysokość ciała chłopców a wysokość ciała dziewcząt Boys' body height vs. Girls' body height	-0,25	96	0,797
	BMI chłopców a BMI dziewcząt Boys' BMI vs. Girls' BMI	0,43	96	0,664
6-latki 6-year-olds	masa ciała chłopców a masa ciała dziewcząt Boys' body weight vs. Girls' body weight	1,35	152	0,171
	wysokość ciała chłopców a wysokość ciała dziewcząt Boys' body height vs. Girls' body height	1,68	152	0,094
	BMI chłopców a BMI dziewcząt Boys' BMI vs. Girls' BMI	0,67	152	0,504

* Różnice są istotne na poziomie $p < 0,05$
Differences are significant at the level $p < 0.05$

U chłopców kąt Clarke'a zwiększał się z wiekiem i był największy u 6-latków. Wysklepienie podłużne stopy prawej u dziewcząt także było najwyższe w najstarszej grupie wiekowej, ale najniższą średnią kąta Clarke'a odnotowano u dziewcząt 5-letnich. Kąt Clarke'a stopy lewej był najniższy u dziewcząt 5-letnich, natomiast 4- i 6-latki miały ten kąt zbliżony (49° i 50°).

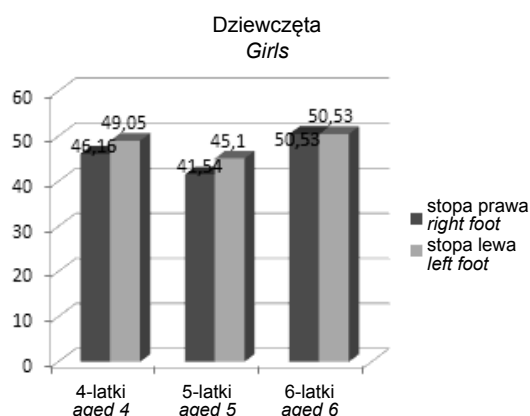
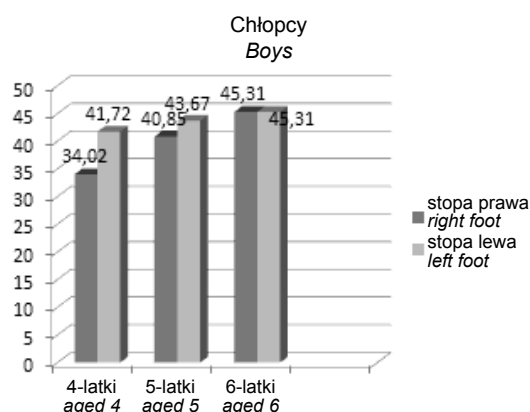
Porównując kąty Clarke'a obu stóp poszczególnych grup wiekowych i płciowych stwierdzono różnice w wysklepieniu podłużnym pomiędzy prawą i lewą stopą. Największe różnice kąta Clarke'a dotyczyły 4-letnich chłopców, u których wysklepienie podłużne stopy lewej było większe średnio o $7,7^\circ$. Najbardziej symetryczne wysklepienie podłużne stóp zaobserwowano u dzieci 6-letnich (tab. 4, ryc. 1). Należy

In boys Clarke's angle increases with age and its value was the highest in 6-year-olds. The longitudinal arch of the right foot in girls was also the highest in the oldest age group, but the lowest mean value of Clarke's angle was observed in 5-year-old girls. Clarke's angle of the left foot had the lowest values in 5-year-old girls, whereas 4- and 5-year-olds had similar values (49° and 50°).

Comparing Clarke's angles of both feet in each age group and gender one, it was found out that there were differences between the arches of the left foot and the right one. The most significant differences in Clarke's angle occurred in 4-year-old boys whose longitudinal arch was on average by 7.7° bigger. The most symmetric longitudinal arch of the foot was noticed in 6-year-old children (Tab. 4,

Tabela 4. Kąty Clarke'a
 Table 4. Clarke's angle

Badana grupa Examined group	Stopa Foot	Min-max	x	s	Me	V
Chłopcy 4-letni 4-year-old boys	prawa right	8,5-63,2	34,02	16,19	34,55	262,3
	lewa left	17,0-61,8	41,72	12,51	40,6	156,5
Dziewczęta 4-letnie 4-year-old girls	prawa right	26,1-57,5	46,16	7,60	48,3	57,9
	lewa left	26,7-59,8	49,05	9,24	51,3	85,5
Chłopcy 5-letni 5-year-old boys	prawa right	2,1-64,5	40,85	15,50	43,7	241,9
	lewa left	6,2-72,0	43,67	13,81	45,0	180,7
Dziewczęta 5-letnie 5-year-old girls	prawa right	8,1-67,8	41,54	16,06	48,1	258,2
	lewa left	8,6-65,1	45,10	14,03	46,3	196,9
Chłopcy 6-letni 6-year-old boys	prawa right	5,4-69,7	45,31	16,28	50,9	265,1
	lewa left	5,4-69,7	45,31	16,28	50,3	265,1
Dziewczęta 6-letnie 6-year-old girls	prawa right	13,5-68,5	50,53	11,94	52,4	142,7
	lewa left	13,5-68,5	50,53	11,94	52,9	142,7



Ryc. 1. Kąt Clarke'a stopy prawej i lewej
 Fig. 2. Clarke's angle of the right and left feet

jednak podkreślić, że analiza istotności różnic pomiędzy wysklepieniem podłużnym prawej i lewej stopy wykazała znamienne asymetrie jedynie u 4-letnich chłopców i 5-letnich dziewcząt (tab. 5).

Porównanie kąta Clarke'a wykazało duże podobieństwo wysklepienia podłużnego obu stóp dziewcząt i chłopców. Wyjątkiem byli 4-latkowie, u których znamienne wyższe wysklepienie podłużne obu stóp miały dziewczęta (tab. 6).

Stwierdzono zróżnicowanie wysklepienia prawej stopy u obu płci pomiędzy 4- i 6-latkami oraz 5- i 6-latkami, a w przypadku wysklepienia lewej stopy jedynie u chłopców 5- i 6-letnich (tab. 7).

Współzależności kąta Clarke'a i BMI wykazały istotny związek pomiędzy nadmierną masą ciała a obniżonym wysklepieniem obu stóp. Korelacje rang Spearmana wynosily: stopa prawa -0,17, stopa lewa -0,13 ($p < 0,05$).

Fig. 1). It is necessary to underline that the analysis of the significance of differences between the arch of the right foot and the left one showed some significant asymmetries only in 4-year-old boys and 5-year-old girls (Tab. 5).

The comparison of Clarke's angle showed a great similarity in the longitudinal arch of both feet in boys and girls; except for 4-year-olds, especially girls who had significantly higher values of the longitudinal arch of both feet (Tab. 6)

Differences in the longitudinal arch of the right foot were found in both genders between the children aged 4 and 6 years, whereas in the case of the left foot differences were found only in boys aged 5 and 6 years (Tab. 7).

The correlations between Clarke's angle and BMI showed a significant relationship between excessive body weight and lower arches of both feet. Spearman's rank correlation were: right foot -0.17, left foot -0.13 ($p < 0.05$).

Tabela 5. Zróżnicowanie wysklepienia prawej i lewej stopy (kąta Clarke'a) w zależności od wieku i płci (test Wilcoxon)

Table 5. Differences in the arch of the right and left feet (Clarke's angle) according to age and gender (the Wilcoxon test)

Wiek Age	Płeć Gender	T	Z	p
4-latki Aged 4	chłopcy boys	27,0	2,343	0,0191*
	dziewczęta girls	32,0	1,59	0,1117
5-latki Aged 5	chłopcy boys	502,0	1,89	0,0587
	dziewczęta girls	325,0	1,983	0,0472*
6-latki Aged 6	chłopcy boys	569,5	0,189	0,8495
	dziewczęta girls	507,0	0,83	0,4061

* Różnice są istotne na poziomie $p < 0,05$
Differences are significant at the level $p < 0.05$

Tabela 6. Zróżnicowanie międzypłciowe kąta Clarke'a stopy prawej i lewej (test U Manna-Whitney'a)

Table 6. Gender differences in Clarke's angle of the right and left feet (the Mann-Whitney test)

Cecha/Traits	Grupy Groups	U	Z	p
Stopa prawa Right foot	chłopcy 4-letni a dziewczęta 4-letnie 4-year-old boys vs. peer girls	60,0	-2,37	0,017*
	chłopcy 5-letni a dziewczęta 5-letni 5-year-old boys vs. peer girls	1012,5	-0,78	0,430
	chłopcy 6-letni a dziewczęta 6-letnie 6-year-old boys vs. peer girls	666,0	-1,67	0,093
Stopa lewa Left foot	chłopcy 4-letni a dziewczęta 4-letnie 4-year-old boys vs. peer girls	65,0	-2,17	0,029*
	chłopcy 5-letni a dziewczęta 5-letni 5-year-old boys vs. peer girls	1057,0	-0,45	0,648
	chłopcy 6-letni a dziewczęta 6-letni 6-year-old boys vs. peer girls	694,5	-1,41	0,156

* Różnice są istotne na poziomie $p < 0,05$
Differences are significant at the level $p < 0.05$

Tabela 7. Różnicowanie międzygrupowe kąta Clarke'a stopy prawej i lewej (test U Manna-Whitney'a)
 Table 7. Inter-age group variations in Clarke's angle of the right and left feet (the Mann-Whitney test)

Płeć Gender	Stopa Foot	Grupy Groups	U	Z	p
Dziewczęta Girls	prawa right	4-latki a 5-latki aged 4 vs. 5	311,5	-1,51	0,130
		4-latki a 6-latki aged 4 vs. 6	203,0	-242	0,003*
		5-latki a 6-latki aged 5 vs. 6	925,0	-2,50	0,012*
	lewa left	4-latki a 5-latki aged 4 vs. 5	347,5	-0,99	0,322
		4-latki a 6-latki aged 4 vs. 6	291,0	-1,63	0,102
		5-latki a 6-latki aged 5 vs. 6	1086,5	-1,42	0,152
Chłopcy Boys	prawa right	4-latki a 5-latki aged 4 vs. 5	303,0	0,34	0,729
		4-latki a 6-latki aged 4 vs. 6	143,0	-2,42	0,015*
		5-latki a 6-latki aged 5 vs. 6	448,5	-2,89	0,003*
	lewa left	4-latki a 5-latki aged 4 vs. 5	253,0	1,23	0,217
		4-latki a 6-latki aged 4 vs. 6	219,5	-0,77	0,441
		5-latki a 6-latki aged 5 vs. 6	522,5	-2,13	0,032*

* Różnice są istotne na poziomie $p < 0,05$
 Differences are significant at the level $p < 0.05$

Dyskusja

Wiek przedszkolny to okres intensywnych zmian posturalnych. Proces kształtowania się wysklepienia stopy przypada przede wszystkim na 4.-7. rok życia [1]. Ten przedział wiekowy jest okresem krytycznym, w którym istnieje zwiększone ryzyko pojawienia się wad stóp, przede wszystkim płaskostopia. Konieczna jest więc systematyczna ocena postawy ciała i wysklepienia stóp. Ważne jest wczesne zdiagnozowanie ewentualnych odchyśleń od wzorca postawy prawidłowej i podjęcie działań profilaktycznych lub korekcyjnych.

Badania wykazały, że wyższym wysklepieniem podłużnym stóp odznaczały się dziewczęta. Ponieważ nie uwidoczniły się różnice BMI pomiędzy dziewczętami i chłopcami przyjęto, że wysklepienie stóp jest zależne od płci. Kąt Clarke'a wzrastał z wiekiem u chłopców, natomiast u dziewcząt najniższy kąt miały 5-latki, a najwyższy 6-latki. Wysklepienie prawej i lewej stopy dziewcząt i chłopców 4- i 5-letnich było zróżnicowane. Jedynie u 6-latków kąty Clarke'a stopy prawej i lewej były takie same.

Sukcesywne zwiększanie się wysklepienia stopy z wiekiem przedszkolaków jest normą fizjologiczną [2]. Proces ten, chociaż z mniejszą intensywnością, obserwowany jest ponownie pomiędzy 7. a 10. rokiem życia. W tym czasie progresja wysklepienia podłużnego stopy następuje zwłaszcza u chłopców [3]. Evans i Rome [4] zaobserwowali, że płaskostopie występuje u 45% dzieci przedszkolnych i u 10% 10-latków. Chen i wsp. [5, 6] wadę tę obserwowali u 54,5% 3-latków i 21% 6-latków. W badaniach własnych płaskostopie obserwowano częściej u chłopców. Potwierdzają to prace innych autorów [7-9].

Kontrowersje budzi hipoteza o częstszym występowaniu obniżonego wysklepienia stóp u dzieci z nadmierną masą ciała. Teorię tę potwierdzają obserwacje Furgała i Adamczyk [10], Bordin [11], Garcia-Rodriguez i wsp. [12]

Discussion

Preschool age is time of intensive postural changes. The process of shaping the arch of the foot occurs mostly between the 4th and 7th year of life [1]. This age range is a critical period as there is a higher risk of foot defects, mostly flatfoot. Therefore, it is necessary to assess regularly the body posture and the arches of the feet. It is important to diagnose early possible deviations from the correct posture pattern and take up prophylactic or corrective measures.

The study showed that girls had a higher longitudinal arch of the foot. Since there were no differences between the girls' and boys' BMI, it was assumed that it was a gender difference. Clarke's angle increased with age in boys, but its mean value was the lowest in 5-year-old girls, whereas the highest was in 6-year-old girls. The arches of the right and left feet in the girls and boys aged 4 and 5 years varied. Only 6-year-olds had the same Clarke's angle values of the right and left feet.

A gradual increase of the foot arch in preschool children occurring with age is a physiological norm [2]. The process, though less intensive, is observed again between the 7th and 10th year of life. It is the time when progression in the longitudinal arch of the foot is particularly significant in boys [3]. Evans and Rome [4] noticed that flatfoot occurs in 45% of preschool children and in 10% of 10-year-olds. Chen et al. [5, 6] discovered the foot defect in 54.5% of 3-year-olds and in 21% of 6-year-olds. In our own studies flatfoot was more common among boys, which is confirmed by other authors [7-9].

Much controversy arises over the hypothesis of the higher occurrence of the lower arch foot in children with an excessive body mass. However, this theory is confirmed by the observation of such researchers as Furgała and Adamczyk [10], Bordin [11], Garcia-Rodriguez et al. [12],

oraz Mauch i wsp. [13]. W badaniach własnych także stwierdzono istotną ujemną korelację pomiędzy typem budowy ciała oznaczonym wskaźnikiem BMI a wysklepieniem stóp wyrażonym kątem Clarke'a. Nadmierna masa ciała kojarzy się z obniżonym wysklepieniem podłużnym stóp. Badania Żabeckiej-Chowaniec i wsp. [14] 760 dzieci w wieku 6 lat nie wykazały jednak istotnej zależności między wskaźnikiem masy ciała (BMI) a wadami stóp, podobnie jak obserwacje 7-latków Mikołajczyk i Jankowicz-Szymańskiej [15]. Interesujące są badania Riddiforda-Harlanda i wsp. [16] (75 otyłych 8-latków i 75 rówieśników z prawidłową masą ciała), którzy standardowymi metodami oceniali wysokość łuku przyśrodkowego stopy i grubość podściółki tłuszczowej podeszwowej strony stopy za pomocą ultrasonografii. Wykazano istotną zależność zarówno pomiędzy BMI a grubością tkanki tłuszczowej na podeszwowej stronie stopy, jak również pomiędzy BMI a wysokością łuku podłużnego przyśrodkowego stopy. Podobne badania Mickle i wsp. [17] wskazują na istotnie grubszą podściółkę tłuszczową podeszwowej części stopy u chłopców bez względu na strukturalną budowę stóp. Może być to przyczyną częstszego diagnozowania płaskostopia u chłopców.

Czy płaskostopie u dzieci przedszkolnych wymaga postępowania korekcyjnego, zwłaszcza u chłopców, u których wysklepienie podłużne stopy wykazuje wolniejsze tempo rozwoju? Sullivan [18] twierdzi, że terapia nie jest konieczna u tych dzieci, u których płaskostopiu nie towarzyszą inne wady stóp, np. nieprawidłowe ustawienie stępu, koślawość palucha. Inni autorzy wskazują na dolegliwości, głównie uczucie dyskomfortu a nawet bóle stóp, związane z długotrwałym stanieniem lub chodzeniem zgłaszane przez pacjentów z płaskostopiem [19]. Evans [20] sugeruje, aby leczyć płaskostopie symptomatyczne, poddawać obserwacjom lub ćwiczeniom profilaktycznym dzieci z obniżonym, bezobjawowym wysklepieniem stóp, a przede wszystkim diagnozować wszelkie zgłaszane dolegliwości bólowe. Dobór odpowiednich ćwiczeń leczniczych nie jest możliwy bez dokładnego badania klinicznego funkcji statycznych i dynamicznych stóp [21]. Płaskostopie, kojarzone powszechnie jako wada statyczna kończyn dolnych, powoduje bowiem zmiany wzorca chodu przejawiające się w zmniejszonej pronacji stopy w fazie przenoszenia [22].

Obecnie odchodzi się od tradycyjnych ćwiczeń przeciwdziałających płaskostopiu, których skuteczność, w świetle badań Walickiej-Cupryś i wsp. [23], nie jest zadowalająca. Ćwiczenia polegające na podnoszeniu przedmiotów palcami stóp pozornie prowadzą, co prawda, do poprawy ich wysklepienia, zwiększają jednak tonus mięśni zginających podeszwowo palce, które ustawiają się młoteczkowato [24]. Napięcia te powodują odciążenie głowy pierwszej kości śródstopia, która powinna być jednym z trzech podstawowych punktów podparcia. Najważniejszym ćwiczeniem dla dzieci z płaskostopiem jest nauka prawidłowego ustawiania i obciążania stopy. Korekcja płaskostopia powinna także uwzględniać ćwiczenia zwiększające elastyczność mięśnia trójgłowego łydki, którego skrócenie zmienia ustawienie kości piętowej w płaszczyźnie strzałkowej i obniża łuki podłużne stopy [25, 26].

W terapii dzieci z obniżonym wysklepieniem stopy stosuje się również wkładki ortopedyczne. Riccio i wsp. [27] porównywali redukcję płaskostopia u dzieci noszących wkładki i leczonych gimnastyką korekcyjną przez dwa lata. Ćwiczenia były bardziej efektywne. Na skuteczność aktywności fizycznej w przeciwdziałaniu płaskostopiu zwraca uwagę wielu badaczy. Furgał i Adamczyk [28] wykazali, że wśród 9- i 10-latków systematycznie uczestniczących w zajęciach Szkolnego Koła Sportowego obniżenie wysklepienia podłużnego i poprzecznego stóp występowało rzadziej w porównaniu do dzieci nietreningujących. Problemem

Mauch et al. [13]. In our own studies also the correlation between the type of body build, determined by BMI, and the foot arch, expressed by Clarke's angle, was significantly negative. Excessive body mass is commonly associated with a lower longitudinal arch of the foot. However, the study carried out by Żabecka-Chowaniec et al. [14], which included 760 children aged 6, did not show significant relationship between BMI and foot defects, and neither did the study of Mikołajczyk and Jankowicz-Szymańska [15] who examined 7-year-old children. The study of Riddiford-Harland et al. [16] is very interesting; they examined 75 obese 8-year-olds and 75 their peers with a correct body mass using the standard methods of assessment of the height of the medial foot arch, whereas the ultrasound technique was used to measure the thickness of the panniculus adiposus of the sole of the foot. A significant relationship was found out between BMI and the thickness of the adipose tissue of the sole as well as between BMI and the height of the medial longitudinal arch of the foot. Similarly, the study of Mickle et al. [17] indicate a significantly thicker panniculus adiposus of the sole of the foot in boys regardless of the structural build of the foot. It may be the reason why flatfoot is more frequently diagnosed in boys.

Does flatfoot in preschool children require corrective measures, especially in boys whose longitudinal arch of the foot shows a somewhat slower-paced development? Sullivan [18] states that no therapy is necessary in the children who do not have other foot defects besides flatfoot, e.g. incorrect setting of the tarsal, hallux valgus. Other authors point out to various complaints, mostly a sense of discomfort, or even pain in the feet caused by standing or walking for a long time, indicated by patients with flatfoot [19]. Evans [20] suggests treating flatfoot symptomatically, that is the children who have asymptomatic lower foot arches should be kept under observation or given some prophylactic exercises to do, and diagnosing all the cases of pain complaints. A choice of proper medical exercises is not possible without a thorough clinical examination of static and dynamic functions of the feet [21]. Flatfoot, usually associated with a static defect of lower limbs, causes changes in the gait patterns manifesting in a less pronated foot in the swing phase [22].

Currently, there is a trend to abandon traditional flatfoot exercises, whose efficacy, according to the study of Walicka-Cupryś et al. [23], is insufficient. Exercises consisting in lifting objects with the help of toes apparently lead to improve the foot arch, but on the other hand they increase the tone of the muscles that flex toes, and thus developing hammer toes [24]. The tension causes unloading of the first metatarsal head which should be one of the three fundamental points of support. The most important exercise for children with flatfoot is to learn the correct setting and loading of the foot. Moreover, flatfoot correction should include exercises increasing the flexibility of the three-headed calf muscle, as when it is shortened it changes the setting of the heel bone in the sagittal plane and reduces the longitudinal foot arch [25, 26].

Another therapy used in children with fallen foot arches is orthopedic insoles. Riccio et al. [27] compared reduction of flatfoot in children wearing orthopedic insoles and those doing corrective exercises for two years. Exercises were more effective. Efficacy of physical activity in flatfoot prevention was noticed by numerous researchers. Furgał and Adamczyk [28] showed that among 9- and 10-year-old children attending classes organized by a School Sports Club, the fallen longitudinal and traverse arches of the feet occur less frequently than among those who do not do any sport. The problem lies in the scarce physical activity of both

jest jednak mała aktywność fizyczna dziewcząt i chłopców, także przedszkolnych [29], unikanie lekcji wychowania fizycznego, jak również niedostateczna wiedza rodziców dotycząca wad postawy ciała i ich profilaktyki [30]. Należy też podkreślić, że nie każdy rodzaj aktywności fizycznej sprzyja prawidłowemu ustawieniu stóp. Niekiedy нефизjologiczne ułożenie i przeciążenie, np. w tańcu klasycznym [31], może niekorzystnie zmienić strukturę stopy i być przyczyną dolegliwości bólowych.

Wnioski

1. Badani chłopcy mieli niższe wysklepienie podłużne stóp w porównaniu z dziewczętami.
2. Wysokość łuków podłużnych stóp zwiększała się z wiekiem przedszkolaków.
3. Nadmierna masa ciała kojarzy się istotnie z obniżonym wysklepieniem podłużnym stóp 4-6-latków.
4. Profilaktyka płaskostopia u dzieci powinna uwzględniać nie tylko ćwiczenia korekcyjne, lecz także działania edukacyjne zmierzające do zapobiegania nadwadze i otyłości.

Piśmiennictwo

References

- [1] Hernandez A. J., Kimura L., Laraya M. H. F., Favaro E. *Calculation of staheli's plantar arch index and prevalence of flat feet: a study with 100 children aged 5-9 years*. Acta Ortopedica Brasileira, 2007, 15, 68-71.
- [2] Lin C. J., Lai K., Kuan T. S., Chou Y. L. *Correlating factors and clinical significance of flexible flatfoot in preschool children*. Journal of Pediatric Orthopaedics, 2001, 21, 378-382.
- [3] Trzcińska D., Olszewska E., Tabor P. *Dwuletnie zmiany w wysklepieniu stóp dzieci i młodzieży*. Postępy Rehabilitacji, 2008, 2, 5-13.
- [4] Evans A. M., Rome K. *A Cochrane review of the evidence for non-surgical interventions for flexible pediatric flat feet*. European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine, 2011, 47, 69-89.
- [5] Chen K. C., Yeh C. J., Tung L. C., Yang J. F., Yang S. F., Wang C. H. *Relevant factors influencing flatfoot in preschool-aged children*. European Journal of Pediatrics, 2011, 170, 931-936.
- [6] Chen K. C., Yeh C. J., Kuo J. F., Hsieh C. L., Yang S. F., Wang C. H. *Footprint analysis of flatfoot in preschool-aged children*. European Journal of Pediatrics, 2011, 170, 611-617.
- [7] Gawron A., Janiszewski M. *Płaskostopie u dzieci – częstość występowania wady a wartość masy i wzrostu odniesione do siatki centylowej*. Medycyna Sportowa, 2005, 2, 111-122.
- [8] Pfeiffer M., Kotz R., Ledl T., Hauser G., Sługa M. *Prevalence of flat foot in preschool-aged children*. Pediatrics, 2006, 118, 634-639.
- [9] Chang J. H., Wang S. H., Kuo C. L., Shen H. C., Hong Y. W., Lin L. C. *Prevalence of flexible flatfoot in Taiwanese school-aged children in relation to obesity, gender, and age*. European Journal of Pediatrics, 2010, 169, 447-452.
- [10] Furgał W., Adamczyk A. *Ukształtowanie sklepienia stopy u dzieci w zależności od wskaźnika masy ciała*. Polish Journal of Sports Medicine, 2009, 25, 189-199.
- [11] Bordin D., De Giorgi G., Mazzocco G., Rigon F. *Flat and cavus foot, indexes of obesity and overweight in a population of primary-school children*. Minerva Pediatrica, 2001, 53, 7-13.
- [12] Garcia-Rodriguez A., Martin-Jimenez F., Carnero-Varo M., Gomez-Garcia E., Gomez-Aracena J., Fernandez-Crehuet J. *Flexible flat foot in children: a real problem?* Pediatrics, 1999, 103, 84.
- [13] Mauch M., Grau S., Krauss I., Maiwald C., Horstmann T. *Foot morphology of normal, underweight and overweight children*. International Journal of Obesity, 2008, 32, 1068-1075.
- [14] Żabecka-Chowaniec R., Adamowicz I. *Wpływ masy ciała na występowanie wad postawy ciała w obrębie kończyn dolnych u dzieci w wieku przedszkolnym*. Medicina Sportiva, 2006, 10, 567-574.
- [15] Mikołajczyk E., Jankowicz-Szymańska A. *Wpływ otyłości na wysklepienie stóp i ukształtowanie kończyn dolnych u 7-latków*. Fizjoterapia, 2010, 18, 10-20.
- [16] Riddiford-Harland D. L., Steele J. R., Baur L. A. *Are the feet of obese children fat or flat? Revisiting the debate*. International Journal of Obesity, 2011, 35, 115-120.
- [17] Mickel K. J., Steele J. R., Munro B. J. *Is the foot structure of preschool children moderated by gender?* Journal of Pediatric Orthopaedics, 2008, 28, 593-596.
- [18] Sullivan J. A. *Pediatric flatfoot: evaluation and management*. Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons, 1999, 7, 44-53.
- [19] Benedetti M. G., Ceccarelli F., Berti L., Luciani D., Catani F., Boschi M., Giannini S. *Diagnosis of flexible flatfoot in children: a systematic clinical approach*. Orthopedics, 2011, 34, 94.
- [20] Evans A. M. *The flat-footed child – to treat or not to treat: what is the clinician to do?* Journal of the American Podiatric Medical Association, 2008, 98, 386-393.
- [21] Rodriguez N., Volpe R. G. *Clinical diagnosis and assessment of the pediatric pes planovalgus deformity*. Clinics in Podiatric Medicine And Surgery, 2010, 27, 43-58.
- [22] Twomey D., McIntosh A.S., Simon J., Lowe K., Wolf S. I. *Kinematic differences between normal and low*

boys and girls, preschool children included [29], avoidance of physical education lessons, and the insufficient knowledge of parents about body posture defects and their prevention [30]. It is necessary to underline that not all kinds of physical activity favor the correct setting of the feet. Sometimes non-physiological foot setting and overloading, e.g. in classical dancing [31], may change the foot structure for the worse and cause pain complaints.

Conclusion

1. The examined boys had lower longitudinal arches of the feet than girls.
2. The height of the longitudinal arches of the foot increases with age of preschool children.
3. Excessive body mass is associated with a significantly fallen longitudinal arch of the foot in children aged 4-6.
4. Flatfoot prevention in children should include not only corrective exercises, but also educational activities so as to prevent overweight and obesity.

- arched feet in children using the Heidelberg foot measurement method.* Gait & Posture, 2010, 32, 1-5.
- [23] Walicka-Cupryś K., Ćwirlej A., Domka-Jopek E., Kuźdzał A. *Ocena wysklepienia stóp dzieci przedszkolnych przed i po gimnastyce korekcyjnej.* Medycyna Sportowa, 2006, 4, 208-214.
- [24] Cytowicz-Karpiłowska W., Karpiłowski B. *Ćwiczenia właściwe i niewłaściwe w korekcji płaskostopia.* Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2007, 8-9, 14-17.
- [25] Van Boerum D. H., Sangeorzan B. J. *Biomechanics and pathophysiology of flat foot.* Foot and Ankle Clinics, 2003, 8, 419-430.
- [26] Fernandez de Retana P., Alvarez F., Vitadot R. *Subtalar arthroesis in pediatric flatfoot reconstruction.* Foot and Ankle Clinics, 2010, 15, 323-335.
- [27] Riccio I., Gimigliano F., Gimigliano R., Porpora G., Iolascon G. *Rehabilitative treatment in flexible flatfoot: a perspective cohort study.* Chirurgia Degli Organi Di Movimento, 2009, 93, 3, 101-107.
- [28] Furgał W., Adamczyk A. *Ukształtowanie sklepienia stopy u dzieci w zależności od poziomu aktywności fizycznej.* Polish Journal of Sports Medicine, 2008, 24, 311-317.
- [29] Chalcarz W., Merkiel S. *Charakterystyka aktywności ruchowej nowosądeckich dzieci w wieku przedszkolnym.* Medycyna Sportowa, 2005, 21, 425-431.
- [30] Jankowicz-Szymańska A., Nowak B., Słomski Ł. *Wiedza rodziców na temat wad postawy ciała.* Fizjoterapia, 2010, 18, 44-55.
- [31] Grabara M., Mazurek A. *Uprawianie tańca klasycznego – wpływ na wysklepienie stóp.* Wychowanie Fizyczne i Zdrowotne, 2007, 11, 9-13.

Adres do korespondencji:
Address for correspondence:

Agnieszka Jankowicz-Szymańska
Instytut Ochrony Zdrowia
Państwowa Wyższa Szkoła Zawodowa
ul. A. Mickiewicza 8
33-100 Tarnów
jankowiczszymanska@gmail.com

Wpłynęło/Submitted: XII 2011
Zatwierdzono/Accepted: VI 2012

**WSPARCIE SYSTEMU KSZTAŁCENIA USTAWICZNEGO PERSONELU
MEDYCZNEGO W ZAKRESIE OPIEKI GERIATRYCZNEJ**

PROJEKT SZKOLENIOWY SKIEROWANY DO:

- LEKARZY PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ● PIELĘGNIAREK PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ ● FIZJOTERAPEUTÓW ● OPIEKUNÓW MEDYCZNYCH
- TERAPEUTÓW ŚRODOWISKOWYCH

**WEŻ UDZIAŁ W SZKOLENIU – NAUCZ SIĘ POMAGAĆ TYM,
KTÓRYCH CORAZ WIĘCEJ WOKÓŁ NAS.**

- Celem szkoleń jest podniesienie kompetencji kadr medycznych w zakresie opieki geriatrycznej i w efekcie poprawa opieki nad osobami w wieku podeszłym w Polsce
- Szkolenia są bezpłatne, współfinansowane ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego. Dodatkowo, uczestnicy mają możliwość zwrotu kosztów zakwaterowania i zwrotu kosztów dojazdu.



*Nadążaj
za wiekiem*

www.geriatria.mz.gov.pl



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI



Ministerstwo Zdrowia



Centrum Medyczne
Kształcenia Podyplomowego



UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

„Człowiek – Najlepsza Inwestycja”

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Rehabilitacja seksualna po urazie rdzenia kręgowego

Sexual rehabilitation after spinal cord injury

numer DOI 10.2478/v10109-012-0011-4

Monika Cencora, Szymon Pasiut¹

¹ Zakład Rehabilitacji w Neurologii i Psychiatrii AWF w Krakowie

Department of Rehabilitation in Neurology and Psychiatry, University School of Physical Education, Kraków

Streszczenie:

Rehabilitacja seksualna to ogół działań prowadzących do przywrócenia zdrowia seksualnego warunkującego szczęśliwe i pełne życie. Poprawa satysfakcji życiowej to jeden z głównych celów rehabilitacji osób po urazie rdzenia. Przywrócenie maksymalnej, możliwej do osiągnięcia sprawności funkcjonalnej, przeciwdziałanie powikłaniom wtórnym urazu, stworzenie optymalnych warunków umożliwiających powrót po pełnego życia w społeczeństwie to elementy terapii konieczne, by ten cel osiągnąć. Powrót do normalności dla wielu chorych po urazie rdzenia oznacza także przywrócenie zdolności seksualnych. Głównym celem rehabilitacji seksualnej jest leczenie lub minimalizowanie zaburzeń seksualnych, wynikających z choroby bądź urazu, a także wypracowanie takich form ekspresji seksualnej, które są przy określonej niepełnosprawności możliwe i najbardziej satysfakcjonujące. Poprawa jakości życia seksualnego przekłada się na doskonalenie relacji partnerskich, ale także na zwiększenie samoakceptacji. Odbudowanie seksualności oznacza dla dużej części osób po urazie powrót do „normalności”, a to przyczynia się do szybszego zaakceptowania swej niepełnosprawności. Informacje dotyczące funkcjonowania seksualnego po urazie powinny być bardziej dostępne zarówno dla chorych, jak i ich bliskich, ale także dla osób opiekujących się osobami po urazie.

Słowa kluczowe: uraz rdzenia kręgowego, seksualność, rehabilitacja.

Abstract:

The sexual rehabilitation usually consists in sexual activities performed to restore sexual health, the condition for a happy and full life. Improving life satisfaction is one of the main goals of rehabilitation in persons with spinal cord injury. Restoration of the maximum achievable functional capacity prevents secondary post-traumatic complications and create optimal conditions for returning to a full life in the society – these are the elements of the therapy necessary to achieve this goal. Coming back to normal life for many patients with spinal cord injury also means restoring sexual abilities. The main goal of rehabilitation is to treat or minimize sexual dysfunctions resulting from illness or injury as well as to develop such forms of sexual expression that are possible and the most rewarding in the case of a particular disability. Improvement in the quality of sexual life translates into improvement in relationships, but also increases self-acceptance. For a large group of people after trauma, restoring their sex life means the return to “normality”, and it contributes to the rapid acceptance of their disability. Information on sexual functioning after injury should be more accessible to patients and their relatives, but also to those who take care of people with SCI.

Key words: spinal cord injury, sexuality, rehabilitation.

Wprowadzenie

Uraz rdzenia kręgowego jest jednym z najtrudniejszych problemów klinicznych. Światowe statystyki podają, że co roku urazom tym ulega 8 do 10 tysięcy osób. Chorzy, wobec których podjęte są odpowiednie działania ratunkowe i lecznicze, mogą osiągnąć długość życia zbliżoną do spotykanej w ogólnej populacji [1]. Potrzeba działań poprawiających satysfakcję życiową tych chorych jest więc bardzo istotnym celem ich leczenia i rehabilitacji [2]. Jakość życia, określana najczęściej jako wypadkowa pomiędzy osobistymi potrzebami a możliwością ich osiągnięcia, uzależniona jest od bardzo wielu czynników [3]. Według prowadzonych od lat badań statystycznych udane życie intymne jest jednym z istotnych czynników warunkujących

Introduction

Spinal cord injury (SCI) is one of the most difficult clinical problems nowadays. The world statistics report that every year from 8 to 10 thousand people become affected by this injury. If appropriate emergency measures are administered followed by a good treatment, people with SCI can live as long as the others in the same population [1]. The need for activities improving their life satisfaction becomes now a very important goal of treatment and rehabilitation [2]. Quality of life, usually defined as a compromise between personal needs and real possibilities of achieving them, depends on numerous factors [3]. According to statistical studies carried out for years, a fulfilling sex life is one of important factors contributing to general life satisfaction

satysfakcję życiową po urazie rdzenia kręgowego [2-10]. Osoby, które wyłączyły seksualność ze swojego życia, w odpowiedzi na liczne utrudnienia i powikłania wynikające z urazu wykazują mniejszy stopień akceptacji swojej niepełnosprawności, obniżone poczucie własnej wartości, większą tendencję do złego samopoczucia, utratę samoakceptacji i samozadowolenia. Skutkiem tego jest niska ocena jakości życia [11]. Postępowanie terapeutyczne ukierunkowane na poprawę satysfakcji życiowej osób po urazie rdzenia powinno więc także uwzględniać seksualność tych chorych jako jedną z ważniejszych sfer życia każdego człowieka.

Uraz kręgosłupa dotyczy głównie ludzi młodych. 65% osób, które doznają urazu ma mniej niż 35 lat. Najczęściej są to mężczyźni w wieku 20-24 lat [1]. Ponad połowa przypadków dotyczy osób w przedziale wiekowym od 16 do 30 roku życia [12, 13]. Według seksuologów okres ten, a dokładnie przedział wiekowy od 18 do 23 roku życia to tak zwany „szczyt seksualności” mężczyzn. Pomiędzy 25 a 35 rokiem życia przypada z kolei czas największej aktywności reprodukcyjnej [14]. Nagły uraz rdzenia kręgowego prowadzący do niepełnosprawności jest często równoznaczny z utratą zdrowia seksualnego, które w opinii Światowej Organizacji Zdrowia: „jest integracją biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego potrzebnych dla pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości” [15].

W Deklaracji Praw Seksualnych opublikowanej w 2002 r. przez profesora Marca Gana, prezydenta Światowego Towarzystwa Seksuologicznego, czytamy: „...Ponieważ zdrowie jest fundamentalnym prawem człowieka, tak samo podstawowym prawem musi być jego zdrowie seksualne”. Deklaracja ta została przyjęta i rekomendowana przez Światową Organizację Zdrowia [16]. Niestety jakość życia seksualnego wobec ogromnej liczby problemów i powikłań dotyczących osoby po urazie rdzenia kręgowego bardzo często schodzi na dalszy plan w hierarchii potrzeb chorego w początkowym okresie leczenia i rehabilitacji [17]. Poziom pożądaną seksualnego nie zmienia się jednak z powodu urazu. Potrzeba bliskości fizycznej, posiadania partnera, tworzenia związków partnerskich jest na takim samym poziomie u osób po urazie rdzenia jak u osób zdrowych [18-20]. Poprawa jakości życia seksualnego jest jedną z potrzeb najczęściej zgłaszanych przez osoby po urazie rdzenia kręgowego w odległym okresie pourazowym [21], lecz jednocześnie terapia zaburzeń seksualnych to według chorych jeden z bardziej zaniedbanych obszarów działań terapeutycznych [21-24]. Jakość życia seksualnego po urazie ulega zmianie. Osiąganie satysfakcji seksualnej osób po urazie rdzenia kręgowego może być zakłócone zarówno przez czynniki natury patofizjologicznej, jak i psychologicznej oraz społecznej. Zaburzenia funkcji seksualnych i płodności u tych chorych stanowią więc bardzo złożony problem kliniczny i wymagają kompleksowego podejścia terapeutycznego. Pojęcie rehabilitacji seksualnej to ogół działań prowadzących do przywrócenia zdrowia seksualnego, warunkującego szczęśliwe i pełne życie [25]. Głównym celem tego typu oddziaływań jest leczenie lub minimalizowanie zaburzeń seksualnych, wynikających z urazu, ale także wypracowanie takich form ekspresji seksualnej, które są przy określonej niepełnosprawności możliwe i najbardziej satysfakcjonujące [5]. Poprawa jakości życia seksualnego przekłada się na doskonalenie relacji partnerskich, ale także na zwiększenie samoakceptacji i samozadowolenia [26]. Odbudowanie swej seksualności, oznacza dla dużej części osób po urazie powrót do „normalności”, a to przyczynia się do szybszego zaakceptowania niepełnosprawności [13].

after spinal cord injury [2-10]. People who excluded sexuality from their lives due to numerous difficulties and complications caused by the injury show a lower level of disability acceptance, lower self-esteem, higher tendency towards malaise, loss of self-acceptance, and self-contentment. Consequently, they assess their quality of life as low [11]. Therefore therapeutic activities directed to improve life-satisfaction of people after spinal cord injury should include their sexuality as one of the most important spheres of human life.

Spinal cord injury occurs mostly in young people. 65% of the people who are affected by the injury are under 35 years. In the majority of cases they are men aged 20-24 years [1]. Over half of the cases occur in people in the range between 16 and 30 years [12, 13]. According to sexologists this period of life, to be exact the age between 16 and 23 years, is so-called men's "sexuality peak". Whereas the range age between 25 and 35 years is the period of the maximum reproductive activity [14]. A sudden spinal cord injury resulting in disability is frequently tantamount to loss of sexual health, which according to WHO: "is the integration of somatic, emotional, intellectual and social aspects of sexual being in ways that are positively enriching and then enhance personality, communication and love" [15].

In the Declaration of Sexual Rights published in 2002 by Prof. Marc Gane, president of the World Association for Sexology, it is written: "(...) Since health is a fundamental human right, so must sexual health also be a basic human right". The declaration was accepted and recommended by the World Health Organization [16]. Unfortunately, the quality of sexual life, due to a large number of problems and complications that people with spinal cord injury have to face, is pushed further down in the hierarchy of the patients' needs at the beginning of treatment and rehabilitation [17]. However, the level of sexual desire does not change because of the injury. Needs for physical intimacy, having a partner, establishing partner unions are at the same level as they are in healthy people [18-20]. Improvement in the quality of sexual life is one of the needs most frequently indicated by people with spinal cord injury in a remote post-traumatic period [21], but at the same time sexual disorder therapy is seen by patients as one of the most neglected areas of therapeutic activities [21-24]. The quality of sexual life after SCI changes. Achieving sexual satisfaction by people with spinal cord injury can be disturbed by factors of both pathophysiological nature as well as psychological and social ones. Therefore, sexual dysfunctions and fertility disorders in the patients constitute a complex clinical problem and require a comprehensive therapeutic approach. The term sexual rehabilitation comprises all measures aimed at recovering sexual health, which is essential to lead a happy and full life [25]. The principal objective of this type of measures is to treat or reduce sexual disorders caused by injury, but also to work out such forms of sexual expression that are possible and most satisfying in a given disability [5]. Improvement in the quality of sexual life does not only translate into better relationships with the partner, but also into higher self-acceptance and self-contentment [26]. Restoring one's sexuality means to a large number of patients with SCI a return to "normality", which contributes to faster acceptance of one's disability [13].

Seksualność po urazie

Seksualność jest naturalną funkcją organizmu ludzkiego, obecną w życiu każdego człowieka. Stanowi ona jeden z głównych czynników motywujących do podejmowania więzi i kontaktów interpersonalnych o charakterze biologicznym, psychologicznym, społeczno-kulturowym i hedonistycznym [15]. „Pełen rozwój seksualności jest niezbędny do osiągnięcia dobrostanu w wymiarze indywidualnym, interpersonalnym oraz społecznym” [16]. Czynniki wpływające na kształt seksualności możemy podzielić na [27]:

- czynniki biologiczne → uwarunkowania genetyczne (temperament), uwarunkowania fizjologiczne (hormony, sprawność narządów płciowych),
- czynniki psychologiczne → osobowość, poczucie własnej wartości,
- czynniki społeczne → wpływ środowiska (stereotypy, respektowanie praw seksualnych).

Uraz rdzenia kręgowego może znacząco wpłynąć na wszystkie wymienione czynniki. W badaniach Anderson i wsp. prowadzonych w 2007 r., spośród 87 kobiet po urazie aż 74% podało, że uraz spowodował całkowitą utratę ich poczucia seksualności [28]. Zmiany w funkcjonowaniu narządów płciowych, wynikające z urazu, powikłania w działaniu pozostałych narządów i układów, a także zderzenie obrazu siebie po urazie z panującymi stereotypami uniemożliwiają normalne funkcjonowanie seksualne [29]. Potrzeby seksualne osób po urazie rdzenia kręgowego nie różnią się jednak od potrzeb ludzi zdrowych. Życie intymne wymieniane jest jako bardzo istotny element życia osób po urazie rdzenia, zaraz po rodzinie, dobrobycie psychicznym i finansowym [30]. W badaniu Anderson 681 osób po urazie (75% stanowili mężczyźni) odpowiadało na pytanie „Jaką spośród utraconych funkcji chciałoby odzyskać?” (należało wybrać tylko jedną funkcję). Dla paraplegików funkcje seksualne były najczęściej wskazywaną odpowiedzią, dla tetraplegików znalazły się one na drugim miejscu, po sprawności rąk [31]. Żywe zainteresowanie tą sferą życia można także zauważyć na forach internetowych poświęconych osobom po urazie rdzenia kręgowego, gdzie temat życia seksualnego jest jednym z najczęściej poruszanych [32, 33].

Wbrew błędnej opinii nadal panującej, zarówno wśród sporej części poszkodowanych, a także wśród osób odpowiedzialnych za ich leczenie i rehabilitację, dość duża część osób po urazie pozostaje aktywna seksualnie w różnym stopniu [13, 22, 24, 34,]. Największą aktywność seksualną zgłaszają osoby w stałych, długotrwałych związkach [35], najmniejszą – kobiety samotne w momencie wystąpienia urazu (77% kobiet niebędących w związku zgłasza małą lub znikomą aktywność seksualną) [6]. Jednocześnie większość spośród badanych zgłasza obniżenie satysfakcji z życia intymnego [4, 24, 36, 37]. Zaburzenia seksualne po urazie rdzenia mają charakter wieloprzyczynowy i wielopłaszczyznowy. Przerwanie połączenia pomiędzy ośrodkami seksualnymi znajdującymi się w mózgowiu (układ limbiczny, płat skroniowy, przyśrodkowa okolica przedwzrokowa i jądro przykomorowe podwzgórza [38] a ośrodkami autonomicznymi, znajdującymi się w rdzeniu kręgowym, powoduje zaburzenie fizjologicznej czynności seksualnej. Uraz rdzenia może prowadzić więc do zaburzeń pobudzenia seksualnego (u mężczyzn objawia się ono erekcją członka, u kobiet natomiast lubrykacją ścian pochwy i powiększeniem łechtaczki) i orgazmu zarówno w przypadku mężczyzn, jak i kobiet. Zaburzona zostaje też funkcja ejakulacji u mężczyzn [11]. Lokalizacja i stopień urazu rdzenia kręgowego mają istotny wpływ na charakter i stopień zaburzeń [39]. Prawidłowa reakcja seksualna

Sexuality after injury

Sexuality is a natural function of human organism, present in the life of each person. It constitutes one of the main factors driving to make personal connections and bonds of different character: biological, psychological, socio-cultural and hedonistic [15]. “Full development of sexuality is essential for individual, interpersonal and social well being” [16]. Factors influencing human sexuality are divided into [27]:

- biological factors → genetic conditioning (temper), physiological conditioning (hormones, sexual organ functions),
- psychological factors → personality, self-esteem,
- social factors → influence of the environment (stereotypes, respect for sexual rights).

Spinal cord injury can have a significant impact on all these factors. In the studies carried out by Anderson et al. in 2007 on the sample of 87 women with SCI, 74% of the women said that the injury caused a total loss of their sense of sexual worth and identity [28]. Due to the changes in the functioning of the sexual organ caused by the injury, complications in the functioning of other organs and systems, as well as the impact of the self-image after injury with the prevailing stereotypes, it is impossible for patients to take up a normal sexual life [29]. Sexual needs in people with SCI do not differ from healthy people's needs. Intimate life is considered one of the significant elements of life of people with SCI, proceeded only by family, mental and financial wellness [30]. Anderson's survey comprised 681 persons after SCI (75% were men and 25% women) who answered the question “which of the lost functions they would like to regain” (only one choice was possible). Paraplegics indicated mostly sexual functions, for tetraplegics sexual functions came second, with hand function [31]. A vivid interest in this aspect of life can be observed on the internet forums dedicated to people with spinal cord injury where the topic of sexual life is one of the commonest [32, 33].

Contrary to the false belief still prevailing among a large part of the injured and among people responsible for their treatment and rehabilitation, a great number of people after SCI is sexually active to varying degrees [13, 22, 24, 34]. According to the survey, the most sexually active are people who remain in stable and long-term relationships [35], whereas the least active are women who were single when the injury occurred (77% of single women reported little or very little sexual activity) [6]. At the same time a vast majority of the respondents report a decreased satisfaction of their sexual life [4, 24, 36, 37]. Sexual dysfunctions after the injury are of a multi-casual and multi-faceted character. Interruption of the connections between the sexual centers in the brain (limbic system, temporal lobe, medial eye fields and paraventricular nucleus of hypothalamus) [38] and the autonomic centers located in the spinal cord results in physiological sexual dysfunctions. That is why spinal cord injury can lead to disorders in sexual stimulation (i.e. erection of penis in men, whereas in women – lubrication of vaginal walls and enlargement of clitoris) and orgasm in both men and women. Also ejaculation function is disturbed in men [11]. The location and degree of spinal cord injury have a significant impact on the character and degree of complications [39]. A correct sexual reaction requires a coordinated overlapping of stimuli sent from the brain (psychogenic component of sexual arousal) and those activated by teasing erogenous zones (reflexive arousal component). A higher located injury in the spinal cord can cause a damage of descending pathways which carry

wymaga skoordynowanego nakładania się bodźców płynących z mózgowia (psychogenna składowa podniecenia) oraz tych wywołanych drażnieniem stref erogenicznych (odruchowa składowa podniecenia). Uraz na wyższych poziomach rdzenia kręgowego może prowadzić do uszkodzenia dróg zstępujących, niosących pobudzenie z mózgowych ośrodków pobudzenia seksualnego do ośrodka współczulnego, prowadząc do zniesienia psychogennej składowej podniecenia seksualnego.

O zachowaniu zdolności do osiągnięcia pobudzenia psychogennego może świadczyć zachowanie czucia w obszarze dermatomowym T11-L2 [5, 40]. Sipski, Alexander i Rosen, wykazali, że pacjenci, którzy odczuwają delikatny dotyk i ukłucie szpilką w tym właśnie obszarze są zdolni osiągać pobudzenie w odpowiedzi na fantazjowanie, wizualizacje erotyczne, bodźce słuchowe (pobudzenie psychogeniczne). Osoby, u których występuje brak czucia w tej okolicy, nie osiągały takiego pobudzenia [40]. Przy uszkodzeniu dolnych obszarów kręgosłupa istnieje natomiast ryzyko uszkodzenia ośrodka przywspółczulnego, co skutkuje zniesieniem zdolności do osiągnięcia pobudzenia odruchowego [39]. U osób z niecałkowitym uszkodzeniem rdzenia zaburzenia czynności seksualnych są rzadsze i zazwyczaj łagodniejsze niż w wypadku całkowitego poprzecznego urazu [24, 39, 41]. Zdolność do osiągnięcia erekcji po urazie zgłasza statystycznie 54-75% mężczyzn [42]. Zdolność do osiągnięcia lubrykacji występuje średnio u 55-65% kobiet [13]. Do osiągnięcia orgazmu przyznaje się 37-59% kobiet i 42-75% mężczyzn po urazie rdzenia, ale wyniki te są uzależnione od grupy i metody badawczej. Osoby z kompletnym przerwaniem ciągłości rdzenia rzadziej osiągają orgazm niż osoby z niecałkowitym uszkodzeniem [4, 6, 43, 44].

Samo zachowanie reaktywności ośrodków seksualnych nie musi oznaczać braku zaburzeń intymnych. U osób po urazie rdzenia kręgowego na zdrowie seksualne wpływa wiele innych czynników. Zaburzenia ruchowe i czuciowe mają ogromny wpływ na funkcje seksualne uzależnione głównie od rozległości porażenia i niedowładu. Osoby z porażeniem czterokończynowym dużo rzadziej uczestniczą w życiu intymnym niż osoby z paraplegią [2, 24]. Im więcej możliwości ruchowych, tym łatwiejsze staje się uczestnictwo w życiu intymnym. Dysfunkcja ruchowa może powodować utratę samodzielności, co znacznie utrudnia aktywność seksualną. Często nie jest możliwe samodzielne przyjmowanie odpowiednich pozycji podczas aktywności płciowej. Dużą barierą może być samodzielne przejście z wózka na łóżko [13]. Utrata kontroli nad własnym ciałem jest często przyczyną niskiego poczucia własnej wartości [9], a nawet poczucia aseksualności [2]. Atrofia mięśni powoduje poczuje wychudzenie porażonych kończyn, co często wywołuje zawstydzenie i strach przed nagością. Poczucie nieatrakcyjności towarzyszy w takim samym stopniu kobietom, jak i mężczyznom [2]. Zaburzenia czucia także zniechęcają do podejmowania aktywności seksualnej większość osób po urazie. Nieodczuwanie stymulacji stref erogenicznych skutkuje zaburzeniem odruchowego pobudzenia seksualnego [24]. Brak wrażliwości okolic genitalnych występuje przy uszkodzeniach całkowitych na każdym poziomie. Niecałkowite uszkodzenie rdzenia może natomiast dać objawy przeczulicy lub niedoczulicy, co także utrudnia osiągnięcie przyjemności z kontaktów intymnych [15]. Równie znaczącymi czynnikami wpływającymi na zdrowie seksualne po urazie rdzenia są powikłania w funkcjonowaniu pęcherza i jelit. Stres związany z obawą o wystąpienie epizodów nietrzymania moczu i niekontrolowanej, mimowolnej defekacji podczas aktywności seksualnej skutecznie utrudnia kontakty płciowe [2]. Epizody nagłego

stimulation from the brain centers of sexual arousal to the parasympathetic centers, which results in elimination of a psychogenic component of sexual arousal.

If there is no loss of feeling at the thoracolumbar junction, i.e. between T11-L2, the patient retains ability to achieve psychogenic stimulation [5, 40]. Sipski, Alexander and Rosen showed that patients who feel a delicate touch and pin-prick in this area are able to be sexually aroused in response to erotic fantasies, visual or acoustic stimuli (psychogenic stimulation). People who had no feeling in this area did not achieve such arousal [40]. When the lower spinal parts are injured there is a risk of damage to the parasympathetic centers, which results in occurrence of inability to achieve autonomic arousal [39]. In persons with an incomplete spinal cord injury, sexual dysfunctions are less frequent and usually less serious than in the case of a complete transverse injury [24, 39, 41]. Statistically 54-75% of men with SCI report they are able to achieve erection [42]. On average 55-65% of women admit they are able to achieve vaginal lubrication [13]. Achievement of orgasm is reported by 37-59% of women and 42-75% of men with SCI; the discrepancy is due to various research samples and methods. People with a complete interruption of spinal cord achieve orgasm more rarely than those with an incomplete spinal cord injury [4, 6, 43, 44].

The fact that sexual centers are able to react does not necessarily mean that there are no complications in intimate spheres. A number of other factors affect sexual health of people with spinal cord injury. Movement and feeling disorders have enormous impact on sexual functions. The influence of motor dysfunctions depends mainly on the extent of paralysis and paresis. The patients with tetraplegia participate in intimate life more rarely than those with paraplegia [2, 24]. The more motor abilities the patient has, the easier is his or her participation in intimate life. Motor dysfunction can result in a loss of autonomy, which makes sexual activity more difficult. It happens frequently that patients are unable to assume on their own certain poses during a sexual activity. Even transferring from the wheelchair to the bed on their own can become for patients a barrier difficult to overcome [13]. Loss of body control is often the cause of a low self-esteem [9], and even of the feeling of being asexual [2]. Muscular atrophy causes a substantial emaciation of the affected limbs, consequently it evokes embarrassment and fear of being seen naked. The feeling of being unattractive is common to the same degree in both women and men [2]. Dysaesthesias also discourages a large number of patients from taking up sexual activity. Since they do not feel stimulation of erogenous zones, they suffer from disorders of autonomic arousal [24]. Lack of sensitivity of genital areas occur in complete spinal cord injuries at any level. Whereas incomplete spinal cord injury can give symptoms of paraesthesia or hypaesthesia, which also hamper their ability to experience pleasure in intimate contacts [15]. Equally important factors that affect sexual health of people with SCI are complications in bladders and intestines functions. Stress generated from fear of possible urinary incontinence and uncontrolled involuntary defecation during a sexual activity effectively deters from taking up any sexual activity [2]. Episodes of involuntary urination or defecation are listed by patients as very embarrassing, and hence discouraging [5, 24, 37].

A high degree of spasticity can also diminish the quality of intimate life [5, 24, 37]. Sexual arousal can increase symptoms of spasticity. Sudden muscle spasms effectively reduce pleasure during sexual contacts [2]. Another factor, extremely important among patients with a high spinal cord injury, affecting sexual activity is autonomic

nietrzymania moczu i stolca są wymieniane przez chorych jako bardzo wstydlive i skutecznie zniechęcające do jakiegokolwiek aktywności seksualnej [5, 24, 37].

Spastyczność znacznego stopnia także może obniżać jakość życia intymnego [5, 24, 37]. Pobudzenie seksualne może powodować wzmożenie objawów spastyczności. Nagłe spazmy mięśniowe skutecznie zmniejszają przyjemność podczas kontaktów płciowych [2]. Innym, niezwykle istotnym wśród pacjentów z wysokim urazem rdzenia, czynnikiem wpływającym na czynności seksualne są epizody dysrefleksji autonomicznej, które mogą towarzyszyć stosunkom seksualnym, będąc reakcją na pobudzenie seksualne, drażnienie stref erogenicznych lub orgazm. To znacznie obniża satysfakcję w tej sferze życia [2, 5]. Pojawienie się objawów dysrefleksji podczas stosunku płciowego wymaga natychmiastowego przerwania wykonywanych czynności. Brak skutecznych metod leczenia i zapobiegania czyni to powikłanie niezwykle kłopotliwym w kontekście aktywności seksualnej [5]. Na seksualność osób po urazie rdzenia kręgowego wyraźny wpływ mają także czynniki natury psychologicznej. Utrata panowania nad własnym ciałem skutkuje zaburzeniami postrzegania siebie [2]. Obraz własnej osoby nagle zostaje zakłócony [45], co powoduje drastyczne obniżenie poczucia własnej wartości i atrakcyjności. Zmiana samooceny wpływa z kolei na zaburzenie życia społecznego pacjenta, pogorszenie stosunków z innymi. Osoby po urazie mogą czuć się niefunkcjonalne i nieużyteczne, także pod względem seksualnym, a ogólnie przyjęte wzorce osobowościowe i stereotypy tylko pogłębiają to wrażenie [45]. Okoliczności związane z procedurami leczniczymi i pielęgnacyjnymi (np. cewnikowanie, czy ręczna ewakuacja kału) powodują poczucie utraty intymności [46]. Zaburzenia samooceny powodują utratę libido, co skutkuje „automatycznym wyłączeniem z naturalnego cyklu życiowego” [45]. Brak umiejętności obiektywnego spojrzenia na własne ciało wpływa na wykształcenie nowego typu zachowań seksualnych, który cechuje większa obronność i pasywność [45]. Gniew, agresja, rozżalenie są często przyczyną zaburzeń w funkcjonowaniu związków partnerskich, a z kolei zakłócony obraz własnej osoby utrudnia zawieranie nowych znajomości oraz znalezienie właściwego partnera [13, 29].

Wśród funkcji seksualnych, na jakie znacząco wpływa uraz rdzenia, jest także prokreacja. Jak pisał Lew-Starowicz: „posiadanie potomstwa jest jednym z głównych powodów, dla których ludzie są aktywni seksualnie” [47]. Uraz rdzenia wpływa szczególnie na funkcje rozrodcze mężczyzn. Statystycznie tylko 10% mężczyzn po urazie rdzenia ma zdolność do naturalnego zapłodnienia swojej partnerki [48]. Przyczyny niepełności mężczyzny po urazie to zaburzenia ejakulacji i pogorszenie jakości spermy. Tylko 15% mężczyzn z całkowitym urazem rdzenia jest zdolnych do osiągnięcia wytrysku nasienia na zewnątrz [17]. 55% z niecałkowitym urazem zachowuje tę zdolność. Częstym powikłaniem urazu jest wsteczna ejakulacja, będąca wynikiem braku skurczu zwieracza wewnętrznego [17]. Uraz wpływa także na zmianę jakości nasienia. Znane mechanizmy powodujące spadek ruchliwości i efektywności plemników to: przebyte infekcje dróg moczowych, zapalenie najądrza, przegrzewanie moszny (pozycja siedząca), nieregularne opróżnianie pęcherzyków nasiennych oraz wytworzenie przeciwciał przeciwko plemnikom (teoria nie do końca wyjaśniona) [17, 49]. U kobiet po urazie nie ma fizjologicznych powikłań płodności. Zatrzymanie miesiączkowania w początkowym okresie pourazowym trwa około pół roku. Powrót miesiączki zazwyczaj oznacza uregulowanie gospodarki hormonalnej w organizmie kobiety i możliwość zajścia w ciążę [11].

dysreflexia, episodes which can occur during sexual intercourse as a reaction to sexual arousal, erogenous zone teasing and orgasm. As a result, the sexual satisfaction is substantially reduced [2, 5]. Occurrence of the symptoms of autonomic dysreflexia during a sexual intercourse requires an immediate arrest of the activity. Lack of an effective treatment and prevention makes this complication extremely perplexing as far as the sexual life is concerned [5]. Also factors of psychological nature have a strong impact on the sexuality of people after spinal cord injury. Loss of body control results in disturbances in self-perception [2]. Suddenly the body image changes [45], which causes a dramatic fall in self-esteem and self-perceived attractiveness. Consequently, such a change in self-evaluation has a negative influence on the patient's social life – worse relationships with others. People with SCI can feel they are non-functional and useless, as sexual partners as well; moreover, generally accepted personality patterns and stereotypes will enhance this impression [45]. Circumstances related to treatment and nursing procedures (e.g. catheterization, manual evacuation of faeces) cause loss of intimacy [46]. Disturbances in self-assessment lead to loss of libido, which is the cause of “an automatic exclusion from natural life cycle” [45]. Lack of ability to assess objectively their own bodies generates new types of sexual behaviors that are more defensive and passive [45]. Anger, aggression, resentment are often a cause of disturbances in functioning of couples, whereas a distorted self-image prevents patients from making new friends and finding the right person as a life partner [13, 29].

Procreation is another sexual function influenced by the spinal cord injury. Lew-Starowicz writes that “having offspring is one of the main reasons why people want to be sexually active” [47]. Spinal cord injury affects especially the man's reproductive function. Statistically only 10% of men with spinal cord injury are capable of fertilizing a woman naturally [48]. The reasons of infertility of men with spinal cord injury include disorders of ejaculation and deterioration of sperm. Only 15% of men with complete spinal cord injury are able to release semen out [17], whereas 55% of men with incomplete spinal cord injury maintain this ability. A frequent complication of injury is retrograde ejaculation, which results from lack of contraction of the internal sphincter [17]. Spinal cord injury has an influence on the semen quality changes. The known mechanisms causing a fall in sperm motility and effectiveness include: past urinary tract infections, epididymitis, overheating the scrotum (sitting position), irregular emptying of seminal vesicles and developing antibodies against sperm (the theory has not been explained yet) [17, 49]. In women with spinal cord injury no physiological fertility complications occur. In the post-injury period menstruations stop for about six months. Menstruation come-back is a symptom of regular endocrine in the woman's organism and a possibility of pregnancy [11].

Potrzeba rehabilitacji seksualnej

Wobec znaczącego wpływu jakości zdrowia seksualnego na satysfakcję życiową chorych po urazie rdzenia kręgowego, a także wielopostaciowości i wieloprzyczynowości zaburzeń seksualnych tych chorych oczywista wydaje się konieczność jak najszybszego traktowania tego powikłania [7]. Potrzeba wprowadzenia rehabilitacji seksualnej do terapii osób po urazie rdzenia została zauważona już w latach czterdziestych XX wieku, gdy liczba młodych mężczyzn z urazem rdzenia gwałtownie wzrosła (weterani II wojny światowej). W 1944 roku w Stoke Mandevill w Anglii powstał pierwszy Ośrodek Leczenia Zaburzeń Seksualnych dla mężczyzn po urazie rdzenia. Stosunkowo gwałtowny wzrost zainteresowania rehabilitacją seksualną osób po urazie nastąpił w latach siedemdziesiątych, głównie w Stanach Zjednoczonych, co manifestowało się wieloma publikacjami na ten temat w prasie naukowej. Artykuły z tego okresu na przykład: „Sexual Adjustment of Spinal Cord Injury Patients” – Lovitt’a (1970), „Sex among Patients with Spinal Cord and/or Cauda Equina Injuries” – Comarr’a (1973), „Sexual Problems in Disorders of the Nervous System” – Silver’a (1975), „Sexual Adjustment of Spinal Cord Injured Women” – Bregman’a (1978) skupiały się głównie na przedstawieniu mechanizmu powikłań seksualnych u osób po urazie i teoretycznych założeniach terapii seksualnej. Skuteczność leczenia zaburzeń seksualnych, nie tylko osób po urazie rdzenia kręgowego, była jednak wciąż niewielka. Przełomem stało się opracowanie skutecznych sposobów do walki z zaburzeniami erekcji – iniekcji papaweryny do ciał jamistych członka (r. 1982) i aparatów próżniowych (r. 1986). Od 1982 r. rozpoczął się też ukazywać specjalistyczny periodyk „Sexuality and Disability”, co ułatwiło dostęp do wiedzy na temat powikłań seksualnych i zwiększyło zainteresowanie tym tematem specjalistów różnych dziedzin [11]. W 1986 r. Światowa Organizacja Zdrowia wydała dokument podkreślający znaczenie seksualności w życiu każdego człowieka, także niepełnosprawnego fizycznie. Jednocześnie zwrócono w nim uwagę na to, jak bardzo zaniedbaną dziedziną jest rozwiązywanie problemów intymnych osób niepełnosprawnych [46]. Wynikiem tego był intensywny wzrost badań prowadzonych nad licznymi aspektami seksualności osób po urazie rdzenia. Coraz częściej pojawiały się także publikacje naukowe podkreślające potrzebę wprowadzania rehabilitacji seksualnej do terapii para- i tetraplegików [30, 35, 50, 51, 52].

Z czasem opinia publiczna zaczęła zauważać potrzeby seksualne osób niepełnosprawnych. Odważną manifestacją seksualności osób po urazie rdzenia była, na przykład, sesja zdjęciowa dla magazynu Playboy paraplegiczki Ellen Stohl, która stała się inspiracją dla wielu kobiet po urazie dla poszukiwania swojej kobiecości pomimo następstw urazu [13]. Temat rehabilitacji seksualnej poruszany był także coraz częściej na konferencjach i seminariach medycznych [26]. Jednym z nich było zorganizowane w marcu 1992 r. w Tel Avivie międzynarodowe seminarium naukowe pod nazwą „Sexuality and disability”. Brało w nim udział ponad 200 osób, z 14 krajów, także z Polski. Uczestniczyli specjaliści z różnych dziedzin: rehabilitacji, seksuologii, urologii, ginekologii, psychologii, pedagogiki, endokrynologii, itd. Przedstawione tematy dotyczyły powikłań seksualnych w różnych jednostkach chorobowych, a także metod terapii seksualnej w rehabilitacji. Głównym postulatem seminarium było podkreślenie roli i znaczenia rehabilitacji seksualnej w kompleksowym procesie terapeutycznym osób niepełnosprawnych, także osób po urazie rdzenia kręgowego [53].

Współcześnie potrzebę umożliwienia życia seksualnego oraz poprawy jego jakości osób po urazie rdzenia kręgowego dostrzega już duża część przedstawicieli śró-

Need for sexual rehabilitation

Since there is a great influence of the quality of sexual life on the life satisfaction of people with spinal cord injury, the need to discuss thoroughly this complication is obvious, especially when its complexity – polymorphism and multi-causality – is taken into account [7]. The need to introduce sexual rehabilitation as a part of the therapy of people with spinal cord injury was identified in the 1940s, when a number of young men with spinal cord injury increased dramatically (World War 2 veterans). The first hospital ward where sexual dysfunctions of men with spinal cord injury was founded in 1944 in Stoke Mandevill in England. However, it was only in the 1970s, mainly in the US, that a relatively rapid growth of interest in sexual rehabilitation of people with injury was observed. It was manifested in a series of articles on the subject published in scientific journals, for example: “Sexual Adjustment of Spinal Cord Injury Patients” by Lovitt (1970), “Sex among Patients with Spinal Cord and/or Cauda Equina Injuries” by Comarr (1973), “Sexual Problems in Disorders of the Nervous System” by Silver (1975), “Sexual Adjustment of Spinal Cord Injured Women” by Bregman (1978); all of them focused on describing the mechanism of sexual complications in people with spinal cord injury and the theoretical assumptions of sexual therapy. Then effectiveness of sexual dysfunction therapy, not only after spinal cord injury, was still low. The turning point happened when two effective methods in the struggle against erectile disorders – papaverine injections to the corpus cavernosum of the penis in 1982 and vacuum apparatus in 1986 – were invented. In 1982, “Sexuality and Disability”, a journal specialized in the problem, was founded. Due to the journal it was easier to get information on the sexual disorders which were effects of various health complications and it aroused a great interest in the issue among specialists in various fields [11]. In 1986, the World Health Organization issued a declaration which underlined the importance of sexuality in everyman’s life, including the physically disabled. At the same time the declaration drew attention to the fact that little had been done to solve the intimate problems of people with disabilities [46]. Consequently, a number of studies on various aspects of sexuality of people with spinal cord injury increased significantly. There was also an increase in scientific publications underlying a need to introduce sexual rehabilitation to therapies of paraplegics and tetraplegics [30, 35, 50, 51, 52].

Over time the public opinion began noticing the sexual needs of people with disabilities. For example, a daring manifestation of people with SCI was a photographic session of paraplegic Ellen Stohl for Playboy magazine. She became inspiration for numerous women with SCI to search for their femininity despite the consequences of injury [13]. The issue of sexual rehabilitation became increasingly frequent on medical conferences and seminars [26]. It is worth mentioning the international scientific seminar “Sexuality and Disability” held in Tel Aviv in 1992. Over 200 people from 14 countries, including Poland, participated in it. The participants comprised specialists in various fields: rehabilitation, sexology, urology, gynecology, psychology, pedagogy, endocrinology, etc. Presented topics concerned sexual complications in varied diseases and various methods of sexual therapy in rehabilitation. The main objective of the seminar was to underline the role and importance of sexual rehabilitation in a complex therapeutic process of people with disabilities, including those with spinal cord injury [53].

Nowadays, the need to enable and improve the quality of sexual life of people with spinal cord injury is recognized by a great number of representatives of medical

dowisk medycznych na całym świecie [54]. Phelps i wsp. twierdzili, że terapia zaburzeń seksualnych osób po urazie powinna być rutynowym działaniem, takim jak na przykład postępowanie z pęcherzem neurogennym [35]. Poradnictwo seksualne powinno być, ich zdaniem pierwszym i jednym z najważniejszych elementów rehabilitacji seksualnej osób po urazie. Tę samą opinię przedstawiali już w 1983 r. Botvin Madorski i Dixon podkreślając jednocześnie, że pytania o czynności seksualne po urazie powinny pojawiać się już przy pierwszym badaniu neurologicznym i być tak samo naturalne, jak na przykład pytania o zaburzenia czucia [55]. Tepper twierdził, że zastosowanie programów edukacji seksualnej może przyspieszyć i ułatwić powrót do aktywności seksualnej po urazie. W swoich badaniach wykazał on, że pacjenci, którzy nie otrzymali żadnego wsparcia w rozwiązywaniu problemów intymnych podczas rehabilitacji potrzebują od 2 aż do 15 lat, aby powrócić do aktywności seksualnej po urazie [29].

Większość pacjentów nie zdaje sobie sprawy z następstw urazu, co potwierdzili w swym badaniu w 2002 r. Fisher i wsp. Wykazali oni, że w początkowym okresie po urazie wśród znacznej większości pacjentów, a szczególnie wśród mężczyzn, panowało przekonanie, że już nigdy nie będą mogli uczestniczyć w aktywności seksualnej [4]. Słuszna się więc wydaje opinia Kirenko i Lwa-Starowicza, którzy twierdzili, że poradnictwo seksualne może być już wprowadzane do programu terapeutycznego osób po urazie na etapie rehabilitacji szpitalnej. Pacjent po powrocie do domu może mieć bowiem ograniczony dostęp do potrzebnych, kompetentnych informacji [11]. O udostępnienie większej liczby rzetelnych informacji na temat możliwości poprawy życia seksualnego po urazie postulowali w swych pracach także Ferreiro-Velasco oraz Valtonen. Phelps w jednej ze swoich prac analizował główne obszary zainteresowania swoich pacjentów. Badani przez niego mężczyźni, wśród których większość była ok. 25 lat po urazie, za najważniejsze i najbardziej potrzebne uznali informacje o sposobach leczenia zaburzeń erekcji i możliwościach zwiększania satysfakcji seksualnej swojej oraz partnerki [35].

Potrzeba włączania terapii seksualnej w proces rehabilitacyjny wynika z wielu badań ankietowych przeprowadzanych od lat wśród osób po urazie, wskazujących ogromny wpływ satysfakcji seksualnej na jakość życia tych osób [4, 5, 8, 48, 50] oraz na szybkość procesu adaptacji do nabytej niepełnoprawności [4, 11, 48, 49]. Rehabilitacja seksualna przyspiesza odzyskanie równowagi psychicznej po urazie, pomaga w samoakceptacji, wpływa pozytywnie na obraz własnego ja, a także na przebieg rehabilitacji fizycznej i społecznej [7]. Udowodniono, że para- i tetraplegicy wykazujący udane życie intymne są bardziej aktywni społecznie [45], tworzą szczęśliwe związki partnerskie [35], rzadziej cierpią na depresję [55].

Model i zadania rehabilitacji seksualnej

Model rehabilitacji seksualnej opartej na wszechstronnej opiece nad pacjentem po urazie rdzenia został już zaproponowany w 1980 r. przez Jeana Hachena, dyrektora Szwajcarskiego Centrum Urazów Kręgosłupa (Swiss National Spinal Injuries Center) w Genewie. Według Hachana najważniejszą cechą skutecznej rehabilitacji seksualnej jest współpraca wszystkich członków zespołu rehabilitacyjnego z pacjentem i jego partnerem [54]. W skład zespołu, ze względu na złożoność powikłań seksualnych, mieli wchodzić zarówno lekarze – neurologi, urolodzy, ale także psycholog, pielęgniarka, terapeuta oddziałowy, rehabilitant i pracownik socjalny. W centrum terapii powinni znajdować się pacjent i jego partner. Powinni być diagnozowani i poddawani terapii wspólnie [47].

environment all over the world [54]. Phelps et al. claimed that sexual disorder therapy of people with SCI should be a routine practice, like it is, for example, in the case of a procedure with the neurogenic bladder [35]. According to them sexual counseling should be the first and one of the most important elements of sexual rehabilitation of people with SCI. The same opinion was already expressed by Botvin Madorski and Dixon in 1983; in addition, they underlined that patients with spinal cord injury should be asked questions concerning sexual activities already during the first neurological examination, and they should become as natural as the ones about sensory disturbances [55]. Tepper maintained that implementation of sexual education programs can accelerate and facilitate return to sexual activity after injury. In his studies he showed that patients who did not receive any help in solving their intimate problems during rehabilitation need from 2 up to 15 years to take up a sexual activity after injury [29].

Most patients do not realize what are the consequences of injury, which was confirmed by Fisher et al. in their 2002 survey. They showed that in the initial period after injury the vast majority of patients, particularly men, were convinced that they would never be able to reassume sexual activity [4]. Thus it seems that Kirenko and Lew Starowicz were right when they said that sexual counseling can be introduced into the therapeutic program of people with SCI already during rehabilitation carried out in hospital. When back at home, the patient can have a limited access to useful and reliable information [11]. Also Ferreiro-Velasco and Valtonen suggested in their publications that a greater amount of reliable information about possibilities for improving sexual life after injury should be provided. Phelps, in one of his studies, analyzed principal areas of his patients' interests. Asked about the most important and useful information, the respondents, mainly people 25 years after injury, indicated information about treatment methods for erectile disorders and possibilities of increasing their and their partners' sexual satisfaction [35].

The need to include a sexual therapy into rehabilitation process manifests itself also in the results of numerous surveys carried out for years among people with SCI, who indicate an enormous impact of sexual satisfaction on the quality of life after injury [4, 5, 8, 48, 50] and on the rate of the adaptive process to an acquired disability [4, 11, 48, 49]. Sexual rehabilitation accelerates patients' return to mental balance after injury, helps them to build self-acceptance, contributes to a positive self-image and has a beneficial effect on the process of physical and social rehabilitation [7]. It has been proved that paraplegics and tetraplegics who have good intimate lives are socially more active [45], have happy intimate relationships [35] and suffer from depression less frequently [55].

A model and tasks of sexual rehabilitation

A model of sexual rehabilitation based on comprehensive care of the patient with spinal cord injury was already presented in 1980 by Jean Hachen, head of the Swiss National Spinal Injuries Center in Geneva. According to Hachen, the most important feature of effective sexual rehabilitation is co-operation of all the members of the rehabilitation team with patients and their sexual partners [54]. Due to the complex character of the sexual complications, the team was to consist not only of physicians (neurologists, urologist), but also psychologist, nurse, hospital ward therapist, physiotherapist and social worker. Both patients and their partners should be present in the therapist center as they should undergo diagnosis and therapy together [47].

Inny model rehabilitacji seksualnej zaproponowany przez Stevensona, opublikowany 1986 r., podkreślał istotność podziału działań terapeutycznych na dwie grupy [25]:

I. dokładną analizę problemu, która możliwa jest dzięki zastosowaniu:

- 1) wywiadu,
- 2) dostępnych metod diagnostycznych.

II. właściwą terapię, w której możliwe jest działanie wykorzystujące pięć obszarów terapeutycznych:

- 1) poradnictwo,
- 2) metody medyczne,
- 3) metody fizykalne i fizjoterapeutyczne,
- 4) metody chirurgiczne,
- 5) metody eksperymentalne.

Stevenson również podkreślał istotność zebrania wywiadu nie tylko od poszkodowanego, ale także od jego partnera i bliskich. Wywiad w jego ocenie to najtrudniejszy element terapii, ponieważ osoba cierpiąca na powikłania seksualne często nie ma śmiałości o nich mówić. Terapia seksualna, według Stevensona powinna, być uzależniona od źródła problemu. Według niego tylko dokładne określenie jakie konsekwencje w funkcjonowaniu seksualnym wywołał uraz, pozwala na właściwy dobór odpowiedniej metody terapeutycznej [25].

Romano i Lassiter proponowali z kolei wprowadzenie terapii grupowej do systemu działań rehabilitacji seksualnej osób po urazie rdzenia. W opracowanych przez nich spotkaniach brały udział zarówno osoby po urazie rdzenia, jak i ich partnerzy. Głównym celem tego typu terapii było podnoszenie wiedzy na temat funkcjonowania seksualnego po urazie oraz modyfikowanie błędnych stereotypów [11]. Korzyścią takiego postępowania była pewnego rodzaju anonimowość. Spotkania grupowe, w przeciwieństwie do terapii indywidualnej, nie wymagały dzielenia się swoimi problemami z innymi, a jednocześnie pozwalały pacjentom zdobyć potrzebne informacje.

Virginia Johnson i William Masters do terapii zaburzeń seksualnych, także wśród osób po urazie rdzenia, wprowadzali natomiast metody treningowe [54]. Dokładna analiza reakcji pobudzenia seksualnego pozwoliła na określenie, jakie mechanizmy warunkują wystąpienie erekcji, podniecania i orgazmu. Trening z partnerem pozwalał na znalezienie właściwych form ekspresji seksualnej i poprawę życia intymnego pacjentów [47].

Współcześnie rehabilitacja seksualna jest połączeniem terapii integralnej, opartej między innymi na wymienionych modelach oraz terapii medycznej wykorzystującej nowoczesne metody diagnozowania, farmakoterapii i chirurgii [54]. Podobnie jak w modelu Stevensona podkreśla się bardzo ważną rolę dobrze postawionej diagnozy. Ocena pacjenta we współczesnie opisanym modelu rehabilitacji seksualnej opiera się na [11, 56]:

- wywiadzie, który powinien obejmować nie tylko problemy seksualne występujące od momentu uszkodzenia rdzenia, ale także jakość życia intymnego przed wystąpieniem urazu. Podkreśla się rolę partnera jako cenne źródło informacji;
- badaniu somatycznym → obejmującym badanie neurologiczne (odruchy brzuszne, nosidłowe, odbytowe, odruch opuszkowo-jamisty, ocena czucia), badanie członka, jąder, badanie ginekologiczne;
- badaniu testowym → spośród wielu dostępnych skal i kwestionariuszy służących do oceny funkcjonowania seksualnego, dla badania osób po urazie najbardziej pomocnicze są:
 - Inwentarz Interakcji Seksualnej (IIS) – oceniający 17 „aktualnych zachowań seksualnych”; oceną obejmuje się obojga partnerów seksualnych i dokonuje się pomiaru: przyjemności i zadowolenia z kontak-

Another sexual rehabilitation model was suggested by Stevenson in his work published in 1986. He underlined the importance of the division of therapeutic activities into two groups [25]:

I. A detailed analysis of the problem, which is possible through:

- 1) interview,
- 2) available diagnostic methods.

II. A proper therapy when it is possible to use five therapeutic areas:

- 1) counseling,
- 2) medical methods,
- 3) physical and physiotherapeutic methods,
- 4) surgical methods,
- 5) experimental methods.

Stevenson underlined the key role of collecting information not only from the injured but also from their partners, close relatives and friends. An interview is, in his opinion, the most difficult element of the therapy, because the person suffering from sexual complications does not dare speak about them. Sexual therapy, according to Stevenson, should be related to the source of the problem, as only an exact diagnosis of the consequences the injury caused in sexual functioning makes it possible to choose an appropriate therapeutic method [25].

On the other hand, Romano and Lassiter suggested introducing group therapy as an element of the sexual rehabilitation activity system applied to people with spinal cord injury. Both the injured and their partners took part in the meetings arranged according to the authors' ideas. The main objective of such therapy was to increase the knowledge about sexual functioning after injury and to overcome stereotyped thinking [11]. The advantage of this procedure was some kind of anonymity. Group meetings, contrary to individual therapy, are not based on sharing one's experience and problems with others, but they provide patients with necessary information.

Virginia Johnson and William Masters introduced training methods to therapies of sexual disorders, including those caused by spinal cord injury [54]. An exact analysis of sexual arousal reaction made it possible to determine what mechanisms are involved in erection, arousal and orgasm. Training with the partner is a way to find right forms of sexual expression and improve the patient's intimate life [47].

Nowadays, sexual rehabilitation is a combination of integral therapy based on, among other things, the above mentioned models and medical therapy with the use of modern methods of diagnosis, pharmacotherapy and surgery [54]. Like in Stevenson's model, the importance of a good diagnosis is underlined. Evaluation of the patient in the modern sexual rehabilitation model is based on [11, 56]:

- an interview, which should include not only sexual problems occurring after injury, but also the quality of intimate life before the injury occurred. The partner's role in providing precious information is emphasized;
- somatic examination → comprises a neurological examination (abdominal, cremasteric, anal reflexes, bulbo-cavernous reflex, assessment of sensation), penis and testicular examination, gynecological examination;
- tests → out of numerous inventories and questionnaires used to assess sexual functions, the most useful in the case of spinal cord injury are:
 - Sexual Interaction Inventory (SII) – assesses 17 "current sexual behaviors"; both partners are evaluated and the following criteria are measured:

tów seksualnych, samoakceptacji, oceny zachowań seksualnych, skali osiągniętej przyjemności, wiedzy o preferencjach partnera i stopnia akceptacji partnera,

- Kwestionariusz Seksualnej Postawy i Informacji (SAIQ) przystosowany dla osób po urazach przez Brockway'a i Stegera – w badaniu osób po urazie rdzenia powinien on być stosowany razem z IIS;
- badaniach laboratoryjnych i klinicznych → obejmujących badania hormonalne (stężenie testosteronu, FSH, prolaktyny, LH), badanie krwi, badanie nasienia, USG narządów miednicy, jąder i prostaty, diagnostyczne iniekcje do ciał jamistych członka;
- badaniach specjalistycznych → wśród których wyróżniamy na przykład: pomiar ciśnienia krwi w członku, monitorowanie nocnych erekcji, badanie potencjałów aktywności elektrycznej z ciał jamistych, EEG, wywołanie potencjałów ruchowych z nerwu sromowego, termografię, monitorowanie dopochwowe, telemetrię (reaktywność w trakcie kontaktu intymnego).

Właściwa terapia opiera się natomiast w dużej mierze na farmakoterapii [35], chociaż wykorzystuje się także [11]:

- metody edukacyjne i behawioralne, takie jak:
 - libroterapię,
 - metody audiowizualne,
 - metody treningowe ukierunkowane na rozwijanie wrażliwości zmysłowej nowych stref erogennych,
 - treningi z partnerem,
- psychoterapię – indywidualną, z partnerem, a także grupową,
- niektóre elementy fizykoterapii – elektroterapię, akupresurę ciała i ucha, akupunkturę, hydroterapię, mechanoterapię.

Coraz rzadziej sięga się do metod chirurgicznych [57]. Bardzo istotne jest interdyscyplinarne podejście do rehabilitacji seksualnej osób po urazie rdzenia, angażujące w terapię specjalistów różnych dziedzin, a także samego chorego, który bierze czynny udział w wyznaczaniu celu terapii i doborze właściwych metod leczniczych [11, 57]. Nadal podkreśla się potrzebę włączania partnerów do kolejnych etapów terapii. Szczególnie ważne jest zapewnienie im właściwej liczby informacji na temat wszystkich zmian w funkcjonowaniu seksualnym, które występują po urazie [58].

Do podstawowych zadań rehabilitacji seksualnej możemy zaliczyć [11, 25, 26]:

- wzbogacanie wiedzy seksualnej na temat różnych form ekspresji seksualnej, metod antykoncepcji, warunków koniecznych do osiągania satysfakcji seksualnej,
- rozwijanie świadomości własnego ciała,
- zapoznanie z technikami i sposobami leczenia zaburzeń seksualnych oraz zastosowanie techniki najbardziej odpowiadającej pacjentowi,
- eliminowanie powikłań utrudniających aktywność seksualną,
- eliminowanie strachu i innych uczuć negatywnych, utrudniających życie intymne,
- leczenie zaburzeń pobudzenia seksualnego, orgazmu i płodności,
- eliminowanie mitów i stereotypów, panujących w środowisku chorego, utrudniających udane życie seksualne,

Program rehabilitacji seksualnej powinien być wyznaczany dla każdego pacjenta indywidualnie. Wiek chorego, jego aktywność seksualna przed urazem, a także natura zaburzeń seksualnych mają wpływ na to, jakie działania terapeutyczne powinny być podjęte. Osoby będące w związku po inicjacji seksualnej mają inne potrzeby niż osoby

pleasure and satisfaction in sexual contacts, self-acceptance, sexual behavior assessment, scale of the pleasure achieved, knowledge about the partner's preferences and the extent to which the partner is accepted,

- Sexual Attitude and Information Questionnaire (SAIQ) adapted to people after injuries by Brockway and Steger; while examining people after spinal cord injury it should be used together with SII;
- Laboratory and clinic examinations → include hormone tests (testosterone, FSH, prolactins, LH levels), blood test, sperm analysis, pelvic ultrasound, testicular and prostate ultrasound examinations, diagnostic injection into the corpus cavernosum;
- Specialist examinations → include measurement of penile blood pressure, monitoring night time erections, corpus cavernosum electromyography, EEG, evoking motor potentials of the pudental nerve, thermography, vaginal monitoring, telemetry (reactivity during a sexual contact).

The therapy itself is based, to a large extent, on pharmacotherapy [35], though other measures are also used [11], for example:

- educational and behavioral methods such as:
 - librotherapy,
 - audiovisual methods,
 - training methods directed to develop sensory sensitivity of the new erogenous zones,
 - training sessions with the partner,
- psychotherapy – individual, with the partner and group therapy,
- selected elements of physiotherapy – electrotherapy, body and ear acupressure, acupuncture, hydrotherapy, mechanotherapy.

Surgical methods are less and less popular [57]. An interdisciplinary approach to sexual rehabilitation of people after spinal cord injury is very important. It involves specialists of varied fields and the patient him/herself who participates actively in setting the objectives of the therapy and choosing the right treatment methods [11, 57]. The co-operation with the partner at each stage of the therapy is still considered essential. It is particularly important to provide them with the right amount of information on all the changes in sexual functioning which occur after injury [56].

The fundamental tasks of sexual rehabilitation are as follows [11, 25]:

- to increase sexual knowledge regarding various forms of sexual expression, methods of contra-conception, necessary conditions to achieve sexual satisfaction,
- to develop body-consciousness,
- to learn techniques and methods of treating sexual disorders, and to apply the technique which is the most suitable for the patient,
- to eliminate complications that hamper sexual activity,
- to eliminate fear and other negative feelings hampering intimate life,
- to treat sexual arousal dysfunctions, orgasm and fertility disorders,
- to overcome stereotyped thinking and prejudices in the patient's environment which hamper a satisfactory sexual life.

A sexual rehabilitation program should be created individually for every patient. The patient's age, his/her sexual activity before injury, as well as the nature of sexual dysfunctions have an influence on the choice of therapeutic measures. People who have a stable relationship or are after sexual initiation, have other needs than the lonely persons, or sexually inactive [59]. Establishing the

samotne czy nieaktywne seksualnie [59]. Określenie zadań terapii dostosowanych do potrzeb pacjenta to warunek sukcesu rehabilitacji seksualnej [11].

Możliwości oddziaływania w zakresie rehabilitacji seksualnej

Poradnictwo seksualne (ang. *sexual counseling*) jest jednym z podstawowych i najbardziej rozpowszechnionych elementów rehabilitacji seksualnej [18, 35, 50, 60]. Celem poradnictwa jest reedukacja seksualna pacjenta, czyli odbudowanie „zdrowej seksualności” osób po urazie, dostosowanej do stopnia nabytej niepełnosprawności. Mitchel Tepper, tetraplegik, seksuolog zauważa: „wiele dowodów wskazuje na to, że wiedza seksualna i właściwa ocena swojej seksualności są ściśle powiązane ze zdolnością do osiągania przyjemności seksualnej. Wiedza jest siłą, napędzaną przez pewność siebie, która otwiera drzwi do seksualnej satysfakcji” [2]. Proces odbudowywania na nowo swej seksualności po urazie przebiega podobnie jak odkrywanie seksualności w okresie dojrzewania. Istotne więc jest dostarczenie pacjentowi jak największej liczby rzetelnych informacji i eliminowanie nieprawidłowych poglądów opartych na stereotypach [61].

Poradnictwo seksualne powinno swym działaniem obejmować dostarczanie informacji na następujące tematy [5, 44, 62]:

- mechanizm zaburzeń funkcji seksualnych i metod ich leczenia,
- możliwe powikłania i problemy spowodowane urazem negatywnie wpływające na seksualność oraz sposoby radzenia sobie z nimi (np. spastyczność, powikłania działania pęcherza i jelit, infekcje, dysrefleksja autonomiczna),
- alternatywne formy ekspresji seksualnej, nowe, możliwe pozycje, sposoby poprawy satysfakcji seksualnej,
- bezpieczne i skuteczne formy antykoncepcji (nie wszystkie dostępne metody są odpowiednie dla osób po urazie rdzenia),
- płodność, możliwość bycia rodzicem, zagrożenia ciąży i porodu,
- zmiany zachodzące w organizmie kobiet po urazie w czasie menopauzy.

Inicjatywa rozmowy na temat seksualności po urazie powinna wyjść ze strony członków personelu medycznego [62, 63]. Przełamanie tabu powinno nastąpić jak najwcześniej i nawet jeśli pacjent nie jest gotowy na zajmowanie się problemami seksualnymi na danym etapie procesu rehabilitacyjnego, ważne jest, by wiedział, do kogo w przyszłości może zwrócić się o pomoc [62].

Wszechstronny model poradnictwa seksualnego, stworzony w 1976 r. przez Annona, określał kolejność poszczególnych etapów działań informacyjnych. Jego nazwa – PLISSIT pochodzi od pierwszych liter nazw kolejnych etapów:

- P (ang. Permission) → Przyzwolenie,
- LI (ang. Limited Information) → Limitowane Informacje,
- SS (ang. Specific Suggestions) → Specjalistyczne Sugestie,
- IT (ang. Intensive Therapy) → Intensywna Terapia.

Przyzwolenie to rozpoczęcie rozmowy na temat zaburzeń seksualnych przez jednego z członków zespołu rehabilitacyjnego. Pacjent musi wiedzieć, że „ma prawo” do odczuwania potrzeb seksualnych i obawy o niemożność ich zaspokojenia. Wykorzystując odpowiednie okoliczności, należy zapoznać pacjenta z faktami medycznymi dotyczącymi zdrowia seksualnego po urazie. Ogólne informacje o seksualności para- i tetraplegików mogą pojawić się pod-

therapeutic tasks adapted to the patient's needs is the key to success in sexual rehabilitation [11].

Possibilities of effective sexual rehabilitation

Sexual counseling is one of the fundamental and most common element of sexual rehabilitation [18, 35, 50, 60]. The aim of sexual counseling is sexual re-education of the patient, i.e. rebuilding “healthy sexuality” in patients with SCI, adapted to the degree of the acquired disability. Mitchel Tepper, tetraplegic and sexologist, claims that “a lot of evidence indicates that sexual knowledge and an appropriate assessment of one's own sexuality are strictly related to the capacity of achieving sexual pleasure. The knowledge is a power driven by self-confidence that opens the doors to sexual satisfaction” [2]. The process of rebuilding one's sexuality after injury is similar to discovering it in the puberty. Therefore, it is important to provide the patient with a great amount of reliable information and at the same time to remove all the mistaken opinions based on stereotypes [61].

Sexual counseling should include providing information about [5, 44, 62]:

- Mechanism of sexual dysfunctions and methods of their treatment,
- Possible complications and problems caused by the injury which have a negative effect on sexuality and how to cope with them (e.g. spasticity, bladder and intestines dysfunctions, infections, autonomic dysreflexia),
- Alternative forms of sexual expression, new possible positions, ways to improve sexual satisfaction,
- Safe and effective forms methods of contra-conception (not all available methods are suitable for people with spinal cord injury),
- Fertility, possibility of becoming a parent, threats to pregnancy and during the delivery,
- Changes in the organism of a woman with SCI during menopause.

It should be a member of the medical staff the person who initiates a conversation on sexuality after injury [62, 63]. The taboo should be removed as soon as possible, even if the patient is not ready yet to think of his/her sexual problems at a given stage of the rehabilitation process; it is important for him/her to know where to seek medical advice in the future [62].

The comprehensive model of sexual counseling, created in 1976 by Annon, determined the order of providing information dividing them into different stages. Its name – PLISSIT – comes from the initial letters of the names of successive stages:

- P for Permission,
- LI for Limited Information,
- SS for Specific Suggestions,
- IT for Intensive Therapy.

Permission means a signal to start a conversation on sexual dysfunctions by one of the members of the rehabilitation team. The patient must know that “it is his/her right” to feel sexual needs and to have anxiety about inability to satisfy the needs. Taking advantage of some suitable circumstances, it is advisable to inform the patient about the medical facts regarding sexual health after injury. General information about sexuality of paraplegics and tetraplegics can be given during exercises improving their fitness, while taking care of the patient, or regular examinations. During an interview even delicate questions should not be avoided; they can regard the genital zone

czas ćwiczeń usprawniających, zabiegów pielęgnacyjnych, rutynowych badań. Zbierając wywiad także nie powinno się omijać pytań o zakres czucia genitalnego, odruch erekcji czy lubrykacji, częstość stosunków płciowych, występowanie orgazmów. Potraktowanie rozmów o seksualności po urazie jako rutynowego elementu rehabilitacji przyspiesza proces akceptacji niepełnosprawności i ułatwia pacjentowi podjęcie decyzji o szukaniu właściwej formy pomocy [55, 64]. Kolejny etap to dostarczanie limitowanych informacji, czyli takich, które są najbardziej przydatne pacjentowi. Powinny wynikać one zarówno z zaobserwowanych okoliczności, jak i z zapotrzebowania danej osoby (inne informacje dla kobiet, a inne dla mężczyzn) [55]. W kolejnym etapie – specyficznych sugestii następuje zapoznanie pacjenta z konkretnymi formami pomocy dostępnymi w przypadku jego zaburzenia. Przejście do tego etapu powinno nastąpić dopiero po zdefiniowaniu przez chorego problemu. Etap ten wymaga odpowiedniej wiedzy ze strony personelu, dlatego czasem właściwą „sugestią” jest przekierowanie chorego do odpowiednich specjalistów, zajmujących się powikłaniami, z którymi boryka się pacjent [64]. Ostatni etap to właściwa terapia. Jest ona indywidualnie dobrana do pacjenta, we współpracy z nim i często także z jego partnerem. Wykorzystuje się tu wszystkie dostępne metody terapeutyczne stosowane w zaburzeniach seksualnych [39, 55].

Współczesny model prowadzenia poradnictwa seksualnego, zaproponowany przez Davisa i Taylora to rozszerzony model PLISSIT – „Extended PLISSIT” („Ex-PLISSIT”). Zakłada on stosowanie przyzwolenia przed każdym przejściem do kolejnych etapów terapii, nie tylko na początku jej trwania. Dawanie pacjentowi odczuć, że „ma prawo” do zaspokajania jego własnych potrzeb w zakresie informacji i pomocy terapeutycznej to cel takiego podejścia. Umożliwia to indywidualne dobieranie zakresu informacji dostarczanych choremu w kolejnych etapach – etapie limitowanych informacji, specjalistycznych sugestii czy intensywnej terapii. Według Davisa i Taylora element wprowadzania jest najważniejszy w interakcji z pacjentem, gdyż jest to „dawanie mu szansy na otwarcie się”. Etap ten stwarza także okazję do oceny, czy pacjent jest gotowy na rozmowę o jego seksualności. Indywidualne podejście do pacjenta stwarza większe szanse na sukces przyszłej terapii [62, 64].

Poradnictwo powinno być dostosowane do doświadczeń seksualnych sprzed urazu, a także do wieku chorego. Przystępując do poradnictwa seksualnego wśród młodszej grupy poszkodowanych, należy wziąć pod uwagę ich „nie-dojrzałość seksualną” [65]. Nierzadko rozmowy o seksualności nastolatków doznających urazu należy przeprowadzić z ich opiekunami, którzy w obliczu wielu problemów i powikłań zapominają o intymnych potrzebach związanych z okresem dojrzewania płciowego ich podopiecznych [66]. Edukacja bliskich chorego to także bardzo istotny element rehabilitacji seksualnej. Życiowi partnerzy osób po urazie także muszą poznać wszystkie aspekty „nowej seksualności” osób po urazie, zarówno możliwe powikłania, jak i metody ich zapobiegania i leczenia [5, 58, 63]. Odpowiedzialność za poradnictwo spoczywa na wszystkich członkach zespołu rehabilitacyjnego, choć inne aspekty seksualności będą poruszane przez lekarza, a inne przez pielęgniarkę [60]. Fizjoterapeuta także może odgrywać ważną rolę w procesie edukacyjnym pacjenta. Stosunkowo długi czas, jaki fizjoterapeuta poświęca osobom po urazie rdzenia, od samego początku terapii pozwala na wytworzenie bliższej relacji z pacjentem, zdobycie jego zaufania [67].

Poradnictwo może przybierać także formę wykładów i szkoleń grupowych. W Polsce jest to najczęściej spotykana forma reedukacji seksualnej osób po urazie. Kilku-

sensitivity, erectile reflex, lubrication, frequency of sexual intercourse, occurrence of orgasm. Treating talks about sexuality after injury as a routine element of rehabilitation accelerates the process of acceptance of one's disability and facilitates the patient's decision to seek an appropriate form of help [55, 64]. The next stage means providing limited information, that is only the most useful to the patient at the moment. What information would be given should depend on the circumstances and personal needs of the patient (different for women and men) [55]. In the successive stage – Specific Suggestions – the patient is given specific forms of help available for his/her dysfunction. The patient should move on to this stage only after having defined his/her problem. This stage requires adequate knowledge from the staff, therefore sometimes a good solution is to send the patient to specialists who deal with the complications the patient suffers from [64]. The last stage is the real therapy, which is adapted to the individual needs of the patient with his personal help and often also with the help of the patient's partner. At this stage all available therapeutic methods are applied to treat sexual dysfunctions [39, 55].

The current model of sexual counseling, introduced by Davis and Taylor, is an extended PLISSIT model, called Ex-PLISSIT. It assumes that every time patients move on to the next stage, they should give consent for it, and not only at the beginning of the therapy. The aim of the approach is to make patients feel that they “are entitled” to satisfy their needs to receive information and therapeutic assistance. Due to this procedure it is possible to select the range of information that patients receive at each stage – limited information, specific suggestions and intensive therapy. Davis and Taylor maintain that the element of introduction is the most important in the interaction with patients, as it means “giving them a chance to open themselves”. In addition, this stage provides an opportunity to evaluate if patients are ready to talk about their sexuality [62, 64].

Counseling should be individualized taking into account the patient's sexual experience before the injury occurred and the patient's age. When starting sexual counseling for a group of younger people with SCI, one should take into consideration their “sexual immaturity” [65]. It is not rare to have a talk about adolescent sexuality in the presence of the people who are in charge of teenagers; one should realize that guardians, in the face of numerous problems and complications, tend to forget about their wards' intimate needs typical of adolescence [66]. Education of people who are around the patient is also an important element of sexual rehabilitation. Also life partners of people with SCI must know all the aspects of the “new sexuality” of people with SCI, that is both possible complications and methods of prevention and treatment [5, 58, 63]. Responsibility for counseling lies with all the members of the rehabilitation team, though physicians deal with one aspect of the problem and nurses with another [60]. The physiotherapist can also play an important role in the patients' educational process. Since the physiotherapist spends a lot of time with the patient with SCI, it allows him/her to establish a closer relationship with the patient and gain confidence [67].

Counseling can have a form of lectures and group training sessions. In Poland it is the most common form of sexual re-education of people with SCI. Such educational courses for paraplegics and tetraplegics are part of the active rehabilitation camps organized by the Foundation for Active Rehabilitation [68]. However, this form of counseling should be only an introduction to the real therapy [57]. Only an individual approach to sexual problems guarantees high effectiveness of

godzinne spotkania informacyjne dla para- i tetraplegików organizowane są przez Fundację Aktywnej Rehabilitacji w czasie obozów aktywnej rehabilitacji [68]. Taka forma poradnictwa powinna jednak być tylko wstępem do właściwej terapii [57]. Tylko indywidualne podejście do problemów seksualnych gwarantuje skuteczność wprowadzonych działań [11]. Kolejnym źródłem potrzebnych informacji mogą być artykuły medyczne, poradniki, broszury, filmy instruktażowe, do których osoby po urazie rdzenia powinny mieć łatwy i nieograniczony dostęp [24]. Wiele światowych organizacji wspierających osoby po urazie prowadzi darmowe wypożyczalnie książek i filmów dla para- i tetraplegików na temat zdrowia seksualnego po urazie [32, 33, 69]. Tworzone są także serwisy informacyjne w internecie, gdzie można uzyskać fachową poradę medyczną anonimowo. Jednym z najlepiej działających jest stworzony przez Mitchella Teppera Sexual Health Network (www.sexualhealth.com), gdzie porad seksualnych online udzielają lekarze, psycholodzy, seksuolodzy, urolodzy [70]. Ogólnodostępność i anonimowość są szczególnymi zaletami takiego właśnie postępowania informacyjnego.

Większa wiedza seksualna osób po urazie rdzenia oraz ich bliskich wpływa pozytywnie na satysfakcję z życia intymnego, pozwala na budowanie szczęśliwych, dobrze funkcjonujących relacji partnerskich, poprawia postrzeganie swej seksualności. Wszystko to skutkuje poprawą satysfakcji życiowej zarówno osób po urazie, jak i ich bliskich [44].

Kolejnym obszarem działań rehabilitacji seksualnej jest likwidowanie barier wynikających z potofizjologicznych i psychologicznych następstw urazu. Osiągnięcie sprawności funkcjonalnej i jak największej możliwej samodzielności pacjenta jest jednym z koniecznych warunków poprawy satysfakcji seksualnej [5]. Ważne są więc działania zwiększające sprawność ruchową osób po urazie. Na polepszenie funkcjonowania seksualnego mogą też wpływać ćwiczenia zwiększające ruchomość w stawach biodrowych oraz wzmacniające mięśnie w obrębie miednicy mniejszej. Ważne są także działania ograniczające występowanie spastyczności podczas aktywności seksualnej – ćwiczenia relaksacyjne czy znalezienie odpowiednich pozycji, w których spastyczność nie występuje lub nie zwiększa się [11]. Znalezienie właściwego programu postępowania z pęcherzem neurogennym i powikłaniami jelitowymi jest kolejnym warunkiem satysfakcji z życia intymnego [5]. Cewnikowanie oraz wypróżnianie się przed stosunkiem płciowym jest jednym z działań polecanych osobom po urazie rdzenia. Ważne jest także, aby nauczyć pacjenta rozmawiać z partnerem o powikłaniach, które mogą wystąpić podczas aktywności intymnej. Świadomość reakcji które mogą się pojawić w odpowiedzi na pobudzenie i czynności intymnej pozwala wyeliminować czynnik stresu, co wpływa pozytywnie na jakość kontaktów płciowych [13]. Innym, równie istotnym, obszarem działań poprawiającym zdrowie seksualne po urazie jest pomoc w odnalezieniu odpowiednich, satysfakcjonujących form aktywności seksualnej [11]. „Trenowanie doznań zmysłowych” zalecał mężczyznom po urazie rdzenia Sapire podkreślając jednocześnie znaczenie odkrywania nowych stref erogennych tworzących się w procesie kompensacji utraconych funkcji czuciowych [71]. Bardzo często u pacjentów po urazie dochodzi bowiem do przeniesienia stref erogennych na obszar, gdzie czucie jest zachowane [22]. Przy urazach na wysokości Th₂-Th₅ często dochodzi do znacznego uwrażliwienia brodawek sutkowych. Ich stymulacja może prowadzić do osiągnięcia orgazmu. Nowe strefy erogenne pojawiają się najczęściej na granicy obszaru unerwienia [2, 72]. Otwartość pacjentów na „poszukiwanie dogodnych form ekspresji seksualnej” także koreluje z większą satysfakcją z kontaktów intymnych [11].

the introduced measures [11]. Another source of useful information can be medical publications (articles, guides, brochures, instructive films), which should be easily and widely accessible to people after injury [24]. Numerous world organizations which support people after injury provide paraplegics and tetraplegics with a free book and film rental service so that they can learn about sexual health after injury [32, 33, 69]. The internet has turned out to be of great help as professional websites offer reliable medical advice and the access is anonymous. One of the best websites is Sexual Health Network (www.sexualhealth.com) created by Mitchell Tepper where sexual counseling is given by physicians, psychologists, sexologists, urologists [70]. Wide accessibility and complete anonymity are great advantages of this form of information propagation.

A greater sexual knowledge of people with SCI and of people around them has a beneficial effect on the satisfaction drawn from their intimate life; it allows them to establish good-working relationships with their partners, and it also improves the way they perceive their sexuality. Consequently, the life satisfaction of the patients with SCI and that of the people around them increase [44].

Another area where sexual rehabilitation is involved is overcoming the barriers caused by pathophysiological and psychological consequences of the injury. Achieving functional fitness and the highest possible level of autonomy is one of the indispensable conditions to increase sexual satisfaction [5]. Therefore, all the actions undertaken to develop physical fitness of people with SCI are very important. There are some exercises that can improve sexual functioning, for example, exercises increasing the hip mobility and strengthening pelvic muscles. All the activities that reduce the spasticity occurrence during sexual activity are important – relaxing exercises or finding suitable positions which reduce possibility of spasticity or even eliminate it at all [11]. To find an adequate procedure in the case of the neurogenic bladder and intestinal complications is another step further to increase intimate life [5]. Catheterization and defecation before sexual intercourse is one of the measures advised to people with spinal cord injury. It is essential to teach patients to talk to their partners about possible complications that can occur during a sexual activity. Being aware of the reactions that can happen in response to sexual arousal and activity makes it possible to eliminate the stress factor, which has a beneficial impact on the quality of sexual contacts [13]. Another equally important area of sexual rehabilitation is to help patients to find adequate, satisfactory forms of sexual activity [11]. “Train sensory perception” was the advice given to men with SCI by Sapire, who at the same time underlined the significance of discovering new erogenous zones that appear as a result of the compensation process when the usual sensory functions got lost [71]. It happens frequently that in people after injury erogenous zones shift to those parts of the body which are still sensitive to stimulation [22]. After spinal cord injuries in the region of Th₂-Th₅ a common reaction is hypersensitivity of nipples; in this case nipple stimulation can lead to orgasm. New erogenous zones tend to appear on the border area of innervations [2, 72]. If patients are open-minded and willing to “search for comfortable forms of sexual expression”, they are more satisfied with their intimate contacts [11]. It was proved that people who are eager to experiment in their sexual activity achieve orgasm more frequently than patients who do not accept new sexual experience [44]. Discovering new erogenous zones, new positions, other forms of stimulation make it possible to increase pleasure in intimate contacts [28].

Wykazano, że osoby skłonne do eksperymentowania częściej osiągają orgazm niż pacjenci zamknięci na nowe doświadczenia seksualne [44]. Odkrywanie nowych stref erogennych, nowych pozycji, innych form stymulacji pozwala na zwiększenie przyjemności w kontaktach intymnych [28].

Samostymulacja również może wpływać na poprawę jakości życia seksualnego, ponieważ pozwala na poznanie swojego ciała „na nowo” [73]. W jednym ze swoich badań Sipski wykazała, że kobiety zachęcane do samostymulacji i eksperymentowania zgłaszają znaczącą poprawę satysfakcji seksualnej nawet przy całkowitym przerwaniu ciągłości rdzenia [44]. Lew-Starowicz także wielokrotnie podkreślał w swoich pracach znaczenie samostymulacji dla zdrowia seksualnego, postulując jednocześnie za obaleniem mitu, że samostymulacja jest czymś niewłaściwym [26]. Masters i Johnston sugerowali wprowadzenie „asystentów seksualnych” (ang. *surrogate partners*) do terapii osób po urazie. Ich zadaniem miała być pomoc w znalezieniu nowych stref erogennych oraz nowych sposobów ekspresji seksualnej [58]. Asystenci seksualni byli wprowadzani do terapii seksualnej osób po urazie rdzenia w Szwajcarii, Holandii, Danii, jednak wiele kontrowersji związanych z ich działalnością nie pozwoliło na rozwój tej formy terapii [17]. Rehabilitacja seksualna powinna swoim działaniem obejmować też działania mające na celu zmianę sposobu myślenia o seksualności osób po urazach. Bardzo ważne jest zachęcanie chorych do aktywności, zwiększających ich poczucie atrakcyjności, poprawiających ich obraz własnego ciała, zwiększających poczucie seksualności [51]. Osoby pewne siebie częściej zgłaszają satysfakcję seksualną niż osoby o niskim poczuciu własnej wartości [74]. Dbanie o wygląd zewnętrzny, aktywność fizyczna, odpowiednia dieta, psychoterapia to działania wpływające pozytywnie na samocenę, a więc na satysfakcję seksualną [13].

Istotne mogą być również relacje z partnerem. Większa satysfakcja zgłaszana jest przez osoby po urazie pozostające w stałych związkach [35]. Zaufanie do partnera, poczucie bliskości to czynniki pozytywnie wpływające na jakość życia seksualnego osób po urazie tak samo jak wśród osób zdrowych [24]. Lysberg i Severinsson wspominają z kolei o konieczności rozdzielania roli osoby bliskiej (męża, żony) na opiekuna i partnera seksualnego. Codzienne uczestniczenie w czynnościach pielęgnacyjnych może w ich opinii zmniejszyć pociąg fizyczny obojga partnerów oraz obniżyć jakość ich życia intymnego [18]. Ważne wydaje się więc być zapewnienie osobom po urazie opieki psychologa czy też psychoterapeuty, który mógłby pomóc w rozwiązywaniu takich problemów [72].

Kolejnym, bardzo istotnym elementem rehabilitacji seksualnej jest leczenie powikłań czynności seksualnych wynikających z deficytu neurologicznego. Szczególnie duże postępy poczyniono w opracowaniu skutecznych metod leczenia zaburzeń erekcji mężczyzn po urazie. Dobór właściwej powinien być dostosowany indywidualnie do pacjenta [42]. Najbardziej popularną obecnie metodą jest stosowanie doustnych inhibitorów PDE-5 (fosfodiesterazy-5).

Obecnie dostępne są następujące preparaty:

- cytrynian sildenafilu (Viagra),
- vardenafil (Levitra),
- tadalafil (Cialis).

Leki te powodują relaksację mięśni gładkich ciał jamistych, co umożliwia napływ krwi skutkujący erekcją. Środki te nie wywołują erekcji, ale ją umożliwiają. Jest to jedna z najbardziej popularnych obecnie metod. Szczególnie często stosuje się sildenafil, gdyż jego wysoka skuteczność została potwierdzona wielokrotnie w badaniach naukowych [30, 42, 49, 50]. Czasem sildenafil może powodować ból, zawroty głowy, przekrwienie twarzy, choć objawy

Self-stimulation may also influence favorably the quality of sexual life, because in this way people learn their body “once again” [73]. In one of his studies Spiski showed that the women encouraged to use self-stimulation behaviors and to use experiments indicated a significant improvement in sexual satisfaction even when they had complete spinal cord injury [44]. Also Lew-Starowicz underlined several times in his works the importance of self-stimulation for sexual health and at the same time he condemned the prejudice which claims that self-stimulation is something dirty [26]. Masters and Johnston suggested introducing “surrogate partners” as a part of the therapy of people with SCI. Surrogate partners were to help patients to find new erogenous zones and new ways of sexual expression [58]. In fact, sexual assistants were introduced into the sexual therapy of people after spinal cord injury in Switzerland, the Netherlands and Denmark, but numerous controversies connected to their activity did not allow developing this form of therapy [17]. The sexual rehabilitation program should include activities whose aim is to change the way of thinking of people after spinal cord injury and their sexuality. It is fundamental to encourage patients to take up all activities that can increase their sense of attractiveness and sexuality, improve their body image [51]. In surveys self-confident people indicate more frequently their sexual satisfaction in comparison to people of low self-esteem [74]. Such activities as taking care of one's look, physical activity, good diet, psychotherapy have a beneficial influence on self-esteem and consequently, on sexual satisfaction [13].

Relationships with the partner can also be of great importance. People with SCI who have a stable relationship indicate a greater satisfaction [35]. Trust in the partner, a sense of intimacy are factors that have a beneficial effect on the quality of sexual life of people with SCI as well as it is in healthy people [24]. On the other hand, Lysberg and Severinsson think it is necessary to separate the roles of the partner (husband, wife) and the caregiver; one should be either a nurse or a sexual partner. They explain that daily routine connected with nursing activities can diminish physical attraction in both partners and lower the quality of their intimate life [18]. It seems fundamental to provide people with SCI with psychologist's or psychotherapist's assistance that can help solve similar problems [72].

Another very important element of sexual rehabilitation is treatment of the sexual dysfunctions caused by a neurological deficit. Exceptionally good progress was made in developing effective methods for curing erectile disorders in men with SCI. The choice of the most suitable one should be based on individual approach to every patient [42]. The most commonly used treatment is orally taken medicine – PDE-5 inhibitors (phosphodiesterase-5).

Currently the following drugs are available:

- sildenafil citrate (Viagra),
- vardenafil (Levitra),
- tadalafil (Cialis).

These drugs cause relaxation of smooth muscles of the corpora cavernosa, which allows blood to flow in and leads to erection. The pills do not evoke erection, but they make it possible. Currently, it is one of the most common methods; sildenafil is especially frequently used, because its high effectiveness has been confirmed by numerous scientific researches [30, 42, 49, 50]. It may happen that sildenafil evokes pain, vertigo, facial flushing, however these side effects are rather rare [30]. Contraindications to the use of inhibitors include first of all low blood pressure, as the drugs lower the blood pressure by circa 10 mmHg [49]. However, men with cardiac failure, prior myocardial

te występują bardzo rzadko [30]. Przeciwwskazaniem do stosowania inhibitorów jest obniżone ciśnienie krwi, gdyż leki te powodują dodatkowe obniżenie ciśnienia o około 10 mmHg [49]. Niewydolność krążenia, przebyty zawał serca, przebyty udar mózgu, niestabilna choroba wieńcowa też powinny być wskazaniem do stosowania innej metody [75]. Kolejną metodą o dużej skuteczności są iniekcje środków naczyniorozszerzających do ciał jamistych członka. Stosowane substancje to [17, 49]:

- papaweryna,
- prostaglandyna E1,
- fenyloamina,
- minoksidil.

Skuteczność tej metody jest także niezwykle wysoka (nawet do 95%) [17]. Objawy uboczne to blizny pojawiające się w miejscu wkłucia, infekcje, zwłóknienie ciał jamistych [48]. Występuje także ryzyko wystąpienia priapizmu (przetrwalej erekcji), dlatego terapię powinno się zaczynać od małych dawek [49]. Jednym z minusów tej metody wymienianych przez ankietowanych mężczyzn po urazie jest trudność w samodzielnym wykonaniu zastrzyku w przypadku niesprawnych rąk [60].

Nowym sposobem dawkowania prostaglandyny jest wszczepienie podajnika do cewki moczowej. (Metoda MUSE – Medicated Urethral System Erection), jednak skuteczność tej metody jest w dalszym ciągu nie do końca zadowalająca [49]. Jeszcze inne rozwiązanie stanowią aparaty próżniowe, wywołujące bierne przekrwienie ciał jamistych. Urządzenie to stosuje się razem z pierścieniem uciskowym u nasady członka, zatrzymującym odpływ krwi. Pierścień ten należy usunąć przed upływem 30 min. Metoda ta jest przeciwwskazana u osób przyjmujących leki przeciwkrzepliwie [17]. Kolejną metodę stanowią protezy członka, które obecnie są ostatecznością w walce z zaburzeniami erekcji [52]. Dostępne są protezy sztywne, półsztywne i hydrauliczne. Niestety infekcje i inne powikłania są stosunkowo częstym wskazaniem do usunięcia wstawionej protezy [17]. Istnieją jeszcze inne metody leczenia zaburzeń erekcji, jak na przykład akupunktura, preparaty johimbiny, elektrostymulacja (ośrodków znajdujących się w rdzeniu oraz w mózgowiu) [76] czy terapia polem magnetycznym [38], ale metody te nie są obecnie zbyt często stosowane [57]. Pomoc specjalistów w doborze najlepszej metody leczenia zaburzeń erekcji wydaje się szczególnie ważna, gdyż wobec tak dużej ilości dostępnych środków szanse na odzyskanie zdolności erekcyjnych po urazie są dziś bliskie 100%, pod warunkiem indywidualnego dostosowania terapii do chorego [50].

W przypadku zaburzeń lubrykacji pochwy u kobiet po urazie rdzenia można stosować różnego rodzaju żele i lubrykanty do użytku zewnętrznego [19]. Nie opracowano dotychczas żadnej innej skutecznej metody leczniczej, choć trwają prace nad opracowaniem Viagry dla kobiet. Sipski, Alexander, Rosen wskazali poprawę pobudzenia seksualnego kobiet po urazie w wyniku doustnej terapii sildenafilem [44, 75]. Prowadzone są także badania nad czopkami dopochwowymi zawierającymi fenyloaminę oraz żelami na bazie prostaglandyny [57].

Na zaburzenia osiągnięcia orgasmu są szczególnie narażone osoby z całkowitym przerwaniem ciągłości rdzenia. Pacjenci, którzy zgłaszają osiągnięcie orgasmu po urazie, zaznaczają jednocześnie, że jest on inny, gorszy niż przed wystąpieniem uszkodzenia [11]. Metody poprawiające zdolność do osiągnięcia orgasmu to działania poprawiające satysfakcję seksualną. Osoby zadowolone z jakości swoich kontaktów intymnych, posiadające większą świadomość własnego ciała, otwarte na poszukiwanie nowych sposobów osiągnięcia przyjemności są bardziej skłonne do osiągnięcia orgasmu [44].

infarction, prior stroke, unstable angina should also be cured with other methods [75]. One of these is a very effective method that consists in injection of vasodilators to the corpora cavernosa of the penis. Vasodilators include [17, 49]:

- papaverine,
- prostaglandin E1,
- phenylamine,
- minoxidil.

Effectiveness of this method is exceptionally high (up to 95%) [17]. There are some side effects like injection site scars, infections, cavernosal fibrosis [48]. Moreover, there is a risk of priapism (persistent erection), therefore the therapy should start from small doses [49]. One of the disadvantages of the method mentioned by men with SCI is the difficulty in giving themselves an injection when their hands are completely inefficient [60].

A new technique of dosing prostaglandin is to insert a pellet into the urethra (i.e. MUSE method – Medicated Urethral System Erection), however the effectiveness of this method is still not fully satisfactory [49]. Another possible solution is given by application of vacuum devices which evoke passive congestion of the corpora cavernosa. The device is applied together with a constriction ring placed at the base of the penis which arrests the blood flow. The ring has to be removed within 30 minutes. The method is contraindicated for men taking anticoagulants [17]. Penile implants represent a last resort as far as treatment of the erectile dysfunction is concerned [52]. A few types of penile implants are available: rigid, semi rigid and malleable. Unfortunately, infections and other complications are often the reason to remove the implanted prosthesis [17]. There are some other treatments of erectile dysfunction such as, for example, acupuncture, yohimbine mixtures, electro-stimulation of centers located in the brain and the spinal cord [76] and magnetic therapy [38]; however, these methods are not frequently used [57]. Specialist advice on the most adequate therapy of erectile dysfunctions seems to be particularly important. Due to a large number of available methods the possibility of regaining the erectile function after the spinal cord injury is close to 100% provided that the therapy is individually customized [50].

As far as the lack of vaginal lubrication in women with spinal cord injury is concerned, it is possible to apply various gels and lubricants for external use [19]. No other effective method has been invented yet, though a type of Viagra for women is being worked on. Spiski, Alexander, Rosen showed some improvement of sexual arousal in women with SCI in response to an oral sildenafil therapy [44, 75]. Other research is being conducted, for example, on vaginal suppositories containing phenylamine and on gels containing prostaglandins [57].

People with complete spinal cord injury have a much higher risk of orgasm dysfunction. The patients who say they achieve orgasm with SCI indicate that their orgasms are different, worse than before the injury occurred [11]. Methods increasing the ability to achieve orgasm focus on improvement of sexual satisfaction. People tend to achieve orgasm when they are satisfied with the quality of their intimate contacts, are more aware of their bodies and are willing to experiment with new ways of reaching sexual pleasure [44].

Having a possibility of effecting the improvement in sexual functioning is very helpful in family planning and infertility treatments. Treatment of infertility disorders in men after spinal cord injury is mainly based on methods consisting in obtaining semen samples, whereas so far there are no methods consisting in improving its quality.

Możliwości oddziaływania w zakresie usprawniania seksualnego to także pomoc w planowaniu założenia rodziny i terapia bezpłodności.

Leczenie zaburzeń płodności mężczyzn po urazie rdzenia kręgowego opiera się głównie na metodach pozyskiwania nasienia, nie ma natomiast dotychczas opracowanych sposobów, by poprawić jego jakość. Stosuje się następujące metody pozyskiwania spermy u mężczyzn po urazie rdzenia:

- samostymulacja,
- stymulacja urządzeniami wibracyjnymi,
- elektroejakulacja,
- biopsja nasieniowodu,
- wszczepienie zbiorników nasienia (w przypadku ejakulacji wstecznej).

Dwie pierwsze metody są nieinwazyjne i bezpieczne dla pacjenta, ale niestety nie są one dostępne dla wszystkich mężczyzn po urazie, gdyż wymagają zachowanej integralności ośrodków wytrysku. Skuteczność stymulacji wibracyjnej jest większa niż w przypadku samostymulacji [49, 77]. Elektroejakulacja natomiast wymaga znieczulenia, przynajmniej miejscowego, dlatego metoda ta nie może być stosowana przez pacjenta w domu w przeciwieństwie do wymienionych. Wysoka skuteczność elektroejakulacji sprawia jednak, że pomimo wszelkich niedogodności jest ona stosunkowo często stosowana [17].

Pozyskanie nasienia jest często początkiem skomplikowanej procedury zapłodnienia partnerki. W tym celu stosuje się współczesne techniki inseminacji dopochwowej oraz zapłodnienia pozaustrojowego [17]. Jednym z najczęściej zalecanych sposobów zapłodnienia partnerki przez mężczyznę po urazie jest połączenie samostymulacji urządzeniami wibracyjnymi i dopochwowej inseminacji nasienia. Metoda ta, po właściwym instruktazu, może być wykonywana samodzielnie w domu [49].

Uraz rdzenia nie stanowi przeciwwskazania do zajścia w ciążę, pomimo tego stosunkowo niewiele kobiet po urazie decyduje się na posiadanie dziecka. Jednym z powodów jest obawa przed zagrożeniami związanymi z ciążą, takimi jak [41]:

- zwiększone ryzyko wystąpienia odleżyn, z powodu wzrostu masy ciała,
- zaburzenia czynności krążeniowo-oddechowej → powiększająca się macica uciska na przeponę, co może być niebezpieczne szczególnie przy osłabieniu czynności mięśni międzybrownych, częściej też występują epizody dysrefleksji autonomicznej,
- zwiększenie ryzyka zakrzepicy żył głębokich,
- zwiększone ryzyko infekcji dróg moczowych,
- ryzyko porodu przedwczesnego,
- brak czucia skurczów porodowych, co ogranicza możliwość porodu siłami natury.

Inne powody wymieniane przez kobiety to: brak wsparcia ze strony bliskich [78], zbyt mała sprawność fizyczna uniemożliwiająca samodzielną pielęgnację dziecka [13], ale też trudność w znalezieniu lekarza, który poprowadziłby ciążę (tylko 36% spośród ankietowanych położników i ginekologów zgodziłoby się na opiekę ginekologiczno-położniczą nad kobietą po urazie) [78]. Ciąża kobiet po urazie rdzenia kręgowego określana jest często jako ciąża o podwyższonym ryzyku i wymaga szczególnej ostrożności [46]. Kobiety są przeważnie przyjmowane do szpitala już w 32-33 tygodniu ciąży, głównie ze względu na ryzyko przedwczesnego porodu [46]. Sam poród może także być niebezpieczny dla kobiety, szczególnie dla pacjentek z uszkodzeniem na wysokości powyżej Th₁₀ (ryzyko autonomicznej dysrefleksji). Najczęściej zaleca się więc poród przez cesarskie cięcie [46].

Komplikacje związane z zapłodnieniem partnerki, a także obawa o trudności w wychowaniu przyszłego potomka

The methods of obtaining sperm in men with spinal cord injury are following:

- self-stimulation,
- stimulation with vibrators,
- electroejaculation,
- biopsy of the vas deferens,
- implementation of semen (in the case of retrograde ejaculation).

The first two methods are non-invasive and safe for the patient, though not available for all men with SCI as they require fully functional ejaculatory organs. Effectiveness of stimulation with the help of vibrators is higher than self-stimulation [49, 77]. Electroejaculation requires anesthesia, at least local anesthesia, therefore it cannot be used by the patient at home, as it is the case in the first two methods. However, due to high effectiveness of electroejaculation, it is used quite frequently despite all the inconveniences [17].

Obtaining sperm samples is the beginning of a complicated process of artificial insemination of the female partner. To this end, modern vaginal insemination techniques and in vitro fertilization are used [17]. One of the most recommended methods of the female partner's fertilization by men with SCI is a combined method of stimulation with vibrators and vaginal insemination. The method can be done at home by the couple themselves after an appropriate instructions [49].

Spinal cord injury is not a contraindication to pregnancy. In spite of that, a relatively small number of women with SCI decide to have a child. One of the reasons is a fear of threats to pregnancy, such as [41]:

- Increased risk of occurrence of pressure sores owing to an increase in body mass,
- Cardio-respiratory dysfunctions → the growing uterus presses the diaphragm, which can be dangerous especially when the intercostals muscles are weak, moreover episodes of autonomic dysreflexia occur more often,
- Increased risk of deep vein thrombosis,
- Increased risk of preterm birth,
- Lack of contractions, which reduces a chance of giving a vaginal birth.

The other causes named by women are: lack of the support of the closest persons [78], insufficient physical fitness which makes it impossible to take care of the child [13], but also difficulties in finding a doctor who would follow the patient during her pregnancy (only 36% of the surveyed obstetricians and gynecologists would agree to have a patient with spinal cord injury) [78].

Pregnancy of woman with spinal cord injury is regarded as a high-risk pregnancy and as such requires an exceptionally good care [46]. The women are usually admitted to the hospital between the 32nd-33rd week of pregnancy, mostly due to the risk of preterm birth [46]. However, in some cases the childbirth can be dangerous to the mother, especially if the injury is located above Th₁₀ (a risk of automatic dysreflexia). That is why, in most of the cases a cesarean section is recommended [46].

Complications in fertilizing the female partner as well as a fear of difficulties the man will have to face while bringing up the off-spring are the reasons why only 20% of men with spinal cord injury want to have children [35]. At the same time it is underlined that the decision of having a child is more frequently taken by men with SCI than by women with a similar degree of injury [16]. Anderson et al. report that in their survey out of 87 women with SCI only 19.5% gave birth to a child; 80% of them were at least 10 years after the injury [28]. In Ghidini's survey nearly half (44%) of 114 women with SCI wanted to get pregnant, but 36%

sprawiają, że tylko 20% mężczyzn po urazie wykazuje chęć posiadania dziecka [35]. Jednocześnie podkreśla się, że decyzja o posiadaniu potomstwa jest częściej podejmowana przez mężczyzn po urazie niż wśród kobiet z podobnym uszkodzeniem [16]. W badaniu Anderson i wsp. na 87 ankietowanych kobiet tylko 19,5% urodziło po urazie. 80% spośród nich było co najmniej 10 lat po wystąpieniu uszkodzenia [28]. W badaniu Ghidini wśród 114 kobiet po urazie prawie połowa (44%) pragnęła zająć się ciążą, a 36% zdecydowało się na ciążę [78]. Fizjologiczne, psychologiczne i ekonomiczne konsekwencje urazu rdzenia sprawiają, że decyzja o posiadaniu potomstwa jest bardzo trudna nie tylko dla osób po urazie, ale także dla ich partnerów. Odpowiednie wsparcie ze strony personelu medycznego oraz bliskich oraz zapewnienie odpowiedniej ilości rzetelnych informacji pozwala osobom po urazie i ich partnerom podjąć decyzję o rodzicielstwie świadomie i odpowiedzialnie, a to wydaje się być najważniejszym krokiem do posiadania potomstwa [13].

Podsumowanie

Niejednokrotnie udowodniono, że poprawa życia seksualnego jest jedną z częściej wymienianych potrzeb osób po urazie rdzenia. Jednocześnie w badaniu Kennedy'ego, Lude'a i Taylor'a obejmującym 350 osób po urazie rdzenia kręgowego z terenu Niemiec, Szwajcarii, Austrii i Anglii potrzeba pomocy w rozwiązywaniu problemów seksualnych była oceniana jako najbardziej niezaspokojona w każdym z wymienionych krajów [21]. W raporcie wydanym w 2009 r. przez WHO/RHR (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research) i UNPFA (United Nations Population Fund) pod tytułem: „Promowanie Zdrowia Seksualnego i Reprodukcyjnego wśród Osób Niepełnosprawnych” podkreślano, że osoba niepełnosprawna ma takie same potrzeby i prawa seksualne jak osoby zdrowe, a przez swoją niepełnosprawność ma dużo więcej problemów w tej sferze życia, co nadal jest bardzo często ignorowane przez personel medyczny na całym świecie [79].

Forsythe i Horsewell w 2006 r. w swojej pracy pod tytułem: „Sexual rehabilitation of women with a spinal cord injury” wspominają o syndromie nazwanym „don't ask, don't tell” („nie ma pytania, nie ma informacji”). Personel medyczny niejednokrotnie nie porusza tematu zaburzeń w funkcjonowaniu seksualnym, dopóki pacjent sam nie wykaże zainteresowania tym aspektem rehabilitacji [5]. Powszechne unikanie tematyki zdrowia seksualnego przez specjalistów pracujących z osobami po urazie oraz zrozumiała trudność w poruszaniu tego tematu przez chorych sprawia, że pomoc oferowana osobom niepełnosprawnym w tym zakresie rehabilitacji jest znikoma [45]. Badanie Kreuter, Siösteen i Biering-Sørensen przeprowadzone w 2008 r. obejmujące 545 kobiet po urazie z Danii, Norwegii, Finlandii i Islandii wykazało, że aż 61% paraplegików nie otrzymało żadnej pomocy w rozwiązywaniu problemów seksualnych podczas programu rehabilitacyjnego [24]. Wynikać to może z niedostatecznej wiedzy i przygotowania personelu medycznego do pełnienia roli konsultantów seksualnych o czym wspominali między innymi, McGarvey i wsp. W swej publikacji podkreślali oni ważność wprowadzania podstaw teoretycznych rehabilitacji seksualnej do programu nauczania personelu medycznego różnych dziedzin [80]. Większa świadomość i wiedza seksualna wśród osób odpowiedzialnych za terapię paraplegików pozwala na efektywne poradnictwo seksualne, ale także zmniejsza uczucie zażenowania podczas rozmowy z pacjentem i pozwala na eliminowanie stereotypów dotyczących seksualności osób po urazie [56]. Cole

actually decided to get pregnant [78]. Due to physiological, psychological and economic consequences of spinal cord injury, the decision to have a baby becomes very difficult not only for people with SCI, but also for their partners. An adequate support of the medical staff and the persons close to the patient, as well as access to the right amount of the reliable information will help people after injury and their partners to make a conscious and responsible decision to become parents, which seems to be the most important step to have children [13].

Summing up

Quite a number of times it has been proved that improvement in sexual life is one of the most frequently named needs of people with spinal cord injury. At the same time Kennedy, Lude and Taylor in their survey which included 350 persons with spinal cord injury living in Germany, Switzerland, Austria and England, evaluated the need for assistance in solving sexual problems as the least fulfilled one in each of the mentioned countries [21]. In the report of WHO/RHR (World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research) and UNPFA (United Nations Population Fund) published in 2009 and entitled “Promoting sexual and reproductive health for persons with disabilities”, it was underlined that people with disabilities have the same needs and sexual rights as healthy ones, but in addition due to their disabilities they face far more problems in this sphere, which is still very frequently ignored by medical staff all over the world [79].

In 2006 Forsythe and Horsewell, in their work entitled “Sexual rehabilitation of women with a spinal cord injury” write about a syndrome called “don't ask, don't tell”. It happens very often that medical staff do not speak about sexual dysfunctions until patients themselves get interested in this aspect of rehabilitation [5]. Since it is a widespread custom that specialists working with people with SCI avoid taking up the topic, and in addition patients themselves find it difficult to talk about it, the assistance offered to the disabled in sexual rehabilitation is scarce [45]. Kreuter, Siösteen and Biering-Sørensen in their survey carried out in 2008 on the sample of 545 women with spinal cord injury living in Denmark, Norway, Finland and Iceland showed that 61% of paraplegics and tetraplegics had not received any help to solve their sexual problems during rehabilitation program [24]. This fact may result from insufficient knowledge and preparation of medical staff to play the role of sexual consultants, which was mentioned, among others, by McGarvey et al. In their work they underlined the importance of introducing some basic theoretical knowledge on sexual rehabilitation to school curricula training medical staff of different specializations [80]. The higher awareness and better sexual knowledge among people responsible for treatment of paraplegics and tetraplegics on the one hand, the more effective is sexual counseling and the lower level of embarrassment during a conversation with the patient, on the other hand. All these elements help to overcome stereotypes concerning sexuality of people with SCI [56]. Cole and Stevens, already in 1975, suggested improving sexual education among specialists in medical sciences.

i Stevens już w 1975 r. postulowali za lepszą edukacją seksualną wśród specjalistów dziedzin medycznych. Wykazali oni, że osoby, które przeszły szkolenie na temat możliwych zaburzeń seksualnych po urazie były bardziej skłonne do rozpoczynania rozmowy o tym aspekcie życia ze swoimi pacjentami [60].

Problem zbyt małego zainteresowania zdrowiem seksualnym osób po urazie zauważa wielu specjalistów, także w Polsce. Matwiejko i wsp. podkreślali, że niewystarczająca popularyzacja zagadnień seksuologicznych wśród chorych oraz lekarzy skutecznie utrudnia rozwiązywanie problemów seksualnych osób po urazie żyjących w naszym kraju [81]. Zauważalny jest także problem niedostatecznej liczby osób przygotowanych do udzielania pomocy w rozwiązywaniu problemów seksualnych osób po urazie rdzenia. Seksuologia jest przedmiotem rzadko wykładanym na polskich uczelniach kształcących osoby mające w przyszłości pracować w służbie zdrowia. Liczbę wszystkich lekarzy ze specjalizacją z seksuologii ocenia się na 100 osób, a specjalistów zajmujących się zaburzeniami w funkcjonowaniu seksualnym nie będących lekarzami na 150 osób, podczas gdy na przykład w Anglii pracuje około 2400 terapeutów seksualnych [54]. Zauważa się także wyjątkowo ubogi stan bazy naukowej polskiej seksuologii. Jedynie dwa ośrodki naukowe zajmują się powikłaniami seksualnymi: jeden w Śląskiej Akademii Medycznej, drugi na Wydziale Rehabilitacji AWF w Warszawie [54]. Konsekwencją jest bardzo mała liczba oryginalnych publikacji naukowych zajmujących się problemami seksualnymi osób po urazie rdzenia w języku polskim. Ogranicza to możliwość poszerzania wiedzy na temat funkcjonowania seksualnego para- i tetraplegików przez osoby odpowiedzialne za ich leczenie i rehabilitację.

Nadal pojawiają się także doniesienia o ignorowaniu potrzeby partnerów w procesie rehabilitacji seksualnej osób po urazie rdzenia kręgowego. Wspominają o tym w swoim badaniu Kreuter, Siösteen i Biering-Sørensen pisząc, że tylko 7% pacjentek spośród 545 badanych kobiet brało udział w terapii wraz z partnerem. Pozostałej większości nie zaproponowano nawet takiej możliwości (tylko 13% nie posiadało partnera w tym czasie) [24].

Zdrowie reprodukcyjne osób po urazie jest wciąż najbardziej zaniedbanym obszarem badań naukowych. Informacje dotyczące rodzicielstwa po urazie opierają się do tej pory głównie na opisach poszczególnych przypadków. Potwierdza to raport „Sexual Health Following Spinal Cord Injury” przygotowany przez SCIRE (Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence) [31]. Pomimo rozwoju technik pozyskiwania spermy mężczyzn po urazie oraz opracowania dokładnych wytycznych jak postępować z ciążą kobiet po urazie, wciąż bardzo mało para- i tetraplegików (-plegiczek) decyduje się na bycie rodzicem.

Zaburzenia seksualne mają złożony charakter i stanowią bardzo trudny obiekt badań [72]. Taylor i Davis pisali: „seksualność jest integralną formą osobowości człowieka, która jest indywidualna dla wszystkich (...), zdrowie seksualne wyraża się w odmienny sposób dla każdego człowieka, w zależności od czynników socjalnych, kulturowych, religijnych czy psychologicznych” [64]. Jednocześnie realizacja potrzeb płciowych jest bardzo istotnym elementem życia, także życia po urazie rdzenia.

Wnioski

1. Problemy intymne osób po urazie rdzenia wymagają kompleksowego podejścia terapeutycznego, obejmującego zarówno fizjologiczną, jak i psychologiczną sferę seksualności.
2. Seksualność jest istotnym elementem życia osób po urazie rdzenia.

They proved that people who had attended courses on possible sexual dysfunctions with SCI were more likely to initiate a conversation on this aspect of life with their patients [60].

The problem of scarce interest in sexual health of people with SCI is noticed by numerous specialists, in Poland as well. Matwiejko et al. underlined that the insufficient popularization of sexual issues among patients and physicians make it difficult to solve sexual problems of people with SCI living in Poland [81]. Another visible problem regards the insufficient number of persons trained to provide advice on solving various sex related difficulties of people with SCI. Sexology is a rare subject at the Polish universities which offer courses educating future medical staff. The number of all the physicians specialized in sexology is estimated at about one hundred, whereas the number of specialists who are not doctors but deal with sexual dysfunctions is approximately 150; few if compared to, for example, England where there are 2400 sexual therapists [54]. Another interesting observation regards an exceptionally poor state of the Polish sexology research base; only two research centers specialize in sexual complications: one is the Silesian Medical University, the other one is the Faculty of Rehabilitation, University of Physical Education in Warsaw [54]. As a consequence, there is a small number of original research publications concerning sexual problems of people after spinal cord injury in Polish. It limits the possibilities of propagating knowledge about sexual functioning of paraplegics and tetraplegics by people responsible for their treatment and rehabilitation.

It still happens that the needs of partners of people with SCI are ignored during rehabilitation process. For example, Kreuter, Siösteen i Biering-Sørensen report in their studies that only 7% of 545 female patients taking part in the survey underwent the therapy together with their partners. Such a chance was not even offered to the remaining vast majority (only 13% did not have a sexual partner in that period) [24].

Reproductive health of people with SCI is still the most neglected area of scientific studies. Information about parenthood after injury has been based on descriptions of individual cases, which is confirmed by the report “Sexual Health Following Spinal Cord Injury” written by SCIRE (Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence) [31]. Despite development of techniques of obtaining sperm from men with SCI and elaboration of exact indications how to treat a pregnancy of women after injury, still few paraplegics and tetraplegics decide to become parents.

Sexual dysfunctions have a complex character and are a difficult research object [72]. Taylor and Davis state that sexuality is an integral part of the personality of everyone, and so sexual health means different things to different people, which depends on social, cultural religious and psychological factors [64]. At the same time fulfilling sexual needs is an essential element of life, also after the spinal cord injury.

Conclusions

1. Intimate problems of people with spinal cord injury require a comprehensive therapeutic approach including both physiological and psychological aspects of sexuality.
2. Sexuality is an essential element of life of people with spinal cord injury.

3. Należy wprowadzać działania eliminujące błędne stereotypy na temat funkcjonowania seksualnego po urazie panujące zarówno wśród chorych i ich bliskich, jak i lekarzy oraz innych specjalistów dziedzin medycznych.
4. Rehabilitacja seksualna powinna być stałym elementem postępowania terapeutycznego po urazie. Należy ją dostosowywać indywidualnie do potrzeb pacjenta.
5. Konieczne wydaje się zwiększenie liczby specjalistów znających specyfikę zaburzeń seksualnych po urazie rdzenia. Podstawy teoretyczne rehabilitacji seksualnej powinny być wprowadzane do programu nauczania osób mających w przyszłości pracować z osobami po urazie.
6. Informacje dotyczące funkcjonowania seksualnego po urazie powinny być bardziej dostępne zarówno dla chorych i ich bliskich, ale także dla osób opiekujących się osobami po urazie. Istotne wydaje się zwiększenie zakresu działań edukacyjnych wśród osób po urazie i ich partnerów.
3. It is necessary to introduce measures whose aim is to eliminate mistaken stereotypes about sexual functioning of people with SCI present among patients, their loved ones, but also among doctors and other specialists in medical sciences.
4. Sexual rehabilitation should be a constant element of therapeutic process after injury. It must be customized.
5. It seems necessary to increase the number of specialists familiar with the specificity of sexual dysfunctions of people with SCI. Basic theoretical therapeutic knowledge should be introduced to school curricula which educate future medical staff that will work with people with SCI.
6. Information about sexual functioning after injury should be more accessible both to patients and their loved ones on the one hand and to staff who work with people with SCI on the other hand. It seems essential to increase the range of educational activities among people with SCI and their partners.

Piśmiennictwo

References

- [1] Marotta J. *Urazy rdzenia kręgowego. Neurologia Merrita*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław, 2000.
- [2] Karp G. *Life on Wheels, The A to Z Guide to Living Fully with Mobility Issues*. Demos Medical Publishing, New York 2009.
- [3] Jaracz K., Grabowska-Fudala B. *Jakość życia chorych z urazowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego. Postępy Rehabilitacji*, 2007, 1, 41-47.
- [4] Fisher T., Laud P., Byfield M., Brown T., Hayat M., Fiedler I. *Sexual Health After Spinal Cord Injury: A Longitudinal Study*. Arch. Phys. Med. Rehabil., 2002, 83, 567-573.
- [5] Forsythe E., Horsewell J. E. *Sexual rehabilitation of women with a spinal cord injury*, Spinal Cord, 2006, 44, 1221-1234.
- [6] Jackson A. B., Wadley V. *A multicenter study of women's self-reported reproductive health after spinal cord injury*. Arch. Phys. Med. Rehabil., 1999, 80, 167-175.
- [7] Lew-Starowicz Z. *Wyniki rehabilitacji seksualnej u pacjentów z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*. Postępy Rehabilitacji, 1994, Supl. 1, 173-177.
- [8] Lombardi G., Macchiarella A., Cecconi F., Aito S., Del Popolo G. *Sexual life of males over 50 years of age with spinal-cord lesions of at least 20 years*. Spinal Cord, 2008, 46, 1234-1241.
- [9] Middleton J., Tran Y., Craig A. *Relationship Between Quality of Life and Self-Efficacy in Persons With Spinal Cord Injuries*. Arch. Phys. Med. Rehabil., 2007, 88, 348-355.
- [10] Noonan V., Kopec J., Zhang H., Dvorak M. *Impact of Associated Conditions Resulting From Spinal Cord Injury on Health Status and Quality of Life in People With Traumatic Central Cord Syndrome*. Arch. Phys. Med. Rehabil., 2008, 89, 567-573.
- [11] Kirenko J., Lew Starowicz Z. *Seks po uszkodzeniu rdzenia kręgowego*. Wyższa Szkoła Umiejętności Pedagogicznych i Zarządzania, Ryki 2001.
- [12] Alpert M., Wisnia S. *Spinal Cord Injury and the Family*. Harvard University Press, London 2008.
- [13] Wilder E. *Wheeling and Dealing, Living with Spinal Cord Injury*. Harvard University Press, Nashville 2006.
- [14] Lagerquist S. *Nurse Notes: Psychiatric-Mental Health. Core content At-A-Glance*, Lippincott, New York 1997.
- [15] Radomski D. *Czynniki utrudniające realizację życia erotycznego osób niepełnosprawnych fizycznie*. Seksuologia Polska, 2005, 3, 1, 8-12.
- [16] WHO, World Association for Sexology 2002: *Deklaracja Praw Seksualnych*, Seksuologia Polska, 2003, 1, 1, 1-2.
- [17] Tederko P., Krasuski M., Kiwerski J. *Wpływ urazu kręgosłupa powikłanego zaburzeniami neurologicznymi na funkcje seksualne – dysfunkcje u mężczyzn*, Rehabilitacja Medyczna, 2007, 11, 4, 27-31.
- [18] Lysberg K., Severinsson E. *Spinal cord injured women's views of sexuality: A Norwegian survey*. Rehabilitation Nursing, 2003, 28, 276-284.
- [19] Matzaroglou C., Assimakopoulos K., Panagiotopoulos E., Kasimatis G., Dimakopoulos P., Lambiris E. *Sexual function in females with severe cervical spinal cord injuries: a controlled study with the Female Sexual Function Index*, Int. J. Rehabil. Res., 2005, 28, 375-377.
- [20] Nosek M. *National Study of Women with Physical Disabilities. Final Report*. Physical Medicine and Rehabilitation, 1997, 3, 234-241.
- [21] Kennedy P., Lude P., Taylor N. *Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples*. Spinal Cord, 2006, 44, 2, 1523-1534.
- [22] Ferreiro-Velasco M., Barca-Buyo A., Salvador de la Barrera A., Miguens X., Rodríguez-Sotillo A. *Sexual issues in a sample of women with spinal cord injury*. Spinal Cord, 2005, 43, 1654-1663.
- [23] Ide M., Fugl-Meyer A. R. *Life satisfaction in persons with spinal cord injury: a comparative investigation between Sweden and Japan*. Spinal Cord, 2001, 39, 1344-1353.
- [24] Kreuter M., Siösteen A., Biering-Sørensen F. *Sexuality and Sexual Life In Women With Spinal Cord Injury: Controlled Study*. J. Rehabil. Med., 2008, 40, 61-69.
- [25] Stevenson R. W. D. *Sexual Rehabilitation*. Can Fam Physician, 1986, 32, 1843-1847.
- [26] Lew-Starowicz Z. *Postępy w leczeniu zaburzeń seksualnych*. Postępy Psychiatrii i Neurologii, 1993, 2, 179-183.
- [27] Chodecka A. *Seksualność mężczyzn w okresie wczesnej dorosłości*. Seksuologia Polska, 2007, 5, 2, 542-551.

- [28] Anderson K., Borisoff J., Johnson R., Stiens S., Elliott S. *The impact of spinal cord injury on sexual function: concerns of the general population*. Spinal Cord, 2007, 45, 328-337.
- [29] Tepper M. *Life experiences that impede or facilitate sexual pleasure and orgasm in people with spinal cord injury*. Washington 2001.
- [30] Mittmann N., Craven B., Gordon M., MacMillan R., Hassouna M. i wsp. *Erectile dysfunction in spinal cord injury: a cost-utility analysis*. J. Rehabil. Med., 2005, 37, 98-112.
- [31] SCIRE: Spinal Cord Injury Rehabilitation Evidence. Version 2.0. Vancouver: 11.1-11.58, www.icord.org/scire
- [32] www.newmobility.com
- [33] www.paralysis.org
- [34] Severinsson E., Lysberg K. *Spinal cord injured women's views of sexuality: A Norwegian survey*. Rehabilitation Nursing, 2003, 28, 1, 178-184.
- [35] Phelps J., Albo M., Dunn K., Joseph A. *Spinal Cord Injury and Sexuality in Married or Partnered Men: Activities, Function, Needs, and Predictors of Sexual Adjustment*. Archives of Sexual Behavior, 2001, 30, 6, 56-63.
- [36] Salonia A., Munerri R., Naspro R., Nappi E., Briganti A., Chiona R., Federghini F. i wsp. *Women's sexual dysfunction: a pathophysiological review*. BJU International, 2004, 93, 178-186.
- [37] Middleton J., Tran Y., Craig A. *Relationship Between Quality of Life and Self-Efficacy in Persons With Spinal Cord Injuries*. Arch. Phys. Med. Rehabil., 2007, 88, 348-355.
- [38] Sawka M. *Neurogenne zaburzenia erekcji pochodzenia rdzeniowego*, Seksuologia Polska, 2004, 2, 1, 23-31.
- [39] Bradley W., Daroff R., Fenichel G., Jankovic J. *Neurologia w praktyce klinicznej, t. 1 Zasady diagnostyki postępowania, Rozdz. 26: Paraplegia i zespoły uszkodzenia rdzenia kręgowego; Rozdz. 31: Neurologiczne przyczyny zaburzeń czynności pęcherza moczowego i odbytu, oraz zaburzenia seksualne; Rozdz. 42: Neurourowlogia; Rozdz. 45: Zasady i praktyka rehabilitacji neurologicznej*. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2006.
- [40] Sipski M., Alexander C., Rosen R. *Physiological parameters associated with sexual arousal in women within complete spinal cord injury*. Arch. Phys. Med. Rehabil., 1997, 78, 305-313.
- [41] Benevento B., Sipski M. *Neurogenic Bladder, Neurogenic Bowel, and Sexual Dysfunction in People With Spinal Cord Injury*. Physical Therapy, 2002, 82, 6, 324-332.
- [42] Moemen M., Fahmy I., AbdelAal M., Kamel I., Mansour M., Arafa M. M. *Erectile dysfunction in spinal cord-injured men: different treatment options*. International Journal of Impotence Research, 2008, 20, 234-245.
- [43] Sipski M., Alexander C., Gomez-Marín O. *Effects of level and degree of spinal cord injury on male orgasm*. Spinal Cord, 2006, 44, 1565-1572.
- [44] Sipski M., Alexander C., Rosen R. *Orgasm in Women With Spinal Cord Injuries: A Laboratory-Based Assessment*. Arch. Phys. Med. Rehabil., 1995, 76, 267-275.
- [45] Kirenko J. *Psychospołeczne determinanty funkcjonowania seksualnego osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*. Wydawnictwo UMCS, Lublin 1998.
- [46] Tederko P., Radomski D. *Zdrowie seksualne osób po urazie kręgosłupa powikłanym zaburzeniami neurologicznymi*. Seksuologia Polska, 2009, 7, 2, 65-72.
- [47] Lew-Starowicz Z. *Życie intymne osób niepełnosprawnych*. PZWL, Warszawa 1992.
- [48] DeForge D., Blackmer J., Garritty C., Yazdi F. i wsp. *Fertility following spinal cord injury: a systemic review*. Spinal Cord, 2005, 43, 1432-1445.
- [49] Biering-Sørensen F., Sünkens J. *Sexual function in spinal cord lesioned men*, Spinal Cord, 2001, 39, 412-418.
- [50] DeForge D., Blackmer J., Garritty C., Yazdi F. i wsp.: *Fertility following spinal cord injury: a systemic review*, Spinal Cord, 2005, 43, 1432-1445.
- [51] Moher D., Schachter H. *Sexuality and Reproductive Health Following Spinal Cord Injury*. Evidence Report/Technology Assessment, 2004, 109, 156-161.
- [52] Ramos A. S., Samso's V. *Specific aspects of erectile dysfunction in spinal cord injury*. International Journal of Impotence Research, 2004, 16, 42-45.
- [53] Lew-Starowicz Z. „Sexuality and disability”, seminar międzynarodowe, Tel Aviv, 2-5.03.1992 r. – sprawozdanie. Postępy Rehabilitacji, 1992, 4, 3, 79-84.
- [54] Lew-Starowicz Z. *Seksuologia XXI wieku*. Rocznik Lubuski, 2006, 32, 13-19.
- [55] Botvin-Madorski J., Dixon T. *Rehabilitation Aspects of Human Sexuality*. The Western Journal of Medicine, 1983, 139, 2, 326-331.
- [56] Lew-Starowicz Z. *Leczenie zaburzeń seksualnych*. PZWL, Warszawa 1997.
- [57] Leiblum S., Rosen R. *Terapia zaburzeń seksualnych*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- [58] Ramage M. *ABC of sexual health Management of sexual problems*. British Medical Journal, 1998, 317, 1509-1512.
- [59] Radomski D., Jarząbek G. *Niepełnosprawność a seksualność – aspekty etyczne i ginekologiczne*. Ginekologia Praktyczna, 2008, 2, 38-41.
- [60] Cole T., Stevens M. *Rehabilitation Professionals and Sexual Counseling for Spinal Cord Injured Adults*. Archives of Sexual Behavior, 1975, 4, 6, 631-638.
- [61] Comarr A., Marjorie V. *Sexual Counseling among Male and Female Patients with Spinal Cord and/or Cauda Equina Injury*. American Journal of Physical Medicine, 1978, 57, 5, 124-135.
- [62] Davis S., Taylor B. *Rehabilitation: The Use of Theories and Models in Practice*. Elsevier Health Sciences, New York 2006.
- [63] Perelman M. A. *Sex coaching for physicians: combination treatment for patient and partner*. International Journal of Impotence Research, 2003, 15, Suppl 5, 67-74.
- [64] Taylor B., Davis S. *Using the Extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs*. Nursing Standard, 2006, 21, 11, 35-40.
- [65] Herson L., Hart K., Gordon M., Rintala D. *Identifying and overcoming barriers to providing sexuality information in the Clinical Setting*. Rehabilitation Nursing, 1999, 24, 4, 134-142.
- [66] Sipski M., Alexander C. *Recommendations for Discussing Sexuality After Spinal Cord Injury/Dysfunction in Children, Adolescents, and Adults*. The Journal of Spinal Cord Medicine, 2007, 30, Suppl. 1, 65-70.
- [67] Brackett N., Nash M., Lynne Ch. *Male Fertility Following Spinal Cord Injury: Facts and Fiction*, Physical Therapy, 1996, 76, 1, 1221-1231.
- [68] Szczygielska-Majewska M. *Rola Stowarzyszenia Aktywnej Rehabilitacji w usprawnianiu osób z uszkodzeniem rdzenia kręgowego*. Przegląd Płodniczy, 2004, 46, 7, 19-21.
- [69] www.scifertility.com
- [70] www.sexualhealth.com

- [71] Lew-Starowicz Z., Biłko A., Rybak D. *Zaburzenia seksualne u mężczyzn z paraplegią*. Postępy Rehabilitacji, 1992, 6, 2, 56-62.
- [72] Tederko P., Krasuski M., Kiwerski J. *Wpływ urazu kręgosłupa powikłanego zaburzeniami neurologicznymi na funkcje seksualne – dysfunkcje u kobiet*. Rehabilitacja Medyczna, 2007, 11, 4, 32-35.
- [73] Sipski M. *Central Nervous System Based Neurogenic Female Sexual Dysfunction: Current Status and Future Trends*. Archives of Sexual Behavior, 2002, 31, 5, 421-424
- [74] Tepper M., Whipple B., Richards E., Komissaruk B. *Women with Complete Spinal Cord Injury: A Phenomenological Study of Sexual Experiences*. Journal of Sex & Marital Therapy, 2001, 27, 324-330.
- [75] Sipski M., Rosen R., Alexander C., Hamer R. *Sildenafil effects on sexual and cardiovascular responses in women with spinal cord injury*. Urology, 2000, 55, 812-815.
- [76] Lew-Starowicz Z. *Zaburzenia seksualne w praktyce ogólnolekarskiej*. Termedia, Poznań 2004, 68.
- [77] Courtois F., Charvier K., Leriche A. i wsp. *Perceived Physiological and Orgasmic Sensations at Ejaculation in Spinal Cord Injured Men*. J. Sex. Med., 2008, 5, 2419-2430.
- [78] Ghidini A., Healey A., Andreani M., Simonson M. *Pregnancy and women with spinal cord injuries*. Acta Obstetrica et Gynecologica, 2008, 87, 1006-1010.
- [79] www.who.int/reproductivehealth/publications/general
- [80] McGarvey E., Peterson C., Pinkerton R., Keller A., Clayton A. *Medical students' perceptions of sexual health issues prior to a curriculum enhancement*, International Journal of Impotence Research, 2003, 15, Suppl 5, 58-66.
- [81] Matwiejko L. i wsp. *Zaburzenia seksualne u chorych z urazowym uszkodzeniem rdzenia kręgowego*. Postępy Rehabilitacji, 1990, 4, 2, 69-74.

Adres do korespondencji:
Address for correspondence:

Szymon Pasiut
Zakład Rehabilitacji w Neurologii i Psychiatrii AWF
Al. Jana Pawła II 78
31-571 Kraków
szymon.pasiut@gmail.com

Wpłynęło/Submitted: III 2012
Zatwierdzono/Accepted: VI 2012

Blizna po mastektomii – stygmat, emblemat czy oznaka niepełnosprawności? Analiza dominujących znaczeń braku piersi

Mastectomy scars – stigma, emblem or sign of disability?

Analysis of principal meanings of the loss of a breast

numer DOI 10.2478/v10109-012-0013-2

Edyta Zierkiewicz

Instytut Pedagogiki Uniwersytetu Wrocławskiego
Institute of Pedagogy, University of Wrocław

Streszczenie:

Artykuł poświęcony jest analizie trzech znaczeń raka piersi, tj. chorobie rozumianej jako niepełnosprawność, stygmat oraz emblemat. Pierwsze wydaje się neutralne, drugie bardzo negatywne, ostatnie zaś ma konotacje pozytywne. Każde z nich odnosi się do innego sposobu konceptualizowania choroby, innych wartości i postaw, daje też chorującym kobietom inne możliwości konstruowania swoich tożsamości. Wybór jednego z zestawów „narzędzi kulturowych” nie jest dowolny – w dużej mierze zależy bowiem od warunków społecznych, w jakich funkcjonuje dana Amazonka

Słowa kluczowe: rak piersi, blizna, nadawanie znaczeń.

Abstract:

This paper analyzes three principal meanings of breast cancer: disability, stigma and emblem. The first meaning seems to be neutral, the second extremely negative, whereas the last one has some positive connotations. Each of them refers to another way of conceptualization of the disease, other values and attitudes; consequently each of them gives affected women other possibilities of building their identities. The choice of one of the “cultural toolkits” is not free; to a great extent, it depends on social conditions in which a given Amazon lives.

Key words: breast cancer, scar, sense making.

Wprowadzenie

Rak piersi jest chorobą szczególną – z racji swojej mocy „re-definiowania” tożsamości rodzajowej osoby, która nań zapadła. (Dotyczy to nie tylko kobiet, ale i mężczyzn stanowiących zaledwie 1% całej populacji chorych.) Przez wieki „moralne statusy cierpienia” (określenie Kathy Charmaz¹), przypisywane rakowi piersi, były bardzo niskie. Dopiero niedawno, pod koniec lat 70. XX w., choroba ta wyraźnie „awansowała” w społecznych notowaniach. Można powiedzieć, że zyskała na wartości i popularności, gdy amerykańskie gwiazdy i celebrytki (tu: żony czołowych polityków, m.in. Betty Ford) zaczęły „przyznawać” się do przebytego leczenia, tj. mastektomii. Ówczesne wyznania składane były często „w służbie narodu” i z poczucia społecznego obowiązku, dziś natomiast rak niewątpliwie staje się elementem sławy pojedynczej chorej osoby. Na raku można się dziś promować. Rak przyciąga zainteresowanie publiczności i dlatego

Introduction

Breast cancer is a particular disease due to its power to “re-define” the generic identity of a person who is affected by the disease. It does not apply only to women, but also to men, who however amount to only about 1% of all the population affected by breast cancer. Over centuries a “moral suffering status” (the term used by Kathy Charmaz¹ was rarely attributed to breast cancer. Only recently, in the late 1970s to be exact, the disease was rated significantly higher in social rankings. It can be said that the disease gained in value and gained ground when American movie stars and other celebrities (like wives of top politicians, e.g. Betty Ford) began “admitting” to having undergone a special treatment, i.e. mastectomy. In those times such confessions were often made in the nation’s service, whereas nowadays undeniably cancer becomes an element that contributes to build fame of a person affected by cancer. It can be part of

¹ Charmaz Kathy *Stories of suffering. Subjective tales and research narratives*. Qualitative Health Research, 1999, vol. 9, nr 3, s. 362-382.

¹ Charmaz Kathy *Stories of suffering. Subjective tales and research narratives*. Qualitative Health Research, 1999, vol. 9, nr 3, pp. 362-382.

coraz częściej staje się tematem rozrywkowych mediów, prac artystycznych i twórczości amatorskiej (tu: książkowych patografii czy blogów internetowych). Nic więc dziwnego, że i blizna po mastektomii – przez stulecia skrywanie przez chorujące kobiety – w końcu znalazła się w centrum uwagi, choć – jak się okazało – nie na długo.

W tym artykule podjęto temat raka piersi jako choroby „naładowanej” znaczeniami i omówiono – konstruowane poprzez nie – statusy blizny po mastektomii. Próbowano odpowiedzieć na pytanie, przy pomocy jakich kategorii kobiety, którym w konsekwencji zdiagnozowania choroby odjęto pierś, mogą opisywać swoje doświadczenia i kształtować swoją tożsamość. Ważne są tu jednak nie tyle indywidualne reakcje na wymuszoną „przemianę”, co warunki społeczne, w jakich ona zachodzi, a dokładniej mówiąc, wizerunki choroby (tu: blizny po piersi), które determinują nastawienie poszczególnych kobiet do choroby, własnego ciała i siebie samej. Odwołując się do teorii społecznych reprezentacji, można założyć, że chorzy ludzie interpretują swoje przeżycia poprzez funkcjonujące w danym czasie, w danej społeczności, sposoby rozumienia zdrowia i choroby². Te kulturowe podejścia stanowią rodzaj podręcznego zestawu narzędzi ułatwiających jednostkom wyrażanie swoich odczuć i stanów. Mają one bowiem moc nadawania kształtu doświadczeniom i opowieściom o chorowaniu/zdrowieniu poszczególnych ludzi³.

Kulturowe znaczenia biustu

Dopiero czasy współczesne i – w pewnej mierze – rak piersi przyczyniły się do odzyskania przez kobiety prawa własności do swojego ciała. Marilyn Yalom zwróciła uwagę na funkcje, jakich pełnienia spodziewano się po kobiecych piersiach oraz na grupy beneficjentów zaspokajających dzięki nim własne potrzeby. Na tej podstawie wyróżniła: należący do mężczyzn **biust erotyczny**, do dzieci **biust matczyzny**, do narodu **biust polityczny**, do religii **biust uświęcony** i do mediów **biust skomercjalizowany**. W kontekście tego rozróżnienia trzeba stwierdzić, że rak nie „wyzwolił” całkowicie kobiecych piersi z nałożonych nań zobowiązań (publicznych i prywatnych) – przyczynił się też bowiem do ich **zmedykali-zowania** i poddał władzy lekarzy⁴.

Dopiero pod koniec XX w. Amazonki (przede wszystkim amerykańskie) zaczęły wystawiać swój brak piersi na widok publiczny. Najczęściej czyniły to, by ukazać zdrowym jeszcze kobietom i w ogóle społeczeństwu „skandal choroby”, ale też, by walczyć o dostęp do leków czy po to, by nakłonić rządy swoich krajów do finansowania badań naukowych nad rakiem itp. Symbolicznie pozbawione prawa do swoich piersi kobiety, już jako Amazonki, upolityczniły i upubliczniły „brak”, tj. bliznę po mastektomii. Obecnie jednak powoli maleje nośność przekazu komunikowanego przez – demonstrowaną masowym odbiorcom – bliznę. Minął pierwszy szok, a w mediach epatuje się obrazami o wiele bardziej przerażającymi – *abject* zajął ważne miejsce w popkulturze. Dzisiaj nikogo już nie bulwersuje widok ciała otwartego, zakrwawionego albo okaleczonego (czy to na stole operacyjnym, na ulicy czy w prosektorium) – w filmach fabularnych, serialach, bajkach dla dzieci, na łamach gazet i w internecie jest ich pełno.

someone's promotion, as cancer draws interest of the wide public. Therefore, it becomes an increasingly frequent topic of the entertainment-oriented mass media, artistic works and amateur creativity (e.g. published pathographies, internet blogs). No wonder that even mastectomy scars – for centuries well hidden by affected women – eventually have become the centre of interest, although, as it turned out later on, not for a long time.

This paper deals with the problem of breast cancer as a disease full of various meanings and it also discusses statuses of mastectomy scars created by the meanings. It tries to answer the question: by means of what categories can the women whose breast was cut off after they had been diagnosed cancer describe their experience and form their identity? However, their individual reactions to the forced “transformation” is not of principal interest in this paper which focuses on social conditions in which the transformation occurs – i.e. images of the disease (mastectomy scars), which determine women's attitude towards the disease, their own bodies and themselves. Referring to the theories of social representations, it can be assumed that patients interpret their experiences through the ways of understanding health and disease which prevail at a given moment². The cultural approaches serve as a kind of toolkit facilitating individuals to express their feelings and states, as they are capable of giving shape to experiences and tales about suffering/recovery of individual persons³.

Cultural meanings of breast

Only modern times and, to some extent, breast cancer contributed to women's regaining the property right to their bodies. Marilyn Yalom pointed out what functions female breast was expected to perform and what categories of beneficiaries fulfilled their needs thanks to the woman's breast. She differentiated the following categories: the **erotic breast** belonging to men, the **domestic breast** belonging to children, the **political breast** belonging to the nation, the **sacred breast** belonging to religion, and the **commercialized breast** belonging to the mass media. Here, however, it is important to note that cancer has not completely “liberated” the woman's breast from the imposed obligations (of a public and political character) as it created the **medical breast** subject to doctors' practices⁴.

Only recently – at the end of the 20th century – Amazons (mostly American ones) began to display the lack of the breast to the public eye. In most cases they did it to show “the scandal of the disease” to still healthy women and, in general, to the wide public, but they also wanted to fight for a better access to medicines, to make their governments finance research on cancer, etc. Symbolically deprived of their right to have the breast, the women, already as Amazons, made its loss (i.e. a mastectomy scar) a political and public fact. However, currently, the power of this communication medium, i.e. the scar demonstrated in the public eye, is decreasing. The first shocking impression has faded away and now the mass media dazzle with more terrifying and appalling images – *abject* assumed an important place in pop culture. Today nobody is appalled by an image of open bodies, covered with blood or mutilated

² Zob. Larsen Pamela D. *Illness behavior*, [w:] *Chronic illness. Impact and intervention*, red. Pamela D. Larsen, Ilene Morof Lubkin, Burlington: Jones & Bartlett, 2009, s. 25-41.

³ Por. np. Frank Arthur *The rhetoric of self-change. Illness experience as narrative*, Sociological Quarterly, 1993, vol. 34, nr 1, s. 39-53.

⁴ Yalom Marilyn *History of the breast*, New York: Ballantine Books, 1997, s. 241-274.

² See: Larsen Pamela D. *Illness behavior*, [in:] *Chronic illness. Impact and intervention*, red. Pamela D. Larsen, Ilene Morof Lubkin, Burlington: Jones & Bartlett, 2009, pp. 25-41.

³ Comp. e.g. Frank Arthur *The rhetoric of self-change. Illness experience as narrative*, Sociological Quarterly, 1993, vol. 34, nr 1, pp. 39-53.

⁴ Yalom Marilyn *History of the breast*, New York: Ballantine Books, 1997, pp. 241-274.

Wydaje się jednak, że asymetryczny wizerunek klatki piersiowej u kobiet spowodowany operacyjnym odjęciem piersi nadal wywołuje dość żywe reakcje u osób, które nie mają bezpośredniego kontaktu z chorymi. Przede wszystkim jest to „horror estetyczny”; coś nienaturalnego, a jednocześnie uderzającego w przyjęte kanony kobiecej urody. Od mężczyzn oczekuje się, że będą przeżyć muskuły, a od kobiet, że będą demonstrować okazałe biusty. To dlatego brak jednej lub obu piersi zdaje się automatycznie kwestionować kobiecość kobiet, przynajmniej w odczuciu laików. Otwarte przyznanie, że przejście mastektomii w przekonaniu niektórych brzmi jak deklaracja: „nie jestem już kobietą”. Niepewny status płciowy takiej osoby wzbudza w innych konsternację, a nawet obrzydzenie – jak wszystko, co inne, nieznane, odstające od przyjętej normy. Jednakże i ta norma się zmienia. Zasadniczo zmienił się kulturowy wizerunek raka i osób nań chorujących, więc coraz rzadziej kobiety po amputacji piersi będą spotykały się z odrzuceniem i niechęcią ze strony otoczenia.

Sądzę, że można mówić o co najmniej trzech głównych „etapach” procesu przeobrażania się wizerunku raka piersi w masowej wyobraźni: o stygmatyzowaniu go, upolitycznieniu oraz o medykaliźowaniu tej choroby. Nie są to etapy w ścisłym tego słowa znaczeniu, lecz raczej kulturowe tendencje, które w pewnych okresach zyskiwały większą akceptację społeczną i wyraźniej wpływały na sposoby spostrzegania choroby, a więc i na indywidualne przeżywanie jej i radzenie sobie z nią.

„Historia” osławiania się z blizną

Obserwując zmiany zachodzące w odniesieniu do społecznych reakcji na bliznę po mastektomii (zarówno wśród Amazońców dokonujących auto-ujawnień, jak i odbiorców takich „spektakli”), przede wszystkim w społeczeństwie amerykańskim, można stwierdzić, że w różnych okresach odjęciu piersi nadawano różne znaczenia. Lata 70. XX w. to czas radykalnego manifestowania braku piersi w celach politycznych. W latach 90. blizna po mastektomii staje się „przepustką” do świata dzielnych „przeżytniczek” (ang. *breast cancer survivors*). Natomiast w pierwszej dekadzie XXI w. najsilniejszą legitymizację społeczną zdobywa spostrzeganie odjęcia piersi jako problemu o charakterze medycznym, tzn. jako niepełnosprawności. Każde z tych podejść do konsekwencji leczenia raka piersi opierało się na innych koncepcjach choroby i skłaniało do innych sposobów rozumienia roli chorujących kobiet. Mówiąc inaczej, każdy z dyskursów raka piersi (polityczny, społeczny, medyczno-psychologiczny) wytwarzał inne pozycje podmiotu. Kwestie, które zostaną omówione, można przedstawić w formie graficznej (str. 35).

Od stygmatyzowania do upolitycznienia kwestii raka piersi

Do lat 70. XX w. rak kojarzył się przede wszystkim z szybko i bolesną śmiercią. Wiązało się to zarówno z wykrywaniem choroby w późnych stadiach jej rozwoju, jak i z mocno okaleczającymi metodami jej leczenia. Radykalna mastektomia – polegająca na odjęciu piersi, wycięciu pachowych węzłów chłonnych, usunięciu mięśnia piersiowego większego i mniejszego – wykonywana była rutynowo aż do lat 80. Coraz bardziej popularne stawały się jednak także inne metody leczenia: zmodyfikowana radykalna mastektomia i operacje oszczędzające. Niemniej wiele kobiet doświadczyło szoku przebudzenia bez piersi po diagnozie wymaganego samodzielnie guza. Kobieta zgłaszała się do

(on the operation table, in the street or in the dissecting room) – there are plenty of them in feature movies, TV series, cartoons for children, in the press, on the Internet.

However, it seems that the asymmetrical image of the woman's chest as a result of a radical breast surgery still triggers rather violent reactions in people who do not have close contact with the Amazons. In general, it is an “aesthetic horror”, something unnatural and at the same time upsetting the generally accepted ideals of female beauty. Men are expected to be muscular and women are expected to demonstrate their ample bosom. That is why a lack of one or both breasts seems to question automatically women's femininity, at least in the case of a layman. For many people if a woman openly admits to having undergone mastectomy, it sounds like a declaration: “I am not a woman any more”. An uncertain gender status of such women evokes consternation and even disgust, like everything that is different, unknown, standing out of the generally accepted standards. However, the standards are changing. The cultural image of both cancer and cancer patients has already changed significantly; therefore women after breast amputation will be less frequently estranged and averse from the society.

It is possible to differentiate three main “stages” of the transformation process of the cancer image in people's minds: stigmatization of cancer, its politicization and its medicalization. They are not stages strictly speaking, rather some kind of cultural trends which in some periods were more accepted by the society, and thus influenced the way the disease was perceived, and in consequence the way cancer was experienced and coped with.

A history of the mastectomy scar

Observing changes in the reactions of the society to mastectomy scars (both in Amazons who make self-disclosures and in the audience of such “spectacles”), it is possible to state, especially in American society, that in various times a mastectomy scar was given different meanings. In the 1970s it was the time when the lack of a breast was manifested for political purposes. In the 1990s a mastectomy scar was a pass to the world of breast cancer survivors. Whereas in the first decade of the 21st century, the breast loss is mainly seen as a problem of medical character, i.e. kind of disability, and as such won a wide social acceptance. Each of these approaches to the consequences of breast cancer treatment was based on different conceptions of the disease and evoked different ways of understanding the ill women's roles. In other words, each of the discourses of breast cancer (i.e. political, social, medical and psychological) generated other positions of the subject. The issues that are going to be discussed below can be presented in a chart as follows (p. 35).

From stigmatization to politicization of the question of breast cancer

Until the 1970s cancer was mostly associated with a rapid and painful death. Firstly, it was due to late diagnosis of the disease when tumors were already in advanced stages, and secondly due to mutilating surgical methods of cancer treatment. Radical mastectomy – consisting in removing the breast, the axillary lymph nodes, the pectoralis major and minor muscles – was executed regularly until the 1980s. However, other methods of treatment were gaining in popularity, such as: modified radical mastectomy and breast-saving surgery. Nevertheless, numerous women suffered shock of waking up without breast after having been diagnosed tumors they had palpated themselves. It

Tabela 1. „Etapy” kształtowania się znaczeń blizny po mastektomii w amerykańskim dyskursie publicznym
 Table 1 “Stages” of shaping the significance of mastectomy scars in American public discourse

Okres Period	Do lat 70. Until the 1970s	Lata 70. The 1970s	Lata 90. The 1990s	Pierwsza dekada XXI w. The 2010s
Kategorie opisu categories				
Postawy wobec raka Attitude towards cancer	stygmat stigma	emblem emblem		niepełnosprawność disability
„Definicja” problemu Definition of problem	niewidoczność invisible	problem polityczny political problem	problem społeczny social problem	problem estetyczny aesthetic problem
„Ontologia” choroby “Ontology” of the disease	kara punishment	niszcząca siła destructive force	wyzwanie/ryt przejścia challenge/rite	zajęcie activity
Pozycja podmiotu Subject's position	ofiara raka cancer victim	gniewna wojownicza angry warrior	przeżytniczka cancer survivor	aktywna pacjentka active patient
„Efekt” działania dyskursu „Effect” of the discourse	zmowa milczenia / ukrycie silence / hiding	walka polityczna political struggle	świadomość conscience	wtórna tabuizacja secondary tabooization

lekarza, często nieprzygotowana na złe wiadomości. Po wybudzeniu z narkozy dowiadywała się, że została okaleczona – dla jej własnego dobra. Jednocześnie uprawiana – w Stanach Zjednoczonych od lat 30. – propaganda wczesnego wykrywania raka oraz przekonanie, że choroba jest karą za grzechy, powstrzymywały kobiety przed szukaniem wsparcia nawet wśród najbliższych. Z obawy przed odrzuceniem i obwinianiem, chore zmagali się z traumą choroby i z bólem fizycznym zupełnie same.

Sytuacja zaczęła się powoli zmieniać w połowie XX. w., kiedy to Teresa Lasser tworzyła podwaliny Reach-to-Recovery – organizacji skupiającej wyleczone pacjentki-wolontariuszki, które wspierały inne chore na oddziałach onkologicznych. A na fali feminizmu lat 60. intensywnie powstają grupy zdrowia kobiet zajmujące się lobbieniem politycznym i specjalizujące się m.in. w pomocy osobom po leczeniu raka piersi. W tym czasie kwestie zdrowia kobiet (w tym: typowych dla kobiet doświadczeń psychosomatycznych, jak menstruacja, ciąża, menopauza oraz chorób je dotyczących) zaczęły nabierać charakteru problemu politycznego. Feministyczne aktywistki skutecznie przekonywały, że dla medycyny kobieta jest istotą drugiej kategorii i że trzeba to jak najszybciej zmienić⁵. Klimat, jaki wówczas panował, sprzyjał radykalnym działaniom, a do takich należało np. przeciwstawienie się przez Rose Kushner⁶ rutynie medycznej diagnozy oraz liczne auto-ujawnienia na temat przebytej choroby i radzenia sobie w życiu po okaleczającym leczeniu. W 1973 r. do raka piersi „przyznała się” Shirley Temple Black, a rok później o swojej mastektomii poinformowały Betty Ford – żona ówczesnego prezydenta oraz Happy Rockefeller – żona wice-prezydenta⁷, a także

usually happened like this: a woman went to the doctor so that he could check what was growing in her breast and in most cases she was not prepared to hear the bad news. She was immediately operated on and when she awakened from anesthesia, she learned that she had been severely mutilated for her own good. On the one hand, there was much propaganda work of early cancer detection, carried out in the USA since the 1930s, and on the other hand, there was a common belief that the disease was a punishment for sins, which prevented women from looking for support even among the loved ones. Scared of being rejected and blamed for the situation, the cancer affected women coped with trauma and physical pain all on their own.

The situation began to change in mid 20th century, when Teresa Lesser established foundations for Reach-to-Recovery – an association uniting cancer survivors who volunteered to help other female patients in oncologic wards. In the 1960s, due to a new wave of feminism, there was a trend to set up groups of women's health that dealt with political lobbying and specialized in assistance of patients after a breast cancer treatment. In those times the women's health issues (psychosomatic experiences typical of women such as menstruation, pregnancy, menopause, and female diseases) began to acquire a political character. Feminist activists effectively argued that for medicine the woman was a patient of the second category and it had to be changed as soon as possible⁵. The climate of those times favored radical actions; one of them was, for example, Rose Kushner's⁶ opposition to routine medical diagnosis, others included numerous self-disclosures of the disease and the ways of coping with everyday problems after mutilating surgery. In 1973 Shirley Temple Black admitted she had suffered from breast cancer. A year later, Betty Ford, then the first lady, and Happy

⁵ Spośród ważnych książek tego okresu w Polsce ukazały się m.in. *Zrodzone z kobiety. Macierzyństwo jako doświadczenie i instytucja* (Rich Adrienne, 2000, przeł. Joanna Mizielińska, Warszawa: Sic!), *Szkoła rodzenia* (Kitzinger Sheila, 1996, przeł. Katarzyna Ajdukiewicz, Paweł Prokopczuk, Warszawa: Wydawnictwo Wojciech Pogonowski), *Zmiana. Kobieta i menopauza* (Greer Germaine, 1995, przeł. Małgorzata Golewska, Warszawa: Amber). O krytyce medycyny formułowanej przez feministki drugiej fali przeczytać można m.in. w *For her own good. 150 years of the experts' advice to women* (Ehrenreich Barbara, English Deirdre, 1989, New York: Anchor Books).

⁶ Kushner Rose *Breast cancer. A personal history & an investigative report*. New York, London: Harcourt Brace Jovanovich 1975.

⁷ Lerner Barron *Breast cancer wars. Hope, fear, and the pursuit of a cure in twentieth-century America*, Oxford, New York: Oxford University Press, 2001, s. 170-175.

⁵ Among important books of that time, in Poland were published, for example. *Zrodzone z kobiety. Macierzyństwo jako doświadczenie i instytucja* (Rich Adrienne, 2000, trans. Joanna Mizielińska, Warszawa: Sic!), *Szkoła rodzenia* (Kitzinger Sheila, 1996, trans. Katarzyna Ajdukiewicz, Paweł Prokopczuk, Warszawa: Wydawnictwo Wojciech Pogonowski), *Zmiana. Kobieta i menopauza* (Greer Germaine, 1995, trans. Małgorzata Golewska, Warszawa: Amber). On criticism of medicine expressed by second wave feminists one can read in e.g. *For her own good. 150 years of the experts' advice to women* (Ehrenreich Barbara, English Deirdre, 1989, New York: Anchor Books).

⁶ Kushner Rose *Breast cancer. A personal history & an investigative report*, New York, London: Harcourt Brace Jovanovich 1975.

wiele innych nieco mniej znanych Amerykanek. I chociaż intencją trzech wymienionych celebrytek nie było dokonanie jakichś aktów oporu wobec konwencjonalnej medycyny, to ich gest okazał się bardzo istotny w zmianie statusu raka – z niskiego na dość wysoki. Osobom, które zdecydowały się publicznie opowiedzieć o swoim doświadczeniu raka chodziło o zakwestionowanie obowiązującej „ontologii choroby” i produkowanej przez nią pozycji podmiotu „ofiary raka”: bezbronnej, słabej, nielogicznej, grzesznej, a więc słusznie ukaranej kobiety. U osób chorujących na raka piersi pojawiła się ostra niezgoda na społeczne izolowanie i stygmatyzowanie ich – także jako niepełnowartościowych kobiet.

W tamtym czasie pomysł „epatowania” okaleczeniem nie był jeszcze brany pod uwagę przez amazońskie aktywistki. Sam temat raka był dla społeczeństwa tak szokujący, że poruszanie go w towarzystwie wywoływało ogromne zaskoczenie i budziło zgorznienie. Jedną z pierwszych, która z braku piersi uczyniła swoją filozofię, była afroamerykańska feministka i lesbijka, Audre Lorde, autorka bardzo ważnej książki, *The cancer journals*⁸. Lorde sprzeciwiła się naciskom otoczenia i celowo nie używała protezy piersi. W swoim manifestie zniekształconej chirurgicznie klatce piersiowej nadaje status przekazu. Dowodzi, że zdrowe ciało kobiety jest nieme, bo należy do innych, którzy wykorzystują je do realizacji własnych potrzeb. Dopiero ciało „uszkodzone”, okaleczone – dla innych już bezużyteczne – może posłużyć do komunikacji między kobietami, do zachęcenia ich, by zaczęły walczyć o siebie, by stały się niezależne i wolne.

Dopiero początek lat 80. przyniósł pierwsze artystyczne wizerunki blizny po mastektomii, m.in. słynne zdjęcie Deeny Metzger oraz prace brytyjskiej fotografi Jo Spence. Ikoniczna fotografia Metzger (autorstwa Helli Hammid) ukazuje ją jako zadowoloną z siebie, radosną, młodą kobietę, która w miejscu prawej piersi ma bliznę, na której namalowano motyw kwiatowy, przywodzący na myśl subtelny tatuaż. Kobieta nie wstydzi się okaleczenia; stoi unosząc głowę do góry, z rozrzuconymi na boki rękoma, pozwala widzom dowoli się sobie przyglądać. Fotografie Spence są zupełnie inne – przedstawiają kobietę dojrzałą, nieco otyłą, z ogromnym biustem – najpierw tylko częściowo odjętym, a potem radykalnie zoperowanym. Widać, że artystka źle przeżywa swoją chorobę: na niektórych zdjęciach jest na nią wściekła, na innych załamana albo osłabiona i wystraszona. Dokumentując swoje stany i przejścia, poddawała się foto-terapii. Te i inne wizerunki okaleczonej klatki piersiowej uczyniły raka widocznym dla szerokich mas odbiorców. Zmaterializowany koszmar wymuszał na nich jakąś reakcję. Tematu nie dawało się już dłużej „zamiatąć pod dywan”.

Rosnąca popularność problematyki raka piersi dzięki różowej wstążce

Od lat 80. w Stanach Zjednoczonych podejmowanych jest coraz więcej inicjatyw społecznych dotyczących problematyki raka piersi. I chociaż nadal nie widać końca – ogłoszonej w 1971 r. przez Richarda Nixona – wojny z rakiem, to w narodzie rośnie nadzieja na jakiś przełom w leczeniu choroby – chemiczny czy genetyczny. Wiele się mówi o raku piersi i to w coraz bardziej optymistycznych słowach. Zdrowe kobiety wiedzą już o konieczności poddawania się regularnym badaniom populacyjnym (tj.

Rockefeller, then vice-president's wife⁷ informed the public of their mastectomy; they were followed by some other less known American celebrities. Although the intention of the three aforementioned celebrities was not to oppose the conventional medicine, their gestures appeared to be significant enough to change the status of cancer – from a low profile to a quite high one. People who decided to tell publicly about their cancer experiences wanted to question, then generally accepted, the “disease ontology”, and consequently the way the position of the patient was perceived – “a victim of cancer”: helpless, weak, illogical, sinful, all in all, a rightly punished woman. People suffering from breast cancer began to protest fiercely against social isolation and their stigmatization, also against being treated as substandard women.

In those days it was too early for Amazon activists to put forward a shocking idea to show mastectomy scars. The mere topic of cancer was so unacceptable that talking about it on social occasions caused a mix of astonishment and outrage among listeners. One of the first women who made use of lack of the breast to create her philosophy was Audre Lorde, African-American feminist and lesbian, author of a very important book *The Cancer Journals*⁸. Lorde opposed to the environmental pressure and refused to use breast prosthesis. In her manifest she uses her surgically mutilated chest as a communication means. She proves that a healthy female body is mute, because it belongs to others, who make advantage of it to fulfill their needs. When the body is injured, mutilated, already useless to others – can be used as a communication means among women, to encourage them to struggle for their needs so as to become independent and free.

It was already in the 1980s when the first artistic pictures of mastectomy scars appeared; for example, a famous photograph of Deena Metzger and other pictures of Jo Spence, a famous female photographer. The iconic photograph of Deena Metzger (taken by Hella Hammid) shows her as a self-content, joyous, young woman who instead of her right breast has a scar with a floral motive painted on it that looks like a subtle tattoo. The woman is not ashamed of the mutilation, she is standing, keeping her head up with her arms outstretched, thus allowing spectators to stare at her as long as they want. Spence's photographs are completely different – show an overweight middle-aged woman with enormous breasts – first only partially cut off and then after a radical surgery. Judging from the photos it is obvious that the artist does not accept the disease: in some pictures she is furious with cancer, in some others she looks broken, or weakened and scared. She records her moods and experiences; it was a kind of self-photo-therapy. These and other pictures of mutilated chests made cancer visible to the wide public. The materialized nightmare forced them to react in some way. It was no longer possible to sweep the issue under the rug.

An increasing popularity of the issue thanks to a pink ribbon

Since the 1980s in the USA an increasing number of social initiatives have been being taken to propagate cancer issues. Though it seems it will take a long time to bring the end of the war on cancer, declared by Richard Nixon in 1971, people have a growing hope for a breakthrough in cancer treatments, regardless of their type: chemical

⁷ Lerner Barron *Breast cancer wars. Hope, fear, and the pursuit of a cure in twentieth-century America*, Oxford, New York: Oxford University Press, 2001, pp. 170-175.

⁸ Lorde Audre *The cancer journals*, San Francisco: Spinster, aunt lute 1980.

mammografii), wiedzą też, że jeśli zachorują, mają szansę na ocalenie życia. Medyczne przesłanie o metodach wczesnego wykrycia raka i mniej okaleczających sposobach leczenia dociera do odbiorczyń poprzez liczne kampanie edukacyjno-informacyjne (takie jak podejmowane w ramach Ogólnokrajowego Miesiąca Podnoszenia Świadomości Raka Piersi – National Breast Cancer Awareness Month, po raz pierwszy zorganizowanego w 1985 r.), wydarzenia sportowe, których celem jest nie tyle wywalczenie dobrego wyniku, co uświadomienie innym istnienia zagrożenia (np. słynny Bieg po Zdrowie – Race for Cure – fundacji Susan Komen), a także produkty konsumpcyjne oznaczone różową wstążką.

Różowa wstążka bardzo szybko zdobyła sobie sympatię ludzi na całym świecie. (Wszyscy wiedzą, co symbolizuje, choć rzadko zdają sobie sprawę z tego, że jest to rodzaj komercyjnego znaku firmowego. Służy on bowiem nie tylko przypomnieniu o toczącej się walce z rakiem piersi, ale też – a może nawet jeszcze bardziej – podniesieniu zysku ze sprzedaży towarów oznaczonym tym logo.) Na odzew nie trzeba było długo czekać – Amerykanie bardzo chętnie zaangażowali się w akcje marketingowe, ponieważ mieli poczucie, że dzięki nim wyrażają swoją solidarność z chorującymi kobietami, demonstrując postawę prozdrowotną, czy ogólnie są dobrymi obywatelami.

To właśnie ów symbol przyczynił się do tego, że w Stanach Zjednoczonych rozwinęło się zjawisko określane mianem kultury różowej wstążki i do pojawienia się nowego modelu chorych^{9,10}. Społeczność kobiet chorujących na raka piersi zaczęła używać nowej nazwy: „przeżytniczki” raka piersi. Pojęcie to zaczerpnięte zostało z artykułu Fitzhuga Mullana – lekarza, który opisując własne zmagania z rakiem, stworzył podręczną klasyfikację etapów zdrowienia¹¹. Bycie przeżytnikiem stało się dla chorych na raka atrakcyjną alternatywą dla „modelu” bycia ofiarą¹². Zmiana nazewnictwa miała istotne konsekwencje społeczno-kulturowe i polityczne dla społeczności chorych. W powszechnym odbiorze kobiety z rakiem piersi nie były już biednymi, wystraszonymi, zrozpaczonymi cierpieniczkami, ale odważnymi bohaterskimi wojowniczkami (walczącymi o własny dobrostan i o większą społeczną świadomość choroby). Współczucie zastąpiono podziwem i poparciem dla ich działań. Co więcej, kultura różowej wstążki wykreowała te dzielne heroiny na szczęśliwe, w zasadzie już zdrowe, a przede wszystkim ultra-kobiece. Chore były zachęcane do dbania o siebie, do noszenia protez lub poddawania się rekonstrukcji piersi – a wszystko po to, by wieść spełnione, radosne „drugie życie”.

Breast cancer survivors nie demonstrują publicznie swoich blizn po chirurgicznie odjętych piersiach, niemniej bardzo chętnie podkreślają przynależność do grona kobiet po leczeniu raka: dzielą się opowieściami o swoich przeżyciach (w massmediach i w internecie) oraz – tak jak wiele

or genetic. Breast cancer is talked about a lot and in an increasingly optimistic tone. Healthy women already know it is necessary for them to undergo regular breast examinations of population (i.e. mammographic screening); they also know that if they are diagnosed breast cancer, they have a chance to survive. Medical messages about methods of early detection and less mutilating methods of treatment reach the female public by means of numerous educational and information campaigns, (like for example National Breast Cancer Awareness Month, organized for the first time in 1985), sports events which are organized not to enable sportspersons to obtain good results, but to inform other people of cancer risk (e.g. Race for Cure organized by the Susan G. Komen Breast Cancer Foundation) and also commodities tied with pink ribbons.

The pink ribbon has won the hearts and minds of the people all over the world. (Everybody knows what it symbolizes, though people hardly ever realize that it is a kind of commercial logo. It serves not only to remind people of the struggle against breast cancer, but also, perhaps even more, to increase the profit on selling commodities with the logo). Response was immediate; Americans eagerly engaged themselves in marketing actions, because they had a feeling that in this way they could express their solidarity with breast cancer patients, demonstrate their pro-health attitudes or/and how good citizens they were.

It was thanks to this symbol that in the USA came into being and developed a phenomenon called pink ribbon culture and also a new model of breast cancer patients^{9,10}. The community of women suffering from breast cancer began using a new name: breast cancer survivors. The term was first used by Fitzhugh Mullan in his article, who being a physician and affected by cancer described his struggle against the disease and created a classification of recovery stages¹¹. The status of being a cancer survivor was for patients an attractive alternative to the one of being a victim¹². The change of term had essential socio-cultural and political consequences for the community of cancer patients. Breast cancer women stopped being regarded by the public as poor, scared sufferers in despair, but since then they have been courageous, heroic fighters (fighting for their well-being and higher social awareness of the disease). Pity was replaced with admiration and support of their actions. Moreover, pink ribbon culture created the image of happy brave women, who are healthy in substance and, on the top of that, they are ultra feminine. Cancer patients were encouraged to take better care of themselves, wear breast prostheses or undergo breast reconstruction; all was meant to make them live a fulfilled and happy “second life”.

Breast cancer survivors do not display their mastectomy scars in the public, however they like to underline the fact that they belong to the group of women after breast cancer treatment; they tell others about their experiences

⁹ Ehrenreich Barbara *Smile or die. How positive thinking fooled America & the world*, London: Granta Books 2010.

¹⁰ Sulik Gayle *Pink ribbon blues. How breast cancer culture undermines women's health*, Oxford University Press 2010.

¹¹ Za: Kaiser Karen *The meaning of the survivor identity for women with breast cancer*. Social Science and Medicine, 2008, vol. 67, nr 1, s. 79-87.

¹² Nic więc dziwnego, że gros kobiet po leczeniu raka piersi zapytanych o autoidentyfikację określa siebie mianem przeżytniczki (por. np. Park Crystal L., Zlateva Ianita, Blank Thomas O. *Self-identity after cancer: »survivor«, »victim«, »patient«, and »person with cancer«*, Journal of General Internal Medicine, 2009, vol. 24, s. 430-435).

⁹ Ehrenreich Barbara *Smile or die. How positive thinking fooled America & the world*, London: Granta Books 2010.

¹⁰ Sulik Gayle *Pink ribbon blues. How breast cancer culture undermines women's health*, Oxford University Press 2010.

¹¹ After: Kaiser Karen *The meaning of the survivor identity for women with breast cancer*, Social Science and Medicine, 2008, vol. 67, nr 1, pp. 79-87.

¹² No wonder that most women after breast cancer therapy when asked to self-identified define themselves survivors (comp. e.g. Park Crystal L., Zlateva Ianita, Blank Thomas O., *Self-identity after cancer: »survivor«, »victim«, »patient«, and »person with cancer«*. Journal of General Internal Medicine, 2009, vol. 24, pp. 430-435).

zdrowych osób¹³ – przypinają do bluzek różową wstążkę (ewentualnie noszą różowe silikonowe bransoletki). Chorobę traktują jak wyzwanie, a nawet ryt przejścia. To już nie „niesprawiedliwość czy tragedia, na którą można się uskarżać, ale normalny znacznik cyklu życia, jak menopauza czy zostanie babcią”¹⁴.

Wiele osób, w tym cytowana autorka, nie było w stanie zgodzić się na takie – osławiające czy normalizujące chorobę – podejścia. Dla Ehrenreich kultura różowej wstążki w wysokim stopniu infantylizuje chorujące kobiety, odbiera im prawo do dojrzałego, krytycznego zmierzania się z nią, z jej konsekwencjami i z sytuacjami społecznymi, które się z nią wiążą¹⁵. Fakt, że rosnąca świadomość zagrożenia i szerokie podejmowanie tematu raka piersi w dyskursie publicznym skutecznie pokonały znowę milczenia i stygmat¹⁶, nie oznacza, że rak jako problem społeczny został już opanowany. Dlatego właśnie feministyczne aktywistki kontynuowały „akcję” swoich poprzedniczek, „epatując” bliźniami po piersi.

Jedną z bardziej znanych kobiet, które nie chciały radośnie celebrować „odzyskanego życia”, ale poprzez obnażenie swojego okaleczenia inicjować w dyskusji publicznej ważne tematy związane z chorobą była Matuschka, niedawna top-modelka. W 1993 r. na okładce „New York Timesa” pojawiło się zdjęcie przedstawiające ją w „ekscentrycznym stroju”, tzn. z zakrytą piersią i odsłoniętą blizną. Było ono ilustracją do artykułu „The anguished politics of breast cancer”¹⁷. Zdjęcie i tekst wywołały gwałtowne reakcje odbiorców – nie tyle dlatego, że ujawnione zostało okaleczenie tysięcy kobiet, ale dlatego, że stało się to na łamach masowego, tzw. poważnego medium. W tym tekście pisano o rewolucji gniewnych Amazonek, którym nie wystarczały spotkania w grupach wsparcia i które zorganizowały się w ogólnonarodowy polityczny ruch na rzecz praw kobiet po leczeniu raka piersi. Pisano też – za słynną dr Susan Love – że „wczesne wykrycie raka nie wystarczy” i że standardowe leczenie kobiet, u których zdiagnozowano raka, przypomina średnio-wieczne tortury: przypalanie, otruwanie i ciachanie (ang. *slash, burn and poison*). Pisano, że rak piersi był przez lata ignorowany tylko dlatego, że jest chorobą dotyczącą osoby płci żeńskiej. Zbuntowane kobiety wyegzekwowały od rządu ogromne środki finansowe na opiekę medyczną i badania nad rakiem piersi. Portret jednopiersznej Matuschki, podpisany słowami „Już nie możesz odwracać wzroku”, od razu stał się ikoną gniewnych Amazonek. (Okazało się jednak, że nie na długo. Kilka lat później Matuschce wytknięto, że reprezentuje wąską grupę chorych na raka piersi kobiet: dość młodych, szczupłych, białych, a ją samą nazwano *pin-up girl* raka piersi¹⁸).

W latach 90. blizna była wykorzystywana przez feministyczne aktywistki jako argument w dyskusjach poli-

(in the mass media and on the Internet) and, as many healthy people¹³, they pin a pink ribbon to their blouses (or wear pink silicon bracelets). They treat the disease as a challenge or even a rite of passage. It is no longer an “injustice or a tragedy to rail against but a normal marker in the life cycle, like menopause or grandmotherhood”¹⁴.

A lot of people, including Ehrenreich the above cited author, were unable to agree on the approach which tamed and normalized the disease. For Ehrenreich, pink ribbon culture infantilizes, to a great extent, breast cancer women, deprives them of the right to cope with it in a mature and critical way, to face its consequences and the social situations created by the disease¹⁵. It is true that an increasing awareness of risks as well as public discussions on breast cancer related topics made it possible to overcome the silence and stigma¹⁶; however, it does not mean that cancer as a social problem has already been solved. It explains why feminist activists continued the “action” of their predecessors by displaying mastectomy scars.

One of the most famous women who did not want to celebrate her “regained life” was Matuschka, a former top model; she showed her naked mutilated breast to initiate a public discussion on important topics related to cancer. In 1993 on the front page of the New York Times Magazine there was her photograph in an “eccentric costume”, that is with a covered healthy breast and an unveiled mastectomy scar. It was illustration to the article “The Anguished Politics of Breast Cancer”¹⁷. The photograph and the article triggered violent reactions of readers – not only because it was revealed that thousands of women had been mutilated, but also because it was a respectable mass medium which dared write about it. The article told about the revolution of angry Amazons, to whom it was no longer sufficient to meet in support groups, and therefore they established a nationwide political movement for the rights of women after breast cancer therapy. The text also quoted the words of Dr. Susan Love, a well-known surgeon, that said that it was not enough to detect cancer and that in fact the standard treatment of the women who were diagnosed with breast cancer resembled medieval tortures: slashing, burning and poisoning. The article said that breast cancer had been ignored for years and years only because it was a disease that affected females. The rebelled women demanded and obtained from the government enormous financial resources for medical care and breast cancer research. The portrait of one-breasted Matuschka accompanied by the words “You can’t look away any more”, soon became the icon of the angry Amazons. (However, not for a long time, as some years later she was accused of representing a narrow slice of the women suffering from breast cancer: youthful, slender, white, and she was called a pin-up girl after breast cancer¹⁸).

¹³ W tym kontekście warto wspomnieć o lalce Barbie – edycji Breast Cancer Pink Ribbon Barbie® Doll (wypuszczonej na rynek w 2006 r.), która ma uosabiać najbardziej pożądaną model „walki” o większą społeczną świadomość choroby (por. Łysak Alina, *Lalka do walki z rakiem piersi?*, Nasze Życie, 2010, nr 53, s. 11-16.

¹⁴ Ehrenreich B., *Smile or die*, 2010, s. 29.

¹⁵ Ehrenreich Barbara, *Welcome to Cancerland. A mammogram leads to a culture of pink kitsch*, Harper's Magazine, November, 2001, s. 43-53 (<http://www.bcaction.org/PDF/Harpers.pdf>) (dostęp: 11.10.2009).

¹⁶ Ehrenreich B. *Smile or die*, 2010, s. 22.

¹⁷ Ferrero Susan, *The anguished politics of breast cancer*, New York Times, 1993, 15 August.

¹⁸ Rosolowski Tacey A. *Woman as ruin*. American Literary History, vol. 13, nr 3, s. 533-577.

¹³ In this context it is worth noting Mattel initiative – Breast Cancer Pink Ribbon Barbie® Doll (released in the market in 2006), that was to personify the most desired model of “struggle” for higher social awareness of the disease (comp. Łysak Alina *Lalka do walki z rakiem piersi?*, Nasze Życie, 2010, nr 53, pp. 11-16.

¹⁴ Ehrenreich B., *Smile or die*, 2010, p. 29.

¹⁵ Ehrenreich Barbara *Welcome to Cancerland. A mammogram leads to a culture of pink kitsch*, Harper's Magazine, November, 2001, pp. 43-53 (<http://www.bcaction.org/PDF/Harpers.pdf>) (access: 11.10.2009).

¹⁶ Ehrenreich B., *Smile or die*, 2010, p. 22.

¹⁷ Ferrero Susan, *The anguished politics of breast cancer*. New York Times, 1993, 15 August.

¹⁸ Rosolowski Tacey A. *Woman as ruin*. American Literary History, vol. 13, nr 3, pp. 533-577.

tycznych, a dla ogółu chorych była „znakiem” przynależności (właściwie już nie tyle sama blizna po mastektomii, co przebycie leczenia onkologicznego) do szczególnej grupy osób: dzielnych, walecznych, podziwianych, takich, które lepiej rozumieją wartość życia i bardziej ją doceniają. „Przeżytniczka” kreowana była na nowy autorytet moralny; nic więc dziwnego, że wyraźnie wzrosła pozycja społeczna kobiety po leczeniu raka piersi jako grupy społecznej. Świeżo zdiagnozowane kobiety chętnie korzystały z tego zestawu kulturowych narzędzi – dopiero teraz mogły poczuć się ważne, szanowane, podziwiane itp. Dlatego też w chorobie chciały widzieć wyłącznie jej „jasną stronę” (sformułowanie B. Ehrenreich).

Medyczne rozumienie estetyki choroby

Wydaje się, że dominującym trendem we współczesnej kulturze raka piersi jest rosnąca medykalizacja choroby. Nie chodzi tu wyłącznie o upowszechnianie przekonania, iż to lekarz jest najważniejszą instancją, do której kobiety powinny zwracać się ze swoimi niepokojami, ale o zyskujące coraz szerszą akceptację społeczną przekonanie, że rak piersi to problem o charakterze ściśle medycznym (nie zaś kulturowym, politycznym, ekonomicznym, ekologicznym itp.).

Przed wszystkim warto zauważyć, że publiczne dyskusje najczęściej poświęcone są tematowi tzw. profilaktyki raka piersi oraz promocji rekonstrukcji piersi. Kobiety informuje się, że zagrożone zdrowie można „chronić” uczestnicząc w badaniach skринingowych. Przekonuje się je też, że nie powinny już obawiać się raka piersi, ponieważ w najgorszym razie (tj. mastektomii) zyskają zawsze jędrne, idealnie okrągłe piersi, które zdecydowanie poprawią komfort ich życia. Teraz problemem staje się jedynie niska zgłaszalność na mammografię oraz obawa kobiet przed podaniem się rekonstrukcji piersi. W ten sposób unieważnia się dyskusje m.in. wokół stałego wzrostu zachorowań na raka, ekonomiki leczenia choroby (i nieopłacalności wprowadzania pewnych procedur i leków, a forsowania innych, bardziej zyskowych dla firm farmaceutycznych, lekarzy czy instytucji państwowych), nie mówiąc o kwestiach tożsamości „wyleczonych” kobiet i życia w tzw. zdrowiu uwarunkowanym.

Oczywiście, nadal trwa „wojna z rakiem”, tzn. nadal prowadzone są badania nad dynamiką rozwoju choroby, potencjalnymi czynnikami ryzyka zachorowania na raka piersi czy skuteczniejszymi sposobami zapanowania nad nim. Wszystko jednak wskazuje na to, że ta wojna szybko się nie skończy. Dlatego zawężanie – w przekazach adresowanych do szerokiego grona odbiorców – problemu raka do zachowania/odzyskania przez kobiety pięknych piersi jest społecznie nieadekwatne, a nawet niebezpieczne (ponieważ ideologia medyczna wcale nie unieważnia polityczności raka piersi czy kwestii raka piersi jako problemu społecznego).

Dyskurs medyczny konstruuje kobietę z rakiem piersi jako przedmiot badania, obiekt oglądu. Znowu więc oferowana jest jej rola pacjentki, choć już nie takiej, jaka obowiązywała do początków drugiej połowy XX w. Bierność, zależność, nieświadomość kobiet w odniesieniu do metod leczenia odeszły do lamusa. Teraz dostępna jest jej rola aktywnej konsumentki usług medycznych: znającej swoje potrzeby, posiadającej podstawową wiedzę medyczną na temat swojego schorzenia, aktywnej, dążącej do współpracy z lekarzem, podejmującej decyzje, poszukującej najlepszych rozwiązań (w tym też alternatywnych do medycyny

In the 1990s, mastectomy scar was used by feminist activists as an argument in political discussions, while for the population of cancer patients, the scar was a symbol of belonging (to be exact it was not the mastectomy scar, but the fact of having undergone oncology treatment) to a special group of brave, courageous, admired people who are able to understand and appreciate better the value of life. The cancer survivor was viewed as a new moral authority; no wonder that the social position of the women after breast cancer therapy increased as a social group. The women with newly diagnosed cancer took advantage of these cultural tools to feel finally respected, important, admired, etc. They focused on themselves other people's attention only because they were diagnosed with cancer. Therefore, they wanted to notice in the disease only its “bright side” (the term used by B. Ehrenreich).

Medical understanding of the disease aesthetics

The trend which seems to prevail in the current culture of breast cancer is an increasing medicalization of the disease. It is not only a problem of propagating the belief that the physician is the most appropriate authority the woman should address herself to whenever she feels there is something wrong with her breast, but it refers particularly to the belief, which is gaining wider social acceptance, that breast cancer is a strictly medical problem (excluding its cultural, political, economic, ecological characters).

First of all, it is worth noting that public discussions focus on so-called breast cancer prevention and promotion of post-mastectomy breast reconstruction. Women are informed that their threatened health can be “protected” by participating in screening examinations. They are told not to be afraid of breast cancer, because at worst (i.e. mastectomy) they will have everlasting firm and perfectly round breasts, which will improve significantly their quality of life. Nowadays, the main problems are a low percentage of women who undergo regular screening mammography and women's anxiety to undergo a breast reconstruction surgery. In this way, the discussions on other topics become insignificant, such as: a constant increase in cancer diagnoses, economy of cancer therapies (inefficiency of introduction of certain procedures and medicines, usage of medicines which are more profitable for pharmaceutical companies, physicians and state institutions), as well as the issues of survivors' identities and living in the so-called “conditioned” health.

It is obvious that the war on cancer continues; that is some research is being carried out, for example on dynamics of cancer progression, potential risk factors for breast cancer and effective methods of their control. However, there is no doubt that the victory is still far away. Therefore, it is socially inadequate, especially in messages addressed to the wide public, to limit the problem of cancer to the question whether women can maintain or reconstruct the beautiful breasts; it is even dangerous, because medical ideology does not cancel political and social aspects of breast cancer and issues related to it).

Medical discourse treats the woman with breast cancer as a research subject, an object to observe. Once again she is assigned a role of patient, though not the same as was generally accepted until the beginning of the second half of the 20th century. Passiveness, dependence, ignorance of women with reference to therapies went into oblivion. Nowadays, women can assume a role of an active consumer of medical services; they know their needs, have basic medical knowledge on their disease, are active and eager to co-operate with the physician, make decisions, seek better solutions (including alternative therapies), etc. Women,

konwencjonalnej) itp. Kobiety – czy to dopiero zagrożone chorobą czy już chorujące – dbają o siebie, regularnie spotykając się z przedstawicielami środowiska medycznego: chodzą na badania kontrolne, poddają się diagnozie, a jak trzeba to i leczeniu – podstawowemu, uzupełniającemu oraz skutków ubocznych leczenia – oraz profesjonalnej rehabilitacji. Można powiedzieć, że w ich przypadku zdrowie, a jeszcze bardziej choroba stają się życiowym zajęciem, a nawet rodzajem zawodu – zwłaszcza gdy zaangażują się w działalność stowarzyszenia¹⁹.

Blizna po mastektomii pozornie traci rację bytu w epoce zaawansowanej medycyny, tak onkologicznej, jak i estetycznej. Wydaje się już po prostu oznaką niepełnosprawności, a nawet znakiem niepełnowartościowości chorej jako kobiety. Można by nawet zapytać: Z jakiego powodu kobiety miałyby pozostawać niesprawne? Dlaczego – w kulturze spektaklu, w której blizna po piersi jest już *passé* – miałyby się dobrowolnie skazywać na niewidzialność? I tak oto wracamy do tradycyjnego sposobu myślenia o kobietach jako tych, które są oglądane/podziwiane. (Kobiety inne: niepełnosprawne, stare, brzydkie itp. nie dostają legitymizacji na samookreślenie i niezależność w kulturze). Wcześniej bardziej sztuka, a obecnie zdecydowanie bardziej medycyna – dwie ściśle powiązane ze sobą dziedziny definiujące kobiecość – określa co jest normą, a co obiektem²⁰.

Niektóre kobiety rozumieją jednak, że „nasze ciała to my”²¹, nie godzą się narzucane im standardy urody. W szczególnej sytuacji są te, które z racji przebytego leczenia nie są ani zdrowe, ani piękne. Wbrew medycznym „zaleceniom” i społecznej presji podejmują próby definiowania siebie i swojej kobiecości zgodnie z własnymi wartościami. Tu blizna po piersi, paradoksalnie, okazuje się istotnym zasobem, a rekonstrukcja strategią wtórnej tabuizacji – ukrycia problemu raka i ponownego wtłoczenia kobiet w obowiązujące kanony piękna. Coraz więcej kobiet – w projektach artystycznych i na amatorskich zdjęciach – ukazuje swoją zmienioną operacyjnie klatkę piersiową. Te przedstawienia rzadko jednak pojawiają się w masowych mediach; najczęściej natknąć się na nie można w internecie. Jednym z nich jest artystyczny projekt „Scar”: seria zdjęć młodych kobiet pozbawionych jednej lub obu piersi. Towarzyszył mu przekaz: blizna to nie różowa wstążka. Bardziej feministyczne w wymowie są np. kanadyjskie kalendarze z nagimi Amazonkami czy nowsze prace Matuschki.

Zakończenie – znaczenia blizny w polskim dyskursie publicznym

Bliznie po mastektomii można nadawać różne znaczenia, które w zasadniczy sposób wpływają na sposób przeżywania choroby przez kobiety nią dotknięte oraz na reakcje społeczne na raka i chorujące nań osoby. Jeszcze kilkadziesiąt lat temu – w przekonaniu większości – blizna po piersi stanowiła stygmat, który dyskwalifikował kobiety. Pod koniec XX w. stała się ona znakiem „męstwa”, „wojenną szramą”, którą można się pochwalić, a raczej, którą można pokazać w intencji uczulenia na groźbę choroby. W pierwszej dekadzie XXI w. natomiast upowszechnił się

when their health is at risk or they are already ill, take care of themselves meeting regularly with representatives of medical staff; they undergo control examinations and diagnostic procedures, and when it is necessary, medical treatment (basic, supplementary and the one that treat side effects of principal treatment) and professional rehabilitation. Generally speaking, when they are taken ill, their health and, even more, the disease become their full-time activity, a sort of occupation (especially when they engage themselves in patients' society activity)¹⁹.

Apparently mastectomy scar has no longer any sense in the time of advanced medicine, both oncologic and aesthetic. It seems to be simply a sign of disability, or even a sign of substandard femininity of the woman after mastectomy. One can ask the questions: why should women remain disabled?, why – in the culture of spectacle, when mastectomy scar has become *passé* – do they have to condemn themselves to remain invisible? And so we are going back to the traditional way of thinking about women – who are supposed to be looked at and admired; whereas other women: disabled, old, ugly, etc. do not obtain legitimization to self-determination and independence in culture. Previously, it was art, and now it is decidedly more medicine – strictly related to each other and both defining femininity – which defines what is a standard and what is an object²⁰.

However, some women understand that “our bodies, ourselves”²¹, and they do not accept the imposed beauty standards. In a particular situation are those women who after having undergone the radical treatment are neither healthy nor pretty. Contrary to medical “advice” and social pressure they try to define themselves and their femininity according to their system of values. It is a paradox, but in the new set of values mastectomy scar turns out to be a significant resource, whereas breast reconstruction is seen as a strategy of recurrent tabooization, which means to hide the problem of cancer and force women again into the accepted canons of beauty. An increasing number of women – in artistic photographs and snapshots – display their surgically mutilated chest. These pictures are not shown in the mass media; usually they find their exposition medium on the Internet. One of them is “Scar”, an artistic project which presents a series of photographs of young women deprived of one or both breasts. It was accompanied with a message – scar is not a pink ribbon. More feminist messages are transmitted through, e.g. Canadian calendars with naked Amazons or Matuschka's latest works.

Conclusion: Meanings of scar in the public discourse in Poland

As it has been presented in this paper, various meanings can be given to mastectomy scar; the meanings significantly affect the way in which the disease is experienced by breast cancer patients, influence social reactions to cancer and women affected by the disease. Until a few decades ago, most people believed that mastectomy scar was a stigma which disqualified women. At the end of the 20th century, it was a sign of “courage”, “war scar” which one could be proud of, or rather display so as to show the horror of the disease. Whereas, in the first decade of the 21st century

¹⁹ Larsen P. D., *Illness behavior*, s. 29.

²⁰ Nead Lynda *Akt kobiety. Sztuka, obscena i seksualność*, przeł. Ewa Franus, Poznań: Rebis 1998.

²¹ To tytuł kompendium wiedzy o zdrowiu kobiet napisanego przez kobiety dla kobiet: *Our bodies, ourselves (Nasze ciała, nasze życie*, 2005, Gdańsk: NEWW).

¹⁹ Larsen P. D., *Illness behaviour*, p. 29.

²⁰ Nead Lynda *Akt kobiety. Sztuka, obscena i seksualność*, trans. Ewa Franus, Poznań: Rebis 1998.

²¹ This is the title of the compendium of knowledge of women's health written by women for women: *Our bodies, ourselves (Nasze ciała, nasze życie*, 2005, Gdańsk: NEWW).

pogląd, że medycyna rozwiąże problem choroby, przynajmniej w zakresie estetycznym. Nie wszyscy ulegli tej propagandzie, dlatego nadal sporo jest przedstawień śladu po mastektomii.

Reprezentacje raka piersi zmieniają się na przestrzeni lat, a raczej pewne wizerunki stają się w danym okresie bardziej popularne niż inne. Mogą się one stać, zdaniem K. Kaiser, kulturowymi narzędziami, przy pomocy których kobiety będą nadawały kształt swoim doświadczeniom²². W oparciu o dostępne im koncepcje choroby, modele ról i znaczenia raka bardziej lub mniej świadomie konstruują swoje tożsamości i przeżywają ocalone życie. Współcześnie zakres możliwości znacznie się poszerzył: chorujące kobiety mogą zatajać swoją chorobę (by informacja o przebytym raku nie wpłynęła na zmianę ich relacji z innymi), mogą manifestować swoją przynależność do rosnącej społeczności dzielnych Amazonek (otrzymując wsparcie od najbliższych oraz sympatię i zainteresowanie ze strony znajomych), mogą też chorobę potraktować w kategoriach zadania, które pomyślnie wykonane przyniesie im lepsze – bo medycznie nadzorowane i świadomie pielęgnowane – zdrowie, lepsze samopoczucie i lepszy wygląd (tu: zrekonstruowane piersi). To, który „zestaw narzędzi”, tj. znaczeń odbijających wartości, założenia, postawy dotyczące choroby wybierze konkretna kobieta, zależy od jej systemu przekonań, a w jeszcze większym stopniu od tego, co Thomas Couser nazwał kulturową autoryzacją (tu: powszechną społeczną akceptacją dla danych poglądów, zachowań, działań)²³.

Na koniec warto jeszcze wspomnieć o wizerunkach blizny w polskim dyskursie publicznym. W naszych rodzimych mediach (tj. w prasie kobiecej) jako pierwszy pojawił się przedruk wspomnianej fotografii Matuszki (w 1995 r.). Co ciekawe, ilustrował on artykuł promujący kampanię różowej wstążki magazynu „Twój Styl”. Na następne przedstawienia blizny trzeba było czekać do r. 2002. Wówczas to miesięcznik „Claudia” przedrukował fotografię z niemieckiego „Stern”. Paradoksalnie więc, pierwsze wizerunki okaleczonej klatki piersiowej pojawiły się w Polsce z inicjatywy dziennikarek wysokonakładowych mediów komercyjnych, którym brakowało rozeznania co do konwencji ilustrowania przekazów na temat raka piersi.

Artystyczne projekty poświęcone kobietom po mastektomii to kalendarze z aktami Amazonek – jeden autorstwa Izabeli Moczarniej-Pasiek (2005 r.), drugi powstały z inicjatywy Doroty Kiałki (2009 r.). Co ciekawe, same członkinie stowarzyszenia Amazonki stworzyły dwa cykle fotografii, z których blizna po mastektomii zupełnie znika: w 2011 r. powstały zdjęcia ukazujące kobiety po rekonstrukcji, a w 2012 r. ubrane Amazonki pozowały ze swoimi małymi lub dorosłymi już dziećmi.

Można powiedzieć, że w Polsce blizna nigdy nie nabrała „kontrkulturowego” znaczenia; nigdy nie była środkiem w walce politycznej. Właściwie do końca ubiegłej dekady otaczała ją odium obrzydliwości, potworności. Proces detabuizacji blizny nadal więc u nas trwa. Wydaje się, że w odniesieniu do zmiany modelu chorowania i radzenia sobie z rakiem piersi największe zasługi trzeba u nas przypisać różowej wstążce i kampaniom medialnym, które mniej lub bardziej konsekwentnie upowszechniały świadomość zagrożenia i oswajały z wiedzą o istnieniu Amazonek. Nie można jednak dopuścić do tego, by medialny dyskurs raka piersi, a raczej wczesnego wykrywania tej choroby, zdominował masową wyobraźnię, by zakwestionował waż-

a new approach became popular – medicine will solve the cancer-related problems, at least in its aesthetic aspect. The approach is not accepted by everybody, therefore it is still possible to see women showing mastectomy scar.

Representations of breast cancer have been changing over the years, or it is better to say that some images became more popular than the others in a given period. According to K. Kaiser, they can become cultural tools which women will use to shape their experiences²². Basing on the concepts of the disease, role models and cancer meanings known to them, women, more or less consciously, build their identity and experience their regained lives. Nowadays, the range of possibilities is larger: sick women can keep their disease in secret (so that the information about cancer could not alter the relationships with others), they can manifest their membership of the growing community of brave Amazons (receiving support from the family and affection and interest from acquaintances), they can treat the disease as a kind of task to overcome, which once done successfully will result in better health, as it is supervised by doctors and consciously taken care of, better wellbeing and better look (i.e. breast reconstruction). Which “toolkit” – i.e. a set of meanings reflecting values, assumptions, attitudes towards the disease – is chosen by an individual depends on her system of beliefs and, to an even greater extent, on cultural authorization (i.e. general social acceptance of given views, behaviors and actions); the term coined by Thomas Couser²³.

Finally, it is worth telling about scar images in the public discourse in Poland. In the Polish mass media (i.e. press for women), the first scar image was a reproduction of the aforementioned photograph of Matuschka (in 1995). It is interesting to note that it was chosen to promote the pink ribbon campaign of “Twój styl” magazine. There was no other presentation of a scar until the year 2002 when “Claudia”, a women’s monthly magazine, reproduced photographs from German “Stern”. Paradoxically, the first images of mutilated chest appeared in Poland on the initiative of journalists working for high-circulation commercial media who did not know exactly what conventions were used to illustrate information on breast cancer topics

Artistic projects dedicated to women after mastectomy include two calendars with Amazons’ nudes: one made by Izabela Moczarna-Pasiek (2005), the other one published on the initiative of Dorota Kiałka (2009). It is interesting to note that also the members of Amazon Association made two series of photographs without displaying mastectomy scar: in 2011 the photographs showed women after breast reconstruction, and in 2012 completely dressed Amazons posed together with their little or already grown up children.

It can be concluded that in Poland mastectomy scar has never acquired “countercultural” meaning; has never been used in political struggle. Practically, up to the end of the last decade it was associated with something repulsive and monstrous. The process of detabooization of the scar is still in progress. It seems that the greatest merit in inducing change in the model of suffering from and coping with breast cancer has the pink ribbon campaign and other media campaigns which, sometimes more effectively sometimes less, spread awareness of breast cancer threats and Amazons’ presence. However, media discourse on breast cancer, or rather its early diagnosis, should not be allowed to dominate mass imagination and question the significance of discussion on mastectomy

²² Kaiser K. *The meaning of...*

²³ Couser G. Thomas *Recovering bodies. Illness, disability, and life writing*, Madison: The University of Wisconsin Press 1997.

²² Kaiser K. *The meaning of...*

²³ Couser G. Thomas *Recovering bodies. Illness, disability, and life writing*, Madison: The University of Wisconsin Press 1997.

ność dyskusji nad blizną po mastektomii. W przeciwnym razie dojdzie do ponownego wyjałowienia czy zubożenia zakresu znaczeń raka piersi, a więc „materiału” do samodzielnego nadania wyrazu lękom, nadziejom, pragnieniom, postawom, tożsamościom itp. przez kobiety po leczeniu tej choroby.

scar. Otherwise, it will make again the range of breast cancer meanings sterilized and impoverished, which in fact is the “material” to work on individually through expressing anxiety, hope, desires, attitudes, identities, etc. by women after breast cancer treatment.

Adres do korespondencji:

Address for correspondence:

Edyta Zierkiewicz
Instytut Pedagogiki
Uniwersytetu Wrocławskiego
ul. Dawida 1
50-527 Wrocław

Wpłynęło/Submitted: VI 2012
Zatwierdzono/Accepted: VI 2012

Rehabilitacja psychoonkologiczna poprzez muzykę i ruch. Rozważania teoretyczne

Body context of health potentials in oncology rehabilitation through dance and movement.

Theoretical considerations

numer DOI 10.2478/v10109-012-0017-y

Iwona Krzewska¹, Katarzyna Ruda², Joanna Rymaszewska³

¹ Instytut Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego
Institute of Psychology, University of Wrocław

² Katedra Fizjoterapii w Medycynie Zachowawczej i Zabiegowej AWF we Wrocławiu
Department of Physiotherapy in Medicine and Surgery, University School of Physical Education in Wrocław

³ Katedra i Klinika Psychiatrii UM we Wrocławiu
Department and Clinic of Psychiatry, Medical University in Wrocław

Streszczenie:

Wyraźne poczucie własnej fizycznej odrębności od otoczenia oraz poczucie integralności siebie w ciele (silne poczucie granic ciała) wiąże się z łatwością nawiązywania kontaktów interpersonalnych i aktywnym stylem życia, a także innymi cechami zachowania, które mogą budować potencjały zdrowia. Wzmacnianie poczucia granic ciała poprzez ruch i taniec może wspierać proces osiągania zdrowia przez pacjentów onkologicznych.

Słowa kluczowe: potencjały zdrowia, sposób doświadczania ciała, poczucie granic ciała, rehabilitacja muzyczno-ruchowa, onkologia.

Abstract:

Efficacy of dance and movement therapy in oncology patients triggers questions about relationships between body experience and health potentials. Research shows that body experience, particularly the sense of body boundaries, correlates with one's health condition and personality traits. According to the results, health potentials should be reflected in body experience. There is a relationship between a high sense of body boundaries (a sense of being separated from the surroundings and a sense of being integrated in one's own body) and an active, goal-oriented style of life, and an ability to be successful in interpersonal relationships. These and other features of behavior can possibly contribute to a higher health potential. Reinforcing the sense of body boundaries through dance and movement can accelerate the recovery process in oncology patients.

Key words: health potentials, bodily experience, sense of body boundaries, dance movement rehabilitation, oncology.

Wprowadzenie

Psychologia cielesnego doświadczenia jest współcześnie przedmiotem zainteresowania naukowców [1]. Wyniki badań sugerują, że sposób doświadczania ciała, a zwłaszcza poczucia granic ciała, powiązane są z osobowością i z tożsamością człowieka [2-5], a także z problematyką zdrowotną i rozpoznaniem z zakresu medycyny somatycznej i psychiatrii [2, 3, 6-12]. Zatem zasadne wydają się pytania o charakter związków pomiędzy sposobem doświadczania ciała, ze szczególnym uwzględnieniem jego granic, a zjawiskami kształtującymi kondycję zdrowotną człowieka – potencjałami zdrowia. Aktywnością, w której doświadczanie własnego ciała ma szansę ujawnić się w pełny sposób, jest rehabilitacja muzyczno-ruchowa (choreoterapia). Zajęcia

Introduction

Studying the factors that condition one's health state requires combining the biological reality of the body and the psychological reality of the mind, which are impossible to compare. Currently, psychology of body experience is a subject of great interest to scientists [1]. Research findings suggest that the way the body experiences, especially the sense of body boundaries, is related to the individual personality and identity [2, 3, 4, 5], as well as to health issues, somatic medical and psychiatric diagnoses [2, 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12]. In the light of the aforementioned statements, it seems appropriate to ask questions about the character of the relations between the ways the body is experienced, especially its boundaries,

stwarzają optymalne warunki dla pomiaru i interpretacji doświadczenia ciała, a także jego znaczenia dla potencjałów zdrowia.

Potencjały zdrowia

Współcześnie traktuje się zdrowie jako dobrostan biopsychospołeczny – pochodną dyspozycji jednostki, które umożliwiają jej funkcjonowanie w określonych warunkach środowiskowych [13]. Do takich dyspozycji można zaliczyć uwarunkowania osobowościowe [13, 14] i poznawcze [13], które w praktyce generują poziom doświadczanego stresu. Poziom ten ma wpływ na tak podstawowe dla kategorii zdrowia zjawisko, jak objawy somatyczne. Do zasobów zdrowotnych człowieka (potencjałów zdrowia) zaliczane są m.in.: zdolność korzystania ze wsparcia społecznego, poczucie własnej wartości, poczucie koherencji, optymizm, inteligencja emocjonalna, poczucie humoru, umiejętność nawiązywania kontaktów interpersonalnych, strategie radzenia sobie ze stresem [15]. Szczególną rolę przypisuje się poczuciu kontroli osobistej, a także poczuciu skuteczności. Uwzględnia się również style poznawcze – sposób odbierania i przetwarzania informacji [15].

Doświadczenie ciała w problematyce psychologicznej

Sposób doświadczania własnego ciała rozumiany jest w psychologii na wiele sposobów [9]. Badaniu poddawane są tak różne cielesne doświadczenia, jak: stosunek do własnego wyglądu zewnętrznego, percepcja sygnałów ciała i ocena jego rozmiarów, orientacja w umiejscowieniu ciała w przestrzeni, spostrzeganie ciała w następstwie zaburzeń psychicznych lub urazów mózgu, reakcja na uszkodzenia ciała na skutek wypadku lub operacji, oddziaływania ukie-
runkowane na poprawę wyglądu, a także odczucia związane z własną seksualnością [16].

Podstawowym, a zarazem najbardziej wieloznacznym pojęciem pojawiającym się w literaturze przedmiotu, jest „obraz ciała”, rozumiany jako „sposób, w jaki ciało obecne jest w psychicznej reprezentacji osoby” [17]. Teoretycy obrazu ciała sugerują posługiwanie się terminem „obra-
zy ciała”, ze względu na wielość doświadczeń, które reprezentuje to pojęcie [17, 18]. Coraz częściej obraz ciała ujmowany jest jako pochodna globalnego doświadczania siebie w ciele: psychiczna reprezentacja świadomych i nieświadomych doświadczeń cielesnych [19] lub też całokształt spostrzeżeń, myśli i uczuć jednostki na temat jej ciała [20]. Koncepcje te daleko wykraczają poza obraz ciała rozumiany jako wygląd zewnętrzny i postawa wobec niego.

Współcześnie termin „obraz ciała” coraz częściej funkcjonuje obok pojęcia „ja cielesnego”. Mirucka [19] definiuje „ja cielesne” jako całościowy sposób doświadczania siebie w swoim ciele, wraz z własną seksualnością, a więc sumę konkretnych doświadczeń cielesnych, świadomych i nieświadomych, które mają swoje odzwierciedlenie w obrazie ciała. Sakson-Obada [5] definiuje ja cielesne poprzez funkcje, jakie ono pełni: doznawanie bodźców płynących z ciała i otoczenia, interpretację doznań w kategoriach emocji i potrzeb fizycznych oraz ich regulację.

and the resources shaping an individual's health condition, i.e. health potentials. An activity which can give people a chance to experience fully their body is dance movement therapy (choreotherapy). As an activity which focuses on working with the body, it creates optimal conditions to measure and interpret body experience, and to assess its importance for health potentials. Efficacy of psycho-oncology rehabilitation through music and movement can be an argument for placing the body experience concept within the human health resources.

Health potentials

Nowadays, health is often treated as biopsychosocial wellbeing – a derivative of the individual's dispositions, which make it possible for the individual to function adapting oneself to given environmental conditions [13]. Such dispositions may include: determinants of personality [13, 14] and cognition [13], which practically moderate the level of the experienced stress. The level has an impact on such health fundamental phenomena as somatic symptoms. Whereas the human health resources (health potentials) include, for example: ability to use social services, a sense of self-esteem, a sense of coherence, optimism, emotional intelligence, a sense of humor, interpersonal skills, stress coping strategies [15]. A particularly important role is assigned to a sense of personal control and a sense of efficacy. In addition, cognitive styles are included – ways of receiving and processing information [15].

Psychological aspect of body experience

In psychology the way one experiences one's own body is understood in various ways [9]. Various body experiences that are being studied include, for example, attitude to one's appearance, perception of body signals and estimation of the body size, spatial orientation determining the body's position, body perception in case of mental disorders or brain injury, reaction to body injury caused by a car accident or a surgery, actions taken to improve appearance, and perception of one's own sexuality [16].

A fundamental, but also the most ambiguous, notion that is used in the specialist literature is body image, understood as a way in which the body is present in the mental representation of a person [17]. Theoreticians of body image suggest using the term 'body images' because of the multiplicity of experiences the term denotes [17, 18]. It is increasingly frequent to treat body image as a derivative of global body experiences [19] or the sum total of observations, thoughts and feelings of an individual concerning one's own body [20]. These concepts exceed far too much the body image understood as an appearance and one's attitude towards it. Currently, 'body image' is increasingly frequently used beside the notion of 'bodily me'. Mirucka [19] defines the bodily me as a comprehensive way of experiencing oneself in one's own body including one's own sexuality, i.e. a sum of specific body experiences, conscious and subconscious, which are reflected in one's body image. Sakson-Obada [5] defines the bodily me through the functions it performs: perceiving stimuli coming from the body and the environment, interpreting experiences in categories of emotions and physical needs, and their regulations.

The notions of body image and bodily me describe two inseparable ways of experiencing the body – objective (body image – experience of one's own body as a material

Pojęcia obrazu ciała i ja cielesnego opisują dwa nierozłączne sposoby doświadczania ciała – odpowiednio: przedmiotowy (obraz ciała – doświadczanie swego ciała jako obiektu materialnego i związane z nim myśli, emocje i zachowania) lub podmiotowy (ja cielesne – całościowy sposób doświadczania siebie we własnym ciele). Kategorie te łączy fakt, że określają one doświadczenie subiektywne, a nie zjawiska obiektywne.

Coraz częściej ja cielesne uznawane jest za fenomen mający udział w budowaniu osobowości [4, 21, 22]. Badacze zajmujący się problematyką doświadczania ciała chętnie nawiązują do kategorii „poczucia” [3, 4, 5], która integruje doświadczenie poznawcze i emocjonalne.

Za jeden z ważniejszych aspektów doświadczania cielesnego uznaje się poczucie granic ciała. Fenomenowi temu poświęca się bardzo mało empirycznego zainteresowania. Przyjmuje się, że poczucie granic ciała stanowi ważny element ja cielesnego [3-5, 22] lub obrazu ciała [20]. Należy odnosić je do doświadczenia fizycznego oddzielenia własnego ciała od otoczenia za pomocą obiektywnie istniejącej skóry (doświadczenie percepcyjno-poznawcze), ale także szerzej – do subiektywnego, poznawczo-emocjonalnego doświadczenia odrębności i integralności siebie w ciele – a więc do stopnia, w którym dana osoba czuje się w swoim ciele wyodrębniona z otoczenia i niepodatna na naruszenie lub wpływ [10, 17].

Fundamentalna rola poczucia granic ciała w rozwoju osobowości i tożsamości człowieka [5, 19, 21, 22] związana jest z odbiorem sygnałów cielesnych. Doznania te, które na wczesnych etapach życia pozwalają odróżnić ciało od innych obiektów w przestrzeni, pozwalają uzyskać poczucie własnych fizycznych granic, co w sensie psychologicznym oznacza zdolność odróżnienia „ja” od „nie-ja” [19].

Fisher i Fisher [23]), a także Fisher [24], Fisher i Cleveland [25] dowodzili związku poczucia granic ciała nie tylko z obszarami psychicznego i fizycznego zdrowia (jak radzenie sobie z niepełnosprawnością ciała, zaburzenia psychiczne), ale też z funkcjonowaniem emocjonalnym (jak odporność na stres), motywacyjnym (np. motywacja osiągnięć) i zachowania (np. aktywny, zadaniowy styl życia). Związki poczucia granic ciała z problematyką osobowościową pozostają w zgodności z założeniami innych autorów o orientacji psychodynamicznej [4, 22] i ich kontynuatorów [5].

Poczucie granic ciała a potencjały zdrowia

Rozumienie poczucia granic ciała jako uwarunkowań osobowościowych [6, 7, 24, 26-29] pozwala rozpatrywać je w kontekście potencjałów zdrowia.

Zasobem, któremu poświęca się uwagę w kontekście poczucia granic ciała, jest efektywne radzenie sobie ze stresem i kompetencje społeczne [24]. Osobom o silnym poczuciu granic ciała przypisuje się wysoką otwartość na kontakt i wyższą tendencję do wchodzenia w interakcje [30], a także większą łatwość funkcjonowania interpersonalnego i spontaniczną ekspresję [24]. Poczucie fizycznej odrębności od otoczenia może wiązać się z poczuciem bezpieczeństwa i z większymi umiejętnościami interpersonalnymi.

Niektóre dane [24], wraz z charakterystyką osobowości ludzi o silnym poczuciu granic ciała [25], pozwalają przypuszczać, że mogą oni różnić się od osób o słabym poczuciu granic ciała w zakresie takich zmiennych, jak: źródło umiejscowienia kontroli, poczucie sprawstwa, style radzenia sobie ze stresem, asertywność, poczucie samoskuteczności i poziom jej oczekiwania, poziom zaufania do siebie, samoocena, aktywność. Uwarunkowania te uznawane są za zasoby zdrowotne człowieka [15, 31].

object as well as thoughts, emotions and behavior related to it) or subjective (bodily me – an overall way of experiencing oneself in one's own body). These categories have one thing in common: they define subjective experience and not objective phenomena.

It is increasingly frequent to recognize the bodily me as a factor which takes part in building a personality [4, 21, 22]. Researchers who study issues related to body experience tend to refer to the category of 'sense' [3, 4, 5], which integrates cognitive and emotional experiences.

The sense of body boundaries is treated as one of the most important aspects of bodily experience. However, the phenomenon arouses little empirical interest. It is taken for granted that the sense of body boundaries is an important element of the bodily me [3, 4, 5, 22]. It has to refer to physical experience of the separation of one's own body from the rest of the environment by means of the objective presence of skin (perceptive-cognitive experience), but also it has to refer to a broader sense – to subjective, cognitive-emotional experience of separation and integrity of oneself in the body – which means to such a degree when one feels in one's own body detached from the rest of the environment and not liable to get hurt or influenced [10, 17]. The fundamental role of the sense of body boundaries in the development of one's personality and identity [5, 19, 21, 22] is related to the reception of body signals. Experiences that enable us to distinguish the body from other objects in space at the early stage of life make us develop a sense of our own physical boundaries, which in psychological terms means ability to distinguish 'me' from 'not-me' [19].

Fisher and Fisher [23]), as well as Fisher [24], Fisher and Cleveland [25] stated there were relationships not only between the sense of body boundaries and the areas of mental and physical health (e.g. coping with physical disabilities, mental disorders), but also between the sense of body boundaries and emotional functioning (e.g. stress resistance), motivation functioning (e.g. achievement motivation) and behavior (e.g. active, task-oriented lifestyle). The relationships between the sense of body boundaries and the personality issues comply with the assumptions of other psycho-dynamics-oriented authors [4, 22] and their followers [5].

A sense of body boundaries versus health potentials

The sense of body boundaries understood in the terms of personality determinants [6, 7, 24, 26, 27, 28, 29] makes it possible to discuss them in the terms of health potentials.

The resource that was discussed in connection with the sense of body boundaries is an effective coping with stress and social competence [24]. People of a strong sense of body boundaries are to be very eager to make contacts and tend to enter into interactions [30], and they also tend to develop more smooth interpersonal functioning and spontaneous expression [24]. The sense of physical separateness from the environment can be related to a sense of security and to higher interpersonal skills.

Some data [24], together with the characteristics of people with a strong sense of body boundaries [25], let us think they can differ from the people with a weak sense of body boundaries in such variables as: a source of control location, a sense of agency, styles of coping with stress, assertiveness, a sense of self-efficacy and a level of its expectancy, a level of self-trust, self-esteem, activeness. These determinants are considered to be human health resources [15, 31].

Brakuje prac poświęconych badaniu tych dyspozycji w ich relacji do sposobu doświadczania ciała ze szczególnym uwzględnieniem poczucia cielesnych granic. Zależności między nimi wydają się jednak prawdopodobne. Osoby, które mają silne poczucie fizycznej odrębności od otoczenia, ujawniają wyraźne poczucie odrębności własnych potrzeb od potrzeb innych ludzi, cechuje je autonomia i niezależność. Osoby o słabym poczuciu granic ciała cechuje natomiast psychiczna bierność, zależność i podatność na uzależnienia, a także inne trudności psychologiczne [32]. Uzyskuje to częściowe potwierdzenie w założeniach i badaniach Fishera [24], a także Fishera i Clevelanda [25] na temat osób, które różnią się w zakresie siły poczucia granic ciała.

Odkryto, że silniejsze poczucie granic ciała ma związek z zaangażowaniem w podejmowanie aktywności, takich jak sport, gotowanie i aktywność polityczna, a także z wyższym poziomem aspiracji i z nastawieniem na osiągnięcia, z potrzebą kończenia rozpoczętych zadań oraz zdolnością adaptacji do warunków bólu i niepełnosprawności cielesnej [30]. Silne poczucie granic ciała wydaje się warunkować aktywny, zadaniowy styl życia, który niezbędny jest do proaktywnego radzenia sobie ze stresem. Rozpatrywanie poczucia granic ciała w kontekście potencjałów zdrowia wydaje się więc uzasadnione.

Terapeutyczny i rozwojowy wymiar pracy z ciałem

Zmiany w cielesnym ja mogą dokonywać się poprzez pracę z ciałem i towarzyszyć zmianom w strukturze osobowości lub względnie trwałym zmianom w sposobie myślenia i przeżywania [7, 26]. Ma to istotne znaczenie dla wycofywania się objawów chorobowych ze spektrum psychiatrii, a także trudności natury psychologicznej.

Pruzinsky [33] uzasadnia skuteczność pracy z ciałem, jak taniec i ruch, a także dotyk, poprzez fakt, że praca ta nawiązuje do fundamentalnych zjawisk z zakresu rozwoju tożsamości. Dotyk i ruch umożliwiają dziecku uzyskanie odrębności psychicznej i przekroczenie symbiotycznej fuzji z rodzicem. Ruch może wzmacniać poczucie sprawstwa i radzenia sobie z wyzwaniami otaczającego świata. Praca z ciałem zmienia percepcję siebie i otoczenia oraz zwiększa szanse na ugruntowanie zmian psychologicznych, angażując biologiczne, rdzenne pokłady tożsamości.

Skuteczność rehabilitacji onkologicznej poprzez muzykę i ruch

Coraz częściej fizjoterapia w onkologii zostaje wzbogacona o taneczno-ruchowe oddziaływania psychologiczne. Powodzenie oddziaływań, które ujmują człowieka jako psychofizyczną jednostkę, wydaje się ściśle powiązane z jego wyjściowym potencjałem zdrowia, który przejawia się w sposobie doświadczania ciała. Terapia poprzez ruch (choreoterapia) ma na celu wzmacniać zasoby psychologiczne człowieka, które zwiększają jego poczucie zdrowia i polepszają obiektywną kondycję zdrowotną. Poczucie ciała u pacjentów onkologicznych istotnie zmienia się na skutek choroby nowotworowej, a proces zdrowienia, rozumiany także jako psychiczna adaptacja do warunków choroby, zachodzi w dużej mierze na bazie korzystnych dla osoby zmian w zakresie doświadczania ciała. Wydaje się prawdopodobne, że wzmacnianie poczucia granic ciała poprzez dotyk i ruch (zajęcia interakcyjne) może wiązać się ze wzrostem poczucia kontroli i sprawstwa, które zmniejszają poziom doświadczanego stresu i mogą wpływać na objawy chorobowe.

There are no studies on these dispositions in relation to the way the body is experienced and the involvement of the sense of body boundaries. However, the interrelations between the two seem probable. People who have a strong sense of physical separateness from the environment in the terms of personality reveal an explicit sense of separateness of their own needs from other people's needs; they are characterized by autonomy and independence. Whereas, people who have a weak sense of body boundaries show mental passivity, dependence, addiction susceptibility and other psychological difficulties [32]. That is partially confirmed in the assumptions and studies carried out by Fisher [24] as well as Fisher and Clevelanda [25] on people who differ in their senses of body boundaries.

It was found out that a stronger sense of body boundaries is connected to engagement in such activities as sport, cooking and political activity, as well as it implies a higher level of aspiration and achievement focus, a need to terminate the tasks once initiated and an ability to adapt to chronic pain conditions and physical disability [30]. A strong sense of body boundaries seem to determine an active, task-oriented style of life which is indispensable to develop proactive coping with stress. That implies it is justified to examine the sense of body boundaries in the context of health potentials

Therapeutic and development dimensions of body work

Changes in the bodily me can be made through body work, and will be accompanied by changes in the personality structure or by relatively long-term changes in the way of thinking and experiencing [7, 26]. Due to that, symptoms of psychiatric illnesses and other mental difficulties can withdraw.

Pruzinsky [33] gives the reasons why body work, e.g. dancing and movement, as well as touch, is so effective – the work refers to fundamental phenomena of the identity development. Touch and movement enable children to achieve a mental separateness and overcome symbiotic fusion with their parents. Movement can enhance the sense of agency and coping with challenges of the surrounding world. Body work alters both self-perception and environment perception and also increases the probability of fixing the psychological changes by involving biological, core layers of identity.

Efficacy of oncology rehabilitation through music and movement

Physiotherapy in oncology cases is increasingly often enriched by a dance-and-movement psychological treatment. Success of the therapy which views the human as a psychophysical entity seems to be strictly related to his or her initial health potential which manifests in the way the body is experienced. The goal of therapy through dance (choreotherapy) is to enhance psychological resources of an individual which increase his or her sense of health and improve an objective health condition. The sense of body in cancer patients changes significantly as a consequence of the disease and the recovery process, the latter understood also as a psychical adaptation to the disease conditions, is based, to a great extent, on those changes in bodily experience which are favorable to patients. It seems probable that enhancing the sense of body boundaries through touch and movement (interactive classes) may be related to an increase in the senses of control and agency, which reduce the level of the experienced stress and may affect disease symptoms.

Badania z zakresu zastosowania muzyki i ruchu w rehabilitacji onkologicznej ukazują szerokie spektrum oddziaływań terapeutycznych z wykorzystaniem technik, takich jak tańce integracyjne czy improwizacje ruchowe do muzyki. Szczególnie istotne wydają się działania, które podkreślają osobisty, pozachorobowy wymiar ciała w doświadczeniu pacjenta. Badań empirycznych nad znaczeniem obrazu ciała dla skuteczności terapii przez muzykę i ruch jest wciąż niewiele. Związek pomiędzy muzyką a medycyną i rehabilitacją jest opisywany szeroko jako zjawisko wielopłaszczyznowe. Muzyka bywa wykorzystywana w celu regulowania stanów psychologicznych oraz fizjologicznych.

Badania nad zastosowaniem muzykoterapii w onkologii mogą skupiać się na sprawdzaniu, w jaki sposób muzyka oddziałuje na poczucie lęku, stresu, bólu. Lin i wsp. [34] w randomizowanym badaniu klinicznym określali wpływ muzykoterapii i relaksacji słownej na stan lęku oraz wybrane objawy fizjologiczne u chorych na raka przed i po chemioterapii. Muzykoterapia miała większy pozytywny wpływ na lęk po chemioterapii oraz na temperaturę skóry niż werbalna relaksacja. O'Callaghan [35] badała różnice w doświadczeniu muzykoterapii przez mężczyzn i kobiety (w różnym wieku) ze schorzeniami onkologicznymi. Burns i wsp. [36] podkreślają wartość całościowej oceny potrzeb i preferencji pacjenta onkologicznego wobec muzykoterapeutycznej interwencji. Clark i wsp. [37] podają, iż muzykoterapia zmniejsza stres związany z udziałem pacjenta w radioterapii. Kolejne badania dotyczą pacjentów biorących udział w chemioterapii. Poprzez zastosowanie muzykoterapii poprawiła się ich jakość życia, zmniejszyła się bowiem niepewność, a także strach, zmęczenie, wzrosła natomiast umiejętność relaksacji. To samo badanie wykazało, iż polepszyło się rozkurczowe ciśnienie tętnicze (*diastolic blood pressure*) [38]. Z badań wynika, że muzykoterapia u dorosłych pacjentów z nowotworem i w opiece paliatywnej wpłynęła na poprawę humoru, jakości życia, relaksacji, komfortu, szczęścia (*happiness*). Odpowiednio zastosowana muzykoterapia redukuje zdenerwowanie, napięcie, ból, niepewność oraz strach [39, 40].

Li i wsp. [41] w randomizowanym badaniu klinicznym oceniali wpływ muzykoterapii na lęk kobiet po radykalnej mastektomii (okazał się pozytywny). Kolejne doniesienia ukazują pozytywny wpływ muzykoterapii na zmniejszenie depresji oraz skrócenie pobytu kobiet po radykalnej mastektomii w szpitalu. Muzykoterapia może stanowić alternatywny sposób interwencji pielęgniarstwa w klinicznym procesie opieki nad pacjentkami z rakiem piersi [42]. Le i wsp. [43] prezentują wyniki badań wpływu muzykoterapii na ból u kobiet chorych na raka piersi po radykalnej mastektomii (muzykoterapia ma zarówno krótko-, jak i długoterminowy pozytywny wpływ na łagodzenie bólu pacjentek).

Wnioski

Potencjały zdrowia odgrywają ważną rolę w kształtowaniu kondycji zdrowotnej człowieka poprzez regulację poziomu doświadczanego stresu. Ma to szczególne znaczenie dla rozumienia kondycji zdrowotnej pacjentów onkologicznych. Problematyka doświadczania ciała i jej znaczenie dla potencjałów zdrowia, tak ważnych w rehabilitacji psychoonkologicznej, jest w niewielkim stopniu obecna w doniesieniach naukowych. Skłania jednak do poszukiwania odpowiedzi na pytanie: o związki poczucia granic ciała z potencjałami zdrowia u osób rehabilitowanych psychoonkologicznie poprzez muzykę i ruch.

Studies on the application of music and movement in oncology rehabilitation provide a wide range of therapeutic actions with the use of such techniques as: integrated dance, guided movement and music, movement and music improvisations. The activities that seem to be particularly important are those which underline personal, not related to the disease, body dimension in the patient's experience.

There are still few empirical studies on the impact of body image on the efficacy of music and movement therapy. Whereas the relationship between music and medicine and rehabilitation is widely described as a multifaceted phenomenon. Music is sometimes used to modulate psychological and physiological states.

Studies on application of music therapy in oncology may focus on verification of the way in which music affects senses of anxiety, stress, uncertainty, pain. Lin, Hsieh et al. [34] in their randomized clinical trials studied the impact of music therapy and word relaxation on the state of anxiety and some selected physiological symptoms in cancer patients before and after chemotherapy. Music therapy had a greater beneficial effect on anxiety after chemotherapy and skin temperature than word relaxation. O'Callaghan [35] studied differences between male and female cancer patients (of varied ages) in experiencing music therapy. Burns, Sledge et al. [36] highlight how important is to assess comprehensively the needs and preferences of the cancer patient in intervention of music therapy. Clark, Isaacs-Downton et al. [37] report that music therapy reduces the stress generated in patients undergoing radiation therapy. Other studies regard patients undergoing chemotherapy. Owing to the use of music therapy, the quality of life of the patients improved, as their levels of uncertainty, anxiety and tiredness decreased, while the ability to relax increased. The same study proved an improvement in diastolic blood pressure [38]. According to the objectivised studies, music therapy in adult cancer patients and in palliative care had a beneficial effect on humor, quality of life, relaxation, comfort and happiness. When properly applied, music therapy reduces nervousness, tension, pain, uncertainty and anxiety [39, 40].

Li, Zhou et al. [41] in their randomized clinical trials assessed the impact of music therapy on the anxiety level in women after radical mastectomy. Their findings show a beneficial influence of music therapy on anxiety reduction in the studied sample of women. Other reports indicate a similar effect of music therapy on female breast cancer patients' depression and duration of their stay in hospital after radical mastectomy. Music therapy can become an alternative method of nursing intervention during the clinical process of breast cancer patients' care [42]. Le, Yan et al. [43] report their findings of the study on the influence of music therapy on pain in women with breast cancer after radical mastectomy. The findings prove that music therapy has both short-term and long-term beneficial effects on reducing pain in the patients.

Conclusions

Health potentials play an important role in shaping a human health condition as they modulate the level of stress. It is particularly important to understand the health condition of cancer patients. The body experience issues and their importance to health potentials, which are essential in psycho-oncologic rehabilitation, are hardly ever present in research papers. However, it makes one seek the answers to the questions never or hardly ever asked: about the relationships between the sense of body boundaries and the health potentials in people rehabilitated psycho-oncologically through music and movement.

Przesłanki teoretyczne i empiryczne sugerują, że silne poczucie granic ciała wiąże się z aktywnym, zadaniowym stylem życia [30], lepszym radzeniem sobie ze stresem i chorobą oraz z łatwością nawiązywania kontaktów interpersonalnych [24] (co może wiązać się z tak cennym zasobem zdrowotnym jak poszukiwanie wsparcia społecznego). Sposób doświadczania własnego ciała wydaje się tworzyć pomost między osobowością a związanymi z nią potencjałami zdrowia i radzeniem sobie z chorobą.

Theoretical and empirical evidence suggests that a strong sense of body boundaries is related to an active and task-oriented style of life [30], better coping with stress and disease, and facility in interpersonal functioning [24] (which may result in seeking social assistance, which is a valuable health resource). The way of experiencing one's own body appear to build a bridge between one's personality and related to that health potentials and coping with disease.

Piśmiennictwo

References

- [1] Pruzinsky T., Cash T. F. *Understanding Body Images: Historical and Contemporary Perspectives*. [w:] T. Pruzinsky, T. F. Cash (eds.) *Body Image. A handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. The Guilford Press, New York 2002, 3-12.
- [2] Cleveland S. E., Fisher S. *Body Image and Personality*. N. J. Van Nostrand, Princetone 1958
- [3] Wycisk J. *Okaleczanie ciała. Wybrane uwarunkowania psychologiczne*. Bogucki Wydawnictwo Naukowe, Poznań 2004
- [4] Sakson-Obada O. *Od rzeczywistości ciała do rzeczywistości umysłu. Wpływ wczesnej stymulacji na funkcjonowanie cielesnego ego*, [w:] A. Słysz, Ł. Kaczmarek (red.) *Preferencje poznawcze, percepcja, myślenie*. Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań 2007, 35-55.
- [5] Sakson-Obada O. *Pamięć ciała. Ja cielesne w relacji przywiązania i w traumie*. Difin, Warszawa 2009.
- [6] Rohricht F., Priebe S. *Specific body image pathology in acute schizophrenia*. *Psychiatry Res.*, 2001, 101, 289-301.
- [7] Rohricht F., Priebe S. *Do cenesthesias and body image aberration characterize a subgroup in schizophrenia?* *Acta Psychiatr. Scand.*, 2002, 105, 276-282.
- [8] Orbach I., Mikulincer M. *The Body Investment Scale: Construction and Validation of a Body Experience Scale*. *Psychol. Assess.*, 1998, 10, 415-425.
- [9] Pruzinsky T., Cash T. F. *Body Image. A handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. The Guilford Press, New York 2002.
- [10] Sakson-Obada O. *Związek poczucia ciała z autodestrukcją u osób borderline*. *Polskie Forum Psychologiczne*, 2003, 8, 50-68.
- [11] Chapman L. J., Chapman J. P., Raulin M. L. *Body Image Aberration in Schizophrenia*. *J. Abnorm Psychol.*, 1978, 87, 399-407.
- [12] Michels-Lucht F. i wsp.. *Konstruktion eines Fragebogens zu körperlichen Aspekten von Abgrenzung, Scham und Ausdruck (FK-ASA)*. *Psychother. Psychosom. Med. Psychol.*, 2010, 60, 31-38.
- [13] Sęk H., Heszen I. *Psychologia zdrowia*. PWN, Warszawa 2008.
- [14] Dolińska-Zygmunt *Podstawy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.
- [15] Poprawa R. *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*, [w:] G. Dolińska-Zygmunt (red.) *Podstawy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001, 103-141.
- [16] Fisher S. *The evolution of psychological concepts about the body*, [w:] T. F. Cash, T. Pruzinsky (eds.) *Body image: development, deviance and change*. Guilford Press, New York 1990, 3-18.
- [17] Shontz F. *Perceptual and cognitive aspects of body experience*. Academic Press, New York 1969.
- [18] Pruzinsky T., Cash T. F. *Integrative Themes in Body Image Development, Deviance, and Change*, [w:] T. F. Cash, T. Pruzinsky (eds.) *Body image: development, deviance and change*. Guilford Press, New York 1990, 337-349.
- [19] Mirucka B. *Poszukiwanie znaczenia cielesności i ja cielesnego*. *Przegląd Psychologiczny*, 2003, 2, 209-223.
- [20] Schier K. *Piękne brzydactwo*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009.
- [21] Kowalik S. *Ja cielesne – próba nowego spojrzenia*. *Polskie Forum Psychologiczne*, 2003, 1-2, 5-35.
- [22] Kruger D. W. *Psychodynamic Perspectives on Body Image*, [w:] T. Pruzinsky, T. F. Cash, *Body Image. A handbook of Theory, Research and Clinical Practice*. The Guilford Press, New York 2002.
- [23] Fisher S., Fisher R. *Body image boundaries and patterns of body perception*. *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 1964, 68, 255-262.
- [24] Fisher S. *A further appraisal of the body boundary concept*. *J. Consult. Psychol.*, 1963, 1, 62-74.
- [25] Fisher S., Cleveland S. E. *Body Image Boundaries and style of life*. *J. Abnorm. Soc. Psychol.*, 1956, 52, 373-379.
- [26] Mahoney M. J. *Psychotherapy and the body in the mind*, [w:] T. F. Cash, T. Pruzinsky (red.) *Body image: development, deviance and change*. Guilford Press, New York 1990, 3-18.
- [27] Cleveland S. *Body image changes associated with personality reorganization*. *J. Consult. Psychol.*, 1960, 3, 256-260.
- [28] Levin R. *Ego Boundary Impairment and Fought Disorder in Frequent Nightmare Sufferers*. *Psychoanalytic Psychology*, 1990, 7, 4, 529-543.
- [29] Chrzastowski S. *Zmiany sposobu odczuwania własnego ciała w schizofrenii*. *Nowiny Psychologiczne*, 1998, 4, 5-16.
- [30] Fisher S. *Boundary effects of persistent inputs and messages*. *J. Abnorm. Psychol.*, 1971, 77, 290-295.
- [31] Pasikowski T. *Co z tym zdrowiem? Pytania ważne i mniej ważne*, [w:] J. M. Brzeziński, L. Cierpiąłkowska (red.) *Zdrowie i choroba. Problemy teorii, diagnozy i praktyki*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2008.
- [32] Witkin H. A. *Psychologiczne różnicowanie i formy patologii*. *Przegląd Psychologiczny*, 1968, 16, 75-104.
- [33] Pruzinsky T. *Somatopsychic Approaches to Psychotherapy and Personal Growth*, [w:] T. F. Cash, T. Pruzinsky (eds.) *Body image: development, deviance and change*. Guilford Press, New York 1990, 296-316.
- [34] Lin M. F. i wsp. *A randomised controlled trial of the effect of music therapy and verbal relaxation on chemotherapy-induced anxiety*. *J. Clin. Nurs.*, 2011, 20, 988-999.

- [35] O'Callaghan C. *Interpretive Subgroup Analysis Extends Modified Grounded Theory Research Findings in Oncologic Music Therapy*. J. Music. Ther., 2007, 44, 256-281.
- [36] Burns D. S. i wsp. *Cancer Patients' Interest and Preferences for Music Therapy*. J. Music. Ther., 2005, 42, 185-199.
- [37] Clark M. i wsp. *Use of Preferred Music to Reduce Emotional Distress and Symptom Activity During Radiation Therapy*. J. Music. Ther., 2006, 43, 247-265.
- [38] Ferrer A. J. *The Effect of Live Music on Decreasing Anxiety in Patients Undergoing Chemotherapy Treatment*. J. Music. Ther., 2007, 44, 242-255.
- [39] Hilliard Russel E. *The Effects of Music Therapy on the Quality and Length of Life of People Diagnosed with Terminal Cancer*. J. Music Ther., 2003, 40, 113-137.
- [40] O'Callaghan C. *Objectivist and Constructivist Music Therapy Research in Oncology and Palliative Care: An Overview and Reflection*. Music and Medicine 2009, 1, 41-60.
- [41] Li X. M. i wsp. *Effects of music therapy on anxiety of patients with breast cancer after radical mastectomy: a randomized clinical trial*. J. Adv. Nurs., 2012, 68, 1145-1155.
- [42] Zhou K. N. i wsp. *Effects of music therapy on depression and duration of hospital stay of breast cancer patients after radical mastectomy*. Chin. Med. J. 2011, 124, 2321-2327.
- [43] Li X.M. i wsp. *Effects of music therapy on pain among female breast cancer patients after radical mastectomy: results from a randomized controlled trial*. Breast Cancer Res. Treat., 2011, 128, 411-419.

**Adres do korespondencji:
Address for correspondence:**

Iwona Krzewska
Instytut Psychologii Uniwersytetu Wrocławskiego
ul. Dawida 1
50-527 Wrocław
e-mail: iwona.krzewska@poczta.onet.p

**Wpłynęło/Submitted: VI 2012
Zatwierdzono/Accepted: VI 2012**

Oswajanie niepełnosprawności w perspektywie biograficznej. Antropologiczne studium przypadku

A biographical perspective on taming disability. An anthropological case study

numer DOI 10.2478/v10109-012-0016-z

Aleksandra Rzepkowska

Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń
Nicolaus Copernicus University, Toruń

Streszczenie:

Przedmiotem prezentowanych rozważań są wspomnienia polskiego uczonego – Andrzeja Krzywickiego, zatytułowane „Diabelski młyn”. Autorka próbuje zrekonstruować opisane przez Krzywickiego doświadczenie niepełnosprawności, wywołane jego zachorowaniem na polio. Celem artykułu jest dotarcie do subiektywnego świata sensów i znaczeń, utrwalonych w badanym materiale narracyjnym. Wnikliwa lektura wspomnień uczonego prowadzi do wniosku, iż mimo destrukcyjnego wpływu choroby na bieg jego życia, ostatecznie udało mu się nie ulec opresji niepełnosprawności oraz wypracować strategie i sposoby radzenia sobie z tym trudnym stanem w codziennym życiu..

Słowa kluczowe: Andrzej Krzywicki, wspomnienia, ciało, niepełnosprawność, polio.

Abstract:

The article presents and discusses Andrzej Krzywicki's, a Polish scientist, memoirs entitled "Diabelski młyn" (The Devil's Mill). The theoretical framework of this paper is based on the so called narrative paradigm. Accordingly the paradigm the authoress of this article assumes that through narrations a person is able to organize and understand his or her own experiences, including very hard, painful and traumatic ones, e.g. an experience of disability, which is the subject of this analysis. The principal aim of the article is not to formulate any final or objective statements concerning the experience of disability, but to discover the personal, subjective world of feelings and meanings, which is recorded in the analyzed narration. The thorough anthropological reading of the memoirs of Andrzej Krzywicki reveals that disability had a really strong negative impact on his life, but eventually he managed to overcome the disability oppression and worked out strategies and ways of coping with that hard and complicated condition.

Key words: Andrzej Krzywicki, memoirs, body, disability, polio.

Przedmiotem rozważań autorki są wspomnienia polskiego uczonego, Andrzeja Krzywickiego, zatytułowane „Diabelski młyn” [1]. Spisał je on z myślą o jedynym synu – Daniele, kontynuując w ten sposób tradycję rodzinną, wcześniej bowiem ukazały się drukiem wyznania jego matki – Ireny (pisarki i publicystki) oraz dziadka – Ludwika (socjologa i ekonomisty, jednego z twórców polskiej socjologii) [2, 3]. W opracowaniu ograniczono się do analizy tych partii „Diabelskiego młyna”, w których opisane zostały zmagania uczonego z własną niepełnosprawnością, próbowano zrekonstruować obraz życia człowieka dotkniętego poważną fizyczną niemocą oraz określić wpływ tego doświadczenia na rozwój jego tożsamości¹. Tożsamość nie jest dla

The subject of the author's considerations are memoirs of a Polish researcher, Andrzej Krzywicki, entitled "Diabelski młyn" [1]. The researcher wrote them down for his only son, Daniel. Thus continuing a family tradition, as earlier two other members of his family had published their memoirs, namely: his mother – Irena, writer and journalist, and his grandfather – Ludwik, sociologist and economist (one of the founders of Polish sociology) [2, 3]. This article, it is worth underlying, focuses on analyzing only those passages from the book where Krzywicki describes how he coped with his own disability; it tries to reconstruct the picture of life led by a man suffering from a serious physical infirmity and to define the effect it had on development of his personality¹.

¹ Moim celem nie jest formułowanie ostatecznych i zobiektywizowanych sądów dotyczących doświadczenia niepełnosprawności, ale dotarcie do subiektywnego świata sensów i znaczeń, utrwalonych w interesującym mnie materiale narracyjnym. Taki tryb postępowania badawczego jest zgodny z duchem współczesnej,

¹ I do not intend to formulate definitive and objectivized judgments on experiencing disability. My intension is to reach the subjective world of meanings and senses recorded in the narrative I got interested in. This approach to research procedures is in line with the spirit of contemporary hermeneutically sensitized anthropology

współczesnej humanistyki niczym stałym, ani danym raz na zawsze. Jest ona – jak to ujmuję Tomasz Rakowski – rozciągniętym w czasie procesem fundowania życiowego sensu swojej historii, czymś w rodzaju wciąż odnawianego sposobu opowiadania samego siebie [7, s. 124-125]. Koncepcja opowiadania siebie i swojej biografii, zarówno przed samym sobą, jak i przed innymi, zyskała dużą popularność w naukach o człowieku [8, 9]. Jej zwolennicy podkreślają, że tworząc autonarracje, a więc wcielając swoje doświadczenia w schematy narracyjne, dokonujemy zarazem uporządkowania tych doświadczeń, ujmujemy je w spójne i znaczące formy, a poprzez to budujemy własną tożsamość. Tym samym przekazy te stanowią znakomite źródło poznania antropologicznego, gdyż pozwalają docierać do osobistych hierarchii istotności i ważności. Dzięki nim możemy rozumieć, jak ludzie postrzegają i oceniają swoje życie, jak odbierają swój udział w świecie kultury. Oczywiście trzeba zdawać sobie sprawę z tego, że wsłuchując się lub wczytując w cudze relacje nie uzyskujemy nigdy pełnego i ostatecznego wglądu w życie kreującej je osoby. Obraz indywidualnej biografii jest bowiem zawsze skażony błędami i ograniczeniami ludzkiej pamięci. Może ponadto zawierać świadomie włączane w narrację rozmaite nieścisłości i przekłamania (warunkowane złą wolą mówiącego albo jego dążeniem do pozytywnej autoprezentacji czy do zachowania dobrego imienia). Pamiętajmy również, że kształt wszystkich autonarracji zależy od tego, do kogo są adresowane (inaczej prezentujemy się w nieformalnych, a inaczej w oficjalnych sytuacjach). Odbijają one także krążące w społeczeństwie mity, przesady, stereotypy, zakazy oraz tabu. Są również powiązane z kulturowymi habitusami płci – jak zauważyła Katarzyna Stemplewska-Żakowicz, nieco inaczej opowiadają o sobie mężczyźni, a inaczej kobiety [10, s. 96-97]². Szczególnie poruszające są wśród owych przekazów te, w których dochodzi do rekonstrukcji momentów kryzysu własnej tożsamości – w obliczu jakiejś dotkliwej straty albo nieszczęścia, na przykład choroby. Ba-

hermeneutycznie uwrażliwionej antropologii, której jestem zwolenniczką [4, s. 9]. Nie jest więc dla mnie ważne, czy przeżył A. Krzywickiego wpisują się w jakiś typowy wzór biografii osoby niepełnosprawnej, czy też oraz na ile od niego odbiegają. Są one dla mnie ważne i frapujące same w sobie, jako zapis osobistego uczestnictwa w świecie kultury – czegoś, co nieodmiennie przykuwa i wiąże uwagę antropologa. Przy okazji warto zwrócić uwagę, iż w literaturze przedmiotu funkcjonuje rozróżnienie na upośledzenie oraz niepełnosprawność. Wedle terminologii zaproponowanej przez Colina Barnes a i Geoffreya Mercera upośledzenie definiuje się jako „ograniczenie funkcji jednostki spowodowane przez fizyczne, umysłowe lub sensoryczne uszkodzenie”, natomiast niepełnosprawność postrzega się w kontekście ograniczenia udziału w normalnym życiu społecznym [5, s. 82; zob. 6, s. 443]. Świadoma owych różnic semantycznych w swoim artykule posługuję się tymi pojęciami zamiennie. Czynię tak ze względów stylistycznych, aby uniknąć natrętnego i jednostajnego używania tego samego terminu. Sięgam tu również po inne określenia, jak inwalidztwo, kalectwo itp. Zazwyczaj są one odbierane jako pejoratywne i stygmatyzujące, mimo to są stosowane jako terminy samodefiniujące przez bohatera analizowanej przeze mnie opowieści. Jednocześnie chcę zastrzec, że za każdym razem posługuję się tymi określeniami w sensie wyłącznie opisowym, nigdy zaś (negatywnie) wartościującym.

² Męskie opowieści są bardziej linearne, zdyscyplinowane pod względem formy. Wyróżniają się także pod względem treści: są bardziej konkretne i egocentryczne, eksponują głównie życiowe osiągnięcia swojego autora. Narracje kobiece są bardziej wielowątkowe, meandryczne oraz skupione na indywidualnym uczestnictwie w relacjach społecznych: rodzinnych, przyjacielskich i towarzyskich.

Identity is nothing constant or given once and forever in the interpretation of modern humanities. It is – as Tomasz Rakowski puts it – a process spread out over time which provides the meaning of life to our own story, it is a kind of constantly renewable way of telling about ourselves [7, pp. 124-125]. The concept of telling about ourselves and our own biography, both for ourselves and other people, has become very popular in human sciences [8, 9]. The followers of this concept underline the fact that while constructing self-narration, which means embodying our experiences in narrative schemes, we systematize these experiences, we arrange them in coherent and meaningful forms, and in this way we build our identity. Thus these written communication forms are an excellent source of anthropological knowledge, because they make it possible to know personal repertoires of meanings and hierarchy of importance. Owing to them it is possible to understand how people perceive and evaluate their lives, how they experience their contribution to the world of culture. We should realize that when listening or reading carefully other people's stories, we shall never get a full and definitive insight into the narrators' lives. The image of one's individual biography is always infected by errors and limitations of human memory. In addition, such a biography can be modified intentionally; some distortions and inaccuracies occur when the narrator is aware of writing not the whole truth, due to the ill will of the narrator or his or her desire to achieve favorable self-presentation or preserve somebody's good name. Also, it should be remembered that the forms of all self-narrations depend on who they are addressed to (one form is used in a formal situation and another in an informal one). They reflect the myths, superstitions, stereotypes, inhibitions and taboos prevailing in the society. They are also connected with gender-related cultural habits, as it was noticed by Katarzyna Stemplewska-Żakowicz; men tell about themselves in a slightly different way than women [10, pp. 96-97]². Particularly touching are those passages which reconstruct moments of identity crisis, usually in the face of a painful loss or disaster, for example, disease. Researchers of that sort of experience note that then identity undergoes some kind of disintegration or

which I support [4, p. 9]. That is why I am not interested if A. Krzywicki's experiences reflect a typical biographical pattern of a disabled person or to what extent his experiences differ from such a pattern. They are important and striking for me the way they are, as a record of personal participation in the world of culture, that is what invariably attracts attention of anthropologists. It is interesting to note that in the specialist literature there are two distinguished terms: impairment and disability. According to the terminology suggested by Colin Barnes and Geof Mercer impairment is “the functional limitation within the individual caused by physical, mental or sensory impairment” whereas disability is perceived in the context of limited participation in the normal life of the community [5, p. 82; see 6, p. 443]. Being aware of the semantic difference between the two terms, I use them here interchangeably for stylistic purposes so as to avoid monotonous repetitions of the same word. That is why I also use other terms like deformity, lameness, etc. They tend to be perceived as pejorative and stigmatizing, but these are the words used by the author and protagonist of the story himself. However, I would like to underline that each time they are used they serve to describe and not to evaluate (negatively) the phenomenon.

² Men's stories are more linear, disciplined in their form. They are also different as far as the content is concerned; they are more definite and egocentric, they mainly describe accomplishments in the authors' lives. Women's narratives are multi-threaded, meandering and focused on individual participation in social contacts with: family, friends, community.

dacze tego typu przeżyć zwracają uwagę na to, że tożsamość ulega wówczas czemuś w rodzaju dezintegracji lub rozstrojenia. Tomasz Pasierski twierdzi wręcz, iż doświadczenie choroby burzy dotychczasową historię ludzkiego życia, stawia jednostkę w obliczu sił, które nieomal przekraczają granice poznania i wyobraźni [11]. Wspomnienia Krzywickiego w pełni to potwierdzają. Oto *passus*, w którym relacjonuje on początek swojego kalectwa:

Wkrótce po powrocie z wakacji dostałem niezwykle wysokiej gorączki. Z początku nie było żadnych innych objawów. (...) Przyjeżdżali lekarze, nie mieli pojęcia, co mi jest. Niebawem gorączka spadła, wydawało się, że to koniec choroby. Ale podniosła się znowu. Pewnego dnia, kiedy chciałem wstać z łóżka, nogi się pode mną ugięły. Potem nastąpił skurcz pęcherza, nie mogłem oddać moczu. To straszna tortura, pęcherz napęnia się coraz bardziej, boli przeraźliwie. Obiecywałem sobie, że jak wyzdrowieję, to przy każdym siusiu będę sobie przypominał, jak wielkim szczęściem jest móc je zrobić. (...) wkrótce po przybyciu do szpitala, na oddział doktora Stańczyka, specjalisty od polio, mój stan gwałtownie się pogorszył. Zdałem sobie sprawę, że tracę władzę w nogach. Paraliż postępował, zacząłem się dusić. (...) Zdążyłem jeszcze napisać na kartce parę słów do matki, że wydaje mi się, że to jest koniec. Po czym straciłem przytomność. Obudziłem się w żelaznych płucach. (...) Okazało się potem, że doktor Stańczyk wyciągnął mnie ze stanu śmierci klinicznej, robiąc w serce zastrzyki z adrenaliny i jeszcze czegoś. Byłem jak pijany. Leżałem nieruchomo, patrząc w sufit, który jakby falował, wyrzyszał się, wyrastały z niego dziwne kształty, pojawiały się wykrzywione gęby. Nie czułem jednak bólu, tylko dziwność. Chwilami zasypiałem, ale matka budziła mnie, klepiąc po twarzy. Doktor ostrzegł, że nie wolno mi zasnąć, że mogę się już nie obudzić, bo ośrodek snu jest zaatakowany. (...) Po paru tygodniach minął ostry okres choroby. Mój organizm był zrujnowany. Byłem sparaliżowany, właściwie od stóp do głów. Co więcej, mój stan ogólny był fatalny, wymagałem bardzo troskliwej opieki. Dowiedziałem się potem, że lekarze wątpili, abym kiedykolwiek był zdolny wytrzymać pozycję siedzącą, na ogół uważali, że nie mam szans na przeżycie [1, s. 57-60].

Przytoczony fragment pokazuje, iż pojawienie się choroby było dla autora doświadczeniem silnie traumatycznym, i bardzo dokładnie zapamiętanym rodzajem prywatnego kataklizmu³. Przełamało jego biografię na dwa odrębne okresy: spokojne i wyciszające „przed” oraz powikłane, obciążone piętnem kalectwa „po”. Zapożyczając terminologię zaproponowaną przez psychologów poznawczych, odmalowany na kartach „Diabelskiego młyna” obraz tego przeżycia można określić mianem wspomnienia fleśzowego, a więc takiego, które wyraziście oświeśla zaszłe w przeszłości zdarzenie, wydobywa z cienia jego poszczególne sekwencje oraz szczegóły [zob. 12, s. 116-123; 13, s. 98-106].

Destruktywny charakter doznania choroby polega przede wszystkim na tym, iż wytrąca ono jednostkę ze stabilnych i bezpiecznych ram codzienności, stawia ją w nowej sytuacji. Wydarzenie to – oddziałując na bieg biografii – wprowadza też oczywiście głębokie zmiany w obszar indywidualnej tożsamości. W omawianym przypadku choroba spowodowała swego rodzaju uskok, przemieszczenie ogniw tworzących strukturę procesu biograficznego. Na

transformation. Tomasz Pasierski goes further claiming that such disease experience destroys the previous history of human life, makes the ill person face the forces that nearly exceed the limits of human cognition and imagination [11]. His views are fully confirmed by Krzywicki's memoirs. Here is the passage where he describes the beginning of his disability:

Soon after I had returned from my holidays I got an unusually high fever. At the beginning there were no other symptoms, (...) Some doctors came, but they did not have any idea what was wrong with me. Then the fever diminished and it seemed the disease was over. However, soon it increased again. One day I wanted to get out of bed but my legs buckled under me. Then there was a contraction of the bladder and I could not urinate. It is a real torture, the bladder fills with urine and it becomes extremely painful. I promised myself that when I got healthy again I would remember how wonderful it was to be able to pee each time I would do it. (...) soon after I had arrived at hospital, at dr. Stańczyk's ward, specialist in polio, my condition grew dramatically worse. I realized I was losing power of legs. Paralysis was advancing, I began to suffocate. (...) Then I got to know that dr. Stańczyk had brought me back from clinical death by giving me an injection of adrenaline and something else. I felt as if I was drunk. I was lying still, looking at the ceiling which seemed to be flowing, bulging, forming various strange shapes and twisted faces. However, I was not scared, I felt strange. Sometimes I fell asleep, but my mother woke me up slamming my face. The doctor warned me against falling asleep. I had to be awake. If I had fallen asleep I might not have woken up again, because the sleep center was affected. (...) After a few weeks the acute period of disease passed by. My organism was destroyed. I was paralyzed, practically from head to toe. What is more, my general state was terrible; I needed much care. Later I got to know that doctors doubted if I could ever be able to bear a sitting position, most of them did not believe I had any chance to survive [1, pp. 57-60].

The quoted passage shows that the occurrence of disease was for the author an extremely traumatic experience and he remembered it exactly as a sort of private cataclysm³. It split his biography into two separate periods: calm and ordinary “before” and complicated and burdened by disability “after”. Borrowing from the terminology suggested by cognitive psychologists, the image of experience described in “Diabelski młyn” can be defined as flashbulb memories, which means that one clearly remembers events in the past, recalls the exact sequence of actions and other details [12, pp. 116-123; 13, pp. 98-106].

A destructive character of experience of illness mostly consists in knocking off the beaten track; the individual forgets about the stable and safe routine and has to face a new situation. Such an event – affecting the course of life – introduces thorough changes into the individual's identity. In the analyzed case, the disease caused a sort of shift, displacement of the elements forming the biographical process structures. Owing to the loss of motor abilities, the patient is trapped in – unacceptable at his young age – condition of a baby or a very old man, that is a person who is helpless, infirm, dependent on others. Suddenly and

³ Świadczy o tym między innymi tytuł poświęconego temu wydaniu rozdziału – „Niebo się wali”.

³ It is confirmed by the title of the chapter describing this experience – “The sky falls down”.

skutek utraty zdolności motorycznych chory został bowiem uwięziony w – kłócej się z jego wiekiem metrykalnym – kondycji oseska albo starca, a więc osoby skrajnie nieporadnej, niedołężnej, zależnej od innych. Nagle i nieoczekiwanie przestał sobie radzić z czynnościami całkowicie niekłopotliwymi dla młodego i zdrowego człowieka. Badacze z kręgu antropologii medycznej podkreślają olbrzymie znaczenie wsparcia udzielanego choremu przez inne osoby, przekonują, że nierzadko zyskują one dla niego wartość wręcz ocalającą (w szerokim tego słowa znaczeniu). Kim są zatem świadczące je osoby? Część z nich to oczywiście członkowie personelu medycznego: lekarz, pielęgniarka, ratownik, rehabilitant, technik medyczny, sanitariusz [7, s. 126]. Pozostali to otaczający chorego bliscy: rodzina, znajomi, przyjaciele. W narracji Andrzeja Krzywickiego przywołane zostały sylwetki co najmniej kilku osób ważnych dla niego w całym okresie niepełnosprawności: w czasie ostrej fazy choroby, podczas rehabilitacji oraz późniejszego życia jako inwalidy. Najważniejszą z nich była matka. To ona towarzyszyła synowi od pierwszych chwil jego niemocy, pielęgnowała go, doglądała, a także – nie bacząc na konwenanse – uruchomiła odpowiednie kontakty, aby umożliwić mu dostęp do ratującego życie żelaznego płuca. To ona również wspierała go w dalszych zmaganiach z jego fizycznym upośledzeniem i cierpieniem. Przemocny wpływ na, naznaczone brzemieniem choroby, losy autora wywarli też opiekujący się nim lekarze i rehabilitanci: stary doktor Górecki, który nakazał przewieźć gorączkującego pacjenta do specjalistycznego szpitala i tym samym uratował go od śmierci [1, s. 58]; ofiarny i troskliwy doktor Stańczyk, doświadczony specjalista od polio [1, s. 58-65]; poświęcająca się bez reszty swoim pacjentom sestre Szlechtowa [1, s. 70] czy też – prowadzący przychodnię w Szwajcarii – pan i pani Keller [1, s. 77-78]. Autor z wdzięcznością wspomina również dyplomatę – Józefa Winiewicza, który dowiedziawszy się o jego problemach zdrowotnych natychmiast pośpieszył z pomocą, przysyłał leki i preparaty, choć nie łączyła go z nim żadna znajomość, był mu całkowicie nieznana osobą [1, s. 74].

Z grona przyjaciół nie zawiódł Krzywickiego Tadeusz Gulik [1, s. 61]. Zjawił się natychmiast po jego powrocie ze szpitala. Z biegiem czasu odwiedzał go coraz częściej, aż w końcu zamieszkał z Andrzejem i jego matką. Poświęcił niepełnosprawnemu koledze rok swego życia. Opiekował się nim oraz zwyczajnie dotrzymywał towarzystwa. Jego asysta przy wielu ćwiczeniach dodawała choremu odwagi. Obaj chłopcy znali się bowiem bardzo dobrze, łączyła ich ścisła, niemal symbiotyczna więź, mentalnie byli jak bracia, ufali sobie bezgranicznie, szóstym zmysłem antycypowali swoje reakcje i odczucia. Poruszający się nieporadnie Krzywicki wiedział, że jeśli wykona fałszywy ruch, przyjaciel na pewno go złapie [1, s. 64]. Obecność Tadeusza w czasie rekonwalescencji miała dla niego nieocenioną wartość (w sensie psychologicznym oraz praktycznym), pomogła mu, przynajmniej częściowo, przezwyciężyć traumę kalectwa i na nowo osadzić się w codzienności⁴. Była tym bardziej znacząca, że wiele osób odsunęło się wtedy od Krzywickich. Zaszokowało ich to, co się stało, woleli tego nie widzieć, nie konfrontować się z tak uderzającym i namacalnym cierpieniem, niektórzy panicznie bali się też zarażenia [1, s. 63]. Doświadczenie początku niepełnosprawności było zatem dla autora doświadczeniem dwóch przeciwstawnych stanów: gorliwej, zintensyfikowanej i bezinteresownej obecności pewnych osób oraz nagłego opuszczenia przez innych. m.in. przez własną babkę. Była

unexpectedly he ceased to be able to do things which are simple and feasible for a young and healthy man.

Researchers who deal with medical anthropology underline an enormous importance of support provided by other people; they claim that in the patient's eyes such support acquires an additional survival value, in the broad sense of the word. Who are those who provide the support? Some of them are obviously members of the medical staff: doctor, nurse, rescuer, physiotherapist, medical technician, paramedic [7, p. 126]. The others are people who are the patients' relatives and friends. Andrzej Krzywicki describes at least several people who were important to him over the entire period of disability: in the acute phase of disease, during rehabilitation and then in his life as a disabled person. The most important was his mother. It was her who stayed beside him from the very beginning of his illness; she looked after him, took care of him, and also – without paying attention to conventionalities – she set in motion a string of acquaintances in order to give him access to a life-saving iron lungs. His mother supported him in struggle against his physical disability and suffering. Other people who had an enormous influence on Krzywicki's life affected by the burden of disease were doctors and physiotherapists: old doctor Górecki, who decided to transport the patient with a high fever to the specialist hospital and thus saved his life [1, p. 58]; large-hearted and caring doctor Stańczyk, an experienced polio specialist [1, pp. 58-65]; *sestre* Szlechtowa entirely dedicated to her patients [1, p. 70], and Mr. and Mrs. Keller who ran a clinic in Switzerland [1, pp. 77-78]. Krzywicki remembers gratefully Józef Winiewicz, a diplomat who after having learned about his health problems hurried to offer help sending him medications and other drugs though they were not even acquaintances, but complete strangers [1, p. 74].

Among his friends who did not let him down was Tadeusz Gulik [1, p. 61]. He turned up soon after Krzywicki had been checked out from hospital. With time his visits became more frequent and eventually he moved into Andrzej's home that he shared with his mother. Gulik spent a year of his life looking after his disabled friend. He took care of him and kept him company. His presence and assistance during exercises encouraged the patient to carry on his efforts. The two knew each other very well; the emotional bond that tied them up was tight, nearly symbiotic; mentally, they were like brothers, trusted each other totally, developed a sixth sense in anticipating each other's reactions and sensations. Jerkily moving Krzywicki was sure that if he made a wrong move, his friend was there to catch him [1, p. 64]. To Andrzej, Tadek's presence during convalescence was of extremely high value (in both psychological and practical senses); it helped him, at least partially, to overcome the trauma of disability and get back to normal everyday life⁴. Its value was even more significant, as then numerous people abandoned the Krzywickis. Those people were shocked by what had happened; they preferred not to see what was going on, not to face such terrifying and tangible suffering; actually some were afraid they could have been infected [1, p. 63]. In the initial phase of disability the author experienced two completely opposite states: on the one hand, it was a zealous, intensified and unselfish presence of some persons and, on the other hand, he was suddenly abandoned by others, e.g. by his grandmother. In his memoirs she was completely absent in that time being unreachable and invisible for his memory. The elderly woman, overwhelmed with despair and helpless,

⁴ Przyjaźń autora z Tadeuszem Gulikiem trwała również przez kolejne dekady ich życia. Krzywicki nieodmiennie doświadczał od niego zrozumienia i wsparcia.

⁴ The author's friendship with Tadeusz Gulik continued for the successive decades of their lives. Invariably, Krzywicki could rely on the friend for comprehension and support.

ona całkowicie nieobecna w jego wspomnieniach z tego okresu, nieuchwytna i niewidzialna dla jego pamięci. Stara kobieta, przygnieciona rozpaczą i bezradna, snuła się – jak sam stwierdza uczony – gdzieś na peryferiach rozgrywającego się w rodzinie horroru, z dala od epicentrum choroby [1, s. 63].

Najbliżej pacjenta byli – o czym wspomniano – jego matka i przyjaciel Tadek. To głównie oni organizowali świat wokół Andrzeja, podsyłali w nim zapał niezbędny do podjęcia trudu rehabilitacji. Lektura opowieści Krzywickiego uświadamia zarazem, że proces rehabilitacji był dla niego ponownym uczeniem się własnego – stygmatyzowanego przez polio – ciała, wiązał się z koniecznością powtórnej internalizacji rzeczywistości, znalezienia sposobów na poradzenie sobie z tym nowym stanem rzeczy. Warto powołać się w tym miejscu na ustalenia jednego z badaczy ludzkich nawyków cielesnych, francuskiego socjologa – Jeana-Claude’a Kaufmanna [14]. Wskazuje on mianowicie, że w sytuacji utraty sprawności motorycznej (wskutek kontuzji, choroby, zabiegów medycznych itp.) nasz codzienny, płynny „taniec z przedmiotami” ulega zakłóceniu. Nie jesteśmy w stanie powtórzyć rutynowo, a jednocześnie bezrefleksyjnie wykonywanych kroków, ruchów, gestów i figur w przestrzeni – nawet tych najbardziej podstawowych i banalnych. Sytuacja ta implikuje zarazem konieczność wykreowania nowych przyzwyczajeń oraz technik codziennego funkcjonowania – zarówno w stosunku do własnego ciała, jak i w relacji do innych obiektów: ludzi, miejsc oraz rzeczy. Mogą być one – jak pisze uzupełniająca koncepcję Kaufmanna Magdalena Łukasiuk – opracowywane w pełni świadomie, zgodnie z regułami racjonalności, ale i nieświadomie, intuicyjnie, na zasadzie iluminacji [6]. W przypadku autora „Diabelskiego młyna” przeważał pierwszy z tych sposobów. W swojej książce pisze on choćby o tym, że po ustąpieniu ostrej fazy choroby oraz po odłączeniu od żelaznego płuca musiał na nowo nauczyć się oddychać. Początkowo używał do tego mięśni szyi i górnej części klatki piersiowej, które mu pozostały, podczas gdy przepona nie pracowała, stwarzając niebezpieczeństwo, że nawet najmniejsze zaziębienie mogło go zabić. On i jego otoczenie odczuli więc wielką ulgę, kiedy udało mu się odzyskać władzę nad dotkniętą niedowładem przeponą oraz kiedy dolne płaty płuc zaczęły być prawidłowo wentylowane [1, s. 62-63].

Wiele trudu wymagało także od autora zaakceptowanie swojej nowej, szpetnie uformowanej przez polio *physis*. Z bólem wyznaje, że przeżył szok, kiedy po raz pierwszy po powrocie ze szpitala zobaczył siebie nagiego. Zamiast młodego atlety naprzeciw niego siedział „więzień Auschwitz”: cheralawy, groteskowo niezgrabny i wychudzony. Ten widok wpędził go w rozpacz, był bliski załamania, ale pokonał ten stan [1, s. 63-64]. Nie od dziś wiadomo, że co najmniej osiemdziesiąt procent rejestrowanych przez człowieka danych ma swoje źródło w percepcji wzrokowej. Wzrok oraz dotyk są też uznawane za najważniejsze ze zmysłów, ponieważ głównie one umożliwiają nam ogląd świata oraz wszelkich zjawisk, jakie w nim zachodzą [15, s. 163]. Doświadczenia wizualne (w tym przyglądanie się własnemu ciału lub jego odbiciu widzianemu w lustrze oraz innych obiektach mających właściwości zwierciadła, jak kałuże, okna sklepowe, wszelkiego rodzaju szkliste i wypolerowane powierzchnie itp.) są także podstawą konstruowania obrazu samego siebie, mają istotny wpływ na samoocenę jednostki. Owa samoobserwacja prowadzi też do utożsamienia się z wizerunkiem swojego ciała, pośredniczy w procesie tworzenia integralności własnej osoby [16]. Gwałtowne, a przy tym nieoczekiwane i niepożądane, transformacje konstytucji cielesnej mogą nie tylko zaburzać poczucie własnej wartości, ale i prowadzić do poważ-

was wandering around, as Krzywicki describes it, on the outskirts of the family's tragedy, far from the disease's epicenter [1, p. 63].

The closest people to the patient were – what has been mentioned – his mother and his friend Tadek. They were those who arranged a world around Andrzej and did not let him lose the will to go on and enthusiasm which was indispensable to take up rehabilitation efforts. While reading Krzywicki's story, one realizes that the rehabilitation process was for him the time of learning again his body – this time stigmatized by polio – which needs carrying out once again internalization of reality and finding ways to cope with the new state of things. Here it is worth mentioning what Jean-Claude Kaufmann, one of the researchers of human body habits and a French sociologist, stated [14]; namely, he indicates that in the situation when we lose our motor fitness (as a result of injury, disease, medical surgery, etc.), our everyday fluent “dance with the objects” is disturbed. We are not able to repeat routinely and spontaneously steps, movements, gestures and figures in space – even the simplest and basic ones. At the same time, such a situation implies a need to develop new habits and techniques of everyday functioning, both directed to one's own body and in relation to other objects: people, places and things. They can be – as Magdalena Łukasiuk writes developing Kaufmann's conception – worked out purposely and consciously in accordance with the rules of rationality, but also subconsciously, intuitively, based on illumination [6]. In the case of the author of “Diabelski młyn” the former method was mostly used. He writes, for example, that when the acute phase of disease had passed by and he had been disconnected from the iron lungs, he had to learn how to breathe on his own again. At the beginning, in order to breathe he used the neck muscles and the upper part of the chest which still remained, whereas the midriff did not work, which exposed him to the risk of being killed by a slightest cold. He and the people around him breathed a sigh of relief when he managed to get the formerly paralyzed midriff function again and when the lower lobes of the lungs started being ventilated properly [1, pp. 62-63].

Another obstacle to overcome which needed much effort was to accept his new *physis* terribly deformed by polio. He admits with pain that after he had returned home from hospital and he saw himself naked in the mirror, he was shocked. In front of him instead of a young athlete there was sitting a “prisoner of Auschwitz”: skinny, grotesquely clumsy and sickly. The sight made him feel despaired, he was prone to breakdown, but he overcame this state [1, pp. 63-64]. It has been long known that at least eighty percent of the data recorded by the humans have its origin in visual perception. Sight and touch are regarded as the most important senses, because mainly they enable us to perceive the world and all the phenomena which occur in the world [15, p. 163]. Visual experiences (including observation of one's own body or its reflection in the mirror or in other surfaces that have the same reflexive properties like puddles, shop windows, other glasslike and polished surfaces) are the fundamentals on which one can create an image of his/her body, they have a significant impact on the individual's self-esteem. The self-observation also leads to identification with one's own body image, and consequently takes part in the process of building integrity of oneself [16]. Dramatic, especially if unexpected and undesirable, transformations of the body constitution can disturb the sense of self-esteem, but also can result in severe problems with identity. Krzywicki's reaction to his mirror reflection is a good example.

nych problemów z tożsamością. Opisana przez Krzywickiego reakcja na widok swego odbicia w lustrze jest tego wymownym przykładem.

W swojej opowieści Krzywicki podkreśla między innymi, że sporym problemem okazało się dla niego spanie. Przede wszystkim nakazano mu spać na bardzo twardym pościeli, właściwie na desce. Miało to zapobiegać tworzeniu się nowych przykurczy. Nie jest to wygodne, ale do takiego pościeli można się przyzwyczaić. Kłopot polegał jednak na tym, że leżący nie był w stanie w czasie odpoczynku zmienić pozycji, przewrócić się na bok. Jego domowi rehabilitanci musieli zatem sypiać w tym samym pokoju i czasami nawet po trzydziści razy wstawać w nocy, żeby mu pomóc [1, s. 63].

Intensywnego treningu i samozaparcia wymagało ponadto od Krzywickiego opanowanie umiejętności samodzielnego siadania [1, s. 63] oraz wynalezienie sposobu na przemieszczanie się. Któregoś dnia, kiedy rodzina jadła kolację w kuchni, ześlizgnął się z łóżka na stojące opodal krzesło i, wykonując wahadłowe ruchy ciałem, zaczął posuwać krzesło do przodu. Tak udało mu się dostać do kuchni. Był to żmudny, męczący, ale i skuteczny sposób na poruszanie się po mieszkaniu [1, s. 64].

Następnie podjęto próbę pionizowania pacjenta. Doktor Stańczyk kazał zrobić dwa stołki z wysokimi nogami i zaczął go stawiać. Krzywicki próbował jednocześnie przesuwając nogi, pot łał mu się z czoła, wyprawa z jednego pomieszczenia do drugiego trwała godzinę, ale kończyła się sukcesem. To działało dopingująco, podtrzymywało jego wiarę w siebie [1, s. 64-65]. Następnym etapem była nauka chodzenia o kulach – najlepszy sposób na wzmocnienie mięśni. Stopniowo ogólny stan pacjenta zaczął się poprawiać. W rezultacie pod koniec roku szkolnego był zdolny stanąć do matury. Pojechał do szkoły taksówką, Tadek wniósł go na barana na piętro, a potem sam o kulach podreptał w kierunku fotela, który dlań ustawiono. Egzamin dojrzałości wypadł doskonale [1, s. 65]. Było to bardzo znaczące wydarzenie w jego życiu, umocniło jego morale, natchnęło optymizmem i wiarą w przyszłość. Krzywicki powoli nabrał przekonania, że jego życie codzienne, co prawda, już zawsze będzie stanowić rodzaj akrobacji, ale także – co chyba ważniejsze – iż nie jest zdany na izolację i społeczną marginalizację. Uwierzył, że dzięki sile woli, pomysłowości oraz nauce funkcjonowania w nowych układach przestrzenno-rzeczowych – z pomocą kul i innych niezbędnych rekwizytów⁵, jak choćby skonstruowane samodzielnie z taśmy elastycznej urządzenie do podtrzymywania opadającej stopy [1, s. 77] – może zdobywać sukcesy i realizować się w świecie zewnętrznym. Nie jest skazany na bezpieczeństwo, ale i ograniczający kokon łóżka, czterech ścian sali szpitalnej, własnego pokoju. W tym miejscu warto zapytać, co pomogło Krzywickiemu znaleźć w sobie siły do walki z losem, z własnym nieszczęściem i kalectwem? Na pewno wsparcie innych osób, ich czuła i niestrudzona obecność przy jego łóżku. Oprócz tego sposób wychowania w domu rodzinnym: oparty na miłości, wzajemnej akceptacji, ale i nieco spartański, promujący takie wartości, jak godność i odporność na niepowodzenia; potępiający mazgajstwo i narzekanie [1, s. 64].

Nie bez znaczenia było też sportowe przygotowanie autora, świadomość własnego ciała oraz umiejętność jego kontrolowania, panowania nad jego impulsami i odruchami [1, s. 64]. Mając młode, zahartowane uprawianiem sportu ciało łatwiej znosił przepisane przez lekarza zabiegi, które były istną torturą, zwłaszcza tak zwane ko-

In his story Krzywicki underlines that sleeping turned out to be one of big problems. First of all, he was obliged to lie on a very hard surface, which meant he had to sleep on a wooden board to avoid the formation of new contractions. It is not comfortable, but one can get accustomed to this sort of bed. The main problem was that while lying during the sleep he was not able to change the position, e.g. roll over onto his side on his own. It meant that his private physiotherapists had to sleep in the same room and get up even thirty times during the night so as to help him to change his position [1, p. 63].

Another great effort, that is intense training and self-determination, was required to master the skill of sitting up on his own [1, p. 63] and to find a way to move from one place to another. One day when his family was having dinner in the kitchen, he rolled out of the bed onto the nearby chair and then executing swinging body movements he was able to move the chair forward. In this way he managed to arrive at the kitchen. It was strenuous and exhausting, but it was the only way he could adopt to move around the flat [1, p. 64].

The next step was to try to bring him to the upright position. Dr. Stańczyk got two high legged stools made which served Krzywicki to help to stand up again. In the standing position the patient tried to move his legs forward; the sweat poured down his face each time he moved from one room to the other, which usually took him an hour. Each time he tried he was successful, which was very encouraging and so his self-confidence grew [1, p. 64-65]. Successively, he had to learn how to walk with crutches, which was also the best method to reinforce his muscles. Gradually the patient's overall health condition began improving. Consequently, at the end of the school year he was able to take the school leaving exam. He went to school by taxi. Tadek carried him piggyback upstairs, and then Andrzej walked with crutches towards the armchair that was prepared for him. He passed the exam with excellent results [1, p. 65]. It was an important event in his life, as it reinforced his morale, evoked optimism and belief in future. Slowly, Krzywicki got convinced that on the one hand his everyday life would always be a kind of acrobatics, but on the other hand, what is more important, he knew he was not condemned to isolation and social marginalization. He believed that thanks to his strong will and resourcefulness he would not only learn how to function in the new spatial arrangement of objects – he learned to use crutches but also invented other objects essential for him to become autonomous⁵; for example, a device made of elastic band used for supporting the dropping foot [1, p. 77] – but also he would be able to succeed and realize his potential in the outer world. It meant that he was not doomed to stay in bed, within the four walls of the hospital room or his own bedroom, a safe place but restricting his personal growth. It is worth asking what helped Krzywicki to find enough strength to fight against his fate, his tragedy, his disability. It is obvious that he got much support from other people, caring and tireless, always present at his bedside. Besides, he was strong thanks to the way he had been brought up in his family home; full of love and mutual acceptance, but adopting rather strict educational and moral principles promoting such values as dignity and determination while condemning weaknesses and complaints [1, p. 64].

Undoubtedly, another important factor was his sports preparation, awareness of his body and capability of

⁵ Owe urządzenia i rekwizyty powodują zarazem, że inwalida staje się człowiekiem-hybrydą, nie może się obejść bez dopełniających jego konstytucję cielesną przedmiotów.

⁵ Nevertheless, such devices and tools make disabled people become human hybrids that cannot do without the objects completing their bodily constitution.

cowanie. Polegało ono na tym, że najpierw rozgrzewało się na parze wełnianą dzianinę do temperatury bliskiej 60 stopni. Potem okładało się nią porażone członki, tak aby spowodować przekrwienie mięśni, a właściwie ich smutnych resztek, bo porażone mięśnie szybko zanikają. Kocowanie miało je pobudzić, ożywić oraz zmiękczyć. Porażenie obezwładnia struktury mięśniowe, wywołując przy tym deformujące przykurcze, które należało rozciągnąć siłą. To bardzo karkołomna i bolesna operacja. Szczególnie przykrym doznaniem było dla pacjenta odczucie parzącego ciepła w okolicach intymnych. W takich sytuacjach przydawało się poczucie humoru. Żartami próbowano rozładowywać napiętą podczas zabiegu atmosferę, oswoić i zneutralizować ciężący nad rodziną Krzywickich horror choroby [1, s. 62].

Cierpliwe prowadzenie domowej rehabilitacji dało pożądane rezultaty. Niebawem została ona także uzupełniona o leczenie sanatoryjne w miejscowości o nazwie Janské Lázně, na terytorium ówczesnej Czechosłowacji. Obecny w „Diabelskim młynie” opis tego miejsca przywodzi na myśl Foucaultowskie heterotopie, które francuski uczony definiuje jako miejsca „stanowiące w pewnym sensie przeciw-miejsca, rodzaj rzeczywiście wcielonych w życie utopii, w których miejsca prawdziwe, (...), jakie odnaleźć można w kulturze, są jednocześnie reprezentowane, kontestowane i odwracane” [17, s. 9]. Pojęcie heterotopii obejmuje zatem, jak zauważa Magdalena Kempna, „wszystkie miejsca jak gdyby «niczyje», z założenia odwiedzane tylko czasowo, nieoswojone, stanowiące zawsze przestrzenie «pomiędzy» (na przykład pomiędzy jednym etapem podróży a drugim, pomiędzy teraźniejszością a przeszłością czy też między miejscem pracy a domem), w których pojawiają się przedstawiciele «wszystkich innych miejsc»” [18; zob. 19, s. 75]. Heterotopie przybierają rozmaite formy. Dla Michela Foucaulta są nimi takie choćby przestrzenie, jak: cmentarz, ogród, biblioteka, muzeum, więzienie, szpital, wesołe miasteczko, miejscowość wakacyjna czy sauna. Cechy *counter-site* posiada również zobrażowane przez Andrzeja Krzywickiego sanatorium, określane przez niego jako osobliwa społeczność, wyizolowana z rzeczywistości, żyjąca własnym hermetycznym życiem sanatoryjnych rozmów, intryg, plotek, flirtów i miłości, odsunięta daleko od świata zewnętrznego. W odczuciu autora jest to także społeczność zamieszkała przez przedziwne w swym zachowaniu i fizyczności postaci: kuśtykające o kulach, jeżdżące na wózkach, skrępowane przez aparaty ortopedyczne, pozbawione mięśni i powłóczące nogami, wyglądające jak marionetki. Wszystko to razem tworzy potworny, sztuczny świat, pełen sterylności, białych łóżek, odurzającego zapachu środków dezynfekcyjnych i wyzierającego zewsząd ludzkiego nieszczęścia. Dłuższe przebywanie w tym świecie grozi odrealnieniem, chorobą sanatoryjną, ale daje też pewne korzyści. Krzywicki, na przykład, nauczył się tam sprawnie chodzić o kulach. Dzięki nawiązanym znajomościom biegle opanował język czeski; spokojna, hipnotyczna atmosfera sanatorium pozwoliła mu ponadto na intensywną naukę i czytanie [1, s. 66-71].

Dzięki powtarzanym wytrwale ćwiczeniom oraz skomplikowanym procedurom medycznym i zabiegom chory zaczął powoli wracać do normalności. Podjął studia, a także – co bardzo ważne – nawiązał pierwsze kontakty z płcią przeciwną. Późniejsze bogate życie miłosne było tym, co w istotny sposób przyczyniło się do oswojenia przez Krzywickiego piętna kalectwa. Liczne znajomości z kobietami – błyskotliwymi, ambitnymi, mądrymi, a przy tym nader atrakcyjnymi z pewnością dały mu szczęście oraz pozwoliły utwierdzić się w poczuciu własnej wartości. Dzięki nim zyskał przekonanie, że niepełnosprawność – chociaż sta-

controlling it, its impulses and reflexes [1, p. 64]. His young body, which was fit and strong due to sport training helped him to support the prescribed treatments, which were a real torture, particularly the so-called blanketing. It consisted in steam heating of woolen fabrics up to the temperature of 60°C, which were used for covering the paralyzed limbs so as to cause muscle hyperemia, or what actually remained from his muscles which affected by paralysis were disappearing quickly. Blanketing was to stimulate, activate and soften them. Paralysis leads to muscle restraints causing deforming contractions which have to be stretched by force. It was a backbreaking and painful treatment. What was particularly unpleasant for the patient was the sensation of terrible heat around his private parts. In such situations the only remedy was a sense of humor. Jokes were often used to defuse tension during the treatments, to tame the disease and lighten the burden the Krzywicki family had to face [1, p. 62].

Rehabilitation carried out patiently at home brought desirable results. Soon he was sent to supplement his rehabilitation in sanatorium in Janské Lázně, a town in then Czechoslovakia. The description of the place in “Diabelski młyn” brings in mind Foucault’s heterotopias, which the French thinker defines as sites “which are something like counter-sites, a kind of effectively enacted utopia in which the real sites, (...) that can be found within the culture, are simultaneously represented, contested, and inverted” [17, p. 9]. The notion of heterotopy includes, as Magdalena Kempna notices, all the sites which are in fact “nobody’s”, as they are supposed to be visited only temporarily, those untamed, constituting the “in-between” space (for example, between one stage of the journey and another, between the present and the past, or between workplace and home) where representatives of all “quite other sites” turned up [18, 19, p. 75]. For Michel Foucault these sites include: cemetery, garden, library, museum, prison, hospital, fun fair, holiday resort or sauna. The sanatorium described by Andrzej Krzywicki has the characteristics of the “counter-site”; according to him, it is a peculiar community, isolated from the reality, living in its own hermetic world of talks typical of all sanatoria, small intrigues, gossips, flirts and love affairs, far from the outer world. He feels that the community is full of people who are weird in the way they behave and look: limping with crutches, moving in the wheelchairs, or with the use of orthopedic prostheses, suffering from muscular atrophy and thus dragging their legs, looking like marionettes. All those people make up a monstrous, artificial world, where everything is sterilized, with white beds, ubiquitous nasty smell of disinfectants and all that tremendous mass of human suffering. Living longer in this world was a real threat to one’s sanity, due to detachment from reality, but on the other hand sanatorium offers some opportunities. Krzywicki, for example, learned how to use crutches efficiently. Thanks to the acquaintances made in the sanatorium he learned to speak Czech fluently. Moreover, a quiet almost hypnotic atmosphere of the place allowed him to spend much time studying and reading [1, p. 66-71].

Gradually, due to continuously repeated exercises and complicated medical procedures and treatments, he started getting back to normality. He went to university and, what is very important, he made first contacts with the opposite sex. In fact, what contributed substantially to his acceptance of the stigma of disability was Krzywicki’s subsequent rich love life. A number of friendships with women, brilliant, ambitious, wise and at the same time good-looking made him happy and let him confirm his self-esteem. Owing to these contacts he was convinced that disability, although it is a serious limitation, but mainly

nowi poważne ograniczenie, barierę natury praktycznej – nie umniejsza go, nie deprecjonuje i nie eliminuje w sensie społecznym: jako partnera, męża, kochanka⁶. Mimo że nie był w stanie podejmować wielu czynności przypisanych do utrwalonego w naszej kulturze wzoru męskich zalotów: bawić się, tańczyć, imponować ukochanej zręcznością i siłą itp., nie cierpiał na brak powodzenia i sukcesów miłosnych. Pod koniec swojej narracji z pewnym zdziwieniem, ale i z dumą wyznaje, że on kaleka, który leżał sparaliżowany i pokurczony, ze smutkiem obserwując swoich zdrowych i krzepkich przyjaciół, miał najbardziej barwne i burzliwe życie prywatne [1, s. 208]. Opierając się na lekturze „Diabelskiego młyna” można stwierdzić, iż stała i bliska obecność kobiet w życiu Andrzeja Krzywickiego na pewno pomogła mu zyskać poczucie pewności siebie, zbudować pozytywny i optymistyczny obraz własnej osoby. Czasami zresztą, trochę paradoksalnie, niepełnosprawność była sprzymierzeńcem w jego relacjach z dziewczętami i kobietami. Tak było chociażby w przypadku jego znajomości z późniejszą żoną – Wandą, która przez pewien czas spotykała się z Krzywickim i innym mężczyzną. Jej drugiemu partnerowi nie przychodziło jednak do głowy, że może mieć rywala. Wszak cóż to za rywal, którego nigdy nie widać? [1, s. 73].

Analizując wpływ fizycznej ułomności na życie miłosne człowieka wypada zwrócić uwagę również na to, że jego skala jest uzależniona od płci. Andrzej Krzywicki stwierdza, że gdyby był kobietą, liczba jego erotycznych znajomości byłaby z pewnością mniejsza. Kobiecość jest bowiem definiowana kulturowo głównie w kategoriach estetycznych, związanych z wyglądem. Widoczna na pierwszy rzut oka ułomność radykalnie obniża atrakcyjność kobiety, a jednocześnie stawia pod znakiem zapytania jej przydatność do roli żony i matki. Poza tym, jak pisze autor „Diabelskiego młyna”, kobiety są wrażliwsze, bardziej wyczułone na kontekst emocjonalny i uczuciowy związku. Nie przywiązują tak dużej wagi do cielesności partnera [1, s. 80]. Niepełnosprawność Krzywickiego nie zdyskwalifikowała go zatem w oczach płci przeciwnej, choć w pewien sposób zaciążyła na tym aspekcie jego biografii. Prawdopodobnie, mając większą swobodę wyboru, uniknąłby paru nieudanych związków [1, s. 80].

Niepełna mobilność położyła się ponadto cieniem na jego edukacji oraz życiu zawodowym. Ze względu na chorobę miał indywidualny tok nauczania, był zwolniony z ćwiczeń laboratoryjnych, nie chodził na wykłady. Później, już po ukończeniu studiów i podjęciu pracy na uczelni, nie starczało mu sił, by aktywnie uczestniczyć w życiu naukowym, wyjeżdżać na wszystkie interesujące go sesje, kolokwia czy konferencje. Nie był też w stanie brać udziału w towarzyskich spotkaniach kolegów z branży, w pokonferencyjnych wyjściach do miasta, do jakiegoś lokalu. Tym samym był odcięty od owocnych w skutkach kontaktów, pogawędek, wymiany pomysłów, idei, okazji do autopromocji oraz nawiązywania współpracy z innymi specjalistami [1, s. 80-81, 156]. Wymowny jest fragment o jego rozmowie z Linusem Paulingiem, twórcą nowoczesnej chemii teoretycznej, laureatem Nagrody Nobla. Jej nawiązanie wynikało na skutek wątkiej kondycji zdrowotnej obu uczonych. Jeden z nich chodził o lasce, drugi zaś – o kulach. Obaj więc zostali w tyle, gdy wszyscy po skończonych obradach

of practical nature, neither discredits nor depreciates him and does not exclude him socially, as a partner, husband, lover⁶. Though he was not able to take up many activities attributed to the standard pattern of man's courtship, such as: playing, dancing, showing off his fitness and strength, etc., he enjoyed particular success with women. At the end of his story he proudly confesses that it was really surprising that he, a disabled man lying paralyzed and deformed watching sadly his healthy and strong friends, had more exciting and stormy private life [1, p. 208].

Taking into consideration the story written in “Diabelski młyn” it is possible to say that a constant and close presence of women in Andrzej Krzywicki's life helped him build self-confidence and develop positive and optimistic image of his own person. Paradoxically, it happened that disability became an advantage in his relationships with girls and women. It actually was the case when he was meeting his future wife Wanda who was dating two men, Krzywicki and another man, at the same time. The other man did not realize he could have a rival, as he could never face him [1, p. 73].

Analyzing the impact of physical disability on a human love life, it should be taken into consideration that the degree of the impact depends on the gender. Andrzej Krzywicki claims that if he were a woman, the number of his sexual contacts would have been certainly lower. Femininity is a cultural production defined mainly in terms of aesthetics; what counts is the appearance. Disability clearly visible at the first sight decreases radically the woman's attractiveness and at the same time questions her usefulness as a wife and mother. Besides, the author of “Diabelski młyn” writes, women are more sensitive to the emotional context of the relationship. They do not attach much importance to their partner's corporeality [1, p. 80]. Therefore Krzywicki's disability did not disqualify him in the eyes of the opposite sex although, to some extent, it did have an impact on this aspect of his biography. Most probably if he had had a greater freedom of choice, he would have avoided some of his unsuccessful relationships [1, p. 80].

His physical impairment had some negative impact on his education and professional career. Due to his disability he had to follow a special course of studies individually arranged for him, which meant he was exempted from attending lectures and lab classes. After he had graduated, he was employed at the university, but he was not strong enough to participate in the academic life, to attend all the interesting seminars and conferences. He was not able to go out with his university colleagues in the evening when the conference sessions were over. It was the time of informal but fruitful contacts and talks when scientists exchanged their ideas and opinions, the time of possible self-promotion and new collaborative relationships with other researchers; unfortunately, he was cut off from all that [1, pp. 80-81, 156]. One of the interesting passages from his book is the one about his talk to Linus Pauling, the founder of modern theoretical chemistry and a Nobel Prize winner. It was possible for him to have a talk with the great chemist, because both of them had poor health conditions: one walked with a walking stick and the other with crutches. After the conference session they moved at the same speed lagging behind all the others on their

⁶ To, co napisałam wcześniej na temat konieczności wypracowywania nowych technik funkcjonowania w rzeczywistości, odnosi się także do erotycznej i seksualnej sfery życia osoby niepełnosprawnej. Narrator napomyka bowiem na przykład, że pewne konstelacje miłosne są niedostępne dla inwalidy, pozycje seksualne oraz konstrukcja łóżka muszą być dopasowane do fizycznych ograniczeń ciała [1, s. 81, 90].

⁶ What I have written before on the need to develop new techniques of functioning in the reality applies to erotic and sexual spheres of people with disabilities. The narrator mentions, for example, that the variety of sexual activities is limited for the disabled; sexual positions and the construction of the bed must be adapted to the physical limitations of the disabled body [1, pp. 81, 90].

konferencyjnych szli na obiad [1, s. 109]. Opisane w tej historii odseparowanie od grona zdrowych i sprawnych kolegów sugestywnie oddaje sposób funkcjonowania autora na płaszczyźnie życia zawodowego. Pokazuje przy tym, jak dalece ciało i jego rozmaite niedomagania warunkują nasz *modus* bycia w świecie, wyznaczają granice obecności w nim oraz osamotnienia.

Doświadczenie uszkodzenia narządów ruchu przełożnie wpływa na indywidualne eksploracje przestrzenne. Niepełność ustawia jednostkę w relacji uległości, podporządkowania wobec przestrzeni, stwarzane przez nią bariery (sztuczne i naturalne) są często nie do pokonania. Związki z otoczeniem przestrzennym są zarazem bardzo silnie nacechowane. Można by rzec, że przestrzeń jest jak gdyby „nadobecna” w życiu niepełnosprawnego, prawie nigdy nie staje się dlań przezroczysta: nieustannie skupia jego uwagę, mobilizuje do wysiłku, prowokuje do zmagania, często zmusza do kapitulacji. Przejście na drugą stronę ulicy czy wejście po schodach jest dla osoby zdrowej zadaniem prostym i banalnym, nie wymagającym większego skupienia, dla chorego stanowi jednak próbę sił, poważne wyzwanie. Życie niepełnosprawnego to niekończące się zapasy z przestrzenią. Pomocne w owym wysiłku są oczywiście – o czym już była mowa – rozmaite przedmioty i urządzenia ułatwiające czynność poruszania się.

Większa dostępność tych dóbr za granicą była jednym z powodów, dla których Andrzej Krzywicki zdecydował się wyemigrować z Polski do Francji. „Moje kalectwo było łatwiej znieść w zachodnim komforcie” – wyznaje otwarcie. „W Polsce kupno samochodu, niezbędnego dla mnie, było nie lada problemem. Ostatni, eksponat na Targach Poznańskich, kupiliśmy za ciężkie pieniądze, po złożeniu specjalnego podania, bodajże do biura premiera. Wielka łaska dla młodego uczzonego inwalidy! Ile razy może się taka sztuka udać?” [1, s. 117]. Za granicą Krzywicki kontynuował podjętą w Polsce rehabilitację. Nauczył się dobrze chodzić o kulach (dzięki czemu mógł spacerować, wychodzić do miasta) oraz prowadzić auto [1, s. 78]. Tym samym udało mu się odtworzyć zręby dawnej normalności, na nowo przyswoić standardy podstawowych powszednich czynności i działań. Jak sam stwierdza, z katastrofy, jaką było dla niego zachorowanie na polio, wyszedł okaleczony, poraniony na ciele i na duszy, ale wrócił do normalnego życia [1, s. 79]. W trakcie długiego i żmudnego procesu przystosowania do skutków choroby udało mu się oswoić niepełnosprawność, choć oczywiście nie udało się jej przezwyciężyć. Ten okres w swoim życiu autor „Diabelskiego młyna” określa mianem akrobacji, nieustannego zmagania z oporem uszkodzonego przez chorobę ciała. Na podstawie jego relacji widać też, jak bardzo stan upośledzenia, doznanie urazu fizycznego pobudza u chorego nawyk refleksji, wyostża jego zmysł (auto)analizy i (samo)obserwacji w kontekście cielesności. To, co zwykle mieści się w zasobach pamięci niedeklaratywnej (ma charakter automatyczny, nawykowy, a przy tym bezrefleksyjny, nie podlega translacji na struktury werbalne), u osoby dotkniętej niepełnosprawnością staje się nieoczywiste, problematyczne, stanowi materiał do analizy, opisu, werbalizacji. Przykładem jest ten, między innymi, fragment:

Normalnie ukonstytuowany człowiek zdolny jest wspiąć się na pionową skałę, chodzić po linie, robić karkołomne sztuki na trapezie. Jeżeli tego nie robi, to dlatego, że nie musi. Przy odpowiednim treningu mógłby, ma do tego niezbędne umięśnienie. Ja utraciłem dużo mięśni. Ale nauczyłem się dawać sobie radę bez nich. To też tylko kwestia odpowiedniego treningu. Mięśnie tydek są niezbędne do skakania, nie do chodzenia. Mięśnie

*way to the restaurant [1, p. 109]. The incident is particularly meaningful. It exemplifies his isolation from healthy colleagues and difficulties he had to face in his professional life. Moreover it shows how our body and its various impairments condition our *modus vivendi* in the world, and determine the limits of our presence and loneliness.*

Motor organ damages affect the way one explores space. Disability makes the affected person feel submissive, subordinate in relation to the surroundings, as there are barriers (natural and artificial) which are often impossible to overcome. The relationships with space around are strongly marked. In other words, space is somehow “overpresent” in the lives of the disabled; it never becomes transparent to them: it constantly draws their attention, forces them to make effort, evokes struggle, and often make them resign. Crossing the street, going up the stairs are simple activities for healthy people as they do not require any particular attention, whereas for the disabled they are a demanding test and a challenge. A life of a disabled person is a constant wrestling match against space. As it has been mentioned before, now the disabled are provided with various assistive devices and equipments which facilitate moving around.

Greater availability of the devices in West European countries was one of the reasons why Andrzej Krzywicki decided to emigrate from Poland to France. “It is easier to bear my disability in the West European comfort” – he admits openly. “In Poland it was a great problem to buy a car, which was indispensable to me. We managed to buy the last car available, the one exposed at the Poznań International Fair, paying a huge amount of money after having applied for it, as far as I remember, at the prime minister’s office. A great favor done to please a young disabled scholar! How many more times will I be so lucky?” [1, p.117]. Krzywicki continued his rehabilitation abroad. He improved the technique of walking with crutches (he was able to walk on his own) and learned to drive a car [1, p. 78]. In this way he managed to regain some foundations of the former normal life, learn again basic daily activities and functions. As he notices after his personal tragedy of polio he came out deeply hurt, both his body and mind, but he managed to get back to normal life [1, p. 79]. During the long and strenuous process of adaptation to the new situation caused by the disease he managed to tame disability, though he was not able to overcome it. This period of his life the writer of “Diabelski młyn” calls acrobatics, a constant struggle against the resistance of the body damaged by the disease. His story demonstrates how disability, physical injury, evokes reflection in the patient, sharpens his sense of (self)analysis and (self)observation in the context of corporeality. What is usually stored in the non-declarative memory (i.e. has automatic, habitual and unreflective character and is not expressed verbally), in a person with disability it becomes explicit, problematic, a material to analyze, to describe, to express. The passage quoted below is a good example of it:

A normally built human is able to climb a vertical rock, walk on rope, and do complicated trapeze tricks. If he does not do it, it is because he does not have to. If properly trained he would be able to do it as he has all indispensable muscles. I lost many of the muscles, but I learned to do without them. That is also a question of a proper training. The calf muscles are needed to jump, but not to walk. The thigh muscles enable you to crouch, but you can walk practically without using them. Hips, or should I say buttocks, are really important. They stabilize the posture. If you stand correctly, actually little is needed to make a leg

ud pozwalają kucać, chodzić można praktycznie ich nie używając. Ważne są biodra, mówiąc brutalnie, tyłek. To on stabilizuje postawę. Jeżeli się dobrze stoi, to niewiele trzeba, aby noga ruchem wahadłowym poleciała do przodu. Właściwie nie trzeba jej podnieść. Ale trzeba stanąć na prostej nodze, słabe udo nie utrzyma ciężaru ciała, jeżeli kolano jest ugięte. Tak, można chodzić na własnych nogach jak na szcudłach, szczególnie jeśli się trochę podpira kulami. A sięść na niskim stołeczku? Do tego trzeba ugiąć kolana. Ale wspierając się na kulach, można to zrobić całkiem elegancko. Tylko należy odpowiednio ustawić kule. Nie za bardzo do przodu, bo się poleci na nos. Nie za bardzo do tyłu, bo się straci równowagę. Trzeba wiedzieć gdzie. (...) Krótko mówiąc, dla mnie codzienne życie jest rodzajem akrobacji. A akrobata nie może sapać, stękać, pocić się. Szanujący się akrobata wykonuje swoje sztuki z lekkością, tak jakby go to nie kosztowało żadnego wysiłku. (...) Jestem akrobatą fachowym. Z tym, że nigdy nie mam fajrantu, jestem na występach na okrągło" [1, s. 81-82].

Za swój największy sukces Andrzej Krzywicki uznaje to, że udało mu się nie ulec opresji niepełnosprawności, że nie pozwolił losowi na zamknięcie go w dewastującej biografii tożsamości osoby upośledzonej. Z dumą podkreśla, że osiągnął taką biegłość w operowaniu swoim ciałem, iż otoczenie prawie nie zauważało jego ułomności, traktowało go jak osobę normalną [1, s. 82]. Choroba z pewnością go naznaczyła: kazała przedwcześnie wydorosnąć, odarła z młodzieńczej euforii i beztroski, podsycała rozmaite lęki, fobie i neurozy [1, s. 79, 80], zarazem jednak nie zdominowała jego życia, nie pozbawiła satysfakcji samorealizacji i samospelnienia. Jego dyskurs na temat niepełnosprawności – mimo że pojawiają się w nim momenty bólu, frustracji i cierpienia – nie jest więc dyskursem dolorycznym. Jest to opowieść o tym, że z niepełnosprawnością można żyć, że można ją przyjąć i oswoić – mimo całego trudu i gorczy tego doświadczenia.

swing forward. Practically you do not have to lift it. Alas you have to stand on the straight leg, because the weak thigh will not support the body's weight if the knee is bent. Yes, you can walk on your own legs as if they were stilts; especially with a little help of crutches. And how to sit on a low stool? In order to do it, you have to bend the knees. Using the crutches for support, you can do it quite smartly. Remember to put the crutches properly, neither too much forward because you can break your nose, nor too much backward because you will lose balance. You have to know exactly where to put them. (...) In short, for me everyday life is a kind of acrobatics. An acrobat cannot gasp, groan or sweat. A respectable acrobat performs his tricks effortlessly, at least he seems so. (...) I am a professional acrobat. The only difference is that I never have a day off, I have to perform ceaselessly" [1, pp. 81-82].

Andrzej Krzywicki considers his greatest achievement to have avoided disability oppression, to have escaped from the identity of a disabled person which ruins people's lives. He proudly underlines that the level of body fitness he managed to achieve is so high that people almost did not notice his impairment and treated him as an able-bodied person [1, pp. 82]. It is obvious that the disease left an impact on him: it forced him to grow up prematurely, deprived him of enthusiasm and light-heartedness typical of adolescents, fueled various fears, phobias and neuroses [1, p. 79, 80], but it did not succeed in dominating his life, in depriving him of personal fulfillment. His discourse on disability, though there are descriptions of pain, frustration and suffering, is not a pain-filled story. The book tells that it is possible to live with disability, to accept and tame it, regardless of all the difficulties and bitterness of the experience.

Piśmiennictwo References

- [1] Krzywicki A. *Diabelski młyn*. Czytelnik, Warszawa 2005.
- [2] Krzywicka I. *Wyznania gorszytelki*. Czytelnik, Warszawa 2002.
- [3] Krzywicki L. *Za Atlantykiem. Wrażenia z podróży po Ameryce*. Wydawnictwo Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, Warszawa 2011.
- [4] Kaniowska K. *Opis – klucz do rozumienia kultury*. Łódzkie Studia Etnograficzne, t. 39, Polskie Towarzystwo Ludoznawcze, Łódź 1999.
- [5] Barnes C., Mercer G. *Niepełnosprawność*, przeł. P. Morawski, Wydawnictwo Sic!, Warszawa 2008.
- [6] Łukasiuk M. *Zaburzony taniec z przedmiotami. Uszkodzone nawyki cielesne w domowej przestrzeni*, [w:] G. Gorzelak, M. S. Szczepański, W. Ślęzak-Tazbir (red.), *Człowiek – miasto – region. Związki i interakcje*. Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2009, 442-454.
- [7] Rakowski T., *Ciało, choroba, „etnografia w klinice”*. *Antropologizowanie medycyny*, [w:] J. Kowalewski, W. Piasek (red.) *Antropologizowanie humanistyki. Zjawisko – proces – perspektywy*. Instytut Filozofii Uniwersytetu Warmińsko-Mazurskiego w Olsztynie, Olsztyn 2009, 107-132.
- [8] Rosner K. *Narracja, tożsamość i czas*. Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych UNIVERSITAS, Kraków 2003.
- [9] Grzegorek A. *Narracja jako forma strukturyzująca doświadczenie*, [w:] K. Krzyżewski (red.) *Doświadczenie indywidualne. Szczególny rodzaj poznania i wyróżniona postać pamięci*, „Psychologia osobowości”, t. 5. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2003, 209-225.
- [10] Stemplewska-Żakowicz K. *Koncepcje narracyjnej tożsamości. Od historii życia do dialogowego „ja”*, [w:], J. Trzebiński (red.) *Narracja jako sposób rozumienia świata*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2002, 81-113.
- [11] Pasierski T. *Choroba jako opowieść*. *Medycyna po Dyplomie*, 2008, 9, 68-71.
- [12] Niedźwieńska A. *Poznawcze mechanizmy zniekształceń w pamięci zdarzeń*. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2004.
- [13] Maruszewski T. *Pamięć autobiograficzna*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
- [14] Kaufmann J.-C. *Ego. Socjologia jednostki. Inna wizja człowieka i konstrukcji podmiotu*, przeł. K. Wakar, Oficyna Naukowa, Warszawa 2004.

- [15] Krupa A. *Aromaty i smrody. Olfaktoryczny pejzaż miasta*, [w:] Róża Godula-Węclawowicz (red.) *Lato w mieście. Różne oblicza kultury*. Instytut Archeologii i Etnologii Polskiej Akademii Nauk, Warszawa-Kraków 2010, 163-179.
- [16] Luft K. *Ciało osaczone lustrami, czyli problem cielesności istoty ludzkiej wobec dyskursu zwierciadła we współczesnej humanistyce*. Rozprawy Naukowe Akademii Wychowania Fizycznego we Wrocławiu, 2012, t. 36, 38-44.
- [17] Foucault M. *O innych przestrzeniach. Heterotopie*, przeł. M. Żakowski. Kultura Popularna, 2006, 2, 7-14.
- [18] Kempna M., *Jagodowe noce, pomarańczowe dni*, http://209.85.229.132/search?q=cache:uAY2VhIWYE8J:artpapier.com/%3Fpid%3D2%26cid%3D3%26a%3D1333+heterotopia+foucault&cd=8&hl=pl&ct=clnk&gl=pl&lr=lang_pl [ostatni dostęp: 21 listopada 2009].
- [19] Karpińska G. E. *Lato w getcie. Piekło okupacyjnej heterotopii*, [w:] Róża Godula-Węclawowicz (red.) *Lato w mieście. Różne oblicza kultury*. Instytut Archeologii i Etnologii Polskiej Akademii Nauk, Warszawa-Kraków 2010, 73-100.
- Adres do korespondencji:**
Address for correspondence:
- Aleksandra Rzepkowska
ul. Grota Roweckiego 11/12
95-200 Pabianice
e-mail: aarz@o2.pl
- Wpłynęło/Submitted: VI 2012**
Zatwierdzono/Accepted: VI 2012

Pragnienie niepełnosprawności. O źródłach i próbach wyjaśnienia BIID

A desire for disability. On origins and attempts of explaining BIID

numer DOI 10.2478/v10109-012-00??-?

Anna Karczmarczyk, Przemysław Nowakowski
Uniwersytet Mikołaja Kopernika, Toruń, Polska
Nicolaus Copernicus University, Toruń, Poland

Streszczenie:

Przez ciało niepełnosprawne rozumiane jest najczęściej ciało ułomne, niekompletne. Najczęściej niepełnosprawność nie jest wynikiem wyboru. Jednak istnieją sytuacje, w których posiadanie niepełnosprawnego ciała staje się silnym pragnieniem, celem, a ostatecznie – konsekwencją zaplanowanego, bardzo wyrefinowanego działania. Dzieje się tak w przypadku zaburzenia tożsamości i integralności ciała (ang. *Body Identity Integrity Disorder (BIID)*), zwanego czasami także od niedawna xylomelią [1] lub, raczej błędnie, apotemnofilią [2], które wyraża się najczęściej pragnieniem amputacji określonej kończyny czy kończyn. Kończyny doświadczane są przez pacjentów jako, obce i niepasujące do ich „prawdziwego” ciała. Ich w pełni sprawne i zdrowe ciało staje się źródłem stresu, napięcia i braku akceptacji. Dopiero amputacja umożliwia takim osobom poczucie się dobrze w swoim ciele i paradoksalnie – wrażenie upragnionej kompletności. W artykule przedstawiono źródła i mechanizmy pojawiania się BIID.

Słowa kluczowe: BIID, ciało, niepełnosprawność.

Abstract:

A disabled body is usually seen as imperfect and incomplete. In a prevalent number of cases, disability is not a matter of choice, as it happens to us against our will. There are, however, situations where having a disabled body becomes an urgent desire, a goal, and finally, a consequence of the refined and deliberately planned action. That happens in the case of Body Identity Integrity Disorder (BIID) (also known as xylomelia or – mistakenly – apotemnophilia), that manifests itself through a wish to have a particular limb or limbs amputated. People suffering from BIID experience their limbs as excessive, alien and incompatible with their ‘real’ bodies. Their perfectly fit and healthy body becomes a source of distress, tension and lack of self-acceptance. It is only after amputation when these people can feel good in their bodies and – paradoxically – eventually feel complete. This article presents possible explanations of the sources and mechanisms of BIID.

Key words: BIID, body, disability, body image.

Wprowadzenie

Artykuł dotyczy wzbudzającego kontrowersje zaburzenia, które od niedawna stanowi przedmiot intensywnych badań w dziedzinie psychiatrii oraz neuronauk kognitywnych. Chodzi tutaj o zaburzenie tożsamości i integralności ciała (ang. *Body Identity Integrity Disorder (BIID)*), które w literaturze przedmiotu opisywane jest jako dążenie do amputowania sobie określonych części ciała, najczęściej kończyn.

BIID jest zjawiskiem ciągle jeszcze nie do końca zrozumiałym nawet dla specjalistów, o czym świadczy toczący się spór dotyczący samej nazwy zaburzenia, jak i źródeł występowania omawianej choroby [1, 2]. Pierwsza wzmianka w literaturze o BIID pojawiła się w 1785 r., kiedy francuski chirurg i anatom Jean Joseph Sue opisał przypadek Anglika, który zaproponował mu 100 gwinei w zamian za amputowanie swojej zdrowej nogi [3]. Chirurg odmówił wykonania operacji tłumacząc się brakiem niezbędnych sprzętów, zmienił jednak zdanie, gdy mężczyzna zagroził mu pisto-

Introduction

This article discusses body representation disorders – an issue evoking controversies – which recently has become an object of intensive research in psychiatry and cognitive neurosciences. The phenomenon is called Body Identity Integrity Disorder (BIID) and described in the specialist literature as a tendency to amputate certain parts of the body, mostly limbs.

BIID is still not fully understood, even by specialists who work on the phenomenon. For example, they agree neither on the name of the disorder nor the cause of its occurrence [1, 2]. The first time BIID was mentioned in literature was in 1785, when Jean Joseph Sue, a French surgeon and anatomist, described a case of an Englishman who offered him 100 guineas in return for amputating his leg [3]. The surgeon refused to do it explaining that he did not have all the indispensable tools. However, he was forced to change his idea when the Englishman

letem. Amputacja się zatem odbyła, a po jakimś czasie lekarz dostał list, w którym Anglik napisał: „Uczył mnie Pan najszcześniejszym ze wszystkich ludzi, uwalniając mnie od kończyny która stanowiła przeszkodę nie do pokonania na drodze do mojego szczęścia”¹. Podobny przypadek spotkał w 1997 r. szkockiego chirurga Roberta Smitha, który zgodził się przeprowadzić amputację u mężczyzny, który prosił o nią, ponieważ uważał, że jedna z jego nóg nie należy do niego. Dwa i pół roku później mężczyzna ten odezwał się, udzielając wywiadu dla *The Observer* mówiąc, że jest bardzo zadowolony z operacji [4]. Smith miał przeprowadzać kolejne operacje, jednak kiedy sprawę nagłośniły brytyjskie media, szpital zakazał ich chirurgowi. W kolejnych latach o przypadkach pacjentów zgłaszających się z nietypowymi prośbami zaczęło się robić głośniejsze, powstał nawet na ten temat dokument BBC pt.: *Complete Obsession* z 2000 roku [5]. Coraz pilniejsza zaczęła się stawać odpowiedź na pytanie: Co powoduje, że ludzie sprawiający wrażenie zdrowych psychicznie i zdolnych do racjonalnego myślenia domagają się amputacji w pełni sprawnej części własnego ciała i pragną tego tak bardzo, że kiedy spotykają się z odmową lekarzy, decydują się przeprowadzić amputację na własną rękę, bardzo często ryzykując zdrowie i życie, a w najlepszym przypadku decydując się na bycie niepełnosprawnym [6]?

Warto zauważyć, że zdrowie jest czymś, czego *explicitie* nie doświadczamy. Jak pisał już Kant: „[...] dobrego samopoczucia właściwie rzecz biorąc się nie odczuwa” [7, s.195]. W artykule interesuje nas przede wszystkim doświadczanie ciała, o którym można za psychiatrą Blankenburgiem powiedzieć, że „po prostu tu jest” [8, s. 4]. W przypadku chorych na BIID owa transparentność doświadczania ciała zostaje zaburzona. Ciało staje się przedmiotem, a nie tłem codziennego funkcjonowania. Deformacja świadomości ciała jest symptomem spotykany często w psychiatrii. Ciało staje się dla pacjentów psychotycznych obce, puste, martwe, kontrolowane przez obce siły, za małe/za duże, zmienia płeć, mnoży się itd. W zaburzeniach odżywiania ciało nie jest dość „zdrowe”, nie jest dość „atrakcyjne”. Osoba chora nie tylko ma zmienione doświadczenie ciała, ale zaczyna podejmować praktyki, które to ciało „wyjaławiają”. W pracy omawia zaburzenie, które w „praktykach” podejmowanych względem własnego ciała wydaje się radykalniejsze od zaburzeń odżywiania, w którym zmiany w doświadczeniu są jednocześnie subtelne i nadal słabo rozpoznane. Zaburzenie, które wydaje się wyjątkowo odporne na leczenie, także dlatego, że nadal trwa rozpoznawanie jego mechanizmów.

Próba klasyfikacji BIID

Przywołane na początku artykułu przypadki pacjentów zasadzały się na poczuciu, iż jakaś część ciała nie jest „moja”, jest o nią „za dużo”, ona do mnie nie pasuje, przeszkadza, muszę się jej pozbyć, aby móc się czuć dobrze w swojej skórze, by czuć się sobą. Takie objawy uznawane są za świadczące o rzadkim psychologicznym zaburzeniu nazywanym BIID (*Body Integrity Identity Disorder*). Trwa jednak dyskusja wśród specjalistów, czy jest to wyodrębnione zaburzenie, czy też należy je włączyć do jakiejś szerszej kategorii zaburzeń [9]. Podobnie spory toczą się na temat tego, czy jest to zaburzenie o charakterze psychicznym czy neurologicznym [9-11] – przy czym odpowiedź na to pytanie jest o tyle ważna, że określa formy terapii, jakie mają zostać podjęte.

threatened him with a gun, and so the operation took place. After some time the surgeon received a letter from the man which said: ‘You have made me the happiest of all men, by taking away from me a limb which put an invincible obstacle to my happiness’. In 1997 a similar case happened to Robert Smith, a Scottish surgeon, who agreed to perform an amputation of a man who asked him to do so, because he was convinced that one of the legs did not belong to him. Two and a half years later the man was interviewed by a journalist of *The Observer* and said he was pleased to have had his leg amputated [4]. Smith was to perform other amputations, but when the British media started writing about it, the hospital forbade the surgeon to conduct similar operations. In successive years more cases of people submitting such unusual requests were reported. The cases became so clamorous that the BBC made a documentary film on this subject in 2000 entitled *Complete Obsession* [5]. It was getting more and more urgent to answer the question: what makes people who seem to be mentally sane and able to think rationally demand to have a healthy part of their body amputated, and they desire it so much that when they are refused, they do it on their own, often risking their health and life, and at best becoming disabled [6] ?

It is worth noticing that health is what we do not experience explicitly. Kant already noticed that the state of well-being is actually not perceived [7, p.195]. In this paper the main interest is focused on bodily experience, of which it is possible to say, citing Blankenburg, ‘it simply is here’ [8, p.4]. In the case of people suffering from BIID, the transparency of bodily experience is disturbed. The body becomes an object, and not a background of everyday functioning. Deformation of bodily experience is a symptom that frequently occurs in psychiatry. For psychotic patients the body becomes foreign, empty, dead, controlled by foreign powers, it is too big or too small, changes sex, multiplies, etc. In nutrition disorders the body is not ‘healthy’ enough, „attractive” enough. The affected people not only have an altered bodily experience, but they also take up actions which “impoverish” the body. The paper discusses the disorder which is more drastic in its actions than nutrition disorders and which is characterized by subtle changes in experience that are still poorly known. The disorder seems to be exceptionally refractory; one of the causes is that the research on its mechanisms is still being carried out.

An attempt to classify BIID

The cases of the patients mentioned at the beginning of the paper based on a sensation that a part of the body was not “mine”, somehow it was “excessive”; patients usually say: it does not suit me, it disturbs, I must get rid of it so as to feel myself. These symptoms are considered as the ones belonging to a rare psychological disorder called BIID – Body Integrity Identity Disorder. However, specialists are still arguing if it is a separate disorder or if it should be included to a wider category of disorders [9]. Another disputable question is whether it is a mental or neurologic disorder [9-11] – it is worth noting that the answer to this question is important as it determines the types of therapy to apply.

BIID is classified in several ways, of which only the most common will be discussed here. On the one hand, “singularity” of patients’ requests, who plead to have their limbs amputated, makes specialists think they are psychotic patients who want to get rid of their arm or leg, because they

¹ ‘You have made me the happiest of all men, by taking away from me a limb which put an invincible obstacle to my happiness’ [3, s. 431].

Można wyróżnić kilka najczęstszych propozycji klasyfikacji BIID. Z jednej strony, „dziwaczność” próśb pacjentów, którym zależy na amputacji, nasuwa przypuszczenie, że są to pacjenci psychotyczni, którzy chcą się pozbyć swojej nogi/ręki, bo wydaje się im ona obrzydliwa lub chora. BIID byłoby tu traktowane jako odmiana BDD – *Body Dysmorphic Disorder* [6, 12]. BDD jest stosunkowo dobrze już poznanym zaburzeniem, uważanym za typ monotematycznego urojenia, podobnym, np. do urojenia Cotarda² czy Capgrasa³, podtrzymywanym przez nieprawidłową percepcję własnego ciała. Zachodzą jednak pewne różnice między BIID a BDD – podczas gdy pacjenci z BDD są pochłonięci myślami o jakimś rzekomym defekcie własnego ciała, np. uważają, że ich ucho, które niczym się nie wyróżnia, jest zniekształcone i zwraca uwagę, to pacjenci z BIID uważają swoje ciało za zupełnie normalne, ale nie-spójne z ich ideą samych siebie. Przykładowo, chcą amputacji swojej ręki lub nogi dlatego, że czują emocjonalny dyskomfort spowodowany ową niezgodnością pomiędzy obrazem swojego ciała a tym jak faktycznie ona wygląda [6]. Różnice w podejściu do obu zaburzeń są też widoczne w doborze form terapii: siłę w przypadku pacjentów z BIID amputacja często okazuje się jedyną formą terapii (o czym dalej), to w przypadku pacjentów z BDD skuteczna jest farmakoterapia oraz psychoterapia [6].

Innym ujęciem BIID jest próba zaklasyfikowania go jako odmiany parafilii: sugeruje się, że osoby chcące amputować sobie rękę czy nogę pociągają seksualnie myśl o byciu kaleką lub też podobają im się kaleki. Mielibyśmy tutaj do czynienia z psychoseksualnym zaburzeniem zwanym apotemnofilią. Jednak nie wyczerpuje ona opisu pacjentów, o których będzie mowa; większość z nich odróżnia siebie od *devotees* („wielbicieli”), jak nazywają osoby, które pociągają seksualnie osoby kalekie i którym raczej podoba się idea bycia kaleką niż faktyczne bycie nią. Podobnie osoby z BIID nie uważają siebie za *pretenders* („udawaczy”), którzy świadomie udają, że są niepełnosprawne i często pokazują się wśród ludzi na wózku czy o kulach. BIID-owcy nazywają za to siebie *wannabes* – od *would-be-amputees* [6].

Hipoteza o utożsamieniu BIID z apotemnofilią nie wydaje się być jednak do końca trafiona: w badaniu przeprowadzonym przez Michaela Firsta i wsp. w 2005 r. [17], którzy przeprowadzili dokładne anonimowe wywiady z 52 *wannabes* (którzy nie chorowali wcześniej na manię, urojenia czy halucynacje), z których 9 amputowało sobie kończynę lub namówiło do tego chirurga. Jedynie 15% spośród nich wskazało na seksualne motywy amputacji kończyny, 52% uznało to jednak za drugorzędną przyczynę. 87% zaznaczyło też, że przyciągają ich osoby kalekie. W badaniu tym tylko jedna osoba twierdziła, że przyczyną chęci amputacji jest brzydota swojej kończyny. Można się było natomiast spotkać z takimi opisami jak: „Czuję się jakbym był kaleką z naturalną protezą – to są moje nogi, ale chcę się ich pozbyć – nie pasują do mojego obrazu ciała” [15], „Czuję się jakbym był w niewłaściwym ciele, że jestem kompletny tylko z moimi obiema rękami i bez nogi po prawej stronie” [6, s. 78].

Twierdzenia podobne do powyższych (dotyczące bycia w niewłaściwym ciele) nasuwają z kolei skojarzenia z GID (*Gender Identity Disorder*): co wydaje się łączyć BIID z GID to czucie się źle we własnym ciele, i dążenie do chirurgicznego zbliżenia ciała do akceptowanej jego formy. Porównując odpowiedzi ludzi badanych przez Firsta z transseksuali-

consider it disgusting or ill. Thus BIID would be considered a variation of BDD – Body Dysmorphic Disorder. [6, 12]. BDD is a relatively known disorder, considered to be a type of monothematic delusions, similar to e.g. Cotard's¹ or Capgras'² delusions, sustained by an incorrect perception of their own bodies. However, there are some differences between BIID and BDD; patients suffering from BDD are absorbed in thoughts about some presumed defect of their bodies, e.g. one may think his ear, which is not particular at all, is deformed and draws people's attention; whereas patients with BIID think their bodies are completely normal, but are not coherent with their idea about themselves. For example, they want to have their arm or leg amputated, because they feel an emotional discomfort caused by the discrepancy between their body image and the way it really looks like [6]. Differences in the way the two disorders are treated are visible also in the choice of therapies: in the case of patients with BIID amputation is often the only form of therapy (discussed hereinafter), whereas in the case of patients with BDD an effective therapy requires pharmacotherapy and psychotherapy [6].

Another approach to BIID is an attempt to classify it as a type of paraphilia, which implies that people who want to have their leg or arm amputated are attracted sexually by the thought of being disabled or by the disabled themselves. In such a case it would be a psychosexual disorder called apotemnophilia. However again this approach does not include all the patients that will be discussed in this paper; most of them see themselves as different from *devotees*, that is persons who are attracted sexually by the disabled and who like more the idea of being disabled than actually being one. Like people with BIID, they do not consider themselves *pretenders* who consciously pretend to be disabled and often are seen on wheelchairs or on crutches. People with BIID call themselves *wannabes* or *would-be-amputees* [6].

Hypothesis of identifying *pretenders* and BIID with apotemonophilia does not seem to fit perfectly. The study carried out by Michael First et al. in 2005 [17] comprised anonymous exhaustive interviews with 52 *wannabes* (who were not affected by mania, delusion or hallucination), out of which nine persons amputated one of their limbs themselves or persuaded a surgeon to do it. Only 15% of them indicated sexual motivation of limb amputation; however, 52% stated it was a secondary reason. 87% admitted they were attracted by amputees. In the survey only one person claimed that what made him/her desire to have the limb amputated was the limb's ugliness. Others giving their reasons for amputation described them in this way 'I feel like an amputee with a natural prosthesis – they are my legs, but I want to get rid of them – they don't fit my body image' [15]. 'I felt like I was in the wrong body: that I am only complete with both my arm and leg off on the right side' [6, p. 78].

Statements similar to the aforementioned ones (about being in the wrong body) can be also associated with GID – Gender Identity Disorder, as the two disorders seem to have two things in common: feeling bad in one's own body and trying to achieve through surgery the shape of the body as close to the one they would accept as possible. Comparing the answers of the respondents of First's survey with transsexuals studies conducted by Prosser in 1998, it is possible to find similar metaphors of 'bad, wrong

² Urojenie Cotarda charakteryzuje się posiadaniem niepodatnego na racjonalną argumentację przekonania o byciu odcieleśnionym, nieistniejącym bądź martwym [13].

³ Urojenie Capgrasa polega na silnym przekonaniu o tym, że bliska osoba (lub osoby) została podmieniona przez kogoś obcego o identycznym wyglądzie [14].

¹ Cotard's delusion is characterized by the patient's conviction, which is immune to any rational arguments, that he/she is disembodied, does not actually exist, is dead [13].

² Capgras' delusion consists in a strong conviction that a loving person (or persons) has been substituted by an alien being that has the same appearance [14].

stami badanymi przez Prossera w 1998 r., można znaleźć podobne metafory „złego, niewłaściwego ciała” [16]. Inną łączącą te zaburzenia cechą jest to, że zarówno transseksualiści jak i *wannabes* praktykują zachowania upodabniające ich do stanu, do którego dążą – w przypadku transseksualistów jest to np. noszenie ubrań typowych dla płci przeciwnej, a w przypadku *wannabes* – korzystanie np. z wózka inwalidzkiego (przy czym należy to odróżnić od zachowania *pretenders*) (92% osób z badania Firsta). Zachowania te wyrażają dążenie do uzyskania tożsamości, która zdaniem pacjentów jest im w ich własnych ciałach niejako odebrana.

Fenomenologia BIID

Z powyższych rozważań wynika, że kluczowe jest wyłonienie z doświadczenia pacjentów z BIID elementów najbardziej dla niego konstytutywnych. Uwagę zwraca szczególnie czucie się źle w swoim ciele i dążenie do doprowadzenia ciała do akceptowanej przez pacjenta postaci. Zatem BIID może być przede wszystkim zaburzeniem tożsamości. Co to właściwie znaczy, kiedy pacjenci mówią, że ich ręka czy noga nie pasuje do nich samych, do ich obrazu ciała? Niektórzy *wannabes* uczestniczący w badaniu Firsta mówili np., że ich kończyna wydaje im się dziwna, część z kolei czuła, że nie jest ich własna. W każdym razie obecność owej kończyny była źródłem niepokoju, stresu, ogólnie mówiąc emocjonalnego dyskomfortu. Paradoksalnie obecność wszystkich kończyn sprawia, że czują się niewłaściwi, nieadekwatni i – niekompletni. Pacjenci mówią zatem, jak już zostało wspomniane: „Moja noga nie jest częścią mnie”, „Nigdy nie będę się czuł naprawdę cały razem z moimi nogami”⁴, ale również, że chcą „móc być sobą i żyć z honorem” [3, s. 432]. Zależy im na zlikwidowaniu odczuwanej rozbieżności pomiędzy ich ciałami a ich tożsamością. Amputacja wydaje się być dla nich drogą do zrealizowania się w pełni, do czucia się „prawdziwym” sobą. Pacjenci mówią przy tym, że taki stan towarzyszy im od dawna, często rozpoczyna się w okresie dzieciństwa lub dojrzewania.

Godne podkreślenia jest przy tym to, że pacjenci są świadomi „dziwaczności” swoich pragnień, zdają sobie sprawę z rozbieżności pomiędzy obrazem swojego ciała a jego wyglądem, w przeciwieństwie do np. osób chorych na anoreksję. Wydaje się zatem, że pacjenci z BIID nie są nieracjonalni w wymiarze globalnym.

Analizując to, jak BIID przejawia się u kobiet i mężczyzn, można zauważyć różnice płciowe: po pierwsze, mężczyźni zdają się przeważać wśród pacjentów – w dwóch największych badaniach przeprowadzonych na pacjentach z BIID (Firsta w 2005 r. oraz Blanko, Bruggera i wsp. w 2009) [17], kobiety stanowiły od 7 do 15% badanych. U badanych mężczyzn obserwowano też dążenie do pozbycia się którejś z nóg, natomiast u kobiet – niezadowolone z więcej niż jedną część ciała; (od 75-100% kobiet chciało bilateralnej amputacji). Powody występowania tych różnic mogą tkwić w różnicach w reprezentacjach ciała u kobiet i mężczyzn [18].

BIID może przybierać formy inne niż pragnienie amputacji którejś z kończyn⁵ – u niektórych pacjentów obserwuje się chęć bycia sparaliżowanym od pasa w dół [19], osoby te są przekonane, że ich sprawnie funkcjonujące nogi powinny być sparaliżowane, niektórzy mają poczucie, że ich

body’ [16]. Another feature shared by the two disorders is that both transsexuals and *wannabes* take measures to resemble the state they aim at; in the case of transsexuals it is, for example, wearing clothes typical of the opposite sex, i.e. the one they feel they are, whereas in the case of *wannabes* it may be, for example, using a wheelchair (though this behavior should not be confused with the one of *pretenders*) (92% of First’s respondents). Through such behaviors those people express their pursuit of the identity that, according to the patients, they were in some way deprived of.

BIID Phenomenology

In view of what has been discussed so far, it can be noted that the key to BIID classification is to identify the most characteristic constituent elements of the disorder through a thorough study of the patients’ experience. The most characteristic experience component, immediately noticeable, is feeling bad in one’s own body, and consequently a pursuit of the accepted shape of the body. Therefore, it is worth noting that BIID can be, first of all, an identity disorder. What does it mean when patients say that their arms or legs do not match them, i.e. their image of the body? Some of the *wannabes* participating in First’s study said, for example, that their limbs seemed to them alien, in some way; others felt they were not theirs. In general, the existence of the hapless limb was a source of anxiety, stress and, generally speaking, emotional discomfort. It is a paradox that having all the limbs gives some people the feeling of being improper, inadequate and incomplete. Therefore, patients tend to repeat, as it was mentioned before, ‘My leg is not part of me’, ‘I will never feel complete with my legs’³, but they also say they want ‘to be themselves and live honorably’ [3, p. 432]. They insist on eliminating the perceived discrepancy between their body and their identity. Amputation appears to be the way to pursue one’s happiness, to feel good about oneself. Patients underline the fact that they have had this sensation for years, in many cases it has its origin in their childhood or adolescence.

It is worth noting that patients are aware of singularity of their desires, they realize there is a discrepancy between the image of their body and the way it really looks, which is in contrast to how people suffering from, for example, anorexia perceive their body. Thus it seems that patients with BIID are not irrational in general terms, which will be discussed later in this paper, as this assumption is of fundamental importance for possible permission for amputations carried out by surgeons.

Analyzing the BIID symptoms in female and male patients, some gender differences can be noticed. Firstly, it appears that there are more male patients – in the two most thorough studies of patients with BIID (First in 2005 and Blank, Brugger et al. in 2009) [17], the percentage of women was between 7 and 15%. Secondly, in the sample of male patients it was noticed that they tend to get rid of one of the legs, whereas the women’s discontent comprised more than one part of the body (between 75-100% wanted bilateral amputations). Such gender differences can be caused by different ways the body representation is seen by men and women [18].

In addition, it has been found out that BIID can have other forms apart from the desire to have one of the limbs

⁴ Mamy tu do czynienia ze specyficznym ujęciem całości, dla której przedamputacyjne ciało stanowi ciało nadmiarowe, większe niż jego „prawdziwe” (tu: zgodne z doświadczeniem pacjenta) ciało.

⁵ Warto zauważyć, iż nie tylko kończyny i postawy względem nich są elementem BIID. Jako BIID można też traktować chęć bycia głuchym, patrz: <http://groups.yahoo.com/group/Deaf-Wannabee/>.

³ It refers to a peculiar approach to the integrity where the body prior to amputation is excessive, bigger than the ‘real’ body (here in line with the patient’s experience).

nogi są cięższe niż pozostałe części ciała i nie lubią odczuwania wrażeń płynących z dolnych kończyn. Osoby takie mogą też przejawiać zachowania symulujące stan bycia sparaliżowanym, czyli poruszać się na wózku inwalidzkim, kłaść się nieruchomo na łóżku na dłuższy czas, przemieszczać się z miejsca na miejsce jak osoba sparaliżowana. Jedna z badanych w trakcie porodu otrzymała zastrzyk znieczulający powodujący tymczasowy paraliż poniżej talii i jak mówiła, „czuła się cudownie” [19, s. 3]. Wśród badanych chcących zostać sparaliżowanymi obserwuje się więcej kobiet, na razie nie ma jednak wytłumaczenia tego wytłumaczenia na poziomie psychologicznym. Paraliż wydaje się być bardziej łagodną czy też mniej bolesną formą dążenia do wymarzonego obrazu ciała niż amputacja, ale jak pogodzić to np. z chęcią amputacji więcej niż jednej kończyny, którą spotyka się częściej u kobiet. Próbuje się też do tłumaczyć dążeniem kobiet do funkcjonowania jako osoba zależna – osoby z BIID nie wymieniają tego jako czynnika motywującego ich do bycia osobą sparaliżowaną, są zwykle zabezpieczone finansowo i nie szukają uwagi innych.

BIID – zaburzenie psychologiczne czy neurologiczne?

Przedstawione różnice płciowe jak i sama specyfika BIID coraz częściej są rozpatrywane jako zaburzenia neurologiczne. W ostatnim czasie dużą popularność zyskuje hipoteza sugerująca, iż BIID jest wynikiem dysfunkcji prawej półkuli mózgowej, w szczególności górnego płata ciemieniowego, co skutkuje nieprawidłowym przetwarzaniem informacji dotyczących własnego ciała [17]. Przede wszystkim dość dobrze jest już poznana rola prawego płata ciemieniowego w tworzeniu spójnej reprezentacji naszego ciała – „obrazu ciała” na poziomie neuronalnym, dającego m.in. poczucie, że ciało jak i jego części są moje. Przy nieprawidłowym funkcjonowaniu omawianego obszaru mogą pojawić się takie zaburzenia, jak trudności w rozpoznawaniu własnych kończyn (asomatognozja), przekonanie, że noga należy do kogoś innego (somatoparafrenia) bądź wręcz niewidzenie swoich kończyn (asomatognozja) [20]. Podobnie jak w BIID, wymienione nieprawidłowości dotyczą przede wszystkim lewych kończyn. Zaburzenia w obszarze prawego płata ciemieniowego okazują się być też istotne dla odczuwania niezadowolenia z ciała i zaburzeń tożsamości. Może to tłumaczyć fakt, iż osoby z BIID (w większości, jak było to wspomniane, mężczyźni) najczęściej pragną amputacji lewych kończyn; różnice w tym jak przejawia się BIID u kobiet i mężczyzn, próbuje się przy tym tłumaczyć tym, że mózgi kobiet wykazują mniejszą lateralizację, co mogłoby tłumaczyć ich tendencje do bilateralnej amputacji bądź paraliżu.

Dla BIID proponuje się obecnie także termin xenomelia, od słów z języka greckiego oznaczających „obcy” i „kończyna” i traktowanie go jako zespół prawego płata ciemieniowego [10]. Kolejni naukowcy akceptują tę hipotezę i nomenklaturę. Jednak należy zachować ostrożność przy omawianej teorii „płata ciemieniowego”; bardzo ważne są też tutaj połączenia pomiędzy płatem ciemieniowym a innymi strukturami korowymi (np. płacami czołowymi) oraz podkorowymi [12]. Ponadto odnotowano przypadki niezgodne z proponowanym obrazem neurologicznym BIID. Pacjent. zmieniał chęć amputacji nogi lewej na nogę prawą bądź, np. po amputacji wybranej kończyny chciał amputacji kolejną, wcześniej prawidłowo zintegrowanej z obrazem ciała. Eksperymenty w których manipuluje się

amputated⁴. In some patients, a desire to be paralyzed from the waist down is observed [19]. They are convinced that their healthy and fit legs should be paralyzed; some of them have a feeling that their legs are heavier than the other parts of the body, and they simply do not like having any sensation coming from the lower limbs. These persons can also adopt behaviors simulating paralysis; for example, they move around in a wheelchair, lay still in bed for a long time, move from one place to another as if they were paralyzed. One of the female subjects who was given an anesthetic injection during labor which caused a temporary paralysis from waist down claimed she “felt wonderful” [19, p. 3]. Among the patients who want to be paralyzed there are more women, but so far no good psychological explanation of this phenomenon has been found. Paralysis appears to be a less drastic and less painful form of pursuing the desired image of the body than amputation. However, the solution present some difficulty in the case of patients who want to have more than one limb amputated, which is so common in female patients. Another attempt to explain the phenomenon is to seek the reason in women's desire to be dependent on others. However, patients with BIID do not mention this factor among the motives to be paralyzed; in most cases they are financially independent and do not seek other people's attention.

BIID – a psychological or neurological disorder?

The gender differences discussed in the previous paragraph as well as BIID specificity itself tend to be recognized as phenomena that have neurological bases. Recently, a new hypothesis has been growing in popularity; it suggests that BIID is caused by a dysfunction of the right hemisphere of the brain, particularly the parietal lobe (especially upper parietal lobe) which results in anomalous processing of the information about one's own body [17]. First of all, the role of the right parietal lobe in building a coherent representation of the body is already well known, i.e. 'body image' at the neuronal level creates the sensation that my body and its parts are really mine. When this part of the brain does not function correctly, some dysfunctions can occur; they include: difficulties in recognizing one's own limb (asomatognosis), conviction that my leg belongs to somebody else (somatoparaphrenia) and even inability to recognize one's own limbs (asomatognosia) [20]. Like in BIID, these dysfunctions concern mostly left limbs. Dysfunctions of the right parietal lobe appear to be essential to feel discontent of one's body and to perceive identity disorders. It can be explained by the fact that people with BIID (mostly men as it was mentioned before) usually want to have their left limbs amputated. At the same time the differences in the way BIID is manifested in men and women can be only partially explained by the fact that women tend to show a lesser degree of lateralization of the brain, which could be the cause of women's tendency to bilateral amputations or paralysis.

Currently, another term is suggested for BIID, namely xenomelia, which was coined from Greek words meaning 'extraneous' and 'limb', and it is treated as a right parietal lobe syndrome [10]. Both the hypothesis and the term are increasingly accepted by researchers. However, as it is pointed out by the researchers who suggested the new explanation to BIID, the theory of the parietal lobe should be taken with caution. The great importance of the connections between the parietal lobe and other cortical

⁴ It is interesting to note that not only limbs and attitudes towards them are elements of BIID. Also a desire to be deaf can be treated as BIID, see: <http://groups.yahoo.com/group/Deaf-Wannabee/>.

poczuciem własności pokazują również, że w jego tworzenie zaangażowana jest kora przedruchowa w obu półkulach.

Debaty dotyczące podstaw BIID – neurologicznych bądź psychologicznych – mają kluczowe znaczenie dla decydowania o formach terapii tego zaburzenia. Pojawiają się wśród badaczy opinie, że gdyby było to zaburzenie neurologiczne, to najprawdopodobniej amputacja nie byłaby najlepszą formą terapii, a można by skorzystać z rozwiązań stosowanych, np. z pacjentami z bólami fantomowymi [21]. Przywołanie w tym kontekście bólów fantomowych jest o tyle ciekawe, że jeden z autorów zajmujących się badaniem BIID wysuwa hipotezę, że BIID to tak jakby „negatywny fantom”. O ile osoby z kończynami fantomowymi mają doświadczenie obecności kończyny przy jej fizycznym braku, to osoby z BIID mają odczucie „nieobecności” kończyny (czy raczej – mówiąc dokładniej – poczucie, że nie powinno jej być) przy jej fizycznej obecności (co jest związane z omówionym wcześniej nieprawidłowym reprezentowaniem ciała przez układ nerwowy). Po amputacji kończyna/część nie jest dłużej w doświadczeniu równie ożywiona co pozostałe części ciała [12].

Terapia BIID – pytania i wątpliwości

Określenie mechanizmów BIID ma zbliżyć do oceny tego, jaka terapia będzie najbardziej skuteczna w przypadku tego zaburzenia. I tu pojawia się najbardziej kontrowersyjne pytanie – czy powinno się pacjentom zezwalać na amputację, czy nie? Argumenty za wykonaniem operacji mogą być następujące: po pierwsze, kierując się zasadą *primum non nocere*, czyli przede wszystkim nie szkodzić, wydaje się, że lepiej dla pacjentów byłoby przeprowadzić operację. Większość z nich nadal będzie bowiem poszukiwała innych dróg amputacji kończyny, kierując się instrukcjami zamieszczanymi przez innych *wannabes* na forach internetowych (dla porównania: sześcioro z badanych 52 przez Firsta chorych samemu odcięło sobie nogę). Oprócz tego w BIID obserwuje się niewielkie działanie farmakoterapii i psychoterapii (lekką poprawę może przynieść terapia poznawczo-behawioralna w połączeniu z lekami), natomiast po amputacji pacjenci czują się dobrze, są w pełni sobą i efekt ten wydaje się być długofalowy.

Pojawia się oczywiście kwestia tego, czy *wannabes* są racjonalni w swoich żądaniach i czy możemy szanować ich decyzje dotyczące zdrowia – często zestawia się ich żądania z odmową leczenia u świadków Jehowy, których wiara nie zezwala np. na transfuzję krwi, a decyzje te lekarze muszą respektować⁶. Tutaj jednak znowu powraca kwestia racjonalności – i można powiedzieć, że zarówno *wannabes*, jak i świadkowie Jehowy doszli do swoich przekonań w sposób nieracjonalny, ale w świetle swoich przekonań wybierają działanie racjonalne [6]. Podkreśla się przy tym, że pacjenci z BIID nie są globalnie nieracjonalni, zastrzeżenie budzi jedynie pragnienie usunięcia własnej nogi czy ręki, którą cały czas rozpoznają jako własną, z tym że jako takiej jej nie czują.

(e.g. frontal lobe) and subcortical areas should be also taken into consideration [12]. Moreover, there are some cases which do not match the proposed neurological image of BIID; for example, a patient changed his decision regarding which leg to amputate, from left to right; or when after the amputation of the chosen limb, the patient wanted to have another limb amputated, the one that previously was properly integrated to his body image. Also experiments in which the sense of property is being manipulated show that the premotor cortex in both hemispheres of the brain are engaged in the process of creating a sense of property.

What is important of the debates about the bases of BIID – neurological or psychological – is that they play a fundamental role in determining the choice of therapy of the disorder. There are some researchers who claim that if BIID were a neurological disorder, most likely amputation would not be the most appropriate type of therapy, whereas in such cases application of the solutions used, for example, in patients with phantom pains could be appropriate [21]. Referring to phantom pains in this context is quite interesting, as one of the researchers studying BIID puts forward a hypothesis that BIID is a sort of a ‘negative phantom’ – people with a phantom limb perceive its presence though in reality they do not have it, whereas people with BIID perceive an absence of a limb (to be exact, they feel it should not be there) that they have (which is related to the incorrect representation of the body by the nervous system). After amputation the limb or its part is not longer experienced as animated as the other parts of the body [12].

Therapy of BIID – questions and doubts

Defining BIID mechanisms is supposed to help evaluate which therapy will be the most effective for patients with the disorder. What is the most controversial questions related to BIID is if patients should or should not be allowed to have their limbs amputated. The argument for amputation is: following the principle *primum non nocere*, i.e. first, do not harm, it might be better to carry out the operation. Most of them will continue seeking a way to have it amputated following the instructions placed on the websites by other *wannabes* (for scale: 6 out of 52 patients studied by First cut off their legs by themselves). Besides, patients with BIID hardly respond to pharmacotherapy and psychotherapy (a slight improvement can be achieved by applying a cognitive-behavioral therapy combined with medication), whereas after amputation patients feel good and complete, and the effect seems to be long-lasting.

Other questions raised are whether *wannabes* are rational when they ask for amputation and whether their decisions about their health should be respected by others; their demands are often juxtaposed with the decisions of the Jehovah's witness to refuse some medical treatments (e.g. their faith does not consent a blood transfusion), and which have to be respected by physicians⁵. Once again the issue of rationality comes back – it is possible to state that both *wannabes* and Jehovah's witnesses come to their beliefs irrationally, but according to them they choose a rational action [6]. It is noted that patients with BIID are not totally irrational, only one precise aspect is questioned, that is their irrational desire to remove their own leg or arm, which they always recognize as theirs but they do not feel it actually is.

One can give an argument that if it is allowed to model one's own body according to the image one has in the

⁶ Analogia ta nie jest jednak zupełna – w przypadku świadków Jehowy lekarze mają zrezygnować z działania, w przypadku *wannabes* – wykonać jakieś działanie [6].

⁵ The analogy is not really perfect – in the case of Jehovah's witnesses physicians have to resign from doing, whereas in the case of *wannabes* they have to do something [6].

Można ponadto argumentować, że zezwala się na modelowanie swojego ciała (stosownie do własnych o nim wyobrażeń) w przypadku operacji plastycznych. Dlaczego więc nie i w przypadku BIID? Czy różnica miałaby polegać na tym, że ideał ciała, do którego ludzie dążą, decydując się na operacje plastyczne, jest podzielany przez więcej jednostek niż ten do którego dążą osoby z BIID? Czy może powinniśmy dokonać gradacji operacji plastycznych od jednostkowych i korekcyjnych, do chronicznych i wyniszczających często organizm, zaburzających jego integralność i generujących martwicę? Czy wtedy BIID miałoby coś wspólnego z tą drugą sytuacją?

Wątpliwości związane z amputacją jako formą terapii mogą z kolei dotyczyć tego, czy osoby z BIID faktycznie są przygotowane psychicznie do życia jako niepełnosprawni. Twierdzą one, że zdają sobie sprawę z tego, jak miałyby wyglądać ich życie po amputacji. Część z nich stara się prowadzić życie jak osoba niepełnosprawna (np. jeżdżąc na wózku w weekendy). Czy jednak możemy uznać, że faktycznie wiedzą, jak to jest być taką osobą? Psychiatra występujący we wspomnianym dokumencie *Complete Obsession*, specjalizujący się w opiniowaniu przypadków BIID i operacjach zmiany płci, został niedawno oskarżony przez osoby, które przed takimi operacjami badał. Jego byli pacjenci, którzy uzyskali od niego zgodę na operację i zostali jej poddani, po zmianie płci zmienili zdanie i uznali operację za błąd. Jednocześnie twierdzili, że psychiatra za mało się im sprzeciwiał i zbyt szybko pozwolił im na operację⁷.

Ponadto dochodzą wątpliwości natury społeczno-ekonomicznej. Jeśli będziemy zezwalać na amputacje, będzie wzrastać w społeczeństwie liczba osób niepełnosprawnych, wymagających ewentualnych zasiłków czy rent.

Poza tym opory związane z zezwalaniem na operacje wiążą się z wątpliwościami samych lekarzy co do uznania BIID za zaburzenia. Współcześnie obserwuje się tendencję do klasyfikowania wielu problemów codziennego życia jako zaburzeń psychiatrycznych [22]. W każdej nowej edycji ICD czy DSM wzrasta liczba nowych zaburzeń, lekarze obawiają się też „lawiny zachorowań”, jak to się obserwuje w przypadku autyzmu czy ADHD [22].

BIID – implikacje filozoficzne

Problem BIID wywołuje pytania natury, można powiedzieć, filozoficznej – tak metafizycznej jak i aksjologicznej, a w konsekwencji prawnej. Kto jest właścicielem mojego ciała? Jeżeli ja sam, to czy rzeczywiście mam nim prawo swobodnie rozporządzać – a co zatem idzie – celowo uszkadzać wybrane jego części? Wiele osób, w tym wielu lekarzy, czuje opór związany z dostosowaniem się czy zezwoleniem na praktyki, na których zależy osobom z BIID. Można sobie wyobrazić bardzo podobną sytuację. Chodzi o osoby, które w wyniku utraty kończyny (np. w wypadku) dostały przeszczepioną brakującą część ciała. W fascynującej książce Siemionow opisuje pacjenta, który, po takiej operacji, pomimo wielu badań i terapii (jak się dziś twierdzi nadal niedostatecznych), dostał przeszczep, jednak odrzucił go ze względu na psychologiczne [23]. Jakie kryteria trzeba zastosować, by wystarczająco wykazać różnice pomiędzy tym pacjentem a osobami z BIID? Na poziomie doświadczeniowym sytuacja osób z BIID i osób odrzucających przeszczep jest identyczna. Na poziomie neuronalnym istnieje większe prawdopodobieństwo, że kończyna po przeszczepie zostaje włączona w reprezentację własnego ciała. Czy chodziłoby tutaj o biologiczną ciągłość

case of plastic surgery, why not do it in the case of BIID? Would the difference lie in the fact that the ideal body that people want to achieve when they decide to undergo a plastic surgery is shared by more people than the one desired by people with BIID? Is it a difference in degree or a fundamental difference in kind? Should we classify plastic surgeries according to degrees, from single and corrective plastic surgeries to chronic wasting ones that often impair the organism's integrity and generate necrosis? Will, then, BIID have anything in common with the latter case?

Doubts that arise over amputation as a form of therapy may also regard another issue, that is whether people with BIID are actually mentally prepared to live as disabled. People with BIID maintain they are fully aware what their lives would be like after amputation; some of them even try to lead a life of a disabled person, at least in part, (e.g. moving in a wheelchair at weekends), but can we assume that they actually know what it is like to be disabled? Recently, the psychiatrist who took part in the aforementioned documentary *Complete Obsession*, specializing in the cases of BIID and sex reassignment surgeries, was accused by some people he had examined before such surgeries. His former patients who had received his consent for the surgery and had been operated on, changed their minds after the surgeries stating it was a mistake. They highlighted the fact that the psychiatrist had not opposed much their ideas and had given his consent too hastily⁶.

Moreover, there are some doubts of the socio-economic character; if amputations are allowed as a form of therapy, a number of the disabled will increase in the society, and consequently the problem of possible invalid benefits and disability insurance will appear.

Besides, physicians themselves are reluctant to give permission as they have doubts whether BIID should be recognized as a proper disorder. There are voices saying that nowadays numerous everyday problems tend to be classified as mental disorders [22]. In each new edition of the ICD and DSM, the number of disorders increases; therefore physicians expect an 'avalanche of cases', as it is in the case of autism and ADHD, where the number of diagnosed cases is suspicious [22].

BIID – philosophical implications

To conclude the aforementioned debate about the status of BIID in contrast to other disorders – its causes and development, possible types of therapy – we would like to show that the BIID problem raises more general questions. The questions are of a philosophical nature, both metaphysical and axiological, and consequently legal. Who is the owner of my body? If it is only me, does it really mean that I have the undeniable right to dispose of my body, which also implies intentional damage to selected parts of the body? A lot of people, physicians included, tend to be reluctant to accept and permit the practices people with BIID demand. It appeared that it is possible to imagine a similar situation where the opposition would be weaker. It regards people who due to the loss of a limb (e.g. in a car accident) were given a new implanted part of the body to replace the missing one. Siemionow, in a fascinating book, describes a patient who after the surgery in spite of numerous examinations and therapies (as he claims now still insufficient) was given an implant, but he rejected it owing to some psychological aspects [23]. What criteria have to be used to show sufficiently the difference between this patient and people with BIID? In terms of experience the situations

⁷ Por. <http://www.guardian.co.uk/society/2007/may/25/health-medicineandhealth2>

⁶ Comp. <http://www.guardian.co.uk/society/2007/may/25/health-medicineandhealth2>

z ciałem? Względy estetyczne? Inne? Jak zinterpretować to w kontekście tak ekstremalnych sytuacji, jak pozbywanie się części ciała w celu przeżycia, a z drugiej strony – wspominanych już operacji plastycznych? Te pytania pozwalają na uwypuklenie złożoności problemu doświadczenia ciała, zwłaszcza ciała pełnosprawnego/niepełnosprawnego, w tym kwestii tego, kto jest jego właścicielem. Zwraca to uwagę na problem stworzenia dobrej teorii ciała, oraz relacji ja – ciało, co jest zadaniem zarówno dla filozofów i psychologów, jak i lekarzy. A uwzględnianie takich przypadków jak BIID przyczyni się z pewnością do wzbogacenia takiej teorii.

Zakończenie

Omawiane w artykule zaburzenie pokazuje, jak zakłócone zostaje codzienne doświadczenie ciała, charakteryzujące się tym, że ciała nie tyle doświadczamy, co doświadczamy *przez* nie. W przypadku osób cierpiących na BIID ciało, normalnie pozostające w tle naszego funkcjonowania, wysuwa się niejako na pierwszy plan, zakłócając naturalną równowagę pomiędzy podmiotowym i przedmiotowym aspektem doświadczenia. Obserwacja BIID jest o tyle inspirująca, iż może stać się punktem wyjścia do badań dotyczących tego, jak jest nasze ciało reprezentowane na poziomie neurologicznym oraz do dyskusji m.in. z zakresu bioetyki i prawa medycznego jako pretekst do rozważań nad tym, w jakim stopniu możemy swobodnie dysponować własnym ciałem.

of people with BIID and people who reject implants are identical. At the neuronal level there is a higher probability of accepting the new implanted limb and making it part of the body representation than the healthy limb of the person with BIID. Would it refer to the biological integrity with the body? Aesthetical aspects? Other aspects? How to interpret it in the context of such extreme situations like removing a part of the body so as to survive, and on the other hand in the case of plastic surgeries? The questions allow highlighting the complexity of the problem of body experience, especially the experience of an able/disabled body that is of principal interest in the paper, which include the issue of ownership of the body. It draws attention to the problem of necessity of creating a good theory of the body and the relationships between my body and me, which is a task for philosophers, psychologists and physicians. The inclusion of cases like BIID will contribute to enrich such a theory.

Conclusion

The disorder discussed in the paper shows, in an interesting way, how everyday body experience can be disturbed; the disorder is characterized by the fact that we do not exactly experience the body, but rather experience *through* it. As Gadamer says that we are aware that a disease which is a factor disturbing something which if not disturbed is hardly visible to us [8, s. 94]. In the case of people suffering from BIID, the body, normally remaining in the backstage of our functioning, moves forward taking a central position disturbing the balance between the subjective and objective aspects of experience. Observation of BIID can be inspiring as it can become a starting point for research on how our body is represented at the neurological level and for a further discussion on, for example, bioethics and medical law, which can be a pretext to discuss to what extent we can freely dispose of our body.

Piśmiennictwo References

- [1] McGeoch P. M., Brang D., Song T., Lee R., Huang M. X., Ramachandran V.S. Xenomelia: a new right parietal lobe syndrome. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 2011, 82, 1314-1319.
- [2] Brang D., McGeoch P. D., Ramachandran V. S. Apotemnophilia: a neurological disorder. *NeuroReport*, 2008, 19, 13, 1305-1306.
- [3] Johnston J., Elliot C. *Healthy limb amputation: ethical and legal aspects*. *Clinical Medicine*, 2002, 2, 5, 431-435.
- [4] *My left foot was not part of me*. *The Observer*, 2000, 4-7.
- [5] <http://www.bbc.co.uk/science/horizon/1999/obsession.shtml>
- [6] Bayne T., Levy N. *Amputees by choice: Body Integrity Identity Disorder and the Ethics of Amputation*. *Journal of Applied Philosophy*, 2005, 22, 1, 75-86.
- [7] Canguilhem G. *Normalne i patologiczne*. Słowo/obraz terytoria, Gdańsk 2000.
- [8] Gadamer H.-G. *O skrytości zdrowia*. Media Rodzina, Poznań 2011.
- [9] First M., Fisher C. *Body Integrity Identity Disorder: the Persistent Desire to Acquire a Physical Disability*. *Psychopathology*, 2012, 45, 1, 3-14.
- [10] McGeoch P., Brang D., Song T. i wsp. *Xenomelia: a new right parietal lobe syndrome*. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 2011, 82, 12, 1314-1319.
- [11] Sedda A. *Body Integrity Identity Disorder: from a psychological to neurological syndrome*. *Neuropsychology Review*, 2011, 21, 4, 334-336.
- [12] Hilti L., Brugger P. *Incarnation and animation: physical versus representational deficits in body integrity*. *Experimental Brain Research*, 2010, 204, 3, 315-326.
- [13] Kapusta A. *Szaleństwo i metoda. Granice rozumienia w filozofii i psychiatrii*. Wyd. UMCS, Lublin 2010.
- [14] Christodoulou G., Margariti M., Kontaxakis V. i wsp. *The Delusional Misidentification Syndromes: Strange, Fascinating and Instructive*. *Current Psychiatry Reports*, 2009, 185-189.
- [15] First M. *Desire for amputation of a limb: paraphilia, psychosis, or a new type of identity disorder*. *Psychological Medicine*, 2005, 35, 6, 919-928.
- [16] Lawrence A. A. *Clinical and theoretical parallels between desire for limb amputation and gender identity disorder*. *Archives of Sexual Behavior*, 2006, 35, 3, 263-278.
- [17] Giummarra M., Bradshaw J., Nicholls M. i wsp. *Body integrity identity disorder: deranged body processing, right fronto-parietal dysfunction, and phenomenological experience of body incongruity*. *Neuropsychology Review*, 2011, 21, 4, 320-333.
- [18] Di Noto P., Newman L., Wall S. i wsp. *The Hermunculus: What Is Known about the Representation of the Female Body in the Brain?* *Cerebral Cortex* 2012.

- [19] Giummarra M. J., Bradshaw J. L., Hilti L. M., Nicholls M. E. R., Brugger P. *Paralyzed by desire: a new type of body integrity identity disorder*. Cognitive and behavioral neurology: official journal of the Society for Behavioral and Cognitive Neurology, 2012, 25, 1, 34-41.
- [20] Arzy S., Overney L. S., Landis T., Blanke O. *Neural mechanisms of embodiment: asomatognosia due to premotor cortex damage*, Archives of neurology, 2006, 63, 7, 1022-1025.
- [21] Ramachandran V. S., Rogers-Ramachandran D. *Synesthesia in phantom limbs induced with mirrors*. Proc Biol Sci, 1996, 377-386.
- [22] Kovacs J. *Whose identity is it anyway?* The American Journal of Bioethics, 2009, 9, 1, 44-45.
- [23] Siemionow M. *Twarzą w twarz. Moja droga do pierwszego pełnego przeszczepu twarzy*, Znak, Kraków 2010.

Adres do korespondencji:
Address for correspondence:

Anna Karczmarczyk
 ul. Jana Bizziela 22/54
 85-163 Bydgoszcz
 tel. 790-438-290
 e-mail: a_karczmarczyk@o2.pl

Wpłynęło/Submitted: VI 2012
Zatwierdzono/Accepted: VI 2012

Ciało jako pole działania Tego Samego i Innego. Michel Foucault – Gilles Deleuze

The Body as a scope of the Same and the Other. Michel Foucault – Gilles Deleuze

numer DOI 10.2478/v10109-012-0019-9

Wojciech Mackiewicz
Uniwersytet Wrocławski
University of Wrocław

Streszczenie:

Słynna teza Michela Foucaulta o śmierci „człowieka” wywołała żywą dyskusję w świecie akademickim. Stanowi ona wynik zakrojonych na szeroką skalę badań. Autor Foucault konstatuje wieloaspektowy kryzys współczesnej podmiotowości (jej autorytet osłabia anonimowa władza, praktyki seksualne, Rozum). Oddziaływanie na podmiotowość odbywa się bowiem zawsze za pośrednictwem ciała. Jest ono pozytywnością, której warunkiem koniecznym jest skończoność. Jednocześnie owa skończoność powoduje rozproszenie człowieka na gruncie tych dziedzin, które go ukonstytuowały, tj. życie, mowa, praca. Ostatecznie dla Foucaulta forma „człowiek” okazuje się nie do utrzymania. Ten wątek podejmuje Gilles Deleuze. Uznaje, że skoro śmierć „człowieka” zachodzi na płaszczyźnie życia, mowy i pracy, to właśnie tam należy szukać możliwości kierunkowania tego procesu. Czyni to jednak poprzez praktyki stosowane na ciele. Deleuze jako Nietzscheanista postuluje rodzaj własnej koncepcji „nadcłowieka”. Śmierć u Foucaulta pojawiła się na poziomie epistemologicznym z czasem ogarniając cielesność. Deleuze proponuje nową koncepcję cielesności, która mogłaby uzdrowić procesy poznawcze. Problem w tym, że owa nowa forma cielesna posiada wiele znamion, które dziś interpretujemy jako niepełnosprawność.

Słowa kluczowe: ciało, śmierć, podmiotowość.

Abstract:

Michel Foucault's famous thesis about the death of man has triggered a heated discussion in the whole academic world. As the result of his research, Foucault proclaims multi-aspectual crisis of subjectivity (whose authority is undermined by anonymous powers, sexual practices, Reason). The impact of these factors is always exerted on the body, which is a model of positiveness that occurs only when there is finitude. At the same time, the finitude causes man's dispersion in such essential domains as life, labor and language. Eventually, Foucault rejects the Man-form. Gilles Deleuze considers the three domains of knowledge of man as the possibility of recreating a new direction of humanness. It is feasible according to him because of practises which are made on the body. Foucault's death of man appear in the epistemology and seized the body. Deleuze's concept of the body heals the human knowledge. But today this new form of the body is still recognized as an invalidity.

Key words: body, death, subjectivity.

Cel pracy

Opublikowana w drugiej połowie lat sześćdziesiątych XX w. książka Michela Foucaulta zatytułowana *Słowa i rzeczy. Archeologia nauk humanistycznych* wywołała żywą dyskusję w środowiskach akademickich. Obok tez wysuwanych przez zagorzałych zwolenników pojawiły się opinie skrajnie odmienne, ostro sprzeciwiające się słynnej tezie o „śmierci” człowieka. Gorące debaty, w których brał udział sam autor, niewiele zmieniały. Mimo że postawiona diagnoza jest w pewnym sensie zaskakująca, przez wielu została odczytana opacznie. Celem niniejszego artykułu jest przytoczenie owej antropologicznej koncepcji w myśli Foucaulta. Główny akcent został położony na aspekcie cielesności, a w drugiej części tekstu przytoczono poglądy Gillesa

The aim of the paper

Michel Foucault's book entitled *The Order of Things: An Archeology of the Human Sciences*, published in the mid 1960s, triggered a heated discussion in the academic world. Apart from some theses published by his fanatic supporters, there were many other opinions which were radically different, fiercely opposing his famous thesis of the death of man. Numerous heated debates, with Foucault as one of the participants, introduced little change. Although the recognized diagnosis is, in a way, frightening, it was misinterpreted by many. The aim of this paper is to present the anthropological conception according to Foucault's thought. The principal emphasis is put on the bodily aspect, and consequently, in the second part of the

Deleuze'a, stanowiące pewną kontynuację tej myśli. Dorobek autora *Różnicy i powtórzenia* można bowiem określić jako uzdrowienie cielesności przez pewne praktyki protekcyjne. Problem polega jednak na tym, że obecnie tego typu dziedzinę kojarzy się raczej z niepełnosprawnością fizyczną. Ostateczny wynik dociekań filozoficznych obu francuskich myślicieli nakazuje współcześnie podejmować na nowo problematykę cielesności, człowieczeństwa i ich rozwoju. Warto też podkreślić, że w diagnozowanym przez Foucaulta problemie zawiera się także pewna pozytywna propozycja jego rozwiązania.

Zaplecze teoretyczne

Aby w pełni zrozumieć problem, który pojawia się w dialogu między Foucaultem i Deleuzem, powinniśmy nakreślić pewną perspektywę filozoficzną, w obrębie której obaj się poruszają.

Autor *Słów i rzeczy* podkreślał, że jego filozoficzny roduś wywodzi się z krytycznej lektury dzieł Hegla¹. Myśl ta była inspiracją nie tylko dla Foucaulta, stanowiła bowiem być może pierwszy i najważniejszy punkt odniesienia francuskiej tradycji filozoficznej drugiej połowy XX w. w ogóle. Owo odniesienie oznaczało jednak silną krytykę. Heglowskie odwołania do starożytnej metafizyki przyniosły w efekcie wielką syntezę dzieł. Hegel pisał, że „... w naturze humanizmu leży (...) dążenie do zgodności z innymi, a jego egzystencja opiera się tylko na osiągniętej wspólnocie wielu świadomości”². Synteza okazała się więc absolutna. Oparta na niej absolutyzacja człowieka jako „tożsamej podmiotowości” prowadzi do jego obiektywności i podniesienia do ogólności³. Człowiek w modelu Hegla stał się podstawą wszechświata. Łatwo przy tym zauważyć, że jest to model wymierzony w Kartezjański dualizm. Na końcu emancypacyjnego procesu człowiek dostrzeże, że „jego (wymyślony) Bóg to w rzeczywistości on sam (...). Będzie to koniec jego nieszczęścia, a on sam stanie się człowiekiem Rozumu”⁴. Ten Heglowski wątek „śmierci Boga” będzie mocno akcentowany przez Nietzschego, a z niego w efekcie wyrośnie model „śmierci człowieka” Foucaulta. Trzeba bowiem nadmienić, że autor *Woli mocy* również odcisnął silne piętno na poglądach Foucaulta.

Innym, równie istotnym wątkiem polemicznym, badanym przez autora *Słów i rzeczy*, było zagadnienie „źródłowości”. Oznaczało ono bowiem rozumienie podmiotu jako „całościowej zawartości empirycznego Ja, jako splotu przeżyć psychicznych w jedności strumienia świadomości (...) jako wewnętrznego uprzytomnienia sobie własnych przeżyć psychicznych i wreszcie: jako zbiorczego oznaczenia wszelkich »aktów psychicznych« albo »przeżyć intencjonalnych«”⁵. Foucault nigdy nie ukrywał, że wywodzi się ze środowiska fenomenologicznego, toteż ten motyw był dlań być może najtrudniejszy do przezwyciężenia. Jednak metoda odwołania się do „źródła” jako fundamentalnego wymiaru badań w świetle jego metodologii była nie do zaakceptowania.

Jak zauważa Małgorzata Kowalska, już nie tylko Michel Foucault, ale cała myśl francuska dwójako rozprawia się z przytoczoną koncepcją całości. Po pierwsze – poprzez wprowadzenie „strategii rozdarcia”, która wskazuje na dy-

paper, Gilles Deleuze's views are presented, which are continuation of the same thought. The output of the author of *Difference and Repetition* can be described as healing the body through some prosthetic practices. However, the problem consists in the fact that currently such practices are associated with physical disability. The final findings of philosophical investigation of both French thinkers make others take up once again the issues of the body, humanity and their development. At the beginning it is essential to underline that the problem diagnosed by Foucault also contains a possible solution to the problem.

Theoretic resources

In order to understand fully the problem which occurs in the dialogue between Foucault and Deleuze, it is necessary to describe beforehand the philosophical perspective they both adopted.

The author of *The Other Things* underlined that his philosophical background originated in his critical reading of Hegel's works¹. Hegel's thought was inspiration not only for Foucault, as it used to be probably the first and most important reference point of the whole French philosophical tradition of the second half of the 20th century. However, that reference meant a highly critical approach. As a result, Hegel's references to the ancient metaphysics provided a great synthesis of history. Hegel wrote: „...For it is the nature of humanity to press onward to agreement with others; human nature only really exists in an achieved community of minds”². The synthesis appeared to be absolute. Absolutization of man as “self-identical subjectivity” based on the synthesis leads to his objectivity and raises to the generalization level³. Man in Hegel's model became the basis of the universe. It is easy to note that it is a model aiming at Cartesian dualism. At the end of the emancipational process man will notice that his (invented) God is in reality he himself and that will be the end of his misfortunes, and he himself will become the man of Reason⁴. Hegel's concept of “the death of God” would be strongly emphasized by Nietzsche and eventually would give origin to Foucault's concept of “the death of man”. It is necessary to mention that the author of *The Will to Power* also exerted a great impact on Foucault's views.

Another, equally important, polemical notion studied by the author of *The Other Things* was the issue of “sourceness”. The term indicated understanding of the subject as total content of empirical Ego, as an entanglement of psychic experiences in the unity of the stream of consciousness, as inner realizing of one's own psychic experiences, and finally as a cumulative denotation of all ‘psychic acts’ or ‘intentional experiences’⁵. Foucault never hid his phenomenological background, that is why this element could have been for him the most difficult to overcome. However, the method of referring to the ‘source’ as a fundamental dimension of research in the light of his methodology was impossible to accept.

As Małgorzata Kowalska notes, it is not only Michel Foucault, but first of all the whole French thought that undermines the aforementioned concept of the entirety in two ways. Firstly, through introduction of the ‘split

¹ Eribon D. *Michel Foucault. Biografia*. KR, Warszawa 2005, s. 36.

² Hegel G. W. F. *Fenomenologia ducha*, t. 1. PWN, Warszawa 1963, s. 86.

³ Hegel G. W. F. *Encyklopedia nauk filozoficznych*. PWN, Warszawa 1990, s. 451-452.

⁴ Kojève A. *Wstęp do wykładów o Heglu*. Aletheia, Warszawa 1999, s. 103.

⁵ Husserl E. *Badania logiczne*, t. II. PWN, Warszawa 2000, s. 433.

¹ Eribon D. *Michel Foucault. Biografia*. KR, Warszawa 2005, p. 36.

² Hegel G. W. F. *Fenomenologia ducha*, t. 1. PWN, Warszawa 1963, p. 86.

³ Hegel G. W. F. *Encyklopedia nauk filozoficznych*. PWN, Warszawa 1990, pp. 451-452.

⁴ Kojève A. *Wstęp do wykładów o Heglu*. Aletheia, Warszawa 1999, p. 103.

⁵ Husserl E. *Badania logiczne*, t. II. PWN, Warszawa 2000, p. 433.

stans lub pęknięcie rozkładające hipotetyczną całość. Po drugie – poprzez realizację licznych „strategii rozproszenia”, które podkreślają różnorodność i niejednoznaczność wszelkich zjawisk i pojęć⁶.

W ten niemal naturalny sposób filozofia francuska na nowo odczytuje myśl Fryderyka Nietzschego. „Filozofia Nietzschego ma wielkie znaczenie polemiczne; stanowi ona absolutną antydyalektykę, zamierza ujawnić wszelkie mistyfikacje, które w dyalektyce znajdują ostatnie schronienie”⁷. Odtąd tezy autora *Woli mocy* będą odczytywane jako pewien anty-system, który z gruntu należy współtworzyć, a nie – jak dotychczas – odczytywać na sposób aprioryczny⁸.

Metoda archeologiczna i genealogiczna

W toku wywodu istotne staje się przedstawienie metody badań autora *Słów i rzeczy*. Foucault podkreślał, że jego metoda nigdy nie była czymś zewnętrznym wobec tekstu. W rzeczywistości bowiem to właśnie tekst, jako żywił dyskursu, stwarza ją. Metodologicznym celem jest tu zatem „cierpliwa konstrukcja dyskursu o dyskursie i zadanie wysłuchania tego, co już zostało powiedziane”⁹. Podkreśla się czasowy i przygodny charakter *episteme*, przez co w konsekwencji otrzymujemy wniosek mówiący, że to praktyki rządzą dyskursami, a nie odwrotnie. Rezygnacja z modelu całości i historyczności powoduje również, że jedynym co nam pozostaje jest „ukazywanie wypowiedzi w ich rozproszeniu, z wszystkimi lukami, jakie tworzy ich niespójność”¹⁰.

Proces zrodzenia podmiotowości

Jednostka, której Foucault poświęca tak wiele miejsca w swoich dziełach, rozumiana jest w świetle tej metody bardzo specyficznie. Filozof uważa bowiem, że nie sposób rozpatrywać ją jako pozbawioną kontekstu funkcjonowania. Człowiek bowiem zawsze pozostaje w relacji. Podstawowymi polami, na jakich francuski myśliciel bada działanie jednostek, są struktury władzy, seksualności, wykluczania. To właśnie te czynniki, jako autonomiczne dyskursy, kształtują w procesie historycznym pojęcia „normalności” i „patologii”, „zdrowia” i „choroby”, „podmiotowości” i „populacji”. Kontekstem tym poświęca Foucault wiele miejsca w swoich najśłynniejszych dziełach. Jednak nie one są przedmiotem niniejszego tekstu, w którym zwrócono uwagę czytelnika na aspekt historycznego rozwoju dziedziny podmiotowości, ponieważ na tym gruncie dochodzi do Foucaultowej diagnozy kryzysu i w konsekwencji „śmierci” człowieka. Interesujące jest również przedstawienie tego procesu na podstawie czynników cielesnych, toteż charakterystyka epistemologicznej strony tej problematyki zostaje zredukowana do niezbędnego minimum.

Francuski myśliciel jednoznacznie stwierdza, że przed końcem XVIII w. człowiek nie istniał¹¹. Jak należy rozumieć tę enigmatyczną i dość absurdalną w pierwszej chwili tezę? Przecież już w starożytności dużo uwagi poświęcano kwestiom etycznym czy relacji człowiek – Bóg, a rozwija-

strategy’ which indicates a distance from or fracture in the hypothetical entirety. Secondly, through implementation of numerous ‘strategies of dispersion’, which underline variety and ambiguity of all phenomena and notions⁶.

In this, nearly natural, way French philosophy interprets Friedrich Nietzsche’s thought in a new light. According to the French thought Nietzsche’s philosophy has a great polemical importance; it constitutes resolute anti-dialectics, intends to reveal all the mystifications which find their ultimate shelter in dialectics⁷. Since then the theses of the author of *The Will to Power* have been interpreted as a kind of anti-system, which must be co-created and not, as it had been previously, interpreted a priori⁸.

The archaeological and genealogical method

In the course of the discourse it becomes essential to present research methods of the author of *The Order of Things*. Namely, Foucault underlined that his method had never been external to the text itself. It is the text, a constitutional force of a discourse, that creates the method. Therefore, a methodological goal is “the patient construction of discourses about discourses, and the task of hearing what has already been said”⁹. It is emphasized that *episteme* has a temporary and contingent nature, which leads to the conclusion which says that practices determine discourses and not the other way round. As a result of resignation of the entirety and historicity model, the only thing that remains is to “take account of statements in their dispersion, in all the flows opened up by their non-coherence”¹⁰.

The production of subjectivity

An individual, to whom Foucault dedicates so much space in his works, is understood in a particular way in the light of this method. The philosopher thinks it is not possible to consider the individual as one deprived of the context of one’s functioning. It is so because man is always in some kind of relationship. The basic domains of an individual’s activities examined by the French thinker are structures of power, sexuality and exclusion. These are the factors, being autonomous discourses, which shape in a historical process such notions as “normality” and “pathology”, “health” and “illness”, “subjectivity” and “population”. Foucault dedicates a lot of space to these contexts in his most famous works, but they are not the subject of this paper. The paper focuses on the historical aspect of development of subjectivity as a separate field, as it is on this ground that Foucault’s diagnosis of crisis, and consequently the “death of man” took place. The process is going to be presented on the basis of bodily factors, therefore the characteristics of the epistemological aspect of the problem has been reduced to the indispensable minimum in this paper.

The French thinker states explicitly that until the end of 18th century man did not exist¹¹. How can this enigmatic thesis, that seems rather absurd at the first sight, be understood? It is known that already in the Ancient Times a lot of attention was devoted to ethic issues and the

⁶ Kowalska M. *Dialektyka poza dialektyką. Od Bataille’a do Derridy*. Aletheia, Warszawa 2000, s. 12.

⁷ Deleuze G. *Nietzsche i filozofia*. Spacja, Warszawa 1993, s. 205.

⁸ Pieniążek P. *Subwersywne poplecznictwo: Foucault a Nietzsche*, [w:] A. Przybysławski (red.), *Nietzsche 1900-2000*. Aureus, Kraków 1997, s. 200.

⁹ Foucault M. *Narodziny kliniki*. KR, Warszawa 1999, s. 15.

¹⁰ Tenże, *Archeologia wiedzy*. PIW, Warszawa 1977, s. 162.

¹¹ Foucault M. *Słowa i rzeczy. Archeologia nauk humanistycznych*. słowo/obraz/terytoria, Gdańsk 2006, s. 278.

⁶ Kowalska M. *Dialektyka poza dialektyką. Od Bataille’a do Derridy*. Aletheia, Warszawa 2000, p. 12.

⁷ Deleuze G. *Nietzsche i filozofia*. Spacja, Warszawa 1993, p. 205.

⁸ Pieniążek P. *Subwersywne poplecznictwo: Foucault a Nietzsche*, [w:] A. Przybysławski (red.), *Nietzsche 1900-2000*. Aureus, Kraków 1997, p. 200.

⁹ Foucault M. *Narodziny kliniki*. KR, Warszawa 1999, p. 15.

¹⁰ Foucault M. *Archeologia wiedzy*. PIW, Warszawa 1977, p. 162.

¹¹ Foucault M. *Słowa i rzeczy. Archeologia nauk humanistycznych*. słowo/obraz/terytoria, Gdańsk 2006, p. 278.

jąca się od Renesansu nauka wiele swoich teorii opierała właśnie na pojęciu człowieka. Autor *Słów i rzeczy* przyznaje rację tym argumentom i dodaje, że była to zupełnie odmienna od współczesnej koncepcja człowieka. Pisząc, że „człowiek nie istniał”, ma na myśli to, że nie istniała autonomiczna świadomość epistemologiczna człowieka jako takiego. Miejsce dziewiętnastowiecznej i dwudziestowiecznej formy-Człowieka zajmowała forma-Bóg, w której skończoność pierwszego była jedynie akcydentalna i odniesiona do nieskończoności drugiego. Człowiek był wyabstrahowany z nieskończoności i w jej obrębie funkcjonował jako ukonstytuowane pozytywne ograniczenie¹². Pojęcia „natury” i „natury ludzkiej” pozostawały przeciwstawione: „natura” wskazywała na różnice w „ułożonej ciągłości bytów”¹³, natomiast „natura ludzka” ukazywała identyczność i ciągłość w łańcuchu przedstawień. Opozycyjna funkcja obu elementów pozwalała na ich pozytywny stosunek do siebie nawzajem. Ponadto uważano, że człowiek nie został wpisany w porządek natury tylko poprzez sam akt narodzin. Jego natura przeplata się z naturą świata jedynie dzięki mechanizmom wiedzy i ich funkcjonowaniu. Ściśle związane „myśle” z „jestem” nie pozwalało na wątpliwości, czy aby cały byt mieści się w myśli i czy jednostka na pewno jest analizowana autonomicznie¹⁴. Dobrym tego przykładem jest postępowanie Kartezjusza, który w drugiej księdze *Medytacji o filozofii pierwszej* przechodzi w sposób ciągły od analizy rozciągłości własnego ciała, poprzez analizę rozciągłości wosku, do opisu innych ludzi przechadzających się ulicą¹⁵. Różnica w porządku bytów nie mogła zaistnieć, ponieważ bezspornie wpisywała się w porządek Boskiego stworzenia. Język istniał w przezroczystości, toteż nie mógł stać się przedmiotem filozoficznego zainteresowania. Foucault określa ową epokę jako okres „zrośnięcia” słów i rzeczy, podczas której „patrzenie i mówienie było jednym i tym samym”¹⁶.

Pozwalało to na utożsamianie człowieczeństwa z ludzkim ciałem na zasadzie oczywistości. Widoczne to było zwłaszcza w relacjach władzy. Pytany o definicję władzy francuski myśliciel odpowiadał: „władza jest stosunkiem sił, albo raczej wszelki stosunek sił jest »stosunkiem władzy«”¹⁷. Z owej funkcjonalnej koncepcji wynikają dość jasne wnioski: człowiek może być rozpatrywany jedynie ze względu na system relacji, którym podlega, nigdy zaś jako wyabstrahowany ze swojego środowiska byt. Tę relacyjność przedstawia Foucault w ujęciu historycznym. Pokazuje w jaki sposób i przede wszystkim wyjaśnia dlaczego zmieniały się kolejne reżimy władzy i ich metody oddziaływań. Naczelną okazała się zasada parcelacji pola władzy. Niedysiejsza władza absolutna ulegała bowiem stopniowemu rozpraszaniu i specjalizacji, przez co podlegający jej obszar ustawicznie się zmniejszał. Jednocześnie udoskonalaniu podlegały czynniki koordynowania elementów władzy, dzięki czemu na przestrzeni wieków przeistoczyła się ona w niezwykle sprawny i superwydajny model zarządzania. Jeden z pierwszych, podejmowanych przez Foucaulta modeli, średniowieczna władza feudalna, był nieciągły, dopuszczał bowiem wymykanie się podległych jednostek z pola jego oddziaływań. jednocześnie funkcjonował w nim bardzo surowy system kar, opartych w głównej mierze na karach cielesnych. O ile zatem wówczas cielesność człowieka była pierwszym i podstawowym wymiarem, na który

relationship between man and God. Moreover science, that has been developing from the times of Renaissance, based numerous theories on the notion of man. Foucault admits that these arguments are right, but he adds it was completely different from the modern concept of man. Writing the phrase “man did not exist” he means there was no epistemological consciousness of man as such. Instead of the nineteenth and twentieth century Man-form there was the God-form, where the finitude of the former was only accidental and in reference to the infinity of the latter. Man was abstracted from the infinity and he acted within it as a constituted positive limitation¹². The notions of “nature” and “human nature” were put in contrast to each other; “nature” indicated the differences in “teeming continuity of beings”¹³, whereas “human nature” showed identity and continuity in the sequence of representations. Contrasting functions of both elements allow them to have a positive relation to each other. Moreover, it was thought that man was not introduced to the order of nature by mere act of being born. His nature is interwoven with the nature of the world only due to mechanisms of knowledge and their functions. Strictly connected the “I think” and the “I am” did not allow for having doubts whether the entire being is included in the thought and whether an individual is really analyzed autonomously¹⁴. The Cartesian approach is a good example of that; in his book *Meditations on First Philosophy* Descartes passes continuously from an analysis of extension of his own body, through an analysis of extension of wax, to a description of other people walking in the street¹⁵. There could be no difference in the order of being, because unquestionably it was included in God's order of creation. Language existed in transparency, therefore it could not be a subject of philosophical interest. Foucault defines his times as the period when seeing and speaking was the same¹⁶.

This approach allowed for identification of humanness with the human body on the basis of obviousness. It was evident especially in power relations. When asked about his definition of power, the French thinker used to answer: “power is a relation between forces, or rather every relation between forces is a »power relation«”¹⁷. Some explicit conclusions result from the functional concept: man can be considered only together with the system of relations he is involved in, but never as a being abstracted from his environment. Foucault presents this relationship from a historical perspective. He shows in what way, and especially explains why, successive regimes changed and what their methods of action were. The principal method turned out to be the principle of parcelling out powers. The absolute power ruling in the past underwent a gradual dispersion and specialization, and consequently the area subordinate to the power was constantly diminishing. Simultaneously, factors coordinating elements of power have been being improved and due to this over the centuries the power mutated into an extremely effective and efficient model of management. One of the first models examined by Foucault was the medieval feudal system of power; it was discontinuous as it allowed subordinate individuals to slip out of the system. On the other hand, the system had a very strict code of punishments based, to a major extent, on corporal punishment. It means that human body was

¹² Tamże, s. 284.

¹³ Tamże, s. 278.

¹⁴ Tamże, s. 281.

¹⁵ Descartes R. *Medytacje o filozofii pierwszej*. PWN, Warszawa 1958, s. 40-41.

¹⁶ Foucault M. *Narodziny kliniki*, s. 11.

¹⁷ Foucault M. *Narodziny kliniki*, s. 11.

¹² Ibidem, p. 284.

¹³ Ibidem, p. 278.

¹⁴ Ibidem, p. 281.

¹⁵ Descartes R. *Medytacje o filozofii pierwszej*. PWN, Warszawa 1958, pp. 40-41.

¹⁶ Foucault M. *Narodziny kliniki*, p. 11.

¹⁷ Foucault M. *Narodziny kliniki*, p. 11.

napotymano w dyskursie o jednostce, o tyle współcześnie ów dyskurs zaczyna wykazywać znamiona przewyżnienia ciała. Wydaje się bowiem, że wczesne modele władzy poprzez karę (a ściślej: instytucję kaźni) doprowadzały do pewnej niepełnosprawności. Władza okaleczała ciała tych jednostek, które się jej sprzeciwiały. Na ewolucji tego zagadnienia skupia się krytyka autora *Słów i rzeczy*.

Za symboliczny moment zwrotny przyjmuje francuski myśliciel wystąpienie Immanuela Kanta. Kartezjańskie „ja myślę” zostaje oddatą uznane jako warunek formalny poznania, które abstrahuje od wszelkiego przedmiotu i opiera się jedynie na logicznej jedności myślenia. Z takiego założenia wyrasta koncepcja ego transcendentalnego: „transcendentalnym nazywam wszelkie poznanie, które zajmuje się w ogóle nie tyle przedmiotami, ile naszym sposobem poznawania przedmiotów, o ile sposób ten ma być *a priori* możliwy. System takich pojęć nazywałby się filozofią transcendentalną”¹⁸. Pierwszą ważną konsekwencją jest uznanie prymatu „konstituującej skończoności” nad „konstituującą nieskończonością”. Tym samym Bóg przestaje być warunkiem poznania. Drugą – być może bardziej interesującą – jest oczywistość śmierci, wynikającej ze skończoności. Myśl i logos zaczynają zyskiwać przewagę nad bytem i byciem. Dotychczasowa historia naturalna zmienia się w biologię, analiza bogactw naturalnych – w ekonomię, a refleksja nad językiem – w filologię. W ten sposób wyłania się człowiek jako forma epistemologiczna¹⁹.

Aporie podmiotowości

Nowy porządek nie gwarantuje jednak stabilności. Człowiek jawi się jako podmiot i jednocześnie przedmiot tej samej wiedzy. W podzielonym na słowa i rzeczy świecie reprezentacja przestaje być podłożem ładu i porządku. Rzeczy przestają wykazywać identyczność w porządku bytów, a jedynie relacyjność wobec indywiduum poznającego. Świadomość z kolei ulega stopniowo rosnącemu uwikłaniu w procesy poznawcze²⁰. Pozostałe istoty żywe (rośliny i zwierzęta) „osuwają się w głębię rzeczy” jako nielogiczne. Człowiek nie jest teraz „obrazem Boga” czy „mikrokosmosem”, ale staje się „ukoronowaniem procesu ewolucji”. Jego egzystencję ograniczają oddatą życie, praca i język. Kartezjańskie *cogito* było gwarantem tożsamości, dopóki nie dostrzeżono, że samo siebie może ujmować przedmiotowo. Z tego powodu, jak również w wyniku wystąpienia Kanta, dość szybko doszło do postawienia najważniejszego pytania: Kim/czym tak naprawdę jest człowiek?²¹. Skończoność przybiera bowiem charakter fundamentalny, który oddatą znamionuje każdą pozytywność. Aktywność poznawczą człowieka skupia się na tym, aby zewnątrz ujmować w jej korbach. Tym samym skończoność przedstawiana jest poprzez nowe atrybuty człowieka: życie, pracę i mowę.

Foucault zauważa również, że ów podział na słowa i rzeczy nigdy nie został przeprowadzony do końca: „ustanowienie *cogito* zaowocowało skupieniem wszystkich jego przeciwieństw w modelu przyległego doń *anty-cogito*”²², związanego ze sferą *niemyślanego*. Stąd określenie człowieka na kartach *Słów i rzeczy* jako „dupleu empirycznego – transcendentalnego”. Ów rozdzźwięk powoduje niepokojący, wewnętrzny dynamizm człowieka, wynikający z prze-

the first and fundamental dimension in the discourse about an individual, whereas nowadays the discourse begins showing symptoms of overcoming the body. It seems that early models of power used punishment (tortures, to be exact) to cause some kind of disability. Power injures the bodies of those individuals who oppose it. Foucault focused his critical review on the evolution of the issue.

The French thinker assumes Immanuel Kant's statement as a symbolic turning point. Since then the Cartesian "I think" has been accepted as a formal condition of cognition, which so far abstracts from any subject and bases only on logical unity of thinking. From the assumption arises the concept of the transcendental ego: "I apply the term *transcendental* to all knowledge which is not so much occupied with objects as with the mode of our cognition of these objects, so far as this mode of cognition is possible *a priori*. A system of such conceptions would be called *Transcendental Philosophy*."¹⁸ The first important consequence is recognition of the primacy of the "constituent finitude" over the "constituent infinity", which means that God ceases to be the prerequisite for knowledge. The second one, perhaps more interesting, is the obviousness of death which results from finitude. Thought and logos begin to become more important than being and existence. What was previously called natural history changes into biology, whereas analysis of natural resources changes into economics, and reflexion on language into philology. In this way man appears as a epistemological form¹⁹.

The aporias of subjectivity

However, the new order does not guarantee stability. Man emerges as a subject and simultaneously as an object of the same knowledge. In the world divided into words and things, representation ceases to be the basis of law and order. Things stop indicating identity in the order of being, and they only indicate a relation towards a learning individual. On the other hand, consciousness is slowly, but increasingly involved in cognitive processes²⁰. Other living things (flora and fauna) "sink in the abyss" as they are illogical. Now man is not an "image of God" or "microcosm", but he becomes "the crowning achievement of the evolutionary process." Since then his existence has been limited by life, labour and language. The Cartesian *cogito* had been a guarantee of identity until it was noticed that it could not express itself subjectively. This revelation as well as Kant's statements resulted in arising the most important question: who/what is really man?²¹. Finitude has a fundamental character which since then has characterized every positivity. Cognitive activity of man focuses on expressing the outer within its limits, which means finitude is presented through new attributes of man: life, labour and language.

Foucault also notices that this division into words and things has never been concluded: establishing the *cogito* resulted in concentrating all of his opposites in the model of the adjacent *anti-cogito*²², which has a relation to the *unthought*. Therefore, in *The Order of Things* man is defined as "empirico-transcendental doublet." This discrepancy causes anxious, inner dynamism of man which results from transferring a disorganized flow of excessive content to the act of thinking, expressing also the *unthought*, and the other

¹⁸ Kant I. *Krytyka czystego rozumu*. PWN, Warszawa 1957, s. 86.

¹⁹ Foucault M. *Słowa i rzeczy*, s. 281.

²⁰ Tamże, s. 281.

²¹ Cangilhem G. *Śmierć człowieka czy kres możliwości cogito?*, [w:] „Literatura na Świecie”, 6, 1988, s. 247-249.

²² Foucault M. *Słowa i rzeczy*, s. 292.

¹⁸ Kant I. *Krytyka czystego rozumu*. PWN, Warszawa 1957, s. 86.

¹⁹ Foucault M. *Słowa i rzeczy*, s. 281.

²⁰ Ibidem, s. 281.

²¹ Cangilhem G. *Śmierć człowieka czy kres możliwości cogito?*, [w:] „Literatura na Świecie”, 6, 1988, pp. 247-249.

²² Foucault M. *Słowa i rzeczy*, s. 292.

mierzania nieuporządkowanego przepływu nadmiaru treści do myślowego aktu, ujmującego *niemyślne* i odwrotnie: od czystego ujęcia do empirycznego wypełnienia²³. *Inne* stało się przyległą, drugą stroną *Tego Samego*. To co do tej pory było tożsame i znane, dla poznającego podmiotu staje się dziwne, obce i niepojęte. Tym samym ciągłość historyczna i kulturowa ulegają zerwaniu. Dominującymi czynnikami stają się przypadkowość i nietrwałość. Życie odrywa się od podmiotowości, praca od wytworów rąk ludzkich, a język – od myśli. Człowiek przestaje być twórcą i staje się wytworem²⁴. W XIX w. podmiot poznający odkrywa, że nigdy nie był współczesny swemu źródłu: odkrycie siebie zawsze miało i ma miejsce w jakimś narzuconym kontekście. Życie, jako częśćka którego pojawia się on na świecie, powstało na długo przed nim. Próbując odnaleźć się w pracy, spostrzega, że rządzą nią wcześniej ustalone prawa czasu i przestrzeni z jednej strony oraz uwarunkowania społeczne z drugiej. Natomiast język, którego chciałby być podmiotem jest już wysoce skomplikowanym systemem, do którego to on musi dorosnąć. Świadomość nie może dłużej pełnić roli „pierwotnego źródła”.

Kryzys człowieczeństwa i wraz z nim rozumianej podmiotowości przenosi się na całą dziedzinę humanistyczną. Wszelkie sądy rangi „uniwersalnej” określa Foucault jako „sen antropologiczny”²⁵, tj. nowy rodzaj metafizyki, która lokuje człowieka w miejscu Boga, a skończoność – w miejsce nieskończoności. Człowiek staje się „fałdem” pomiędzy empirycznym i transcendentnym, w którym owe skrajności mieszają się, opierając jego skończoność na koncepcji natury (Życie), wymiany (ekonomia) i dyskursu (język). W epoce nowożytnej skończoność człowieka natrafiała na pozytywność w podniesieniu jej do nieskończoności (które nie tylko sprowadzały się do koncepcji Boga, ale także np. do pojęcia nieskończoności u Leibniza, Pascala, Spinozy). Współczesnie, poprzez odniesienie do skończoności samej, człowiek badany jest w sposób przedmiotowy, przysługujący do tej pory tylko rzeczom, na równi z ogółem przyrody ożywionej (biologia) jako byt ograniczony przez mechanizmy produkcji i konsumpcji (ekonomia), a także język (filologia).

Śmierć człowieka

Narracja Foucaulta wydaje się stanowiskiem niezwykle odważnym. Nie ma w niej cienia lęku przed odarciem człowieka z ostatnich resztek nadziei na poprawę mocno nadwątlonego bytu. Czy zatem w świetle przytoczonej argumentacji jest jeszcze szansa na jakąkolwiek egzystencję? Wydaje się, że sedno rozważań autora *Słów i rzeczy* zmierza właśnie do tego punktu. Foucault uważa, że skoro model antropologiczny wprowadza tak negatywną perspektywę poznawczą, to należy ją przezwyciężyć poprzez zupełne zburzenie całości jej argumentacji. Oświeceniowy projekt Człowieka jest bowiem niczym innym jak kolejną, jedną z wielu, Wielkich Narracji. Wprowadzając opis, oparty na koncepcji *źródła*, nieopatrznie przyczynił się do skonstatowania *końca*, z którego prawdopodobnie wynika współczesny kryzys podmiotowości. Relacja sprowadzania innych do funkcji przedmiotu staje się relacją zwrotną, a komunikacja międzyludzka – obrazem przeszłości. Jedynym rozwiązaniem jest zatem bezwarunkowe odrzucenie całości, a w efekcie śmierć. Tu pojawia się nawiązanie autora *Słów i rzeczy* do Nietzscheańskiej koncepcji „śmierci Boga”. Jednak Foucault uzna, że głos niemieckiego filozofa

way round: from the pure approach to empirical content²³. The *Other* became adjacent, the other form of the *Same*. What has been identical and known up to now becomes strange, alien, incomprehensible to the cognitive subject. That means that the historical and cultural continuity is broken. Randomness and impermanence become dominant factors. Life detaches from subjectivity, labour from manufactured goods and language from thoughts. Man ceases to be a maker and becomes a product²⁴. In the 19th century the cognitive subject discovered he had never been contemporary to his source; discovery of oneself has always taken place in an imposed context. Life, with man as a little part of it, had emerged in the world long before man did. Trying to discover himself in labour, man finds out there are, on the one hand, laws of time and space that have been previously settled, and on the other hand there are social conditions. Whereas language, he would like to be the subject of, is a very complex system to which he has to live up. Consciousness cannot play the role of “primary source” any longer.

The crisis of humanness together with related to it subjectivity spreads over the entire humanistic field. All the statements of “universal” rank are defined by Foucault as an “anthropological dream”²⁵, i.e. a new type of metaphysics which replaces God with man and infinity with finitude. Man becomes a “fold” between the empirical and the transcendental in which the two extremes interweave basing his finitude on the concept of nature (Life), exchange (economics) and discourse (language). In modern times the finitude of man used to meet positivity in raising it to infinity (which not only was reduced to the concept of God, but also to the term of infinity as it was understood by Leibnitz, Pascal and Spinoza). Nowadays through reference to the finitude itself, man is examined in an objective way, which so far has been assigned only to things, on equal terms with the whole of living nature (biology), as being limited by mechanisms of production and consumption (economics) and language (philology).

The death of man

Foucault's narration seems to take an extremely courageous position. There is no sign of fear of stripping man of the last remnants of hope for improving his highly impaired existence. In the light of the presented arguments, is there still a chance for any existence? It seems that the essence of Foucault's considerations is aiming at this point. He thinks that since the anthropological model introduces such negative cognitive perspective, it is necessary to overcome it by totally destroying the entirety of its argumentation. The Man project conceived in the Enlightenment is nothing else but another, one of numerous, Great Narrations. Introducing a description based on the concept of *source*, the project incautiously contributed to constitute the *end*, which most probably resulted in the present crisis of subjectivity. Relation of reducing others to the function of object becomes a feedback relation, whereas interpersonal communication becomes an image of the past. Therefore the only solution was to reject unconditionally the entirety, which consequently would have brought death. Here the author of *The Order of Things* refers to Nietzsche's concept of the “death of God.” However, Foucault acknowledges that the opinion of

²³ Adamiak M. *Foucault i perypetie podmiotu*, [w:] „Przegląd Filozoficzny – Nowa Seria”, 2, 42, 2002, s. 190.

²⁴ Foucault M. *Kim jest autor?*, [w:] tenże, *Szaleństwo i literatura*. Aletheia, Warszawa 1999, s. 204.

²⁵ Tenże, *Słowa i rzeczy*, s. 306.

²³ Adamiak M. *Foucault i perypetie podmiotu*, [w:] „Przegląd Filozoficzny – Nowa Seria”, 2, 42, 2002, p. 190.

²⁴ Foucault M. *Kim jest autor?*, [w:] tenże, *Szaleństwo i literatura*. Aletheia, Warszawa 1999, p. 204.

²⁵ Foucault M. *Słowa i rzeczy*, p. 306.

fa wciąż pozostaje jeszcze głosem człowieka, który sytuuje *To Samo* (totalność, dialektyka, rozum) w opozycji do *Innego* (tragizm, samotność, nieobecność Boga)²⁶.

Prócz postulatu „śmierci człowieka” francuski myśliciel wysuwa własne propozycje rozwiązań. Dotyczą one jednak filozofii języka, zatem zostaną pominięte. Bardziej atrakcyjną koncepcją wydaje się bowiem pomysł jego akademickiego przyjaciela, Gillesa Deleuze’a.

Podmiot a ciało – maszynizm

Podobnie jak Foucault rodowód swój umieszcza Deleuze w myśli Nietzschego. Jego propozycja będzie zatem również relacyjnym ujęciem człowieka. O ile jednak Foucault umieścił podmiot w żywiole niezliczonych i chaotycznych dyskursów, Deleuze rozpatruje go jako byt pojawiający się na przecięciu przeciwstawnych linii sił witalnych, które, podobnie jak w teorii dyskursów Foucaulta, również on sam generuje. Epistemologiczny kryzys formy-Człowieka chce zażegnać pewnymi praktykami, które wiążą się bezpośrednio z ciałem człowieka.

Aby zrozumieć kontekst rozpatrywania cielesności przez autora *Różnicy i powtórzenia*, konieczne jest przedstawienie zarysu jego oryginalnej koncepcji, na gruncie której dochodzi do włączenia cielesności w dyskurs epistemologiczny. Pominięto tutaj spór, jaki toczy się w związku z ogólną klasyfikacją myśli Deleuze’a²⁷. Problemem wyjściowym tej koncepcji jest zagadnienie genezy, rozumianej jako żywioł poprzedzający wszelką formę w ogóle²⁸. Toteż nie powinno nas dziwić, że będzie to myśl opierająca się na zagadnieniach walki, ścierających się pojęć, tworzenia nowych terminów itd. Jest to również perspektywa badawcza polemizująca z kantyzmem, w którym wszelkie poznanie zachodzące w perspektywie transcendentalnej, odbywa się na gruncie tożsamości²⁹. Uważa bowiem Deleuze że terminy, jakimi posługuje się filozofia transcendentalna (na przykład: „jedność apercepcji”, „struktura języka”, „całość kulturowa”, „forma życia”) w ogóle nie pozwalają dotrzeć do poziomu genezy. Aprioryczny poniekąd punkt wyjścia transcendentalizmu uznaje on za wymagający uzasadnienia, a sam problem uzasadnienia określa mianem „empiryzmu”. Stąd autor *Różnicy i powtórzenia* będzie miał silne konotacje do uprawiania filozofii przyrody, czyli teorii, która zdecydowanie wykracza poza granice podmiotu i jego własności poznawczych.

Chaotyczny żywioł genezy, rozumiany przezeń jako transcendentalne źródło form i porządku, określa Deleuze mianem wirtualności³⁰. Na jego gruncie dochodzi do skonstatowania struktury. W późniejszej myśli zostaje ona zastąpiona pojęciem *maszynizmu* z wszelkimi tego konsekwencjami. Pierwszą i być może najistotniejszą jej

the German philosopher remains an opinion of a man who locates *the Same* (totality, dialectics, reason) in opposition to *the Other* (tragedy, loneliness, absence of God)²⁶.

Apart from the postulate of the “death of man”, the French thinker puts forward his own suggestions for solutions. Since they regard the philosophy of language, they will be omitted in this discussion. More interesting concept seems to be the one presented by his academic colleague Gilles Deleuze.

The object vs. the body – machinism

Like Foucault, Deleuze places his origin in Nietzsche’s thought. It means that his proposition will be also a relational approach to man. However, unlike Foucault who placed the subject in the middle of endless and chaotic discourses, Deleuze considers the subject as being appearing at the intersection of the opposite lines of vital forces, which like in Foucault’s theory of discourses, it also generates by itself. Deleuze wants to avoid epistemological crisis of the Man-form by means of some practices which are directly related to the man’s body.

In order to understand the context in which the author of *Difference and Repetition* examined the corporeality, it is necessary to introduce at least an outline of his original conception that allowed corporeality to be included in the epistemological discourse. The dispute which regards the classification of Deleuze’s thought will be omitted here²⁷. The starting problem of his conception is the issue of genesis understood as an element preceding any form at all²⁸. That is why one should not be surprised that it will be a thought based on the issues of fight, clashing notions, creation of new terms, etc. It is also a scientific perspective criticising Kantianism, in which any cognition occurring in the transcendental perspective is held on the ground of identity²⁹. It is so, because Deleuze thinks the terms used in transcendental philosophy (e.g. unity of apperception, structure of language, cultural entirety, form of life) do not make it possible to reach the level of genesis. Deleuze thinks the starting point of transcendentalism, in a way a priori, needs to be justified and he defines the problem of justification as “empiricism”. Thus the author of *Difference and Repetition* has strong connotations of practicing the philosophy of nature, that is the theory which decidedly exceeds the boundaries of the subject and his cognitive properties.

A chaotic nature of genesis understood by Deleuze as a transcendental source of forms and order was called virtuality³⁰. On this ground the structure is constituted. Later on virtuality is replaced by the term *machinism*, which triggered serious consequences. The first and, perhaps the most important, feature of *machinism* is its purely functional

²⁶ Tenże, *Słowa i rzeczy*, s. 307.

²⁷ Jedni sugerują tzw. kontekst postmodernistyczny (wskazując wątki filozofii różnicy przeciw dialektyce, nietożsamości przeciw tożsamości, wyjątku przeciw totalizacji, chaosu przeciw porządkowi) inni z kolei umieszczają jego dorobek wśród takich myślicieli jak Leibniz czy Spinoza podkreślając systematyczny, na wskroś klasyczny sposób filozofowania, w którym naczelnym zagadnieniem jest sfera ontologii a w niej: problem genezy. To dawałoby dwa, zupełnie sprzeczne sposoby rozpatrywania zagadnienia „śmierci człowieka”.

²⁸ Deleuze G. *Nietzsche i filozofia*. Spacja, Warszawa 1993, s. 7.

²⁹ Tenże, *Filozofia krytyczna Kanta. Doktryna władz. słowo/obraz/terytoria*, Gdańsk 1999, s. 31.

³⁰ Herer M. *Gilles Deleuze. Struktury – maszyny – kreacje*, Universitas, Kraków 2006, s. 28.

²⁶ Foucault M., *Słowa i rzeczy*, p. 307.

²⁷ Some scholars imply the so-called post modernistic context (indicating some motifs from philosophy of difference in contrast to dialectics, those of non-identity against identity, exception against totalization, chaos against order), others locate his output among such thinkers as Leibniz and Spinoza, underlying his systematic, strictly classical way of philosophizing where the principal issue is the sphere of ontology and within that sphere the problem of genesis. It would provide two different and completely contradictory ways of considering the issue of the “death of man”.

²⁸ Deleuze G. *Nietzsche i filozofia*. Spacja, Warszawa 1993, p. 7.

²⁹ Deleuze G. *Filozofia krytyczna Kanta. Doktryna władz. słowo/obraz/terytoria*, Gdańsk 1999, pp. 31.

³⁰ Herer M. *Gilles Deleuze. Struktury – maszyny – kreacje*, Universitas, Kraków 2006, p. 28.

cechą jest czysto funkcjonalny charakter³¹. Sens działania społecznego musi odtąd podobać wymogom działającej w określony sposób maszyny społecznej. Maszynizm w punkcie wyjścia znosi dystans między humanistyką i naturą (jednak nie należy mylić go z mechanicyzmem – pojęcia te mają zupełnie odmiennie zdefiniowaną etymologię). Drugim czynnikiem charakteryzującym maszynizm jest produkcyjność, w obrębie której nie obowiązuje podział na wytwór i produkt³². Wydaje się więc, że naczelnym celem działania maszyn abstrakcyjnych jest podnoszenie stopnia złożoności procesów życiowych³³. Maszyny Deleuze'a nie są jednak mechanizmami ani organizmami. Określają one rodzaj esencji funkcjonowania w świecie w ogóle. Wyjście poza opozycję mechanizm/organizm pozwala Deleuze'owi odrzucić opozycję naturalne/sztuczne. Wydaje się, że już sam wymóg abstrakcyjności znosi różnice. Ta jednak jest rozumiana jako oderwana od pojęcia uniwersalności i idealności. Maszyny są jednostkowe i immanentne. „Każda maszyna abstrakcyjna jest spójnym powiązaniem materii i funkcji”³⁴. Albowiem tylko to umożliwia tożsamość produktu i wytworu. Nie dopuszcza to pojawienia się żadnego „podwojenia” czy „głębokości”. Sens nie jest rodzajem nadbudowy nad maszyną (rzeczą czy ciałem), ale jest z nimi ściśle sprzężony poprzez syntezę materii i funkcji. Aby jednak było to możliwe, materia musi być równie abstrakcyjna jak funkcja, w przeciwnym razie maszyna staje się czymś czysto formalnym. Ostatnią cechą maszyny są jej „reguły ujęcia”. O ile bowiem w modelu Foucaulta prym wiedzie usprawnianie i petryfikacja struktur, o tyle tutaj pierwszą zasadą jest rozprzestrzenianie się tego modelu – tzw. ruch deterytorializacji³⁵. Wiąże się to z kolejnym elementem zawartym w tej myśli: z problemami pragnienia i podmiotowości. Idealnym przykładem zobrazowania tych zagadnień jest historia rozwoju kapitalizmu.

Historyczną perspektywę tego ostatniego przedstawia Deleuze wraz z Guattarim³⁶ jako historię maszynową, tj. „historię uniwersalnego stawania się kapitalizmu jako maszyny abstrakcyjnej”³⁷, której istotą staje się „ruch deterytorializacji”. Jednak należy pamiętać, że ów system jest wtórny. Rozprzestrzenianie się nie dotyczy bowiem terytoriów, ale ciał. Owo zarządzanie odbywa się, podobnie jak u Foucaulta, zawsze kosztem ingerencji cielesnych. W społeczeństwach pierwotnych, od których zaczyna historię kapitalizmu Deleuze, było to tatuowanie, wycinanie, nacinanie, odcinanie, ofiara, okaleczanie, osaczenie, inicjacja. Późniejsze mechanizmy były obliczone na czynienie większych społeczności ludzkich bardziej przewidywalnymi. Jednak również wówczas – argumentuje Deleuze – nie obeszło się bez męczarni, ofiar, krwi³⁸. Posunięcia te od początku generowały więc nierówności społeczne. Na tej podstawie Deleuze wraz z Guattarim twierdzą, że w historii istniało zawsze raczej jedno Państwo. Jedyna różnica polega na tym, że współczesna

character³¹. According to it, the sense of social activity has to fulfil the requirements of the social machine acting in a given way. At its starting point machinism eliminates the distance between humanities and nature (however one should remember not to confuse machinism with mechanicism – the two terms have a completely differently defined etymology). The second factor characterising machinism is productivity, within which there is no division into producing and product³². Therefore it seems that the main goal of activity of abstract machines is to increase the degree of complexity of life processes³³. Deleuze's machines, however, are neither mechanisms nor organisms. They determine an essence of functioning in the world in general. Overcoming the opposition between mechanism and organism allows Deleuze to reject the opposition between natural and artificial. It seems that the mere requirement of abstractness eliminates the differences. However, abstractness is understood as detached from the notions of universality and ideality. Machines are unitary and immanent. “Each abstract machine is a coherent connection between the matter and the function”³⁴. Only due to this approach is it possible to achieve the identity of a producing/product. It does not permit any “doubling” or “depth”. Sense is not a kind of superstructure over the machine (thing or body), but it is strictly linked to it through the synthesis of the matter and function. In order to make it possible, the matter must be as abstract as the function, otherwise the machine becomes something purely formal. “Entropic principles” are another characteristic of the machine. Unlike in Foucault's model where the primacy belongs to streamlining and petrifying of structures, Deleuze's first principle is to spread the model, which is called “the movement of deterritorialization”³⁵. It is connected with another element that makes part of his thought: problems of desire and subjectivity. A history of development of capitalism is an ideal example to illustrate best the issues.

Deleuze together with Guattari³⁶ presents a historical perspective of capitalism as a machine history, i.e. “a history of universal transformation of capitalism into an abstract machine”³⁷, whose essence becomes the “movement of deterritorialization”. However, it must be remembered that the system is secondary. Spreading does not regard territories but bodies. In primitive societies, from which Deleuze starts discussing a history of capitalism, it was tattooing, cutting, cutting out, cutting off, sacrificing, mutilating, cornering, initiating. Posterior mechanisms were worked out to make more numerous communities more predictable. However even then, as Deleuze proves, tortures, victims and blood were part of the system³⁸. Therefore from the very beginning such measures generated social inequalities. On this basis, Deleuze and Guattari claim that in the history there

³¹ Z biegiem lat pojęcia strukturalizmu i maszynizmu w myśli Deleuze'a stają się pojęciami zamiennymi. Por. Deleuze G. *Po czym rozpoznać strukturalizm?* [w:] M. Siemek *Drogi współczesnej filozofii*. Czytelnik, Warszawa 1978, s. 288.

³² Deleuze G. *Anti-Oedipus*. University of Minnesota 2004, s. 13.

³³ Herer M. *Gilles Deleuze...*, s. 121.

³⁴ Tamże, s. 122.

³⁵ Tamże, s. 129.

³⁶ Ze swoim długoletnim współpracownikiem, psychiatrą i filozofem Felixem Guattarim, spotyka się Deleuze w wyniku wydarzeń francuskiej wiosny 1968 roku. Współpraca zaowocowała m. in. napisaniem książki *Co to jest filozofia?* oraz nietłumaczonego na język polski dzieła *Capitalisme et Schizophrénie*.

³⁷ Herer M. *Gilles Deleuze...*, s. 130.

³⁸ Deleuze G. *Anti-Oedipus*, s. 159.

³¹ Over the years the notion of structuralism and machinism in Deleuze's thought become interchangeable terms. Por. Deleuze G. *Po czym rozpoznać strukturalizm?* [w:] M. Siemek *Drogi współczesnej filozofii*. Czytelnik, Warszawa 1978, p. 288.

³² Deleuze G. *Anti-Oedipus*. University of Minnesota 2004, p. 13.

³³ Herer M. *Gilles Deleuze...*, p. 121.

³⁴ Ibidem, p. 122.

³⁵ Ibidem, p. 129.

³⁶ Deleuze met his future longtime collaborator, psychiatrist and philosopher Felix Guattari due to the events of French spring in 1968. Their collaboration brought such fruits as the books *What is Philosophy?* And *Capitalism and Schizophrenia*, the latter has not been translated into Polish

³⁷ Herer M. *Gilles Deleuze...*, p. 130.

³⁸ Deleuze G. *Anti-Oedipus*, p. 159.

maszyna kapitalistyczna pozbawiona jest kodu, na podstawie którego identyfikowało się wcześniejsze (ludy pierwotne, średniowieczny feudalizm). Deterytorializacja jest procesem maszynowym działającym realnie w historii, ale nie jest prawem historycznym. Toteż nie uniemożliwia ona pojawienia się aberracji i – podobnie jak w diagnozie Foucaulta – w tych punktach pojawiają się największe napięcia.

Do tej pory przedstawiono dwa elementy składowe maszynizmu: stosunki władzy i produkcję wiedzy. Trzecim jest aspekt urządzenia. Na gruncie owej teorii rozprzestrzeniania się wprowadza Deleuze pojęcie „podmiotu pragnienia”, który rozumie jako podmiot „stworzony z bezosobowych ujednostkowień i przedindywidualnych osobliwości”³⁹. Pisz, że „podmiot jako taki nie istnieje, ale istnieją formy produkcji podmiotowości. Podmiotowość trzeba w pewnym momencie wytworzyć właśnie dlatego, że nie ma podmiotu”⁴⁰. Deleuze wraz z Guattarim piszą, że droga do realizacji tego przedsięwzięcia przebiega przez pole psychoanalizy. Schodzą więc z poziomu podmiotu/indywiduum na poziom genetycznych procesów indywiduacji, które w tym wypadku mają charakter maszynowy. Z tego właśnie powodu mowa jest o „maszynach pragnienia”⁴¹. Subiektywność jest sprowadzona do postaci abstrakcyjnej i funkcjonuje nie inaczej jak tylko pod postacią bezosobowej rzeczywistości pragnienia. Toteż rzeczywistą abstrakcją okazuje się życie nie-organiczne.

Należy się również liczyć z tym, że moc życia w tym świetle może być zdolna do ekspansji na wszelkie urządzenia ingerujące w ciało (np. Foucaultowskie „urządzenie seksualności” czy urządzenia biowładzy). Bohater maszynowy Deleuze’a nie żyje życiem organicznym. Jest raczej „inżynierem pragnienia”⁴². Z tego wynika, iż musi on w pewnym stopniu przeciwstawiać się swojej organiczności oraz wytaczać nowe mapy ciała społecznego i przede wszystkim – własnego ciała. Trzeba podkreślić, że rozdział na ciało społeczne i indywidualne przestaje mieć tu znaczenie. Bohater maszynowy składa się z wielu „bezosobowych ujednostkowień”, które wchodzą w rezonans z innymi ujednostkowieniami. Całość przypomina pulsujący, wewnętrznie fluktuujący Nietzscheański żywioł Życia. Deleuze dodaje, że bohater maszynowy eksperymentuje w owym żywiole, ponieważ niemożliwe jest tu jakiegokolwiek objawienie czy kontakt innego rodzaju. Stanowi to kolejne linie ujęcia, o których była mowa wcześniej. Eksperymentować oznacza bowiem: skonstruować maszynę, przeprowadzić jakiś proces, a nie: interpretować według jakiegoś uniwersalnego klucza.

Owa koncepcja wyrasta bezpośrednio z Deleuzjańskiej koncepcji „ciała bez organów” (ang. *body without organs*, w skrócie: BwO), które to ciało rozumiane jest przede wszystkim jako „nieproduktywna jednostka, którą przesłaniają podatność na wpływy, wycofanie, pożądanie, zastój”⁴³. W późniejszych dziełach rozwija Deleuze jej pozytywną charakterystykę. Pisz, o produktywności BwO, niezależności, przeciwstawia tę koncepcję biomedycznej koncepcji organizmu. Jednakże „ciało bez organów” nie jest martwym ciałem. Jest to raczej rodzaj multiplikowanych form aktyw-

has always been rather one State. The only difference lies in the fact that the modern capitalistic machine is deprived of the code which was used to identify previous communities (primitive tribes, medieval feudalism). Deterritorialization is a machine process occurring really in history, but it is not a historical principle. That is why it does not prevent aberration from appearing and – like it is in Foucault’s diagnosis – in these points the highest tensions occur.

So far two components of machinism have been discussed: the relationships of power and production of knowledge. The third component is aspect of dispositifs. On the grounds of the theory of spreading, Deleuze introduces the notion of the “subject of desire”, which he understands as a subject constituted of “impersonal individuations and pre-individual singularities”³⁹. He writes that “*There’s no subject*, but a *production of subjectivity: subjectivity has to be produced*, when its time arrives, precisely because *there is no subject*”⁴⁰. Deleuze and Guattari write that the way to implement this enterprise passes through the field of psychoanalysis. Therefore they descend from the level of subject/individual to the level of genetic processes of individuation, which in this case are of a machine nature. That is why the term “desiring machines” was introduced⁴¹. Subjectivity is reduced to an abstract form and it functions only in the form of impersonal reality of desire. Consequently, the real abstraction appears to be inorganic life.

In addition, it should be taken into account that the power of life in this light may be able to expand to any devices interfering in the body (e.g. Foucault’s dispositif of sexuality and dispositifs of bio-power). Deleuze’s machine protagonist does not live a limited life. He is rather a “desire engineer”⁴². From what has been said it appears that he has to, to some extent, oppose his limitations and chart new maps of the social body and, first of all, his own body. It should be emphasised that the distinction between the social and the individual body ceases to have any significance. The machine protagonist consists of numerous “impersonal individuations” that come into resonance with other individuations. The whole resembles a pulsating, internally fluctuating Nietzschean element of Life. Deleuze adds that the machine protagonist experiments in this element, because no illumination or contact of any other kind is possible here. It constitutes other lines of escape, which have been mentioned before. It should be explained that experimenting means constructing a machine, carrying out a process, but not interpreting according to some universal key.

The conception originates directly from Deleuzian concept of the “body without organs” (BwO), where the body is understood as an “non-productive entity that interrupts flow, arrests desire and aims at stasis”⁴³. In his later works Deleuze develops its positive characteristics. He writes about productivity of BwO, its independence, he juxtaposes his concept with the biomedical concept of organism. However the body without organs is not a dead body. It is rather a sort of multiplied forms of human activity in the spirit of efficient capitalism⁴⁴. Its nature appears to

³⁹ Deleuze G. *Po czym rozpoznać strukturalizm?*, s. 324.

⁴⁰ Tenże, *Negocjacje: 1972-1990*. DSWE, Wrocław 2007, s. 122.

⁴¹ W pojęciu tym podmiotową funkcję pełni pojęcie pragnienia, toteż konsekwentnie tłumaczac powinniśmy wprowadzić pojęcie „pragnienia maszynowego”, por. Herer M. *Gilles Deleuze...*, s. 63.

⁴² Tamże, s. 183.

⁴³ Deleuze G., Guattari F. *Anti-Oedipus: Capitalism and Schizophrenia* vol. 1. Athlone, London 1984, s. 10.

³⁹ Deleuze G. *Po czym rozpoznać strukturalizm?*, p. 324.

⁴⁰ Deleuze G. *Negocjacje: 1972-1990*. DSWE, Wrocław 2007, p. 122.

⁴¹ In this notion desire plays the function of subject, so consequently translating one should introduce the notion of “machine desire”

⁴² Ibidem, p. 183.

⁴³ Deleuze G., Guattari F. *Anti-Oedipus: Capitalism and Schizophrenia* vol. 1. Athlone, London 1984, p. 10.

⁴⁴ Deleuze G., Guattari F. *The Thousand Plateaus: Capitalism and Schizophrenia* vol. 2. Athlone, London 1988, p. 30.

ności ludzkiej w duchu wydajnego kapitalizmu⁴⁴. Jego natura okazuje się zatem dynamiczna, praktyczna, eksperymentalna. Jest rodzajem wiecznego stawania się. Musi być więc w sposób ciągle kreowane i nigdy nie jest dane jako gotowe. To jednak oznacza, że z powodu wymienionych ograniczeń, nigdy nie będzie osiągalne⁴⁵. W tym sensie jest to koncepcja zakładająca w pewien sposób przekroczenie ciała. Deleuze i Guattari piszą: „Czyż doprawdy smutnym i niebezpiecznym nie jest mieć dość patrzeć własnymi oczami, oddychać płucami, przelikać ustami, mówić używając języka, myśleć używać mózgu, posiadać odbyt i gardło, posiadać głowę i kończyny? Dlaczego nie chodzić na głowie, śpiewać zatokami nosowymi, widzieć przez skórę, oddychać brzuchem? Podczas gdy psychoanaliza mówi: »stop, wróćmy do początku«, powinniśmy nalegać: dążmy dalej, wciąż jeszcze nie osiągnęliśmy ciała bez organów, ciągle jeszcze nie zdemontowaliśmy w sposób zadowalający własnego Ja. Odnajdźmy swoje ciało bez organów. Dowiedzmy się, jak to zrobić. Czyż to nie kwestia życia i śmierci (...) szczęścia i nieszczęścia? Czyż nie jest to kwestią rozstrzygającą?”⁴⁶.

Przeciwieństwem BwO nie są organy, ale ich organizacja, tj. organizm. Albowiem „mechanizmy” wprowadzane przez BwO są sprzeczne z możliwością istnienia wnętrza organów. Nie jest to zatem destrukcja, ale raczej otworzenie ciała na nowe możliwości, stawania się wydajniejszym. Jeśli będzie się postępowało zbyt gwałtownie, wówczas doprowadzi się do śmierci. Pożądanym praktycznym rozwiązaniem jest ostrożna droga eksperymentowania.

Wnioski

Wracając na grunt cielesności i Foucaultowego kryzysu człowieczeństwa zauważa Deleuze, że forma-Człowiek, którą zdiagnozował Foucault nie wzbogaciła sił życia, mowy i pracy, czyli tych dziedzin, na które rozpadła się humanistyka. Jeśli siły człowieka mają tę zdolność, że każdorazowo wchodzi w relację z czymś innym, z zewnątrz, to prawidłowo postawione pytanie metodologiczne powinno brzmieć: „Z jakimi nowymi siłami zaryzykują wejść w związek obecnie i jaka nowa forma z tego wyniknie, jeśli nie może to już być forma-Bóg ani forma-Człowiek?”⁴⁷. Foucault jest tu niezwykle pomocny, gdyż zauważa, że rozproszone w trakcie dotychczasowej historii badań humanistycznych Życie udało się na nowo skupić w kodzie genetycznym. Rozproszoną pracę skupia się obecnie w uniwersalnej koncepcji maszyn informatycznych i cybernetycznych⁴⁸. Nie potrafi jednak dać żadnej odpowiedzi na temat zogniskowania rozproszonego modelu człowieka. Zarówno odniesienia do nieskończoności, jak skończoności oznaczałyby regres i ucieczkę od pewnych problemów. Być może z braku praktycznych postulatów dzieło Foucaulta, które więcej obaliło, niż zbudowało, spotkało się z wieloma skrajnymi reakcjami.

Jako własne rozwiązanie Deleuze proponuje koncepcję „nieograniczonej skończoności”, tj. „takiej »situacji siły«, w której skończona ilość składowych generowałaby nieskończone możliwości”⁴⁹. Idzie więc o poziom ufundowany na możliwościach technicznego wykorzystania kodów genetycznych (życie), możliwościach wykorzysta-

be dynamic, practical, experimental. It is a kind of endless becoming. Therefore it has to be continuously created and never be ready-made. However, it means that due to the aforementioned limits it will never be achievable⁴⁵. In this sense it is a concept which assumes a possibility of exceeding the body. Deleuze and Guattari write: “Is it really so sad and dangerous to be fed up with seeing with your eyes, breathing with your lungs, swallowing with your mouth, talking with your tongue, thinking with your brain, having an anus and larynx, head and legs? Why not walk on you head, sing with your sinuses, see through your skin, breathe with your belly? (...) Where psychoanalysis says, »Stop, find your self again, « we should say instead »Let's go further still, we haven't found our BwO yet, we haven't sufficiently dismantled our self.« (...) Find our body without organs. Find out how to make it. It is a question of life and death (...) sadness and joy. It is where everything is played out.”⁴⁶.

The opposites of BwO are not organs, but their organization, i.e. organism, because “mechanisms” introduced by BwO are contradictory to the possibility of existence of any organs in it. Therefore it is not destruction but rather opening the body to other possibilities, becoming more efficient. However one should not proceed too violently, otherwise it may cause death. A cautious way of experimenting is the best practical solution.

Conclusions

Deleuze, coming back to the sphere of corporeality and Foucault's crisis of humanness, notices that the Man-form, diagnosed by Foucault, has not enriched the forces of life, language and labour, that is the domains that humanities were split into. If man's forces have the ability to enter into a relationship each time with something else, with the outer, the appropriate methodological question should be formulated in this way: “with what new forms do they now risk entering into a relation, and what new form will emerge that is neither God nor man?”⁴⁷. Foucault is extremely helpful here, as he notices that Life that was diffused during the previous history of humanistic research has managed to concentrate again in the genetic code. Now the diffused labour is concentrated again in the universal concept of computer and cybernetic machines⁴⁸. However, he cannot give any answer to the question how to concentrate the diffused model of man. Both references to infinity and finitude would mean regression and escape from certain problems. Perhaps it was due to the lack of practical postulates that Foucault's work, which rather debunked than constructed, has produced numerous extreme reactions.

As his own solution Deleuze suggests a concept of “unlimited finitude”, i.e. “every »situation of force« in which finite number of components produce an infinite number of combinations”⁴⁹. It means that it refers to the level founded on the technical possibilities of using the genetic code (life), the possibilities of using silicon instead of coal (labour) and the techniques used in modern literature (language) in which the traditional and logical grammatical forms are

⁴⁴ Deleuze G., Guattari F. *The Thousand Plateaus: Capitalism and Schizophrenia* vol. 2. Athlone, London 1988, s. 30.

⁴⁵ Tamże, s. 149-150.

⁴⁶ Tamże, s. 150-151.

⁴⁷ Deleuze G. *O śmierci człowieka i nadczłowieku*, [w:] tenże, *Foucault*. DSWE, Wrocław 2004, s. 160-161.

⁴⁸ Foucault M. *Słowa i rzeczy*, s. 308.

⁴⁹ Deleuze G. *O śmierci...*, s. 162.

⁴⁵ Ibidem, p. 149-150.

⁴⁶ Ibidem, p. 149-150.

⁴⁷ Deleuze G. *O śmierci człowieka i nadczłowieku*, [w:] tenże, *Foucault*. DSWE, Wrocław 2004, s. 160-161.

⁴⁸ Foucault M. *Słowa i rzeczy*, p. 308.

⁴⁹ Deleuze G. *O śmierci...*, p. 162.

nia krzemu w miejsce węgla (praca) oraz technik współczesnej literatury (język), w których łamie się dotychczas przyjęte formy gramatyczne i logiczne. W nowej sytuacji wycofane w głąb rzeczy życie zostanie wydobyte z niej na nowo. Jednocześnie można to rozumieć jako fakt, że same rzeczy zostaną w pewnym sensie podniesione do rangi podmiotowości. Model Deleuze'a nie korzysta jednak z tego pojęcia, kojarząc je – podobnie jak Foucault – ze zdevaluowaną formą-Człowieka. W dzisiejszym świecie posługujemy się, na coraz szerszą skalę, implantami i protezami, które coraz sprawniej zastępują nam coraz większe obszary ciała. Również sztuczna inteligencja wnika coraz głębiej w struktury świadomości, a przy tym również w ciało. Pomimo tkwienia protez w ciele człowieka wciąż przecież mamy do czynienia z podmiotem, rozumianym tutaj jako osoba niepełnosprawna (np. z protezą kończyny). Zmiana, którą proponuje Deleuze musi dokonać się w zgodzie z wolą człowieka. Autor *Różnicy i powtórzenia* posługuje się Nietzscheańską figurą: „nadczłowiek (...) jest człowiekiem nasyconym samą animalnością (kod, który przechwycić może fragmenty innych kodów jak w nowych schematach ewolucji). To człowiek nasycony tym, co nieorganiczne (dziedzina krzemowa). To człowiek nasycony bytem mowy. (...) Nadczłowiek nie jest już ani formą-Bogiem, ani formą-Człowiekiem, ale być może nie jest czymś gorszym od tych dwóch, które go poprzedzały”⁵⁰.

Deleuze nie ukrywa, że jest to również pewien model „wiecznego powrotu”. Istotą jest w nim jednak prymat „indywidualizującej różnicy” nad wtórnym wobec niej porządkiem indywiduów, które wciąż pozostawałyby we władzy *Tego Samego*. Taki układ umożliwiłby przedstawienie. „Wieczny powrót” nie mógłby również dokonywać selekcji w duchu wiedzy pozytywnej, ponieważ rodziłoby to zagrożenie kolejnego wyczerpania. Postulowanym przez Deleuze’a rozwiązaniem powinna być selekcja o charakterze ontologicznym i etycznym zarazem: „...wieczny powrót jest bytem stawania się. Ale stawanie się jest dwojakie: stawanie-się-aktywne i stawanie-się-reaktywne (...). Otóż jedynie stawanie-się-aktywne ma być. (...) Wieczny powrót uczy, że stawanie-się-reaktywne nie ma bytu”⁵¹.

W ten sposób doszłoby do połączenia wymiaru ontologicznego i etycznego. Stawanie-się-reaktywne prowadzi bowiem do nihilizmu, resentymentu i w konsekwencji: zanegowania życia. W perspektywie wiecznego powrotu Deleuze’a traci ono byt. Realna pozostaje tylko afirmacja, twórczość, eksperyment, czyli, zgodnie z propozycją autora *Różnicy i powtórzenia*: stawanie-się-aktywne. Podobnie jak u Nietzschego, żywioł genezy ma tutaj ściśle praktyczny sens. Tym samym stanowisko Deleuze’a jest manifestem vitalności i filozofii życia.

rejected. In the new situation life which was withdrawn into the background of things will be put forward again. On the other hand, it can be understood that things themselves will be, in a way, raised to the level of subjectivity. Deleuze's model does not make use of this notion, as he associates it – like Foucault – with the devaluated Man-form. Nowadays, implants and prostheses, which replace more and more areas of the body with an increasing efficacy, are used on a larger scale. Artificial intelligence also penetrates deeper and deeper in the structures of consciousness, and simultaneously in the body as well. Despite prostheses that complete the body, we still deal with a subject, understood here as a disabled person (e.g. with a prosthesis of a leg). The change suggested by Deleuze must be effected only in accordance of man's will. On this occasion the author of *Difference and Repetition* makes use of the Nietzschean figure: “the superman (...) is the man who is even in charge of the animals (a code that can capture fragments from other codes, as in the new schemata of lateral or retrograde). It is man in charge of the very rocks, or inorganic matter (the domain of silicon). It is man of the every being of language (...). The Superman (...) is the advent of a new form that is neither God nor man and which, it is hoped, will not prove worse than its two previous forms”⁵⁰.

Deleuze does not hide that it is also a model of the “eternal return”, though in his case it has the primacy of “individualising difference” over the order of individuals, secondary to the difference, who would remain under control of *the Same*. This scheme would allow for representation. The “eternal return” would not be able to make selection in the spirit of positive knowledge, because it would generate risk of another exhaustion. The solution suggested by Deleuze should be the selection of both ontological and aesthetic nature: “The eternal return is the being of becoming. But becoming is double: becoming-active and becoming-reactive (...). But only becoming-active has being. (...) The eternal return teaches us that becoming-reactive has no being”⁵¹.

In this way it would lead to combination of the ontological dimension with the aesthetic one. Becoming-reactive leads to nihilism, resentment, and consequently to negation of life. In the perspective of Deleuze's eternal return it loses being. What remains real are only affirmation, creativeness, experiment, that is according to the author of *Difference and Repetition*: becoming-active. Like in Nietzsche, the natural force of Genesis has a strictly practical sense. It indicates that Deleuze's position is a manifest of vitality and philosophy of life.

Adres do korespondencji:
Address for correspondence:

Wojciech Mackiewicz
ul. Wielka 24/21
53-341 Wrocław
tel. 661-571-701
e-mail: wojmac@onet.eu

Wpłynęło/Submitted: VI 2012
Zatwierdzono/Accepted: VI 2012

⁵⁰ Tamże, s. 162-163.

⁵¹ Deleuze G. *Nietzsche i filozofia*, s. 76-77.

⁵⁰ Ibidem, p. 162-163.

⁵¹ Deleuze G. *Nietzsche i filozofia*, pp. 76-77.

Cielesność w kulturze masowej i w doświadczeniu wewnętrznym

Corporeality in mass culture and in inner experience

numer DOI 10.2478/v10109-012-0014-1

Joanna Femiak, Piotr Rymarczyk

AWF w Warszawie

Józef Piłsudski University of Physical Education in Warsaw

Streszczenie:

Spśród wszystkich obiektów doświadczanego przez nas świata tym, który najlepiej nadaje się do odczytania w kategoriach symbolicznych pozwalających zrozumieć i znaleźć sens życia, jest nasze ciało. Wynika to głównie z faktu, że nasze istnienie jest z ciałem nierozdzielnie związane – to dzięki ciału możemy działać w świecie i świata doświadczać; ciało dorasta, starzeje się i umiera wraz z nami. Jest więc przez nas postrzegane jako źródło wyjątkowo adekwatnych symboli. Myślenie o sobie za pomocą owych symboli – jako aktywność umysłowa bardziej spontaniczna i intymna niż myślenie za pomocą dostarczanych przez społeczeństwo kategorii pojęciowych – pozwala nam na budowanie form tożsamości bardziej zakorzenionych w indywidualnym doświadczeniu. Przywracanie i rozwijanie zdolności do takiego myślenia jawi się więc jako istotne zadanie, przed którym stoją współcześni filozofowie, terapeuci i artyści.

Słowa kluczowe: cielesność, doświadczenie wewnętrzne, postmodernizm, kultura masowa.

Abstract:

Among all objects of the world experienced by the humans, there is one which is best suited for symbolic interpretations – which enables them to understand their lives and make sense of them – it is our body. It comes mainly from the fact that the human existence is inseparably connected with the body. Thanks to the body people can act in the world and experience the world; the body grows, ages and dies with us. Hence the body is perceived as a source of uniquely relevant symbols. Thinking about themselves in terms of those symbols – as a mental activity which is more spontaneous and intimate than thinking in terms of notions provided by society – enables people to construct forms of identity which are more deeply rooted in individual experience. Restoration and development of abilities which make people think in this way seem to be an important task faced by contemporary philosophers, therapists and artists.

Key words: corporeality, inner experience, postmodernism, mass culture.

Nauka bazuje na operacjonizmie, nie uwzględnia w swoich procedurach świata przeżywanego, nie poznaje bogactwa jakościowych, zmysłowych przeżyć cielesnych. W prezentowanym artykule pragniemy przedstawić poglądy, w których opisano ciało w aspekcie jego pierwotnego doświadczenia, które według Maurice'a Merlau-Ponty'ego zbliża do świata i pierwotnej jedności z nim, a w opinii Richarda Shustermana do odkrywania własnej tożsamości. Ten związek między uwrażliwieniem na własną cielesność a rozwojem własnej tożsamości i świadomości jest wykorzystywany w wielu kierunkach terapeutycznych.

Wewnętrzna narracja, która wpisuje treści płynące z cielesności w opowieść o sobie, może stanowić podstawę tożsamości. Koncepcja cielesności jako źródła treści ujmowanych przez doświadczenie wewnętrzne i w tym doświadczeniu rozumianych, internalizowanych, zakłada określony sposób myślenia o ludzkiej tożsamości. Jest to myślenie oparte na przekonaniu, że wewnętrzne narracje – oparte na zewnętrznym i wewnętrznym dialogu – są w stanie nadać sens doświadczeniu. Formowanie się

Science is based on operationalism, which means it does not take into account the procedures of the experienced world, does not search for a vast variety of qualitative sensory bodily experience. In this paper we want to present views where the body is described in terms of its original experience, which according to Maurice Merlau-Ponty leads towards the world and the original unity of the two, whereas in Richard Shusterman's opinion it helps us to discover our own identity. The relationship between getting sensitive to our own corporeality and development of our own identity and consciousness is used in numerous therapeutic directions.

Inner narration which inserts the contents coming from corporeality into a story of the self can constitute an identity basis. The conception of corporeality as a source of contents expressed through inner experience and as such understood and internalized assumes a certain way of thinking about the human identity. It is the way of thinking based on a conviction that inner narrations – consisting in inner and outer dialogues – are able to make sense

tożsamości to rozwijanie historii osobistej, nadającej zrozumiały porządek biegowi życia ludzkiego i definiującej osobę w kategoriach narracyjnych. Tożsamość jest procesem, nie strukturą – człowiek „się staje”, a nie jest [1]. Wewnętrzna narracja jest kluczem czy nawet metodą do nadawania sensu kolejnym doświadczeniom wewnętrznym i zewnętrznym. Cieleśność człowieka o tyle może być źródłem treści wykorzystywanym w rozwoju lub terapii, o ile założymy, że człowiek ma umiejętność ich percepcji, a następnie ich usensowniania.

W filozofii można obserwować pewien spór, który dotyczy zarówno możliwości percepcyjnych ciała, jak i wartości oraz znaczenia usensowniania jego treści. Przykładem może być rozbieżność poglądów między Shustermanem a Merleau-Ponty'm.

Shusterman postrzega dorobek Merleau-Ponty'ego jako wnikliwą, systematyczną i wytrwałą argumentację na rzecz prymatu ciała w sferze ludzkiego doświadczenia i znaczenia. Ciało w tej filozofii jest nie tylko zasadniczym źródłem percepcji działania, ale istotą naszych ekspresyjnych zdolności, a tym samym podstawą wszelkiego języka i znaczenia. Shusterman podkreśla paradoks w filozofii francuskiego myśliciela, wynikający ze wskazywania na fundamentalną rolę ciała jako źródła wszelkiej komunikacji przy jednoczesnym odrzuceniu wszystkiego, co o ciele wiemy na podstawie świadomych refleksji kinestetycznych czy odczuć prioreceptywnych. W „Fenomenologii percepcji” Merleau-Ponty'ego ciało konstituuje „milczące”, „nieme”, „niewystawione” cogito [2]. Merleau-Ponty uznaje ciało za doskonałego przewodnika do chwili włączenia się świadomości, która zaczyna nim kierować, analizując jego odczucia i obdarzając je refleksją. Jak zaznacza Shusterman, Merleau-Ponty sprzeciwia się uświadomionym w wyraźny sposób cielesnym doznaniom, jest zwolennikiem ciała milczącego [2]. Francuski filozof podkreśla bowiem, że uświadomione cielesne wrażenia zmysłowe oddalają nas od bezpośredniego doświadczenia ciała, bowiem jest ono źródłem sztucznych kategorii. Opisy doświadczenia człowieka, których dostarcza także nauka, estetyka, filozofia nie są ani konieczne, ani prawdziwe. Człowiek odnajduje się w świecie bez obciążenia teoretycznego, jest ze światem w spontanicznej relacji bez konieczności pojęciowania, nazywania, porządkowania, a nawet świadomości. Merleau-Ponty dostrzega w ujęciu ciała jako przedmiotu zabieg, który nazywa jako „odklejanie od swojego doświadczenia” i przejście do idei. W analizie idei ciała nie zajmuję się już swoim ciałem, tak jak doświadczam go w wewnętrznej komunikacji. Ciało staje się przedmiotem w przestrzeni i w czasie. U źródeł przedmiotowego ujęcia ciała Merleau-Ponty dostrzega początek „obiektywnego” myślenia, wspólnego nauce i zdrowemu rozsądkowi, co sprawia, że tracimy kontakt z doświadczeniem percepcyjnym, którego jest ono przecież wynikiem i naturalnym przedłużeniem [2]. Dla francuskiego filozofa akty świadomości, w których musi niejako uprzedmiotowić byt, aby sam się skryształizował są zabójcze dla doświadczenia percepcyjnego, którego wynikiem jest świadomość.

Shusterman krytycznie odnosi się do poglądów Merleau-Ponty'ego, jako filozof pragmatyczny, ale przede wszystkim jako somatoterapeuta. Amerykański filozof uważa, że istnieją świadome, wyraźnie dostępne doświadczeniu percepcje, które obejmują różne odczucia, obserwacje, wizualizacje oraz inne mentalne przedstawienia naszych własnych ciał, jego części, zewnątrz i wewnątrz. Wrażenia świadomego ciała nie są przeciwstawieniem myśli: są wrażeniami, które obejmują płynące z doświadczenia, skoncentrowane na ciele, myśli i przedstawienia. Shusterman dzieli te wrażenia na:

a) zdominowane przez zewnętrzne zmysły dystansu (jak widzenie, słyszenie itd.);

of experience. The process of identity formation is a process of developing one's individual story, which gives a comprehensible order to the course of human life and defines the person in narrative terms. Identity is a process, not a structure – a human “becomes”, not “is” [1]. Inner narration is a key, even a way, to assign meanings to new inner and outer experiences. Human corporeality can be a source of contents used in development or therapy provided that humans have abilities to perceive the contents and give meaning to them.

In philosophy there is a debate about both the body's abilities to perceive and the value and sense of assigning meanings to the body's contents. The discrepancy between Shusterman's and Merleau-Ponty's views is a good example.

Shusterman sees Merleau-Ponty's output as a thorough, systematic and persistent reasoning to support the body's primacy in the human experience and meaning. The body in his philosophy is not only the major source of activity perception, but also the core of our expressive capability, which is the ground of all language and meaning. Shusterman indicates a paradox in the French thinker's philosophy which is supposed to result from the assumption that the body has a fundamental role as a source of any expression, but at the same time it is denied everything what we know about the body on the grounds of conscious kinesthetic reflections or proprioceptive feelings. In Merleau-Ponty's *Phenomenology of Perception* body constitutes ‘the tacit cogito’, ‘the silent cogito’, ‘the unspoken cogito’ [2]. Merleau-Ponty recognizes the body as a perfect guide until consciousness turns on and starts guiding the body by analyzing its sensations and providing it with reflection. As Shusterman underlines, Merleau-Ponty rejects any conscious somatic sensations; he advocates for the silent body [2]. The French philosopher emphasizes the fact that conscious somatic sensations pull us away from direct bodily experience, because it is a source of artificial categories. Descriptions of the human experience, also provided by science, aesthetics, philosophy, are neither necessary nor true. Humans find themselves in the world without a theoretical burden; they are in spontaneous relation with the world where it is not necessary to define terms, give names, make order; they can do without consciousness. In approaching the body as an object, Merleau-Ponty notices an intervention, a detachment, that he describes in this way: “I detach myself from my experience and I pass to the idea”. In the analysis of the idea of the body, I do not treat my body the way I experience it in inner communication. The body becomes an object in space and time. At the source of the objective approach to the body Merleau-Ponty notices the beginning of ‘objective’ thinking, a joint ground for science and reasoning – which makes us lose contact with perceptive experience of which it is a result and natural extension [2]. For the French philosopher, acts of consciousness where being must be objectified to be able to crystallize are lethal to perceptive experience that result in consciousness.

Shusterman is critical about Merleau-Ponty's views as a pragmatic philosopher, but first of all as a somatic therapist. The American philosopher claims that there are perceptions of our bodies that are conscious and distinctly available to experience; they include varied sensations, observations, visualizations and other mental presentations of our bodies, their parts, the inner and the outer. Conscious body sensations are not representations of thoughts: they are sensations comprising thoughts and representations which concentrate on the body and come from experience. Shusterman divides them into:

a) Dominated by the outer senses of distance (like seeing, hearing, etc.),

b) raczej zależne od wewnętrznych cielesnych zmysłów – proprioceptywnego i kinestetycznego [3].

A zatem, analizując to na przykładzie, można spojrzeć na własną rękę i zobaczyć gdzie jest. Można również zamknąć oczy i wyczuć jej pozycję w stosunku do innych części ciała, siły grawitacji lub innych przedmiotów znajdujących się w polu własnego doświadczenia.

Tym, co postuluje Shusterman, jest poddanie bezrefleksyjnych aktów cielesnych świadomej refleksji, korekcji myśli w celu ulepszenia i wzbogacenia naszego doświadczenia „o dodatkową intensywność odkrycia i przyjemności, które mogą być efektem zwiększonej świadomości” [3].

Wydaje się jednak, że można pójść o krok dalej i refleksję nad odnoszącymi się do ciała doświadczeniami uczynić podstawą nie tylko udoskonalania działań cielesnych, ale i budowania tożsamości. Byłaby to tożsamość oparta na odczytywaniu owych doświadczeń jako symboli naturalnych. Prowadząca do owego odczytania refleksja byłaby zaś zdecydowanie związana z domeną spontaniczności i autotelicznej kreatywności, czym różniłaby się od refleksji proponowanej przez Shustermana, która wydaje się nacechowana pewnego rodzaju instrumentalizmem i nastawieniem na efektywność technologiczną. Dotyczyłaby tego, co wymyka się społecznie obowiązującym kategoriom pojęciowym, ale nie uchylałyby się od dążenia do precyzji i prób werbalizacji. Z drugiej strony owa bezpośredniość doświadczenia jest krytykowana za utratę dystansu między podmiotem a przedmiotem poznania. Co w efekcie prowadzi do utraty tożsamości podmiotu jako korelatu poznania. Ograniczenie kontaktu ze światem do sfery cielesności może doprowadzić do sytuacji, w której „(...) możemy się o niego ocierać, odczuwać, ale nigdy poznawać” [4]. To oznacza, że myśli być wyodrębniony podmiot poznania ze spontanicznego doświadczenia, który będzie w stanie werbalizować i pojęciować własne doznania. To o co postuluje Shusterman, to doświadczenie somaestetyczne, które nie tylko otwiera na świat, lecz także umożliwia percepcję i budowanie tożsamości podmiotu, w tym sensie treści doświadczenia są instrumentalizowane. Tożsamość ta rozwija się na podstawie analizy doświadczenia i odniesienia się do niego w akcie poznawczym, z którego podmiot wychodzi nie tylko z doznaniem, lecz również z poznaniem, siebie i swojej relacji wobec świata.

Taki sposób rozważania ludzkiej cielesności można przeciwstawić ujęciu charakterystycznemu dla ponowoczesności, gdzie cielesność zostaje sprowadzona do formy kulturowej. Ludzka tożsamość w ponowoczesnym społeczeństwie konsumpcyjnym jest tożsamością opartą na ciele, ale nie chodzi tutaj o wewnętrzne doświadczenie ciała, a o internalizowane przez jednostki wzorce cielesności funkcjonujące w kulturze masowej. Współcześni socjologowie ciała często podkreślają konformistyczny charakter partycypacji we współczesnej kulturze masowej – w tym także propagowanych przez nią postaw względem ciała i cielesnych praktyk.

Autorem, który przeniósł rozważania na temat domnianego emancypacyjnego potencjału kultury masowej na grunt socjologii ciała był Bryan S. Turner – autor pionierskiej pracy *„The Body and Society”* [5]. Z jednej strony – krytykując poglądy przedstawicieli szkoły frankfurckiej – stwierdza on zdecydowanie, że reklamy nie manipulują konsumentami, lecz „treść i natura reklam jest kształtowana i określana przez konsumenckie potrzeby” [5]. Turner odrzuca również marcuse'owską ideę wyzwolenia od „sztucznych potrzeb” konsumpcyjnych, ale czyni to nie dlatego, by uważał, że kultura masowa nie tworzyła takich potrzeb, lecz dlatego, że sugeruje, iż wyzwolenie takie nie jest warte zachodu, ponieważ – jak zakłada – oznaczałoby ono życie oparte na najprostszych, kulturowo nieprzetworzonych potrzebach biologicznych. Należy dodać, że założenie to jest z pewnością błędne. Ani Marcuse, ani też inni przedstawiciele

b) And those which are rather dependent on the inner bodily senses – proprioceptive and kinesthetic [3].

Thus the concept is best described on an example: I can look at my hand and I can see where it is. I can close my eyes and perceive its position in relation to the other parts of the body, the gravity or other objects that are located within the area of my experience.

What Shusterman suggests is to subject the unreflective bodily action to conscious reflection, correlation of thoughts, in order to “enhance our experience with the added richness, discoveries, and pleasures that heightened awareness can bring” [3].

It seems likely to go further and make the reflection on bodily experience be the ground on which not only body activities will improve but also identity will be built. It would be an identity based on interpretation of these experiences, as natural symbols. The reflection leading to this interpretation would be strictly related to domain of spontaneity and autotelic creativity; thus it would differ from the reflection suggested by Shusterman, which seems to be characterized by a sort of instrumentalism and predisposition to technological effectiveness. It would concern what is beyond the socially accepted conceptual categories, but it would not avoid endeavoring precision and attempts to verbalize. On the other hand, the directness of experience is criticized for being deprived of any distance between the subject and the object of cognition. In consequence, it leads to a loss of the subject's identity, as a correlative of cognition. Limiting contact with the world to the corporeality may lead to the situation when a human can rub against the world, perceive it, but never know it [4]. It means that a subject of cognition has to be isolated from a spontaneous experience, so that he could verbalize and conceptualize his own experiences. What Shusterman postulates is somaesthetic experience, which does not only open to the world, but also makes it possible to perceive and build the subject's identity; in this sense experience contents are instrumentalized. This identity appears and develops basing on the analysis of experience and reference to the experience in the cognitive act from which the subject comes out not only with some experience but also with the cognition of oneself and one's interrelation with the world.

The above way of considering human corporeality can be contrasted with the approach characteristic to post-modernity, where corporeality is reduced to a cultural form. Human identity in the post-modern consumerist society is an identity based on the body, but it is not understood as an inner bodily experience, but internalized by individual models of corporeality present in popular culture. Contemporary sociologists of the body often underline the fact that participation in the modern mass culture has a conformist character, which includes also the attitude to the body and bodily practice propagated by mass culture.

The author who shifted considerations about the alleged emancipating potential of mass culture to sociology of the body was Bryan S. Turner – author of the pioneer work *The Body and Society* [5]. On the one hand, criticizing the views of the Frankfurt school, he definitely states that advertising does not manipulate consumers, but rather “the content and nature of advertising are shaped and determined by consumer needs” [5]. Turner rejects also Marcuse's idea of liberation from consumerist “artificial needs”, however he does it not because he thinks that mass culture does not create such needs, but because, as he suggests, such liberation is not worthwhile, for – as he assumes – it would mean a life based on the simplest and culturally unprocessed biological needs. It should be said

szkoły frankfurckiej nigdy nie utożsamiali „prawdziwych” czy „autentycznych” potrzeb z potrzebami czysto biologicznymi i kulturowo nieprzetworzonymi. Autor „*Erosa i cywilizacji*” w oczywisty sposób postrzegał je jako potrzeby, które *ulegają* kulturowej modyfikacji, lecz rozwijają się w kontekście kultury nierepresywnej – to jest takiej, która nie dławi natury, lecz pozwala na urzeczywistnienie związanych z nią potencjałów.

Z drugiej strony Turner przyznaje, że we współczesnych społeczeństwach zachodnich mamy do czynienia z „nową antyprotestancką etyką”, która definiuje przedwczesne starzenie się, otyłość czy brak sprawności fizycznej jako współczesne formy cielesnych grzechów [5]. W ten sposób przyznaje on rację poglądowi, że spotykane tu estetycznie zorientowane formy oddziaływań na ciało nie są spontaniczne, lecz stanowią realizację normy społecznej.

Jego pogląd podziela Chris Shilling, który podkreśla, że rozpowszechniane przez współczesną komercyjną kulturę masową przejawy troski o ciało są związane ze sprawowaniem nad samym sobą nadzoru samodyscypliną i ciężką pracą [6], co wydaje się pozostawać w sprzeczności z tezami utożsamiającymi uczestnictwo w owej kulturze z przyjemnością i zabawowymi formami aktywności. Z kolei Mike Featherstone – nawiązując do koncepcji Christophera Lascha – podkreśla, że celem tego nowego ascetyzmu, z którym we współczesnej kulturze konsumpcyjnej mamy do czynienia, jest manipulowanie innymi za pomocą własnego cielesnego wizerunku. Jak pisze: „Nagrodą za ascetyczną pracę nad ciałem przestaje być duchowe zbawienie, a nawet lepsze zdrowie, lecz staje się nią ulepszony wygląd i lepiej sprzedawalna jaźń” [7].

Sytuacja taka – o czym Featherstone pisze w innym swym tekście – sprawia, że w łonie nowej klasy średniej pojawia się kategoria zawodowa „kulturowych pośredników” zajmujących się kształtowaniem gustów i wdrażaniem w konsumpcyjne style życiowe, pełniących funkcje zawodowe związane z modą, reklamą i mediami [7].

Z najciekawszą spośród podjętych na gruncie współczesnej socjologii ciała prób ujęcia konformistycznego charakteru uczestnictwa w kulturze masowej spotykamy się u Zygmunta Baumana. W odróżnieniu od wspomnianych autorów wskazuje on, że z uwewnętrznionym przymusem mamy do czynienia nie tylko w przypadku działań zorientowanych na estetykę ciała, ale również tych, które zorientowane są na cielesną przyjemność. Jak bowiem twierdzi, ponowoczesne ciało jest traktowane przede wszystkim jako narzędzie doświadczania zmysłowych przyjemności i sprawne wykorzystywanie go do pełnienia tej funkcji – przez Baumana określane mianem „sprawności cielesnej” – stało się dążącą społeczną powinnością. Oczywiście jest to sytuacja frustrująca i nacechowana niejaką wewnętrzną sprzecznością, gdyż przyjemność uczyniona obowiązkiem przynajmniej częściowo przestaje być przyjemna. Dlatego też Bauman stwierdza: „Gdzie sprawność cielesna jest synonimem dobrze spełnionego wobec siebie obowiązku, wysiłki życiowe przesycane są niepokojem” [8].

Niewątpliwą zasługą współczesnej socjologii ciała jest rozwinięcie empirycznych badań nad miejscem i rolą ciała we współczesnej kulturze masowej. Tak np. Justine Coupland dowodzi konformizującego charakteru przekazów kultury masowej w oparciu o analizę sposobu, w jaki formułowane są pojawiające się w nich wypowiedzi o ciele [9]. Przedmiotem jej badań były reklamy kosmetyków do pielęgnacji twarzy zamieszczane w brytyjskich magazynach kobiecych. Wynika z nich, że język wspomnianych reklam jest językiem w autorytatywny sposób dekretnowanym norm starającym się skłonić czytelników do internalizacji swego rodzaju „moralnych obowiązków” względem swego ciała. Na rezultatach empirycznych dociekań opierają

that this assumption must be wrong. Neither Marcuse nor other representatives of the French school never identified the ‘true’ or ‘authentic’ needs with ones that are strictly biological and culturally non-transformable. The author of *Eros and Civilization* perceived them as the needs which undergo some cultural modification but develop in the context of non-repressive culture – that is one which does not suppress the nature but allows developing the potentials associated with it.

On the other hand, Turner admits that in modern western societies develops “a new anti-Protestant ethic”, which defines premature aging, obesity or lack of fitness as modern forms of the sins of the flesh [5]. In this way he states it is true that the present aesthetically-oriented forms of influence on the body are not spontaneous, but they are realizations of social norms.

Chris Shilling agrees with Turner’s views. He notes that the body care aspects propagated by the modern commercialist culture require imposing self-control, self-discipline and hard work [6], which seems to be in contrast to the theses identifying participation in physical culture with pleasure and enjoyable forms of activities. Mike Featherstone, referring to Christopher Lasch’s concept, states that the aim of this new form of asceticism, the one we come across in the modern commercialist culture, is to manipulate other people using our own body image. He underlines that the reward for the ascetic body work is no longer spiritual redemption, it is not even better health, but a better look and self which sells better [7].

Such a situation – Featherstone writes in another of his publications – creates a new job category of “cultural middlemen” that operates in the new middle class shaping consumers’ tastes and implementing consumer lifestyles, working in the worlds of fashion, advertising and mass media [7].

In contemporary sociology of the body, one of the most interesting attempts to describe a conformist character of participation in mass culture seems to be the one presented by Zygmunt Bauman. Unlike the authors mentioned before, he indicates the fact that internalized compulsion is present not only in the case of body-aesthetically oriented activities but also in the case of bodily pleasure ones. As he claims the post-modern body is treated mostly as a tool to experience sensual pleasure and hence it has become a social duty to be able to use it effectively in this function, called “bodily fitness” by Bauman. It is obvious that the situation is frustrating and characterized by an internal contradiction because pleasure that becomes an obligation, at least in part, is not pleasant. That is why Bauman states that in the case where bodily fitness is a synonym of a duty to oneself well done, all life efforts are saturated with anxiety [8].

Contemporary sociology of the body has an undoubted merit of developing empiric research on the place and role of the body in the contemporary popular culture. For example, Justine Coupland proves the conformising character of the mass culture media after having analyzed the ways in which the views on the body are formulated in the mass media [9]. She studied the advertisements of facial skin care products inserted in the British magazines for women. She concludes that the language used in advertisements is a language of authoritatively decreed norms trying to persuade their readers to internalize some sort of “moral obligations” towards their body. Other authors, like Wykes and Gunter [10] or Starzomska and Buławska [11], basing on the results of empiric research write about issues which overlap with both sociology and socio-psychology. In this way they prove that people exposed to the contact with images of slender models and actors tend to perceive their own bodies’ measurements as excessive and to decrease

się też autorzy prac z pogranicza socjologii i psychologii społecznej, tacy jak Wykes i Gunter [10] czy Starzomska i Buławska [11]. Odwołując się do wyników badań eksperymentalnych dowodzą oni, że kontakt z wizerunkami szczupłych modeli i aktorów powoduje przesadną ocenę wymiarów własnego ciała oraz obniżanie się samooceny cielesnej i zadowolenia z ciała. Autorzy wspomnianych prac wchodzą w ten sposób w polemikę z bagatelizującymi konformizujący wpływ przekazów kultury masowej postmodernistami i populistami kulturowymi.

Ludzka tożsamość w ponowoczesnym społeczeństwie konspiracyjnym jest tożsamością opartą na ciele, ale nie chodzi tutaj o wewnętrzne doświadczenie ciała, ale o internalizowane przez jednostki wzorce cielesności funkcjonujące w kulturze masowej. Ich życie podporządkowane zostaje w efekcie próbom ich realizacji. Próby te są jednak z góry skazane na niepowodzenie, ponieważ lansowany w mediach wzór ciała glamour to wzór ciała „idealnego” w jaskrawie nierealistycznym sensie. Nawet gwiazdy kultury masowej nabierają „właściwego” wyglądu dopiero po poddaniu ich wizerunków obróbce na fotoshopie. Z kolei charakteryzujący dyskurs kultury masowej obligatoryjny hedonizm ma „samopodkopujący się” charakter, gdyż – jak słusznie wskazywał Bauman – obowiązkowa przyjemność przestaje w jakiejś mierze być przyjemna, staje się źródłem trosk i frustracji. Ponowoczesna kultura masowa jest zatem w istocie źródłem cierpienia: szczególnie dla tych, których ciała odbiegają znacznie od obowiązującego ideału: którzy są starzy, chorzy, niepełnosprawni. Obowiązujący dyskurs kulturowy skłania ich bowiem do myślenia o własnym życiu jako o pozbawionym jakiegokolwiek sensu.

Remedium na ich cierpienia mogłaby być budowa tożsamości narracyjnej opartej na wewnętrznym doświadczeniu cielesności, możliwość tworzenia której sugeruje Shusterman. Tożsamość taka wydaje się bowiem cechować dużym potencjałem w dziedzinie usensowniania cierpienia i tragicznych aspektów ludzkiej egzystencji [12]. Problem polega jednak na tym, że sposoby myślenia i doświadczania ciała kształtowane przez współczesną kulturę masową, budowę takiej tożsamości utrudniają [13].

Kultura masowa nie kreuje tożsamości jednostki opartej na dialogu wewnętrznym. Mamy tu do czynienia z tożsamością, jak pisze Melosik, typu „supermarket”, charakterystyczną dla społeczeństwa konsumpcji. Jest to tożsamość upozorowana, w tym sensie, że jest tworzona, a raczej wybierana, niejako „przywdziewana” w zależności od panującej mody. Konsumpcjonizm, jak zaznacza Melosik, jest bardzo radosny, gdyż stwarza jednostce właściwie nieograniczone perspektywy zmiany i wyboru tożsamości; jedyne ograniczenie to zasób portfela. Procesy te decentralizują i fragmentaryzują tożsamość [14]. Ową decentralizację rozumiemy jako odejście od wewnętrznego podmiotu, który pełnił rolę aktywnego i scalającego treści kształtującego się ja. Teraz jest biernym, podporządkowującym siebie zewnętrznym normom.

Człowiek kształtowany przez bierną percepcję przekazów kultury masowej oducza się aktywności dialogicznej nie tylko wobec poglądów innych, ale również wobec siebie, swoich nowych doświadczeń, sytuacji. Nie tworzy własnej historii, do której wpisuje nowe dane ze świata, lecz usiłuje wpisać się w metanarrację proponowaną przez massmedia. Jego własna opowieść umiera. Jest to sytuacja, którą przemiany kulturowe ostatnich dekad, wynikające z częściowego wypierania tradycyjnej kultury masowej przez postmasową kulturę popularną związaną z internetem, zmieniły jedynie w niewielkim stopniu. Choćby bowiem nowe media umożliwiają jednostce aktywne wypowiedzanie się, dominującym celem owych wypowiedzi nie jest autoekspresja i dążenie do osiągnięcia samozrozumienia

the self-assessment and self-content of their bodies. In this way the authors of the above mentioned articles get involved into polemics with post-modernists and cultural populists who underestimate the conformising impact of the mass culture media.

The human identity in the post-modern consumer society is an identity based on the body, but it does not mean inner bodily experience, but the internalized by individuals corporeality models functioning in mass culture. As a result, they subordinate their lives to achieve the desired models. However the attempts are doomed to failure, as the glamour body model launched by the media is the model of an “ideal” body presented in a bright unrealistic context. Even pop culture stars take on the “right” look only after their images are processed in Photoshop. Obligatory hedonism, characteristic of mass culture discourse, has a self-undermining character, because – as Bauman rightly pointed out – obligatory pleasure ceases to be pleasant to some extent, and becomes a source of concern and frustration. It means that post-modern mass culture is, in a way, a source of suffering; especially for those whose bodies significantly differ from the ideal body shape: the elderly, affected by diseases, disabled. Current cultural discourse make those people think of their lives as deprived of meaning.

A remedy to all their sufferance could be – as it is suggested by Shusterman – building a narrative identity based on inner bodily experience. This identity seems to be characterized by a great potential in the field of giving meaning to human sufferance and other tragic aspects of human existence [12]. However, the problem is that the ways of thinking and experiencing the body, which are formed by modern mass culture, make it difficult to build such an identity [13].

Mass culture does not create an individual's identity based on an inner dialogue. Its identity is, as Melosik defines it, of a ‘supermarket’ type, characteristic of the consumer society. It is a disguised identity, which means that it is built, or rather selected, according to the present situation, as if someone somehow put it on like a coat. Consumptionism, points out Melosik, is full of joy because it offers a human practically unlimited possibilities of changing and selecting identities, which are limited only by his or her financial resources. The processes decentralize and fragmentize an individual's identity [14]. The decentralization is understood as departure from the inner subject, who used to play the role of an active and integrating the contents ‘me’. Therefore, now a human is passive and submits himself or herself to the outer norms.

People shaped by a passive perception of messages transmitted by the mass media unlearn the activity based on dialogue not only with the views of others, but also with themselves, their new experiences, situations. Such people do not create their own history, where they insert new data from the world, but they try to insert themselves in the meta-narration offered by the mass media. Their own stories are dying. This situation has changed a little despite cultural changes of the last few decades resulting from a partial displacement of the traditional mass culture with the post-mass popular culture related to the Internet. Although the new media make it possible for an individual to express actively his or her beliefs, the dominant objective of those statements is not self-expression and an endeavor to achieve self-comprehension, but a pursuit to be in vogue, gain social recognition, ‘launch’ oneself, that is the aspirations formed when the old media prevailed. Instead of telling our own story, we tell a story that we believe others would like to hear. In addition, so far the appearance of new media has not undermined, at least it seems so,

mienia, lecz ukształtowane już w dobie panowania starych mediów dążenie do bycia modnym, do zdobycia uznania społecznego, do „lansowania się”. Zamiast własnej opowieści opowiadamy więc historię, którą – jak mniemamy – chcieliby usłyszeć inni. W dodatku pojawienie się nowych mediów nie wydaje się podkopywać panowania wzorców cielesności propagowanych przez stare media, które nie odeszły w przeszłość.

Owo panowanie sprawia zaś, że zanika umiejętność osobistego odnoszenia się do własnego ciała. Doznania cielesno-zmysłowe są bowiem percypowane w sposób zinstrumentalizowany, techniczno-manipulacyjny i służą sprawowaniu i kontrolowaniu zgodności cielesnych „parametrów” – tak zewnętrznych, jak i doznaniowych – z obowiązującymi normami. Jak pisze, wspomniany już wielokrotnie, Richard Shusterman: „Kultura współczesna promuje fałszywe wizerunki doskonałości cielesnej, aby służyć interesom kapitalistycznego przemysłu reklamowego i propagandzie politycznej. Wyobcowuje i reifikuje ciało, traktując je jako zewnętrzny mechanizm podzielony na strefy intensywnej pracy mającej na celu ostentacyjnie wymierne rezultaty (stąd specjalne zajęcia poświęcone mięśniom brzucha, udom, pośladkom i całej reszcie oraz nasze zaabsorbowanie wymiarami ciała). Redukując ciało do zewnętrznego mechanizmu, praktyki takie traktują je jako wyłącznie użytkowe narzędzie, nie zaś jako aspekt indywidualności osoby, jako cel sam w sobie” [15].

Z kolei Zygmunt Bauman podkreśla, że tego rodzaju uprzedmiotawiającej kontroli podlegają nie tylko zewnętrzna forma cielesna, ale i wewnętrzne zmysłowe doznania, analizowane przez jednostkę pod kątem realizacji wymogów cechującego ponowoczesne społeczeństwo obligatoryjnego hedonizmu [8]. W efekcie ciało w ponowoczesności traci swój wymiar symboliczny. Jego odczytanie wymagałoby bowiem poddania doświadczeń cielesnych i dotyczących ciała nieinstrumentalnej refleksji, którą instrumentalizacja myślenia o ciele uniemożliwia lub przynajmniej utrudnia. Co więcej, wydaje się również, że niezbędną podstawą do odczytania symbolicznego wymiaru cielesności jest postrzeganie ciała jako organu ekspresji jakiegoś podmiotu, co również utrudniane jest przez reifikujące ciało uwarunkowania kulturowe. Massmedia uczą nas bowiem postrzegania go z perspektywy zinternalizowanych przez jednostkę norm społecznych – takich jak zasada dążenia do społecznego uznania czy wzorce genderowe – i traktowania go jako zbioru danych, które należy kontrolować z punktu widzenia zgodności z aktualnie obowiązującymi normami. Wpajają swoim odbiorcom umiejętność zauważania i oceniania jędrności skóry, bieli zębów czy blasku włosów. Uczą jak dostrzec, czy naskórek nie jest przesuszony, mięśnie zwiótzałe, a makiążą niegodny z aktualnie obowiązującą modą. Jedynym, co pozostaje niedostrzeżone, jest reprezentowana przez ciało żywa i czująca obecność.

Tymczasem spośród wszystkich obiektów doświadczanego przez nas świata tym, który najlepiej nadaje się do odczytania w kategoriach symbolicznych, pozwalających nam na zrozumienie i usensownienie naszego życia, jest nasze ciało. Wynika to głównie z faktu, że nasze istnienie jest nierozdzielnie związane z ciałem – to dzięki ciału możemy działać w świecie i świata doświadczać; ciało dożywa, starzeje się i umiera wraz z nami. Myślenie o sobie za pomocą owych symboli – jako aktywność umysłowa bardziej spontaniczna i intymna niż myślenie za pomocą dostarczanych przez społeczeństwo kategorii pojęciowych – pozwala nam zaś na budowanie form tożsamości bardziej zakorzenionych w indywidualnym doświadczeniu. Przywracanie i rozwijanie zdolności do takiego myślenia jawi się więc jako istotne zadanie, przed którym stoją współcześni filozofowie, terapeuci i artyści.

the prevailing bodily patterns propagated by the traditional media, which by no means left the scene.

The fact that they are still prevailing is the reason why the ability of personal reference to one's own body is disappearing. Corporeal-sensual experiences are perceived instrumentally, in a techno-manipulative way, and they serve to control compliance of bodily 'parameters' – both inner and experienced – with the established standards. As Richard Shusterman, numerous times aforementioned, writes: "Contemporary culture promotes false images of bodily excellence to serve the interests of capitalist advertising and political propaganda. It alienates and reifies the body by treating it as an external mechanism that is anatomized into areas of intensive labor for ostentatiously measurable results (hence our specialized classes devoted to abdomens, thighs, buttocks and the rest, and our preoccupations with body measurements). In reducing the body to an external mechanism, such practices treat the body as merely an instrument for use and not an aspect of a person's individuality as end in itself" [15].

On the other hand Zygmunt Bauman notes that not only the outer bodily form is subject to this kind of the objectified control, but such a control undergoes also one's inner sensual experiences which are analyzed by an individual in terms of meeting the requirements typical of the post-modern society of obligatory hedonism [8]. As a result, the body in post-modernism loses its symbolic dimension. Its interpretation would need a non-instrumentalized reflection on both bodily and body-related experiences, which is impossible or hardly possible due to the instrumentalization of thinking of the body. Moreover, it seems there is another factor which is indispensable to interpret a symbolic bodily dimension, that is bodily perception as an organ of a subject's expression, which is also hindered by cultural factors reifying the body. The mass media teach us to perceive the body in terms of the social norms internalized by an individual – for example, aspiration for social recognition or gender models – and treat it as a set of data that have to be controlled whether they conform to the current standards. The mass media instill in their consumers an ability to pay attention to turgidity of skin, whiteness of teeth or shiny hair and evaluate all that. They teach how to notice whether epidermis is too dry, muscles are flabby, and make-up out of fashion. The only thing that remains unnoticed is a living and feeling presence represented by the body.

It is essential to note that out of all the objects in the world that we experience, the one which is suited best to interpretation of the world in terms of symbolic categories which allow us to understand and give meaning to life is our own body. That is due to the fact that our existence is inseparably connected to the body – thanks to the body we can act in the world and experience the world; the body grows, ages and dies with us. Therefore it is perceived by us as a source of exceptionally adequate symbols which help us understand life, that is to be spontaneous and conscious, experiencing pleasure and suffering, and be threatened with death. Thinking of oneself in terms of these symbols – as a mental activity which is more spontaneous and intimate than thinking in terms of the categories provided by the society – allows us to build identity forms which are more rooted in our individual experience. Returning to this way of thinking and developing this ability appear to be an important task which contemporary philosophers, therapists and artists have to face.

Piśmiennictwo

References

- [1] Cierpka A. *Tożsamość narracyjna młodzieży a relacje rodzinne*, [w:] E. Dryll, A. Cierpka (red.) *Psychologia narracyjna*. Eneteia, Warszawa 2011, s.149.
- [2] Merleau-Ponty M. *Fenomenologia percepcji*. Aletheia, Warszawa 2001, s. 89-90, 219-220.
- [3] Shusterman R. *Świadomość ciała. Dociekania z zakresu somaestetyki*. Universitas, Kraków 2010, s. 82, 94-95.
- [4] Furman M. *Maurice'a Merleau-Ponty'ego koncepcja cielesnego doświadczenia świata i jego konsekwencji*, [w:] A. Kiepas, E. Struzik (red.) *Terytorium i peryferia cielesności*. Uniwersytet Śląski, Katowice 2010, s. 184.
- [5] Turner B. S. *The Body and Society*, Sage, London 1996, s. 57, 234.
- [6] Shilling Ch. *The Body in Social Theory*, Sage, London 2003, s. 5.
- [7] Featherstone M. *The Body in Consumer Culture*, [w:] M. Featherstone, M. Hepworth, Bryan S. Turner (red.) *The Body. Social Process and Cultural Theory*. Sage, London 2001, s. 44-45, 170-171.
- [8] Bauman Z. *Ciało i przemoc wobec ponowoczesności*. UMK, Toruń 1995, s. 89, 95, 97.
- [9] Coupland J. *Ageist Ideology and Discourses of Control in Skincare Product Marketing*, [w:] J. Coupland, R. Gwyn (red.) *Discourse, the Body and Identity*, Palgrave Macmillan, New York 2003.
- [10] Wykes M., Gunter B. *The Media and Body Image*, Sage, London 2005.
- [11] Starzomska M., Buławska Ż. *Wpływ prezentacji kostiumów plażowych i bielizny na obraz siebie u kobiet i mężczyzn*, [w:] A. Brytek-Matera (red.) *Ciało w dobie współczesności. Wybrane zagadnienia z problematyki obrazu własnego ciała*. Difin, Warszawa 2010, s. 195-225.
- [12] Bidacha M., Małek K. *Tożsamość narracyjna osób doświadcujących choroby zagrażającej życiu. Prezentacja ujęcia teoretycznego i jej egzemplifikacja empiryczna*, [w:] E. Dryll, A. Cierpka (red.) *Psychologia narracyjna*. Eneteia, Warszawa 2011, 329.
- [13] Baudrillard J. *Spółczesność konsumpcyjna. Jego mity i struktury*. Sic, Warszawa 2006, s.169.
- [14] Melosik Z., Szkudlarek T. *Kultura, tożsamość i edukacja. Migotanie znaczeń*. Impuls, Kraków 1998, s. 64.
- [15] Shusterman R. *O sztuce i życiu. Od poetyki hip-hopu do filozofii somatycznej*. Atła 2, Wrocław 2007, s. 100-101.

Adres do korespondencji:
Address for correspondence:

Joanna Femiak
Trębki Nowe 81a
05-170 Zakroczym

Wpłynęło/Submitted: VI 2012
Zatwierdzono/Accepted: VI 2012

Zespół bólu mięśniowo-powięziowego – etiologia, patogeneza, symptomatologia

Myofascial pain syndrome – etiology, pathogenesis, symptomatology

numer DOI 10.2478/v10109-012-0012-3

Małgorzata Chochowska^{1,2}, Marcin Wytrążek³, Jerzy T. Marcinkowski¹, Juliusz Huber⁴

¹ Katedra Medycyny Społecznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Chair of Social Medicine, Karol Marcinkowski University of Medical Sciences in Poznań

² Wyższa Szkoła Edukacji i Terapii w Poznaniu
The College of Education and Therapy, Poznań

³ Pracownia Terapii Manualnej i Masażu Wyższej Szkoły Edukacji i Terapii w Poznaniu
Manual Therapy and Massage Lab, The College of Education and Therapy, Poznań

⁴ Zakład Patofizjologii Narządu Ruchu Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
Department of Pathophysiology of Locomotor Organs, Karol Marcinkowski University of Medical Sciences, Poznań

Streszczenie:

Zespół bólu mięśniowo-powięziowego (MPS, ang. myofascial pain syndrome) należy do najczęściej spotykanych zaburzeń czynnościowych tkanek miękkich. W większości przypadków objawy bólowe przemijają samoistnie w ciągu kilku tygodni, jednak mogą ewoluować do postaci utajonej. MPS definiowany jest jako zespół objawów czuciowych, ruchowych oraz ze strony autonomicznego układu nerwowego, spowodowanych występowaniem mięśniowo-powięziowych punktów spustowych bólu (TrP, ang. trigger points). Może być obserwowany nawet u 85% pacjentów zmagających się z bólem pourazowym oraz u ponad 90% pacjentów zgłaszających się do lekarza z powodu bólu w przebiegu innej jednostki chorobowej. Pomimo to pozostaje często nierozpoznawany. Liczne badania potwierdzają występowanie komponenty mięśniowo-powięziowej w przypadku bardzo zróżnicowanych zespołów bólowych: w napięciowych bólach głowy; bólu stawów skroniowo-żuchwowych, (zespół Costena); dolegliwościach przedramienia i ręki (w tym w zespole cieśni nadgarstka); a także w zespołach bólowych kręgosłupa. Ponadto u pacjentów ze zdefiniowaną przyczyną dolegliwości MPS może stanowić nierozpoznaną komponentę bólu. Etiologia powstawania MPS jest wieloczynnikowa, a patogeneza nie do końca poznana. Najczęściej tłumaczy się ją hipotezą łączącą teorię „kryzysu energetycznego” z teorią „połączenia nerwowo-mięśniowego” („teorią płytki motorycznej”) i „zaburzeń refleksyjnych (odruchowych)”.

Słowa kluczowe: ból mięśniowo-powięziowy, etiologia, patogeneza, obraz kliniczny.

Abstract:

Myofascial pain syndrome (MPS) is the most common soft tissue dysfunction. In most cases pain symptoms fade away spontaneously within a few weeks, however they can evolve to a latent form. This syndrome is defined as sensory, motor and autonomic symptoms caused by the presence of myofascial trigger points (TrP). Myofascial pain syndrome can be observed even in 85% of patients suffering from posttraumatic pain and in 90% of patients seeking medical advice because of the pain in the course of another disease. Despite its very high prevalence, MPS remains often unrecognized, and consequently does not undergo the right treatment. Numerous researches confirm the presence of a myofascial component of pain in very diverse pain syndromes, such as: tension type headaches, temporomandibular joint dysfunctions, forearm and hand pain and also in back pain syndromes. In addition, even in patients with clearly defined cause of pain, MPS can remain an unrecognized component of pain. Etiology of MPS is multifactorial and pathogenesis is not fully understood. Currently, it is usually explained on the basis of integrated hypothesis combining “energy crisis theory” with “motor endplate hypothesis” and “radiculopathic model”.

Key words: myofascial pain syndrome, etiology, pathogenesis, symptomatology.

Badania nad bólem mięśniowo-powięziowym

Zespół bólu mięśniowo-powięziowego (MPS, ang. *myofascial pain syndrome*) był odkrywany i opisywany na nowo przez kilka stuleci. W XVI w. interesował się nim de Baillou, w 1816 r. brytyjski lekarz Balfour opisywał „guzki i zgrubienia”, które były bolesne uciskowo i z których ból pro-

Research on myofascial pain syndrome

For a few centuries myofascial pain syndrome (MPS) has been discovered several times and then described in the new light. Already in the 16th century it was de Baillou who got interested in it, whereas in 1816 a British physician Balfour described “nodules and indurations”, which were

mieniował do sąsiednich okolic. W 1989 r. niemiecki lekarz Strauss omawiał „małe tkliwe guzki wielkości jabłka oraz bolesne palpacyjnie pasma wielkości ołówka i małego palca” [1]. Przez wiele lat, opisując tego typu zjawisko, używano określeń typu: fibrositis, mialgia, mialgia idiopatyczna bądź reumatyczna, reumatyzm pozastawowy czy mięśniowy [2].

Badacz polskiego pochodzenia Michał Gutsteina (vel Gutstein-Good, vel Good) i Australijczyk Michael Kelly prowadzili niezależne badania, których wyniki wniosły ogromny wkład w rozwój wiedzy na temat zespołu bólu mięśniowo-powięziowego. Jednak największe zasługi w tej dziedzinie przypisuje się Janet Travell, która zainteresowała się bólem mięśniowo-powięziowym w latach 30. XX w., po lekturze publikacji Kellgrena, opisującego powstanie bólu rzutowanego wielu mięśni i więzadeł kręgosłupa po ich ostrzyknięciu hipertonicznym roztworem soli. Autorka już w 1952 r. opisała mięśniowo-powięziowe pochodzenie bólu ze szczegółowymi formami bólu rzutowanego dla 32 mięśni [za:1]. W latach 60. XX w. Travell rozpoczęła współpracę z Simonsem (opublikowali „Trigger point manual”). Dzieło to stanowi, pomimo upływu lat, najważniejszą publikację z tej dziedziny, opisującą ponad 150 form mięśniowego bólu rzutowanego oraz zawierającą obszernie podstawy naukowe [2, 3].

Zespół bólu mięśniowo-powięziowego

Objawiające się bólem czynnościowe zaburzenia mięśniowo-powięziowe należą do najczęściej spotykanych zaburzeń czynnościowych tkanek miękkich [4, 5]. W większości przypadków (nawet do 95%) przemijają one samoistnie w ciągu kilku tygodni (maksymalnie do trzech miesięcy), bez podjęcia interwencji medycznej [6]. Jeżeli jednak ból utrzymuje się, a stan pacjenta pogarsza, to wtedy określa się go „zespół bólu mięśniowo-powięziowego” [3, 7], co – zdaniem niektórych badaczy – można stosować zamiennie z terminem „dysfunkcja mięśniowo-powięziowa” [8, 9].

MPS jest definiowany jako dolegliwości czuciowe, ruchowe i autonomiczne, spowodowane występowaniem punktów spustowych bólu (*trigger points*, TrP) [1]. TrP wchodzi w skład kryteriów podanych przez Simonsa i wsp. [10], które muszą zaistnieć, aby możliwe stało się rozpoznanie MPS. Pozostałymi predykatami są: wyczuwalne palpacyjnie napięte pasmo włókien mięśniowych (tzw. napięta taśma), w obrębie której stwierdza się występowanie bolesnego zgrubienia. Jego uciśnięcie, podrażnienie igłą lub tylko rozciągnięcie tkanek otaczających wywołuje ból niewspółmierny do natężenia bodźca, często promieniujący, który pacjent rozpoznaje jako wcześniej doświadczany. Właśnie ten tkliwy punkt określa się nazwą – punktu spustowego bólu.

W późniejszej publikacji tego samego autora można odnaleźć użyteczną w praktyce klinicznej charakterystykę TrP, zawierającą w sobie odniesienia do wywiadu chorobowego oraz podstawowe i dodatkowe kryteria diagnostyczne (tab. 1) [11].

Obecnie stan chorego, u którego stwierdzono obecność MPS, może zostać oceniony w sposób obiektywny. Jedną z metod jest pomiar wrażliwości uciskowej tkanek (algometria), który może służyć także do oceny skuteczności zabiegów stosowanych w terapii punktów spustowych [12-14]. Istnieje także możliwość zarejestrowania w badaniu elektromiograficznym charakterystycznej czynności bioelektrycznej z obszaru aktywnego punktu spustowego [15, 16].

painful when pressed and from where the pain was radiating to surrounding areas. In 1989 a German physician Strauss discussed those “small, tender and apple-sized nodules and painful, pencil-sized to little-finger-sized palpable bands” [1]. For years while describing this type of phenomenon the following terms were used: fibrositis, myalgia, idiopathic or rheumatic myalgia, extra-articular or muscular rheumatism [2].

Two researchers are considered to be of key importance in the development of myofascial medicine: a researcher of Polish origin Michał Gutstein (alias Gutstein-Good, alias Good) and Michael Kelly from Australia. They carried out their studies independently one from the other contributing enormously to the development of knowledge about MPS. However, the greatest merit is attributed to Janet Travell, who got interested in MPS in the 1930s after having read Kellgren's publication on the origin of referred pain of many muscles and spinal ligaments when aerosolized with hypertonic saline solution. Travell, already in 1952, described myofascial origin of the pain including particular forms of referred pain for 32 muscles [1]. In the 1960s she started her collaboration with Simons, which resulted in a two-volumed publication “The Trigger Point Manual”. Despite the time that has passed since then, the book is still the most important position in this field. It describes over 150 forms of referred muscle pain and it contains vast scientific fundamentals [2, 3].

Myofascial pain syndrome

Myofascial dysfunctions that manifest themselves in pain belong to the commonest soft tissues dysfunctions [4, 5]. In the majority of cases (even up to 95%) they fade away spontaneously within a few weeks (up to three months) with no help of medical treatment [6]. The case when the pain persists over time and the patient's condition worsens is called a myofascial pain syndrome [3, 7], which – according to some researchers – can be used interchangeably with the term myofascial dysfunction [8, 9].

MPS is defined as sensory, motor and autonomic disorders caused by the presence of myofascial trigger points (TrP) [1]. The presence of TrPs is included in the list of the minimum criteria set up by Simons et al. [10] that has to occur to diagnose MPS. The other predicates are as follows: palpable taut bands of muscle fibers where a painful induration can be felt, which when pressed, irritated with a needle or when simply the adjacent tissues get stretched evokes the pain, often radiating, that becomes unproportionally intense to the stimulus received; this pain is recognized by the patient as one he or she felt previously. It is this tender point that is called a pain trigger point.

In his later publication the same author presents a TrP description, very useful in clinical practice, that includes references to a clinical interview as well as basic and supplementary diagnostic criteria (Tab. 1) [11].

Nowadays, the condition of the person with a diagnosed MPS can be assessed objectively. One of the methods used for this purpose is algometry which determines one's sensitivity to pain produced by pressure, and which can also be applied to assess the effectiveness of treatments prescribed in a trigger point therapy [12-14]. Electromyography can record a characteristic bioelectrical activity collected from the area of an active trigger point [15, 16].

Tabela 1. Charakterystyka mięśniowo-powięziowych punktów spustowych [11]

Table 1. Characteristics of myofascial trigger points [11]

Dane z wywiadu: Data from interview: – ból miejscowy – <i>local pain</i> – początek nagły z epizodem przeciążenia mięśni – <i>abrupt beginning with an episode of muscular overstrain</i> – początek długotrwały, związany z przewlekłym skróceniem mięśni – <i>long-lasting beginning related to a chronic muscle shortening</i> – początek związany z sumującym się w czasie uszkodzeniem (symptomy narastają wraz z eskalacją czynnika sprawczego/stresora) – <i>beginning related to the built-up over time injury (symptoms increase with escalation of the stress factor)</i>
Kliniczne kryteria diagnostyczne: Clinical diagnostic criteria: – napięte pasmo mięśni (tzw. napięta taśma) – <i>taut bands of muscle fibers</i> – tkliwy punkt w obrębie napiętego pasma mięśni (TrP) – <i>tender point within taut bands (TrP)</i> – pojawienie się bólu promieniującego/przeniesionego, wywołanego uciskiem – <i>presence of referred pain caused by pressure</i> – rozpoznanie bólu jako wcześniej odczuwanego (dotyczy tylko aktywnych TrP) – <i>pain is recognized by the patient as previously felt (only in active TrPs)</i>
Pozostałe kryteria kliniczne: Other clinical criteria: – lokalna odpowiedź skurczowa włókien mięśniowych w odpowiedzi na ucisk (trudna do uzyskania) – <i>local contraction of muscle fibers in response to the pressing stimulus (difficult to obtain)</i> – natychmiastowe rozluźnienie napiętego pasma mięśni w odpowiedzi na ukierunkowane leczenie – <i>immediate relaxation of a taut band in response to goal-directed treatment</i> – istnienie „centralnych” i „towarzyszących” TrP – <i>existence of “central” and “accompanying” TrPs</i>

Rozpowszechnienie bólu mięśniowo-powięziowego

Według licznych badań epidemiologicznych istnieje duży odsetek chorych, u których stwierdzono obecność MPS. Fishbain i wsp. [17] stwierdzili obecność punktów spustowych bólu aż u 85% chorych badanej przez siebie populacji. Natomiast Gerwin [18] rozpoznał TrP u 93% chorych z objawami bólowymi o różnej etiologii, przy tym w 74% przypadków rozważał ich obecność jako główną przyczynę bólu. Z kolei zdaniem Wheelera [19] MPS dotyczy 85% osób zmagających się z bólem pourazowym oraz ponad 90% osób zgłaszających się do lekarza z powodu bólu w przebiegu innej jednostki chorobowej. Friction i wsp. [20] uważają, że etiologii mięśniowo-powięziowej można się doszukać u 55% pacjentów cierpiących na ból głowy i szyi. Drewes i Jennum [21] podają, że obecność MPS stwierdza się u 37% mężczyzn i 60% kobiet w wieku 30-60 lat. Szacunkowo wysokie wartości wskazuje też Magni [22], zdaniem którego syndrom ten dotyka 44 milionów Amerykanów.

Jednak – jak podaje Bennett [6] i Dommerholt [1] – pomimo tak powszechnego występowania, MPS pozostaje nierozpoznany i w związku z tym jest objęty leczeniem w przypadku wielu schorzeń narządu ruchu. Zdaniem Travell i Simonsa [3], diagnoza MPS powinna być brana pod uwagę w tych wszystkich przypadkach, w których nie można i w sposób nie budzący wątpliwości określić przyczyny bólu, ponieważ jedynym markerem występujących zmian są niespecyficzne skargi zgłaszane przez pacjentów. Bennett [6] wskazuje tu: chorobę zwyrodnieniową stawów, zapalenie kaletek maziowych oraz ścięgien i ich przyczepów kostnych. Liczne badania potwierdzają występowanie

Prevalence of myofascial pain

According to numerous epidemiological studies there is a high percentage of patients with a diagnosed MPS. Fishbain et al. [17] identified pain trigger points in as many as 85% of the patients in the study population. Whereas Gerwin [18] identified TrPs in 93% of the patients suffering from pains of different etiology; in 74% of the cases he considered TrPs were the main cause of the pain. In Wheeler's opinion [19] MPS affects 85% of people suffering from post-traumatic pain, and over 90% of people visiting doctors because of pain that accompany another disease. Friction et al. [20] claim that myofascial etiology can be detected in 55% of patients suffering from headache and neckache. Drewes and Jennum [21] report that MPS presence is diagnosed in 37% of men and 60% of women aged between 30-60 years. Fairly high values are reported by Magni [22] who estimates that the syndrome affects 44 million Americans.

However, as Bennett [6] and Dommerholt [1] claim MPS still remains unrecognized despite its common prevalence, and consequently patients suffering from motor organ disorders do not undergo any medical treatment. According to Travell and Simons [3], diagnosis of MPS should be taken into consideration in all the cases where it is not possible to determine clearly and undoubtedly the cause of pain. Bennett [6] indicates such diseases as: degenerative joint disease, bursitis, tendinitis and entezopathy. Numerous studies confirm the prevalence of myofascial components in the case of highly varied pain syndromes, e.g. in tension-type headaches [23]; temporomandibular pain caused by dynamic dysfunctions of the joints (Costen's syndrome)

komponenty mięśniowo-powięziowej w przypadku bardzo zróżnicowanych zespołów bólowych, m.in. w: napięciowych bólach głowy [23]; bólu stawów skroniowo-żuchwowych spowodowanych dynamicznymi zaburzeniami czynności tego stawu (zespół Costena) [24]; dolegliwościach przedramienia i ręki (w tym w zespole cieśni nadgarstka) [25]; a także w zespołach bólowych kręgosłupa – zarówno w odcinku szyjnym [26], jak i lędźwiowo-krzyżowym [27].

Ponadto uważa się, że nawet u pacjentów, u których zdefiniowano przyczynę zgłaszanych dolegliwości (np. reumatoidalne zapalenie stawów), MPS może stanowić nierozpoznaną komponentę bólu [1, 6]. Postawienie „głównego” rozpoznania nie wyklucza bowiem współistnienia MPS.

Obraz kliniczny

Symptomatologia MPS jest bardzo bogata. Głównym objawem jest zwykle ból, opisywany jako głęboki, często połączonym z uczuciem sztywności i promieniowania. Niekiedy pacjenci wskazują też na uczucie „palenia” lub „mrowienia”, zwłaszcza w odniesieniu do mięśni położonych powierzchwnie (np. mięśnia szerokiego szyi) [1]. Ponadto Borg-Stein i Simons [7] zauważają, że pacjenci z MPS mogą skarżyć się na osłabienie mięśni (powstające prawdopodobnie z powodu odruchowego hamowania w odpowiedzi na stymulację nocyceptywną), częściową niezdolność do pracy, zmęczenie oraz zaburzenia snu. Lewit [28] wskazuje na wysoką zależność pomiędzy istnieniem TrP a zaburzeniami gry stawowej, prowadzącej do przeciążenia w obrębie stawu, a z czasem do jego dysfunkcji.

Ponadto TrP mogą być powodem dysfunkcji motorycznych i zaburzeń autonomicznych [2, 10]. Jeżeli ból umiejscowiony jest w systemie mięśniowym głowy i szyi, pacjent może odczuwać zawroty głowy, szumy uszne oraz zaburzenia równowagi [7]. Do innych zaburzeń autonomicznych związanych z TrP należą też: zwężenie naczyń krwionośnych, łzawienie i stroszenie włosów [1].

Podrażnienie TrP może wywoływać zjawisko bólu promieniującego (rzutowanego) – o odległej lokalizacji – niekoniecznie ograniczającego się do pojedynczych szlaków segmentarnych lub obwodowego rozkładu unerwienia. Fenomen ten sprawia, że zgłaszane dolegliwości są często błędnie diagnozowane i przez to niewłaściwie leczone.

Identyfikację rzeczywistego źródła bólu ułatwiają specjalne mapy projekcji bólowych, stworzone na podstawie wielu lat badań i obserwacji przez Travell i Simonsa [2] oraz Simons i wsp. [10]. Ponadto – jak piszą Chaitow i Fritz [29] – „na szczęście” z większością TrP położonych w konkretnych miejscach u różnych osób łączą się zwykle podobne obszary projekcji bólowej. Autorzy podają, że TrP mięśni pochylących będą zawsze rzutowane na rejon barku, a TrP mięśnia brzuchatego łydki – w okolice stawu skokowego. Jednocześnie Dommerholt [1] zauważa, że choć ustalono typowe formy rzutowania bólu, to pacjenci reagują często odmiennie.

Do często opisywanych objawów należy lokalny skurcz mięśni, w odpowiedzi na próbę przesuwania poszczególnych włókien, oraz ich przeskakwanie pod palcami przy próbie uciśnięcia [30]. Należy również wspomnieć, że podrażnienie TrP wywołuje tak silny ból, że spotyka się to z gwałtowną reakcją pacjenta: werbalną lub motoryczną, co jest opisywane jako *jump sign* („podskok z krzykiem”).

Przyczyny powstawania zaburzeń czynnościowych w obrębie mięśniowo-powięzi

Zaburzenia czynnościowe tkanek miękkich i MPS mogą rozwinąć się nagle, kiedy w krótkim czasie dojdzie do zdarzenia znacznie przewyższającego wytrzymałość tkanek lub w wyniku sumujących się w czasie serii mikrourazów.

[24]; forearm and hand pain (including Carpal tunnel syndrome) [25]; spinal pain syndromes – both in neck [26] and low back [27].

Moreover, it is thought that even in patients whose pain has a clearly identified source (e.g. rheumatoid arthritis), MPS can remain an unrecognized component of pain [1, 6]. Diagnosing the “principal” disease does not exclude coexistence of MPS.

Clinical picture

Symptomatology of MPS is very rich. The main symptom is usually pain, described as “deep”, often related to joint stiffness and pain radiation. Sometimes patients indicate the feeling of “burning” or “pins and needles”, which particularly affects the superficial muscles (e.g. platysma muscle) [1]. In addition, Borg-Stein and Simons [7] notice that patients with MPS can complain of muscle weakening (which results most probably from reflexive restrain performed in response to a nociceptive stimulation), partial unfitness for work, fatigue and sleep disorders. Lewit [28] shows a high interrelation between the TrP presence and disorders of joint play which leads to joint overload, and consequently to its dysfunction.

Moreover, TrPs can be the cause of motor dysfunctions and autonomic disorders [2, 10]. If the pain is located in the head and neck muscle system, the patient can feel dizzy, hear ringing in the ear and perceive balance disorders [7]. Other autonomic disorders related to TrPs include narrowing of blood vessels, lacrimation and woolly hair [1].

TrP irritation can cause the phenomenon of referred pain, which is of a distant location but not necessarily limited to specific segmental pathways or to the peripheral nervous system. Due to that, patients' health problems are often wrongly diagnosed, and therefore improperly treated.

It is easier to identify the real source of pain with the help of special maps of pain radiation made on the basis of long-lasting research and observations of Travell and Simons [2] and Simons et al. [10]. However, as Chaitow and Fritz [29] write “luckily” in most cases the TrPs located in specific zones in different people are related to similar areas of pain radiation. The authors report that the TrPs of pendant muscles will always refer the pain into the shoulder area, whereas the TrPs of gastrocnemius refer the pain into the ankle area. On the other hand, Dommerholt [1] notices that although typical patterns of pain radiation have been established, there is a significant variation between patients.

The most frequently described symptoms are: a local muscle contraction (a twitch) in response to an attempt to shove individual fibers or when they are moving under fingers when pressed [30]. It is worth mentioning that TrP irritation evokes such an intense pain that the patient reacts abruptly pulling away or twitching, which is called a *jump sign*.

The causes of dysfunctions in the myofascial area

Dysfunctions of soft tissues and MPS can develop in an abrupt situation, when in a short period of time happens something that exceeds the tissue strength, or as a result of a series of micro-injuries built up over time.

Kostopoulos i Rizopoulos [31] uważają, że mikrourazy mogą powstać zarówno w wyniku zadziałań gwałtownych sił (np. w wypadkach komunikacyjnych), jak i długotrwałych napięć posturalnych związanych z pracą zawodową. Wheeler i Aaron [32] postulują wpływ urazu bezpośredniego lub pośredniego (w łańcuchu następczych zaburzeń), istniejące wcześniej dysfunkcje posturalne i niekorzystne warunki fizyczne. Bennett [6] wymienia czynniki mechaniczne, takie jak: przeciążenie mięśni, dysbalans posturalny oraz wychłodzenie organizmu, ale zwraca też uwagę na czynniki psychologiczne związane z niepokojem i troskami chorego.

Obszerną listę czynników pozamechanicznych, sprzyjających podrażnieniu mięśni, przedstawiają także Travell i Simons [2], wskazując na: wysoki poziom stresu emocjonalnego, obciążenia psychiczne, zakłócenia gospodarki chemicznej, niedobór niektórych substancji chemicznych (np. żelaza, witaminy C, witamin z grupy B: kwasu foliowego, B₆, B₁₂;) oraz zaburzenia gospodarki hormonalnej, w tym niedobór hormonów tarczycy.

Poza tym Simons i wsp. [10] uważają, że również alergie, mogą być traktowane jako czynnik podtrzymujący lub nasilający ból mięśni (kiedy objawy alergiczne są minimalizowane, to odpowiedź na leczenie jest zwykle pozytywna). Ci sami autorzy przedstawiają także ciekawe spostrzeżenia dotyczące zaburzeń czynnościowych w obrębie mięśni wywołanych przez niektóre używki. Zdaniem badaczy o ile konsumpcja alkoholu zazwyczaj wiąże się z zaostrzeniem bólu, to kofeina w małych dawkach może nawet poprawić stan pacjenta. Z kolei spożywanie kofeiny w większych ilościach (dwie filiżanki kawy dziennie lub dwie puszki coca-coli) – zaostrza odczucia bólowe.

Patogeneza zaburzeń czynnościowych w obrębie mięśniopięści

Patogeneza powstawania zaburzeń czynnościowych w obrębie mięśniopięści, będących przyczyną dolegliwości bólowych w obrębie narządu ruchu nie jest do końca poznana. Najczęściej tłumaczy się ją hipotezą łączącą teorię „kryzysu energetycznego” z teorią „połączenia nerwowo-mięśniowego” („teorią płytki motorycznej”) i „zaburzeń refleksyjnych (odruchowych)” [4, 19, 33].

Teoria kryzysu energetycznego

Teoria kryzysu energetycznego zakłada, że pod wpływem wymienionych niekorzystnych czynników, wywołujących stres tkankowy, dochodzi do uwolnienia z tkanek substancji neurowoaktywnych (w tym: bradykininy, prostaglandyny, interleukiny-1 i substancji P), które zwiększają wrażliwość nocycceptorów [34]. Wymienione związki chemiczne zwiększają przepuszczalność naczyń krwionośnych, w wyniku tego w obrębie tkanek sąsiadujących rozwija się obrzęk. Obrzmiałe tkanki uciskają sąsiadujące naczynia włosowate, ograniczając tym samym dopływ krwi i wywołując lokalne niedokrwienie (ischemię). Jednocześnie ischemia wzmacnia wydzielanie substancji P zaostrzającej podrażnienie tkanek [34, 35].

W wyniku niedokrwienia rozwija się hipoksja, a niedostatek tlenu ogranicza zdolność wytwarzania energii, co doprowadza do upośledzenia funkcji tkanek [4, 33]. W warunkach niedokrwienia i związanej z nim hipoksji mogą pojawić się ból: bolesny skurcz mięśni, obkurczenie naczyń krwionośnych, zaburzenia koordynacji mięśniowej i obniżenie tolerancji wysiłkowej mięśni [10]. W tej sytuacji po pewnym czasie receptory bólowe ulegają uwrażliwieniu związanym z obniżeniem progu pobudliwości [33, 36]. Oznacza to, że nawet bodźce podprogowe interpretowane są jako wystarczające do wywołania reakcji obronnej. Wy-

Kostopoulos and Rizopoulos [31] think that micro-injuries can arise both due to traumatic experience (e.g. in car accidents) and long-lasting body tensions related to one's work. Wheeler and Aaron [32] advanced the idea that a direct or indirect injury (in a sequence of disorders) have an impact on already existing postural dysfunctions and unfavorable physical conditions. Bennet [6] names mechanical factors such as muscle overload, postural imbalance, body hypothermia, but he also underlines the importance of psychological factors related to the patient's anxiety and concern.

Travell and Simons [2] also list numerous extra mechanical factors possibly evoking muscle irritation, namely a high level of emotional stress, psychic burdens, chemical management disturbances, shortages of some chemical substances (e.g. iron, vitamin C, some vitamins of group B: folic acid, B₆, B₁₂;) and hormonal management disturbances including thyroid hormone insufficiency.

Simons et al. [10] claim that also allergies can be regarded as factors sustaining or increasing muscular pain. To back their statement the authors say that when allergy symptoms are reduced to minimum, the response to treatment is usually good. They also present interesting observations on muscle dysfunctions evoked by some stimulants. According to the researchers, alcohol consumption usually intensifies pain, whereas caffeine in small doses can improve the patient's condition, but if the amount increases (two cups of coffee or two tins of coke daily) the feeling of pain is more intense.

Pathogenesis of myofascial dysfunctions

Pathogenesis of myofascial dysfunctions that cause pain in motor organs is not fully known. Currently, it is usually explained on the basis of integrated hypothesis that combines the theory of “energy crisis” and the theory of “nerve-muscle link” (known also as “motor end-plate”) and the theory of “radiculopathic model” [4, 19, 33].

The energy crisis theory

The theory of energy crisis assumes that the above mentioned unfavorable factors evoking tissue stress make the tissue release neurovasoactive substances (i.e. bradykinin, prostaglandin, interleukin-1 and substance P), which enhance sensitivity of nociceptors [34]. These chemical compounds increase blood vessel permeability, which leads to tissue swelling in the surrounding area. The swollen tissues press the adjacent capillaries and consequently reducing the blood flow and evoking a local ischemia. On the other hand, ischemia enhances the substance P production, which intensifies tissue irritation [34, 35].

Ischemia results in the development of hypoxia. Thus, such oxygen insufficiency reduces the capability of producing energy, which leads to impairment of tissue functions [4, 33]. In the presence of ischemia and, related to it, hypoxia it is possible to experience pain, painful muscle contraction, constriction of blood vessels, problems with muscular coordination and reduction in muscular effort tolerance [10]. When it happens, after some time pain receptors become more sensitive due to the reduction of hypersensitivity threshold [33, 34]. It means that even subliminal stimuli are interpreted as strong enough to evoke a defense reaction. Discomfort felt at the beginning, later

stępujący początkowo dyskomfort przeradza się ostatecznie w ból indukujący zniechęcenie i strach, będące przejawem wzmożonej aktywności układu współczulnego [29, 37]. Aktywność układu współczulnego prowadzi do zwiększonego uwalniania noradrenaliny, co jest interpretowane przez nadwrażliwe zakończenia nerwowe jako bodziec podrażniający, wystarczający do zaalarmowania centralnego układu nerwowego [34].

Niestety, nawet po zakończeniu ischemii, receptory mogą nadal pozostawać w stanie uwrażliwienia, co stwarza warunki do rozwoju TrP [29, 36], które odgrywają bardzo ważną rolę w mechanizmie powstawania bólu, jego potęgowaniu i przedłużaniu [2, 10, 38].

Teoria płytki końcowej

Teoria płytki końcowej (motorycznej) zakłada, że bolesny skurcz mięśni jest indukowany wydzielaniem acetylocholiny (ACh) doprowadzającej do uwolnienia zmagazynowanego w komórkach mięśniowych wapnia i skrócenia sarkomerów [35]. Ponieważ w wyniku niedostatecznej podaży tlenu obniża się komórkowa zdolność wytwarzania energii, niemożliwe jest zahamowanie wydzielania ACh i usunięcie nadmiaru wapnia. Pompa wapniowa, odpowiadająca za powrót wewnątrzkomórkowych jonów wapnia do siateczki sarkoplazmatycznej, działa bowiem wbrew gradientowi stężeń – wymaga zatem dobrze funkcjonującego źródła energii [1]. Tym samym stan zwiększonego napięcia mięśni zostaje podtrzymany [4, 34, 36]. Powyższą hipotezę potwierdzają badania Mense i wsp. [39], którzy dokonali iniekcji inhibitora acetylocholinesterazy do dystalnej części mięśnia trójąłowego łydki (tzn. brzuchatego i płaszczkowatego) u szczurów, a następnie stymulowali go prądem elektrycznym. Podczas biopsji stwierdzono, że – w porównaniu do części proksymalnej – część dystalna badanych mięśni zawierała wysoką liczbę nadmiernie skurczonych włókien mięśniowych.

Zdaniem Stodolnego [38] długotrwale utrzymujące się napięcie włókien mięśniowych może prowadzić do ich utrwalonego przykurczu i miejscowego zwłóknienia poszczególnych pęczków, czyli miogelozy. Pojęciem miogelozy posłużyli się także Windisch i wsp. [40], którzy dokonali biopsji mięśni pobranych ze świeżych zwłok. Autorzy ci, porównując włókna mięśniowe zawierające wyczuwalne zgrubienia (rozumiane jako bolesny „guzek”, zawierający TrP) z włóknami mięśniowymi nie objętymi tym procesem – zauważyli, że pierwsze miały znacznie zwiększoną średnicę. Obraz z mikroskopii elektronowej pokazał nadreprezentację prążków A i niedobór prążków I [40], co oznacza skrócenie sarkomerów [35].

Powyższy model potęgowania się doznań bólowych bardzo obrazowo przedstawili Wolf i Simons w 1992 r. [za: 29] na przykładzie włókna przędzy w swetrze. Gdy pojawia się metaboliczny kryzys – w wyniku którego ograniczony zostaje dopływ tlenu i substancji odżywczych – mała część mięśnia (sarkomer) skraca się – jak zaciągnięcie na powierzchni swetra. W tym samym czasie następuje wydzielanie dużej ilości wapnia, a komórka nie ma dostatecznych zapasów energetycznych, by usunąć go na zewnątrz. Rozpędza się „błędne koło”; napięcie wrzeczono mięśniowe nie może się rozluźnić („zaciągnięcie”), natomiast mięśnie utrzymują zwiększone napięcie.

Teoria zaburzeń odruchowych (reflektorycznych)

Należy wspomnieć o jeszcze jednej, dość popularnej teorii dotyczącej powstawania opisywanych zjawisk, która zakłada, że TrP powstają jako zaburzenia reflektoryczne (odruchowe), a ich źródłem jest nieprawidłowe funkcjonowanie

turns into pain inducing despondency and anxiety, which are the symptoms of an increased activity of the sympathetic nervous system [29, 37]. Finally, the sympathetic nervous system activity leads to an increase in noradrenalin release, which is interpreted by highly sensitive nerve endings as an irritating stimulus strong enough to alarm the entire nervous system [34].

Unfortunately, even when ischemia disappears, receptors can remain in the sensitive state, which provides conditions to develop TrPs [29, 36], which play a very important role in the mechanism of pain induction, its enhancement and prolongation [2, 10, 38].

The motor end-plate theory

The motor end-plate theory assumes that a painful muscle contraction is induced by acetylcholine (ACh) production which results in releasing calcium stored in muscle cells and in shortening sarcomeres [35]. Since due to insufficient oxygen supply, cell capability of producing energy decreases, it becomes impossible to arrest the ACh production and thus to eliminate the excess of calcium. The calcium pump, which is responsible for sending intercellular calcium ions back into the sarcoplasmic reticulum, works irrespectively of the concentration gradient, therefore it needs a reliable source of energy [1]. Thus, the level of increased muscle tension is maintained [4, 34, 36]. The hypothesis is confirmed by the research done by Mense et al. [39], who carried out an injection of an inhibitor of acetylcholinesterase into the distal part of the triceps (i.e. gastrocnemius and soleus muscles) in rats, and next they stimulated the muscles with electric current. During a biopsy it was observed that in comparison to the proximal part, the distal part of the examined muscles contained a large number of contracted muscle fibers.

In Stodolny's opinion [38] a prolonged tension of muscle fibers can lead to their permanent contracture and local fibrosis of single bundles, that is to myogelosis. The term myogelosis was used by Windisch et al. [40], who carried out a biopsy of muscle samples extracted from fresh cadavers. The authors compared the muscle fibers containing easily palpable indurations (understood as a painful nodule containing TrPs) with the muscle fibers that were not affected. They noticed that the former had their diameters bigger than the latter. During electron microscopy observations it was noticed that there was an outnumbered presence of A stripes and insufficient number of I stripes [40], which means that sarcomeres were shortened [35].

The above model of an increasing feeling of pain was presented efficiently by Wolf and Simons in 1992 [29] on the example of wool fibers in a sweater that resemble the muscle ones. When a metabolic crisis arrives, due to which the influx of oxygen and other nutritional substances is impaired, a small part of the muscle (sarcomere) gets shortened, as it happens when a wool fiber of a sweater is torn. Simultaneously, a great amount of calcium is released, but the cell does not have enough stored energy to expel it. Thus, the vicious circle spins faster and faster; the taut muscle spindle cannot relax and the muscles maintain the increased tension.

The radiculopathic model theory

Finally, it is worth mentioning another quite popular theory of the phenomena that are being described here. It assumes that TrPs arise as reflectorial disorders and their origin lies in abnormal functioning of the spinal nerve or abnormalities

nerwów rdzeniowych lub nieprawidłowości w obrębie określonego segmentu kręgosłupa [19, 38, 41, 42]. Inni autorzy szukają przyczyn w układzie nerwowym, (w przypadku radikulopatii punkty spustowe są tylko zjawiskiem wtórnym [43]).

Fernandez-de-las-Penas i wsp. [30] dostarczyli dowodów na poparcie tej tezy, odnajdując związek między istnieniem punktów spustowych w obrębie mięśnia czworobocznego grzbietu a zaburzeniami czynnościowymi w segmencie C₃-C₄ (nieprawidłowe odczucie bariery końca ruchu, ograniczenie gry stawowej i zwiększony opór podczas ruchu), z którego pochodzi zaopatrzenie tego mięśnia. Założenia przedstawionej teorii potwierdzają również badania Ruiz-Saez i wsp. [4], którzy po wykonaniu manipulacji w obrębie górnych segmentów szyjnych stwierdzili – w porównaniu z grupą kontrolną – spadek tkliwości palpacyjnej TrP zlokalizowanych w obrębie mięśnia czworobocznego grzbietu.

Otrzymane przez Rivnera [42] wyniki badań na materiale zwierzęcym wskazują, że po przecięciu eferentnych włókien motorycznych lub infuzji lidokainy następuje dezaktywacja TrP. Podobnie Bennett [6] zauważa, że przecięcie rdzenia kręgowego powyżej poziomu, z którego zaopatrywany jest mięsień z wykrytymi TrP wywołuje krótkotrwałą odpowiedź skurczową (*twitch response*), rejestrowaną w EMG.

within a given segment of the spine [19, 38, 41, 42]. Other authors assume the causes lie in the nervous system, where in the case of radiculopathy trigger points are only a secondary phenomenon [43].

Fernandez-de-las-Penas et al. [30] provided proofs to support the thesis. They had found a relationship between the presence of trigger points in the trapezius muscle and dysfunctions in C3-C4 segments (an abnormal end-feel of joints, reduction in joint mobility and an increased resistance in joint range of motion) which supply the muscle. The assumptions of the theory are confirmed by Ruiz-Saez et al. [4], who after having carried out manipulation within the upper neck segments, stated that in comparison to the control group there was a fall in palpable tenderness of TrPs located within the trapezius muscle.

What is more, the findings obtained by Rivner [42] on the animal material indicate that after having cut afferent motor fibers or after lidocaine infusion, TrPs get deactivated. Bennet [6] notes as well that cutting the spinal cord above the level which supplies the muscle with TrPs, evokes short-lasting twitch response recorded by EMG.

Piśmiennictwo References

- [1] Dommerholt P. T. i wsp. *Mięśniowo-powięziowe punkty spustowe – przegląd uwzględniający dowody naukowe*. Rehabil. Med., 2006, 10, 4, 39-56.
- [2] Travell J. G., Simons D.G. *Myofascial pain and dysfunction: the lower half of body*. Williams & Wilkins, Baltimore 1992.
- [3] Travell J. G., Simons D. G. *Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual*, Williams & Wilkins, Baltimore 1983.
- [4] Ruiz-Saez M. i wsp. *Changes in pressure pain sensitivity in latent myofascial trigger points in the upper trapezius muscle after a cervical spine manipulation in pain-free subjects*. J. Manipulative Physiol. Ther., 2007, 30, 8, 578-583.
- [5] Gerwin R.D. i wsp. *An expansion of Simons integrated hypothesis of trigger point formation*. Curr. Pain Headache Rep., 2004, 8, 468-475.
- [6] Bennett R. *Myofascial pain syndromes and their evaluation*. Best Pract. Res. Clin. Rheumatol., 2007, 21,3, 427-445.
- [7] Borg-Stein J., Simons D. G. *Focused review: myofascial pain*. Arch. Phys. Med. Rehabil., 2002, 83, 3, suppl.1, S40-S49.
- [8] Lewit K., Simons D. G. *Myofascial pain: relief by postisometric relaxation*. Arch. Phys. Med. Rehabil., 1984, 65, 452-456.
- [9] Fernandez-de-las-Penas C. i wsp. *Manual therapies in myofascial trigger point treatment: a systematic review*. J. Body. Mov. Ther., 2005, 9, 27-34.
- [10] Simons D. G. i wsp. *Travell & Simons myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual. 1. Upper half of body*. Williams & Wilkins, Baltimore 1999.
- [11] Simons D. G. *Review of enigmatic MTrPs as a common cause of enigmatic musculoskeletal pain and dysfunction*. J. Electromyogr. Kinesiol., 2004, 14, 1, 95-107.
- [12] Arendt-Nielsen L., Svensson P. *Referred muscle pain: basic and clinical findings*. Clin. J. Pain, 2001, 17, 11-19.
- [13] Fisher A. A. *Muscle Pain Syndromes and Fibromyalgia. Pressure Algometry for Qualification of Diagnosis and Treatment Out-come*. Haworth Medical Press, New York 1998.
- [14] Wytrązek M. i wsp. *The use of pressure algometry in the evaluation of physiotherapeutic procedure efficiency*, [w:] J. Huber, M. Wytrązek, J. Lipiec, A. Kulczyk (red.) *Current topics on clinical neurophysiology, physiotherapy and manual therapy*. Poznań, 2011, 18-30.
- [15] Hubbard D. R., Berkoff G. M. *Myofascial trigger points show spontaneous needle EMG activity*. Spine, 1993, 18,13, 1803-1807.
- [16] Wytrązek M. i wsp. *Changes in muscle activity determine progression of clinical symptoms in patients with chronic spine-related muscle pain. A complex clinical and neurophysiological approach*. Funct. Neurol., 2011, 26, 141-149.
- [17] Fishbain D. A. i wsp. *Male and female chronic pain patients categorized by DSM-III psychiatric diagnostic criteria*. Pain, 1986, 26, 181-197.
- [18] Gerwin R. D. *A study of 96 subjects examined for both fibromyalgia and myofascial pain*. J. Musculoskelet. Pain, 1995, 3, suppl.1, 121-125.
- [19] Wheeler A. *Myofascial pain disorders. Theory to therapy*. Drugs, 2004, 64, 1, 45-62.
- [20] Friction J. R. i wsp. *Myofascial pain syndrome of the head and neck: a review of clinical characteristics of 164 patients*. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol., 1985, 60, 6, 615-623.
- [21] Drewes A. M., Jennum P. *Epidemiology of myofascial pain, low back pain, morning stiffness and sleep-related in the general population*. J. Musculoskelet. Pain, 1995, 3, suppl. 1, 68.

- [22] Magni G. *The epidemiology of musculoskeletal pain.*, [w:] H. Voeroy, H. Merskey (red.) *Progress in fibromyalgia and myofascial pain*. Elsevier Science, Amsterdam 1993.
- [23] Fernandez-de-las-Penas C. i wsp. *Myofascial trigger points and their relationship to headache clinical parameters in chronic tension-type headache*. Headache, 2006, 46, 8, 1264-1272.
- [24] Ardic F. i wsp. *The comprehensive evaluation of temporomandibular disorders seen in rheumatoid arthritis*. Aust. Dent. J., 2006, 51, 1, 23-28.
- [25] Hwang M. i wsp. *Referred pain pattern of the pronator quadratus muscle*. Pain, 2005, 116, 3, 238-242.
- [26] Fernandez-de-las-Penas C. i wsp. *Myofascial trigger points in subjects presenting with mechanical neck pain: a blinded, controlled study*. Man. Ther., 2007, 12, 29-33.
- [27] Borg-Stein J., Wilkins A. *Soft tissue determinants of low back pain*. Curr. Pain Headache Rep., 2006, 10, 5, 339-344.
- [28] Lewit K. *Terapia manualna w rehabilitacji chorób narządu ruchu*. Wydawnictwo Medyczne ZL Natura; Kielce 2001.
- [29] Chaitow L., Fritz S. *Masaż leczniczy – badanie i leczenie mięśniowo-powięziowych punktów spustowych*. Elsevier Urban & Partner, Wrocław 2010.
- [30] Fernandez-de-las-Penas C. i wsp. *Musculoskeletal disorders in mechanical neck pain: myofascial trigger points versus cervical joint dysfunctions: a clinical study*. J. Musculoskelet. Pain, 2005, 13, 27-35.
- [31] Kostopoulos D., Rizopoulos K. *Punkty spustowe i terapia mięśniowo-powięziowa*. DB Publishing, Warszawa 2010.
- [32] Wheeler A. H., Aaron G. W. *Muscle pain due to injury*. Curr. Pain Headache Rep., 2001, 5, 5, 441-446.
- [33] Hong C. Z., Simons D. G. *Physiologic and electrophysiological mechanisms of myofascial trigger points*. Arch. Phys. Med. Rehabil., 1998, 79, 7, 863-872.
- [34] Guzek J. *Patofizjologia człowieka w zarysie*. PZWL, Warszawa 2008.
- [35] Traczyk W. *Fizjologia człowieka w zarysie*. PZWL, Warszawa 2007.
- [36] McPartland J. M., Simons D. *Myofascial trigger points: Translating Molecular Theory into Manual Therapy*. J. Man. Manip. Ther., 2006, 4, 232-239.
- [37] Domżał T. M. *Ból przewlekły – problemy kliniczne i terapeutyczne*. Pol. Przegl. Neurol., 2008, 4, 1, 1-8.
- [38] Stodolny J. *Choroba przeciążeniowa kręgosłupa. Epidemia naszych czasów*. Wydawnictwo Medyczne ZL Natura, Kielce 2000.
- [39] Mense S. i wsp. *Lesions of rat skeletal muscle after local block of acetylcholinesterase and neuromuscular stimulation*. J. Appl. Physiol., 2003, 94, 6, 2492-2501.
- [40] Windisch A. i wsp. *Morphology and histochemistry of myogelosis*. Clin. Anat., 1999, 12, 4, 266-271.
- [41] Gunn C. *Radiculopathic pain: diagnosis and treatment of segmental irritation or sensitization*. J. Musculoskelet. Pain, 1997, 5, 119-134.
- [42] Rivner M. H. *The neurophysiology of myofascial pain syndrome*. Curr. Pain. Headache Rep., 2001, 5, 5, 432-400.
- [43] Quintner J., Cohen M. *Referred pain of peripheral nerve origin: an alternative to the myofascial Pain construct*. Clin. J. Pain, 1994, 10, 3, 243-251.

**Adres do korespondencji:
Address for correspondence:**

Małgorzata Chochowska
Katedra Medycyny Społecznej
Uniwersytetu Medycznego
ul. Fredry 10
61-701 Poznań

**Wpłynęło/Submitted: IX 2011
Zatwierdzono/Accepted: VI 2012**

REGULAMIN OGŁASZANIA PRAC

1. „Fizjoterapia” jest kwartalnikiem poświęconym różnym dziedzinom fizjoterapii. Do druku przyjmowane są: prace oryginalne, poglądowe, oceny książek, komunikaty o zjazdach i konferencjach naukowych.
2. Redakcja przyjmuje prace napisane w formacie WORD 97, czcionką Times New Roman, wielkość „12”. Prace napisane jednostronnie na papierze formatu A4, z zachowaniem podwójnego odstępu między wierszami, z marginesem lewym 3,5 cm, prawym 2,5 cm. Na jednej stronie powinno znajdować się 30 wierszy po ok. 60 znaków, łącznie z odstępami. Prace należy nadsyłać w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach oraz na dyskietce 3,5". Nie należy stosować żadnych wyróżnień w tekście.
3. Redakcja prosi o zachowanie następującego układu pracy; tytuł w języku polskim oraz angielskim, imię i nazwisko autora (autorów), nazwa zakładu lub placówki, w której praca została wykonana. Streszczenie, obejmujące 600-800 znaków, w języku polskim i angielskim powinno zawierać: cel i założenia, materiał, metodę badawczą oraz wnioski. Słowa kluczowe należy podać w języku polskim i angielskim. Tekst pracy powinien mieć następujący układ: wstęp, założenia i cel, materiał i metody, wyniki, omówienie i dyskusja, wnioski, wykaz cytowanego piśmiennictwa z podaniem nazwiska autora (w przypadku trzech i więcej nazwisk zapisujemy tylko i [i in.]), pełny tytuł publikacji, nazwę czasopisma lub serii zgodnie z przyjętymi skrótami, rok, tom, strony od-do. W przypadku wydawnictw zwartych po zapisie nazwiska tytuł publikacji, nazwę wydawnictwa, miejsce i rok wydania. Odsyłacze do piśmiennictwa w tekście należy podawać w nawiasach z numeracją arabską np. [3, 7]. Należy ułożyć je zgodnie ze standardem Vancouver podając wykaz piśmiennictwa według kolejności cytowań w tekście pracy (nie według porządku alfabetycznego). Po piśmiennictwie podać pełny adres pierwszego autora.
4. Do artykułu należy dołączyć pisemną zgodę kierownika zakładu na druk pracy oraz oświadczenie autora (autorów), że praca nie była dotąd opublikowana i nie została złożona do druku w innej redakcji.
5. Ryciny i tabele należy nadsyłać na oddzielnych stronach w dwóch egzemplarzach, podpisane i ponumerowane zgodnie z numeracją zamieszczoną w tekście. Na oddzielnej stronie należy również zamieścić podpisy do rycin i fotografii w języku polskim i angielskim. Fotografie powinny być wykonane na błyszczącym papierze, a rysunki czarnym tuszem.
6. Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania skrótów bez porozumienia z autorem.
7. Korespondencja prowadzona jest z autorem umieszczonym na pierwszym miejscu.
8. Nadesłane prace oceniane są przez dwóch recenzentów i na tej podstawie kwalifikowane do druku.
9. Redakcja nie zwraca nadesłanych egzemplarzy prac zakwalifikowanych do druku oraz 1 egzemplarza pracy nie zakwalifikowanej do druku.
10. Każdy z autorów otrzymuje bezpłatnie 1 egzemplarz Kwartalnika „Fizjoterapia” przesłany na adres pierwszego autora.

RULES OF PUBLICATION PAPERS

1. „Physiotherapy” is a quarterly devoted to various fields of physiotherapy. Experimental and review papers, books' reviews, and announcements of conferences and congresses are accepted for publication.
2. Only papers written in WORD 97 format, Times New Roman font, size 12, and printed single-sided on an A4 sheet with the following margins: left – 3,5 cm, right – 2,5 cm are accepted for publication. One page should contain 30 double spaced lines, 60 characters per line. The papers have to be submitted in two printed copies and on a 3,5" floppy disc. Emphasising marks are to be avoided.
3. The following paper lay-out is to be followed: title both in Polish and English, name(s) and surname(s) of author(s), institution; key words both in Polish and English. Summary both in Polish and English, 600-800 characters, paper composition: aim and thesis, material and method, results. discussion and conclusion, references – following the Vancouver standard: Arabic numbers in square brackets; surname(s), and initials of the author(s), title of the paper, periodical's name, year, volume, page numbers; address for correspondence on a separate page, including telephone and fax numbers, e-mail address,
4. A statement signed by the author(s) ensuring that the paper has not been published so far or submitted to any other publisher, and also a permission of the head manager of the institution have to be enclosed.
5. Two copies of each table, figure and photo have to be supplied on separate sheets of paper with their position in the text indicated. Descriptions both in Polish and English also have to be provided on separate sheet. Photos should be printed on glossy paper. Figures should be black and white.
6. The Editors have the right to correct the text without authors notice.
7. The Editors will correspond with the first author.
8. Papers are assessed by two reviewers and on that basis classified for publishing.
9. Copies of the qualified papers and one copy of each rejected paper as well, will not be returned to the authors.
10. Authors will receive a free copy of the issue including their paper.

Szanowni Państwo

Uprzejmie informujemy, że kwartalnik FIZJOTERAPIA kolportowany jest wyłącznie w formie prenumeraty w dziale kolportażu:

Magdalena Zagrobelna
Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu
Wydział Fizjoterapii
51-612 Wrocław
al. I. J. Paderewskiego 35
tel. 071/347 30 79
fax 071/347 30 81
e-mail: fizkwart@awf.wroc.pl

Opłata za cały rocznik (razem z wysyłką): 56 zł

Opłata za jeden numer (razem z wysyłką): 14 zł

Opłaty prosimy wpłacać na konto:

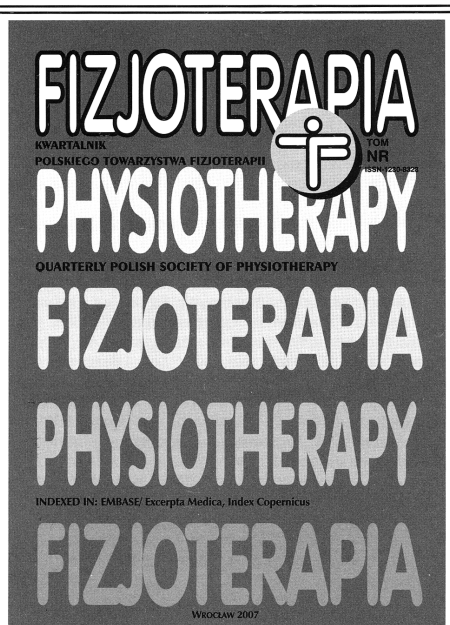
Akademia Wychowania Fizycznego we Wrocławiu
51-612 Wrocław, al. Ignacego Jana Paderewskiego 35
BPH o/Wrocław 42 1060 0076 0000 3210 0014 7743
Prenumerata „Fizjoterapia”

Prosimy o przysyłanie dowodu wpłaty na adres redakcji

Wydawanie pierwszego w Polsce pisma fizjoterapeutów zależy w głównej mierze od Państwa zamówień i terminów opłat

Zwracamy się z apelem o propagowanie Fizjoterapii z całym środowisku.

Redakcja



Contents

Original papers

Agnieszka Jankowicz-Szymańska, Mariusz Pocięcha Variations of the longitudinal arches of the foot among preschool children	3
Monika Cencora, Szymon Pasiut Sexual rehabilitation after spinal cord injury	12
Edyta Zierkiewicz Mastectomy scars – stigma, emblem or sign of disability? Analysis of principal meanings of the loss of a breast	32
Iwona Krzewska, Katarzyna Ruda, Joanna Rymaszewska Body context of health potentials in oncology rehabilitation through dance and movement. Theoretical considerations	43
Aleksandra Rzepkowska A biographical perspective on taming disability. An anthropological case study	50
Anna Karczmarczyk, Przemysław Nowakowski A desire for disability. On origins and attempts of explaining BIID	61
Wojciech Mackiewicz The Body as a scope of the Same and the Other. Michel Foucault – Gilles Deleuze	70
Joanna Femiak, Piotr Rymarczyk Corporeality in mass culture and in inner experience	81

Review articles

Małgorzata Chochowska, Marcin Wytrążek, Jerzy T. Marcinkowski, Juliusz Huber Myofascial pain syndrome – etiology, pathogenesis, symptomatology.....	89
--	----

PHYSIOTHERAPY
Quarterly
Polish Society of Physiotherapy

ISSN 1230-8323

Publisher:

Copyright ©

Akademia Wychowania Fizycznego
Wydział Fizjoterapii
51-612 Wrocław, al. Paderewskiego 35
tel. 71 347 30 79

Editor-in-chief:

Marek Woźniowski

Consulting Editor:

Liz Holey

Editorial secretary:

Dorota Wojna

Editorial Board:

Joanna Anwajler, Marek Bolanowski,
Czesław Gienza, Michał Kuczyński,
Małgorzata Słowińska-Lisowska,
Tadeusz Skolimowski,
Andrzej Szuba

Translation:

Agnieszka Piasecka-Ceccato

Layout and proof-reading:

Jolanta Wiecha

Dorota Gostkowska-Baumgart

Address of editorial office:

51-612 Wrocław, al. Paderewskiego 35
Akademia Wychowania Fizycznego
Wydział Fizjoterapii
tel. 71 347 30 79
fax 71 347 30 81

www.awf.wroc.pl/fizjoterapia

e-mail: fizkwart@awf.wroc.pl

Subscription:

Magdalena Zagrobelna
Akademia Wychowania Fizycznego
Wydział Fizjoterapii
51-612 Wrocław, al. Paderewskiego 35
tel. 71 347 30 79

Oficyna Drukarska Jacek Chmielewski

01-142 Warszawa, ul. Sokołowska 12 a

tel./fax 22 632 83 52

info@oficyna-drukarska.pl

www.oficyna-drukarska.pl

